Державний торговельно-економічний університет
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ

Студента 2 курсу, групи 5мз
спеціальності 073 «Менеджмент»
освітньої програми
«Муніципальний менеджмент» _____ Сівера Андрія Валерійовича

Науковий керівник
кандидат економічних наук,
доцент _____ Дьяченко Ольга Володимирівна

Гарант освітньої програми
кандидат економічних наук,
доцент _____ Дьяченко Ольга Володимирівна

Київ 2024

АНОТАЦІЯ

Сівер А.В. Управління закладами охорони здоров’я на муніципальному рівні.

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 073 «Менеджмент» освітньою програмою «Муніципальний менеджмент». Державний торговельно-економічний університет, 2024.

У кваліфікаційній роботі розглянуто концептуальні засади муніципальної системи управління охороною здоров’я; досліджено механізми управління муніципальними закладами охорони здоров’я; проаналізовано сучасний стан функціонування муніципальних закладів охорони здоров’я в Україні; оцінено ефективність управління та якість надання послуг “Консультативно-діагностичним центром” Голосіївського району м. Києва; обґрунтовано напрями удосконалення системи управління “Консультативно-діагностичного центру” Голосіївського району м. Києва.

Ключові слова: муніципальне управління, муніципальний менеджмент, охорона здоров’я, управління закладами охорони здоров’я, органи місцевого самоврядування.

SUMMARY

Siver A.V. Management of health care facilities at the municipal level.

Qualification work for obtaining a master's degree in the specialty 073 “Management” in the educational program "Municipal management". State University of Trade and Economics, 2024.

The qualification work considered the conceptual foundations of the municipal health care management system, summarized the management mechanisms of municipal health care institutions, analyzed the organizational structure and functions of the communal non-profit enterprise "Consultative and Diagnostic Center" of the Holosiivsky District of Kyiv, evaluation of management efficiency and quality of service provision by the "Consultative and Diagnostic Center" of the Holosiiv District of Kyiv was carried out.

Key words: municipal management, health care, management of health care facilities, local self-government bodies.

Державний торговельно-економічний університет

Факультет економіки, менеджменту та психології
Кафедра публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь: магістр
Спеціальність: менеджмент
Освітня програма: муніципальний менеджмент

Затверджую

Зав. кафедри _____

«22» січня 2024 р.

Завдання
на кваліфікаційну роботу студентові
Сіверу Андрію Валерійовичу

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Управління закладами охорони здоров'я на муніципальному рівні»
Затверджена наказом ректора від «29» грудня 2023 р. № 4721

2. Строк здачі студентом закінченої роботи : 15.11.2024 р.

3. Цільова установка та вихідні дані до роботи

Мета роботи: обґрунтування пропозицій щодо напрямів удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на муніципальному рівні.
Об'єкт дослідження: процес управління закладами охорони здоров'я.
Предмет дослідження: теоретико-методичні та прикладні аспекти управління закладами охорони здоров'я на муніципальному рівні.

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань за кожним розділом):
ВСТУП
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ
1.1 Концептуальні засади муніципальної системи управління охороною здоров'я
1.2. Механізми управління муніципальними закладами охорони здоров'я
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ
2.1. Аналіз сучасного стану функціонування муніципальних закладів охорони здоров'я в Україні
2.2. Оцінка ефективності управління та якості надання послуг «Консультативно-діагностичного центру» Голосіївського району м. Києва

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ «КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ» ГОЛОСІЇВСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ
ДОДАТКИ

5. Календарний план виконання роботи

№ пор.	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	
		за планом	фактично
1	Визначення напряму дослідження, затвердження теми кваліфікаційної роботи та закріплення наукових керівників	до 29.12.2023	до 29.12.2023
2	Затвердження плану та завдання кваліфікаційної роботи науковим керівником	до 09.02.2024	до 09.02.2024
3	Подання науковому керівнику завершеної наукової статті	до 01.04.2024	до 01.04.2024
4	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису 1-го розділу кваліфікаційної роботи	до 17.06.2024	до 17.06.2024
5	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису 2-го розділу кваліфікаційної роботи	до 09.09.2024	до 09.09.2024
6	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису 3-го розділу кваліфікаційної роботи	до 21.10.2024	до 21.10.2024
7	Зовнішнє рецензування кваліфікаційної роботи	до 28.10.2024	до 28.10.2024
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи	04.11-11.11.2024	04.11-11.11.2024
9	Подання кваліфікаційної роботи на кафедру	до 15.11.2024	до 15.11.2024
10	Вирішення питання про допуск кваліфікаційної роботи до захисту	16.11.2024	16.11.2024
11	Захист кваліфікаційної роботи	За графіком	За графіком

6. Дата видачі завдання «16» лютого 2024 р.

7. Науковий керівник кваліфікаційної роботи Дьяченко О.В. _____
(підпис)

8. Гарант освітньої програми Дьяченко О.В.

9. Завдання прийняв до виконання студент Сівер А.В. _____
(підпис)

10. Відгук наукового керівника кваліфікаційної роботи:

Тема роботи є важливою та актуальною, проте її дослідження є поверховим. Кваліфікаційна робота виявляє низку суттєвих недоліків, які знижують її наукову цінність та практичну користь.

Робота перевантажена теоретичною інформацією.

Хоча у роботі згадується воєнний стан, його вплив на управління закладами охорони здоров'я не був повністю розкритий. Наявність цього аспекту в дослідженні потребує більш глибокого аналізу, зокрема у контексті змін в управлінській практиці, організації медичних послуг в умовах війни.

У роботі відсутній детальний аналіз ефективності управління та якості надання послуг досліджуваним підприємством.

Пропозиції щодо удосконалення системи управління досліджуваного підприємства, запропоновані автором, є поверхневими і не обґрунтованими, мають декларативний характер, не містять конкретних дій чи механізмів їх реалізації, не враховують специфіку воєнного часу, повторюють вже відомі підходи, не пропонуючи принципово нових методів чи інструментів управління. що знижує їх практичну значущість.

Автор не демонструє належного рівня володіння методами аналізу інформації, що є основою для проведення дослідження в рамках кваліфікаційної роботи. Зокрема, у роботі спостерігається відсутність системного підходу до аналізу даних, що призводить до поверхневого трактування поставлених проблем. Відсутність використання сучасних аналітичних методик та інструментів обмежує можливості роботи в контексті реального оцінювання ефективності системи управління закладами охорони здоров'я на муніципальному рівні. Це свідчить про недостатній рівень аналітичної підготовки автора та відсутність умінь у застосуванні відповідних методів для систематизації та інтерпретації даних у межах наукового дослідження.

Проте, незважаючи на зазначені недоліки, враховуючи наявність позитивної зовнішньої рецензії, кваліфікаційна робота Сівера А. може бути допущена до захисту.

Науковий керівник кваліфікаційної роботи _____

Відмітка про попередній захист Дьяченко Ольга Володимирівна

11. Висновок про кваліфікаційну роботу:

кваліфікаційна робота студента Сівера А.В. може бути допущена до захисту екзаменаційній комісії.

Гарант освітньої програми: Дьяченко О.В. _____
(підпис)

Завідувач кафедри: Залізнюк В.П. _____
(підпис)

«16» листопада 2024 р.

ЗМІСТ

ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ 5
1.1. Концептуальні засади муніципальної системи управління охороною здоров'я 5
1.2. Механізми управління муніципальними закладами охорони здоров'я ... 11
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ 18
2.1. Аналіз сучасного стану функціонування муніципальними закладів охорони здоров'я в Україні 18
2.2. Оцінка ефективності управління та якості надання послуг «Консультативно-діагностичного центру» Голосіївського району м. Києва . 29
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ «КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ» ГОЛОСІЇВСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА 34
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ 43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 46
ДОДАТКИ 53

ВСТУП

Актуальність теми дослідження Рівень розвитку охорони здоров'я загалом і медичної галузі на муніципальному рівні зокрема є одними з найважливіших індикаторів сталого розвитку будь-якої країни та її окремої території (регіону, району, громади). У сучасних соціально-економічних реаліях медичні галузь розглядається як один із пріоритетних напрямів соціально-економічних реформ. У цьому контексті основним завданням управління закладами охорони здоров'я на муніципальному рівні є не тільки ефективне використання обмежених ресурсів, а й необхідність зміни управлінської парадигми. Особливо гостро питання відповідності системи охорони здоров’я на муніципальному рівні реальним потребам суспільства постає у контексті повномасштабного російського вторгнення на територію України. Окупація, ракетні обстріли, воєнні дії та інші реалії воєнного життя породжують нові вразливі соціальні групи та загострюють скрутне становище вже існуючих.

Аналіз рівня розробленості теми Інтерес до муніципального управління охороною здоров'я надзвичайно високий, серед дослідників у цій сфері заслуговують на увагу роботи Барзиловича А.Д. [4], Гавриченко Д. Г. [5], Долгіх М.В. [6], Криничко Л.Р. [7], Мунько А.Ю.[8] та інших. Вони проаналізували теоретичні засади та практичні аспекти концептуальних зоснов муніципальної системи управління охороною здоров’я України.

Метою роботи є обґрунтування пропозицій щодо напрямів удосконалення системи управління закладами охорони здоров’я на муніципальному рівні.

Поставлена мета зумовила необхідність вирішення таких завдань:

- розглянути концептуальні засади муніципальної системи управління охороною здоров’я;

- дослідити механізми управління муніципальними закладами охорони здоров’я;

- проаналізувати сучасний стан функціонування муніципальних закладів охорони здоров’я в Україні;

- оцінити ефективність управління та якості надання послуг “Консультативно-діагностичним центром” Голосіївського району м. Києва;

- обґрунтувати напрями удосконалення системи управління “Консультативно-діагностичного центру” Голосіївського району м. Києва.

Об’єктом дослідження є процес управління закладами охорони здоров’я.

Предметом дослідження є теоретико-методичні та прикладні аспекти управління закладами охорони здоров’я на муніципальному рівні.

Методи дослідження. В ході написання кваліфікаційної роботи були використані загальні та спеціальні наукові методи. Для узагальнення підходів до оцінювання ефективності муніципального управління та якості надання послуг на муніципальному рівні застосовано системно-аналітичний метод. При формулюванні пропозицій щодо напрямів удосконалення системи управління “Консультативно-діагностичного центру” Голосіївського району м. Києва використано програмно-цільовий метод.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі акти і нормативні документи у сфері публічного управління охорони здоров’я, зокрема надання послуг на муніципальному рівні, офіційні матеріали Міністерства охорони здоров’я та Голосіївської районної у місті Києві державної адміністрації, публікації українських вчених, матеріали міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференцій, аналітичні огляди.

Апробація результатів дослідження. Сівер А.В. Нормативно-правове забезпечення механізмів надання адміністративних послуг в Україні // Публічне управління та адміністрування в умовах суспільних трансформацій [Електронний ресурс] : зб. наук. ст. студентів ден. та заоч. форм навч. / відп. ред. Н. Л. Новікова. – Київ : Держ. торг.-екон. ун-т, 2024. – 379 с. С. 290-296.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел з 54 найменувань. Матеріали роботи містять 9 рисунків та 2 таблиці. Загальний обсяг роботи складає 56 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ

1.1. Концептуальні засади муніципальної системи управління охороною здоров’я

Процес децентралізації визначив якісно новий підхід до управління системою охорони здоров'я з боку муніципалітетів. Перед муніципалітетами було поставлено завдання створити можливості для надання доступних, якісних послуг без збільшення навантаження на населення, в тому числі через податкові надходження. Муніципальна організаційна система була обрана основним координуючим органом економічних процесів на місцевому рівні. Це включає розподіл фінансових ресурсів між адміністративно-територіальними одиницями.

Муніципальна система охорони здоров'я включає муніципальні органи управління охороною здоров'я, лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи комунальної форми власності, фармацевтичні підприємства та об'єднання, аптеки, судово-медичні лабораторії та навчальні заклади, які мають статус юридичної особи і діють відповідно до законодавства, нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я та органів місцевого самоврядування.

Муніципальні органи охорони здоров'я відповідають за гігієнічне виховання населення, забезпечення доступу до гарантованої медико-соціальної допомоги, розвиток муніципальної системи охорони здоров'я на підвідомчій території та управління якістю медико-соціальних та оздоровчих послуг, що надаються державними, комунальними та приватними підприємствами, установами та організаціями системи охорони здоров'я, а також приватними медичними працівниками. Фінансування діяльності підприємств, установ та організацій системи імунопрофілактики здійснюється

за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів, цільових фондів, спрямованих на охорону здоров'я громадян, та інших джерел, не заборонених законодавством.

На муніципальному рівні держава надає основний обсяг послуг у сфері охорони здоров'я населенню. Правовою основою діяльності муніципальних та місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я є Конституція, Закони України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування", "Про лікарські засоби", "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" та ін.

У невеликих містах і муніципалітетах медичні фахівці можуть бути включені до складу відділів загальної соціальної політики або спеціалізований лікар регіонального медичного об'єднання (ТМО) може бути уповноважений управляти послугами охорони здоров'я [2].

Заклади охорони здоров'я на муніципальному рівні є переважно комунальними організаціями, назва яких затверджується виконавчим органом сектору охорони здоров'я. Джерелами фінансування муніципальних медичних послуг є бюджет, фонди обов'язкового медичного страхування, добровільне медичне страхування та платні медичні послуги. Муніципалітети створюють управлінські структури у вигляді медичних відділів (комітетів, управлінь) для здійснення своїх повноважень у сфері охорони здоров'я [3].

Основи національного законодавства про громадське здоров'я визначають повноваження держави у сфері громадського здоров'я, які можуть бути делеговані органам місцевого самоврядування з відповідним фінансуванням (рис. 1.1).

Динаміка захворюваності, смертності та очікуваної тривалості життя за останнє десятиліття свідчить про погіршення стану здоров'я населення [9]. Серед чинників, які збільшуватимуть потребу в медичних послугах у найближчому майбутньому, – збільшення частки людей похилого віку з високими потребами в лікуванні, ускладнення традиційних захворювань внаслідок вірусних мутацій (наприклад, гострих респіраторних інфекцій,

пневмонії), а також підвищення обізнаності населення щодо нових та ефективних лікувально-діагностичних технологій і лікарських засобів.

Рис. 1.1. Повноваження держави у сфері громадського здоров'я, які делеговані органам місцевого самоврядування [1]

Наявні ресурси системи охорони здоров'я використовуються з низькою ефективністю. Це пов'язано з дезорганізацією багатоканальної системи державного фінансування медичних послуг через Фонд обов'язкового медичного страхування (ФОМС) та бюджети різних рівнів, неналежною координацією діяльності органів управління охороною здоров'я всіх суб'єктів ФОМС, незадовільним функціонуванням систем стратегічного планування на випадок надзвичайних ситуацій, недостатньою кореляцією ресурсних

показників з фактичними показниками діяльності закладів охорони здоров'я, їх завантаженням тощо.

Водночас стратегічним завданням державної політики у сфері охорони здоров'я щодо поліпшення здоров'я населення є забезпечення кращого доступу до медичної допомоги для широких верств населення шляхом:

1) збалансування обсягу державних гарантій безоплатної медичної допомоги та фінансових можливостей держави;

2) забезпечення стійкості багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я.

Це передбачає стабільність і прозорість, створення єдиної системи медичного та соціального страхування, проведення скоординованої політики організації та управління охороною здоров'я. Наразі потреба в медичних закладах визначається на основі Концепції розвитку медицини та охорони здоров'я та Програми державних гарантій надання громадянам України безоплатної медичної допомоги.

Для планування мережі лікарень за національною програмою медичних гарантій необхідно диференціювати розрахункову стандартну кількість ліжок на 1000 населення за профілем. Для планування мережі амбулаторно-поліклінічних закладів необхідно помножити чисельність населення на нормативну кількість відвідувань на 1000 населення. Стан та ефективність охорони здоров'я визначається низкою проміжних та кінцевих показників, що характеризують забезпеченість населення закладами охорони здоров'я та медичними працівниками, спеціалізованою медичною допомогою, амбулаторно-поліклінічною та лікарняною діяльністю, захворюваністю, народжуваністю та смертністю. Як правило, забезпеченість закладами охорони здоров'я та медичними працівниками розраховується на 10 000 населення, а захворюваність - на 100 000 населення. Забезпеченість спеціалізованими медичними послугами може бути розрахована за статтю та віком [16; 24]. Важливим, але досить складним завданням для покращення стану сектору охорони здоров'я є зміна пріоритетів в оцінці стану сектору

охорони здоров'я. До таких пріоритетів належать такі показники, як кількість ліжок, суми, витрачені на закупівлю медикаментів та медичного обладнання, ремонт існуючих та будівництво нових закладів охорони здоров'я, які мають бути замінені на цільові (кінцеві) показники, що характеризують динаміку здоров'я населення.

Під час розробки індикаторів оцінки стану та динаміки розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях доцільно враховувати не тільки показники, що характеризують поточний рівень (якість) життя населення, а й показники, що відображають тенденцію до подолання кризи в системі охорони здоров'я [13]. Зокрема, до індикаторних характеристик подолання кризи в системі охорони здоров'я, можна віднести максимальне охоплення профмедоглядами населення (особливо таких системах, як освіта, на установах та підприємствах усіх галузей економіки); дотримання гарантії безоплатного надання медичної допомоги всім категоріям мешканців, які потребують медичної допомоги; добробут медичного персоналу закладів охорони здоров'я (особливо в державному секторі); добробут персоналу (особливо в державному секторі).

Цільові індикатори можуть також включати індикатори ефективності системи державних закупівель товарів і послуг у сфері охорони здоров'я: 1) точність виконання встановлених критеріїв та планів замовлень з точки зору дотримання необхідного обсягу, асортименту, оптимального співвідношення ціни та якості та періодичності поставок (з усуненням "мертвих зон", які зазвичай виникають на початку бюджетного року); 2) мінімізація фінансових втрат (наприклад, витрати на послуги посередників, нецільові витрати, закупівля товарів та послуг за вищими цінами, ніж аналогічні товари в наявності, закупівля фальсифікованих лікарських засобів тощо).

Загалом, заклади охорони здоров'я в усіх містах України були перетворені на неприбуткові комунальні підприємства, що фінансуються за рахунок державних субвенцій, місцевих бюджетів, коштів Національної служби здоров'я та внесків фізичних і юридичних осіб. Проблема

недофінансування з державного бюджету (зокрема, заробітної плати, медичної допомоги учасникам АТО та військовослужбовцям, закупівель ліків, капітальних ремонтів та заявок з місцевих бюджетів, які необхідно щорічно доопрацьовувати) пов'язана як із загальнодержавною ситуацією, так і з відповідним дефіцитом державного бюджету, а також з тим, як визначаються обсяги фінансування. Вони також стосуються таких соціально важливих сфер, як рідкісні захворювання, інсулін для діабетиків та матеріали для догляду за людьми з додатковими потребами. Також розглядається соціальна спрямованість міського бюджету охорони здоров'я (безкоштовні рецепти та зубопротезування для пільгових категорій громадян, медичне обслуговування учасників АТО, військовослужбовців та чорнобильців тощо).

В результаті реформування муніципальної системи охорони здоров'я зросли інтегральні показники тривалості життя та покращився комфорт у лікарнях (меблі, туалети, м'який інвентар, регулярні ремонти, закупівля високотехнологічного обладнання - заміна лікувально-діагностичного рентгенівського обладнання). Хронічне недофінансування, дисбаланс між доходами і потребами та інші фактори зумовлюють необхідність пошуку оптимальної моделі функціонування та фінансування системи охорони здоров'я, зокрема, необхідна спеціалізація закладів, усунення дублювання функцій муніципального управління, запобігання неефективному використанню ресурсів, усунення дерегуляції муніципальних служб охорони здоров'я, забезпечення фінансово-економічної самостійності.

Слід зазначити, що цілі першої групи мають універсальний характер і потребують лише своєчасного і точного збору та аналізу даних. Друга група індикаторів характеризується динамічністю і повинна постійно оновлюватися та впроваджуватися з урахуванням індивідуальних місцевих умов [13]. На основі системи індикаторів можна визначити конкретну відповідальність посадових осіб різних рівнів як за кінцеві результати діяльності, так і за реалізацію відповідних проектів, програм та планів реформ.

Пріоритетними мають бути реальні потреби споживчого ринку в товарах і послугах охорони здоров'я, як безпосередньо, так і опосередковано через потреби організацій охорони здоров'я (медикаменти, обладнання, будівельні, ремонтні роботи тощо). При аналізі ринку слід враховувати як поточні потреби, так і особливості конкретних адміністративних регіонів та специфіку умов життя населення.

Враховуючи, що найважливішу роль у розподілі медичних послуг (на відміну від муніципальних замовлень) відіграє підтримка українських підприємств, слід розрізняти національну систему замовлень, поточні (оперативні) замовлення, спрямовані на задоволення поточних потреб у лікарських засобах, послугах і виробах медичного призначення, та довгострокові замовлення, які дають змогу здійснювати наукові дослідження і розробки. Іншими словами, є сенс поєднувати національні та муніципальні системи замовлення з системами інвестиційної підтримки в рамках стратегічного партнерства. Така система, заснована на конкурентних процедурах, може гарантувати підвищення інвестиційної привабливості національного регіонального промислового комплексу та забезпечити сприятливі ціни на постачання лікарських засобів і медичного обладнання.

1.2. Механізми управління муніципальними закладами охорони здоров’я

Управління муніципальною системою охорони здоров’я базується на підпорядкованості закладів ієрархічно, починаючи із Міністерства охорони здоров’я України, далі - центральні органи виконавчої влади (їм підпорядковані Академія медичних наук України, відомчі заклади охорони здоров’я), місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування). Система охорони здоров'я функціонує завдяки управлінським та адміністративним функціям наступних державних органів, які безпосередньо не пов'язані з охороною здоров'я:

- Президента України, зокрема, крізь призму діяльності Ради національної безпеки і оборони України,

- Офісу Президента України,

- Верховної Ради України, у тому числі шляхом функціонування Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров’я,

- Уповноваженого ВРУ з прав людини,

- Кабінету Міністрів України, зокрема, у питаннях та через діяльність профільних міністерств та центральних органів виконавчої влади, - Генеральна прокуратура України, її органи та органи судової системи на місцях тощо).

Ефективний розподіл ресурсів, особливо фінансування з місцевих бюджетів, є механізмом управління місцевою системою охорони здоров'я. Це дозволяє поліпшити функціональні умови медичних установ і надавати більш якісні послуги. Загальна позитивна динаміка показників оцінки діяльності медичних установ свідчить про вибір відповідного вектора розвитку галузі. Перспективні напрямки подальшого вдосконалення системи управління медичним сектором на регіональному рівні пов'язані з вивченням ефективних механізмів муніципального замовлення з використанням зарубіжного досвіду і пілотної місцевої практики в медичній галузі.

Задля ліквідації або повного знищення постійного недостатнього фінансування з держбюджету, дисбалансу потреб і доходів закладів охорони здоров'я, здійснено відповідну оптимізацію на муніципальному рівні функціональної моделі медичної галузі для дій державного сектора, впроваджено систематичний незалежний моніторинг та нагляд за діяльністю закладів охорони здоров'я, визначено пріоритетні вектори муніципального розвитку медичних установ на місцевому рівні, усуненні дублювання управлінських і контрольних функцій діяльності установ. Інформаційно-роз’яснювальна робота серед населення має на меті забезпечення здорового способу життя та побудови соціальної моделі суспільства як способу життя.

У сучасних складних концепціях управління інструменти і механізми являють собою комбінацію методів і інструментів управління, пов'язаних

спільністю цілі. За допомогою сформульованого механізму здійснюється напрямок управлінських дій і визначаються певні параметри. Проблема розробки системного механізму в галузі медичної допомоги полягає в тому, що в Україні існує суб’єктна структура, що складається з державних і приватних медичних установ [17]. Напрямок управління державними або приватними закладами охорони здоров'я визначається системою управління в медицині і змістом нормативно-правових обов'язків в цих установах. Сучасні дослідження пропонують ряд передових методів підвищення ефективності механізмів управління в типових ситуаціях для розробки системного підходу до управління державними та приватними установами охорони здоров'я [18; 19].

Дослідження рівня ефективності систем управління лежить у площині розуміння сутності поняття «механізми управління» та індикаторів, спрямованих на вимірювання та оцінку практичної результативності впровадженої системи управління: «Ефективність механізмів управління є складовим елементом організаційної ефективності» [20]. Важливість такої оцінки зумовлена тим, що обрані механізми сприяють прийняттю управлінських рішень і відповідно до них здійснюються інші засоби організації технічної роботи та інших видів діяльності. З точки зору визначення рівня ефективного управління, варіативні складові системного механізму вимагають формулювання його місії, цілей, основних завдань та функціональних принципів. Більш точні орієнтири для вибору окремих заходів оцінюються через управлінські цілі конкретного підприємства і визначаються відповідно до його стратегії розвитку.

Механізм внутрішнього управління закладом охорони здоров'я, як і багато інших видів діяльності, розглядається як цілеспрямована система взаємодії суб'єктів управління (керівних органів закладу, які мають право приймати рішення щодо організації його діяльності та формування напрямів його подальшого розвитку). Враховуючи соціальний зміст та суспільну значущість функцій закладу охорони здоров'я, для наповнення змісту механізму системи управління використовується дещо інша система цілей. Ефективне

функціонування закладу охорони здоров'я, навіть якщо він є прибутковою організацією, не може бути спрямоване виключно на отримання прибутку. Основою системного механізму управління організаціями охорони здоров'я є базові принципи державного регулювання, що визначаються сукупністю правил, законів та певних процедур (внутрішніх механізмів управління) регулювання їх діяльності, в тому числі прийняття управлінських рішень.

Загалом можна виділити дві підсистеми механізмів економічного управління організаціями охорони здоров'я: функціональну та забезпечувальну. Перша регулюється нормативно-правовими актами, оскільки надання медичних послуг підлягає обов'язковому ліцензуванню, а його технічні елементи регламентуються уніфікованими клінічними протоколами надання медичної допомоги. Існуючі структури управління охороною здоров'я пристосовані до управління складними системами. Потреби сучасної практики вимагають пошуку нових загальних типів організації та управління сектором охорони здоров'я (економічні аспекти, підвищення якості та доступності послуг). У сьогоднішніх реаліях координація діяльності організацій охорони здоров'я вимагає, серед іншого, реформування всього сектору охорони здоров'я з використанням нових економічних принципів ефективного управління [21].

Оскільки адміністративна система у сфері охорони здоров'я є надзвичайно складною, необхідно використовувати системний підхід до вивчення її суб'єктів, проблем, механізмів та факторів впливу. Доцільно припустити, що такий підхід є передумовою для визначення основних принципів побудови адаптивного управління державними та приватними закладами охорони здоров'я. У загальному вигляді системні механізми державного управління у сфері охорони здоров'я слід розглядати в координатах, що розрізняють сутність державного управління у сфері охорони здоров'я та його реалізацію в рамках суб'єкт-об'єктних відносин. Їх пріоритетність та рівнозначність є основою для виокремлення основних складових загального механізму державної та

внутрішньо організаційної управлінської діяльності, структурна будова якого визначається в узагальненому контексті.

У механізмах управління закладами охорони здоров'я необхідно посилити вплив економічного менеджменту не тільки за рахунок специфічних функцій, які визначають сферу управлінського впливу на економіку закладів охорони здоров'я, а й за рахунок її функціональної різноманітності. Безумовно, економічні закони діють в установах цього сектору не так чітко, як у ринковій структурі, але й ігнорувати їх сучасні установи цього сектору також не можуть. Використання бюджетів та фінансового планування як гнучких інструментів сучасного фінансового менеджменту є бажаним і з точки зору зміни підходів та принципів фінансування установ цього сектору, хоча вони продовжують бути прив'язаними до бюджетів. Такими джерелами фінансування є акумульовані кошти місцевих громад та благодійних фондів, благодійні пожертви, а також внески юридичних та фізичних осіб. З'являються й інші інноваційні джерела фінансування, такі як запровадження державно-приватного партнерства у формі фасіліті-менеджменту та можливість запровадження спеціалізованого фасіліті-менеджменту, що дозволить передати на аутсорсинг непрофільні функції закладів охорони здоров'я. Заклади повинні постійно і критично аналізувати умови, що швидко змінюються, приймати своєчасні та якісні управлінські рішення, а в деяких випадках - впроваджувати антикризовий менеджмент.

Воєнний стан поставив нові виклики перед управлінням муніципальними службами охорони здоров'я. Воно має набути сучасних психологічних, економічних та управлінських аспектів в умовах невизначеності та наслідків війни. Зрозуміло, що лікарні, які не розвиваються проактивно, втрачають конкурентну перевагу перед лікарнями, які прагнуть підвищувати якість медичних послуг, вдосконалювати управлінські процеси, зміцнювати та розвивати свою матеріально-технічну базу та команди фахівців. У нинішніх умовах відбувається радикальна трансформація способів управління медичними закладами.

Варто зазначити, що муніципальне управління гарантує взаємодію інтересів держави і громадян, є владним і залучає громадян до участі в соціально-економічних, суспільних і громадсько-політичних процесах. Система охорони здоров'я є окремою частиною державного управління, що робить управління нею дуже складним.

Особливостями управління закладами сфери охорони здоров'я (на відміну від управління комерційними підприємствами), є такі аспекти, як:

- застосування комплексу методів теорії управління для його синтезу;
- забезпечення продуктивності;
- варіативне поєднання функцій управління і самоуправління в медичних установах.

Сьогодні перед організаціями охорони здоров'я стоїть фундаментальна проблема надання необхідних послуг та організації економічно ефективної діяльності для збереження здоров'я населення України.

В. А. Довженко, Б. А. Войтенко та І. В. Кравець [15] звертають увагу щодо того, що параметри завдань усіх структур управлінської підсистеми не можуть бути чітко визначені, оскільки кожна інституційна структура має свою специфіку діяльності і характер її функцій (галузевий, регіональний, душевний та інші складові) є різним. Тому адміністративні структури можуть бути особливим інструментом здійснення регулюючого впливу державного управління на соціально-економічні та територіальні системи на різних рівнях (національний, регіональний, районний, міський, селищний, сільський, громада). Ці інструменти мають створювати необхідні умови для життєдіяльності людей у певній громаді (рис. 1.2).

Економічні механізми включають такі елементи державного управління, як банківська справа, фінансові операції, інвестиції, кредитування, оподаткування та страхування. Мотиваційні елементи комплексного адміністративного механізму включають командно-адміністративне управління та соціально-економічні стимули, які спонукають менеджерів до ефективної співпраці.

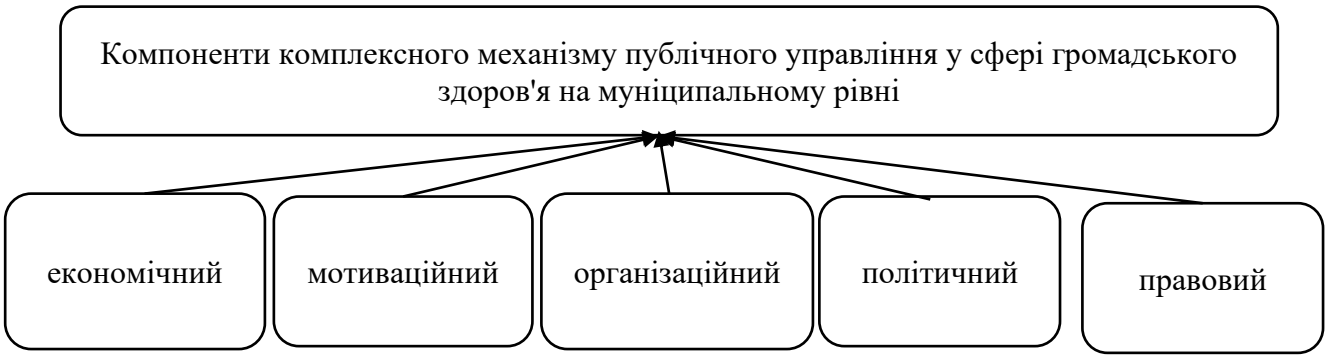

Рис. 1.2. Комплексний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я на муніципальному рівні

Джерело: складено автором.

Організаційна структура об'єднує цілі, суб'єктів, завдання і функції державного управління, а також методи і результати його діяльності. Особливу увагу слід приділити політичним аспектам інтегрованої адміністративної структури, зокрема її політичним функціям, включаючи економічні, соціальні та фінансові.

Нормативно-правове забезпечення - закони, постанови та розпорядження КМУ, укази Президента України, накази та методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я, офіційні акти регіональних та місцевих органів влади - представляють правові аспекти інтегрованих адміністративних механізмів. Слід зазначити, що ці механізми є максимально ефективними, особливо коли вони впроваджуються разом як цілісна система публічного управління комунальними закладами охорони здоров'я територіальних громад України.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ

2.1. Аналіз сучасного стану функціонування муніципальними закладів охорони здоров'я в Україні

Програма медичних гарантій взяла старт в своєму повному обсязі лише у 2020 році. На початку вона включала лише 33 пакети медпослуг. А відповідна оплати з боку НСЗУ медичним закладам за лікування пацієнтів становили лише 94,3 млрд грн, 19 млн. грн. з яких - за лікування COVID та вакцинацію [27].

Динаміка зростання пакетів медичних послуг свідчить про стрімкий рівень розвитку перш за все функціонування муніципальних закладів охорони здоров'я, адже саме вони надають ПМД та СМД (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Динаміка зростання пакетів медичних послуг ПМГ та оплат за договорами про них [27]

Рік	Кількість пакетів (шт.)	бюджет програми медичних гарантій (млн грн)
2020	33	97 419, 31
2021	36	126 022, 59
2022	42	157 252, 58
2023	42	142 460, 98
2024	44	158 757, 26

У 2021 році Програма медичних гарантій покривала 36 медичних послуг. Того року НСЗУ виплатила надавачам медичних послуг 124,3 мільярда гривень. У 2022 році ПМГ покривав 42 пакети медичних послуг. У 2022 році виплати за договором склали понад 148 мільярдів гривень. У 2023 році програма медичних гарантій покривала 42 пакети медичних послуг. У 2024 році програма медичних гарантій покривала 44 медичні послуги. Це лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ),

трансплантація органів та трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин. Окрім Програми медичних гарантій, цього року НСЗУ також реалізовуватиме пілотний проект з безоплатного зубопротезування для ветеранів; загалом на реалізацію ПМГ-2024 заплановано 158,7 млрд грн [27].

Згідно проведеного аналізу очевидно, що закладені кошти в державному бюджеті є достатніми, адже 2021, 2022 та 2023 роки фактично виплачені кошти за наданими послугами становили менше, ніж було заплановано [27].

У 2024 році вже понад 3 480 медичних закладів співпрацюють з НСЗУ в межах ПМГ та мають укладені договори на пакети медичних послуг (рис. 2.2).

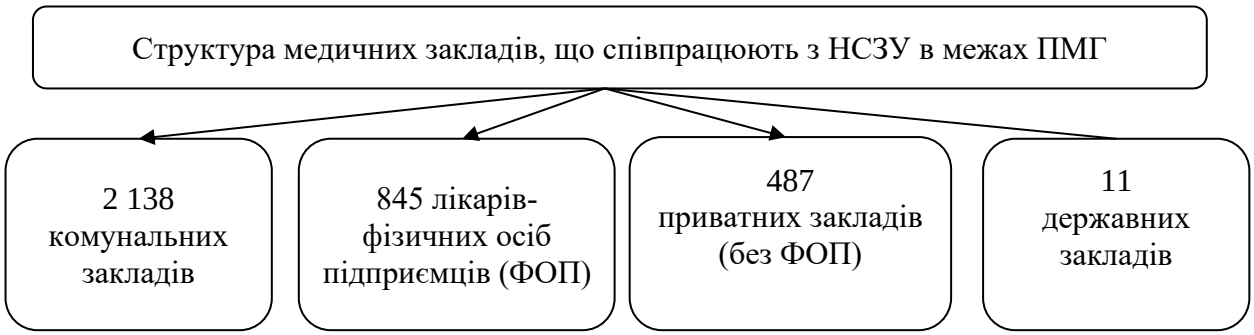

Рис. 2.2. Структура медичних закладів, що співпрацюють з НСЗУ в межах ПМГ

Джерело: складено автором на основі [27].

Структура медичних закладів різноманітна. За даними ЕСОЗ на 27.03. 2024 року, НСЗУ вже оплатила медзакладам 33,31 млрд грн за надані медичні послуги.

Постановою Кабінету Міністрів України № 410 від 25 квітня 2018 року, у зв'язку зі зміною, внесеною на підставі постанови Кабінету Міністрів України № 1110 від 26 вересня 2024 року [28], яка набере чинності з 1 січня 2025 року, передбачено зміни, зокрема, щодо укладення договорів на строк, що перевищує один календарний рік. Договори з максимальним строком дії на три роки можуть укладатися лише із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності або з фізичними особами - підприємцями, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики в

установленому законодавством порядку та надають первинну та екстрену медичну допомогу, а також визначені в установленому порядку кластерні та надкластерні заклади охорони здоров’я, що визначені в установленому порядку [28].

Забезпечення громадського здоров’я залежить від наявності належних ресурсів. У більшості країн фінансування складається з комбінації державного та приватного фінансування, що забезпечує пряму підтримку системи громадського здоров’я та непряму підтримку через систему надання медичних послуг. Обсяги та способи фінансування впливають на види та ефективність діяльності у сфері громадського здоров’я. Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків (рис. 2.3).

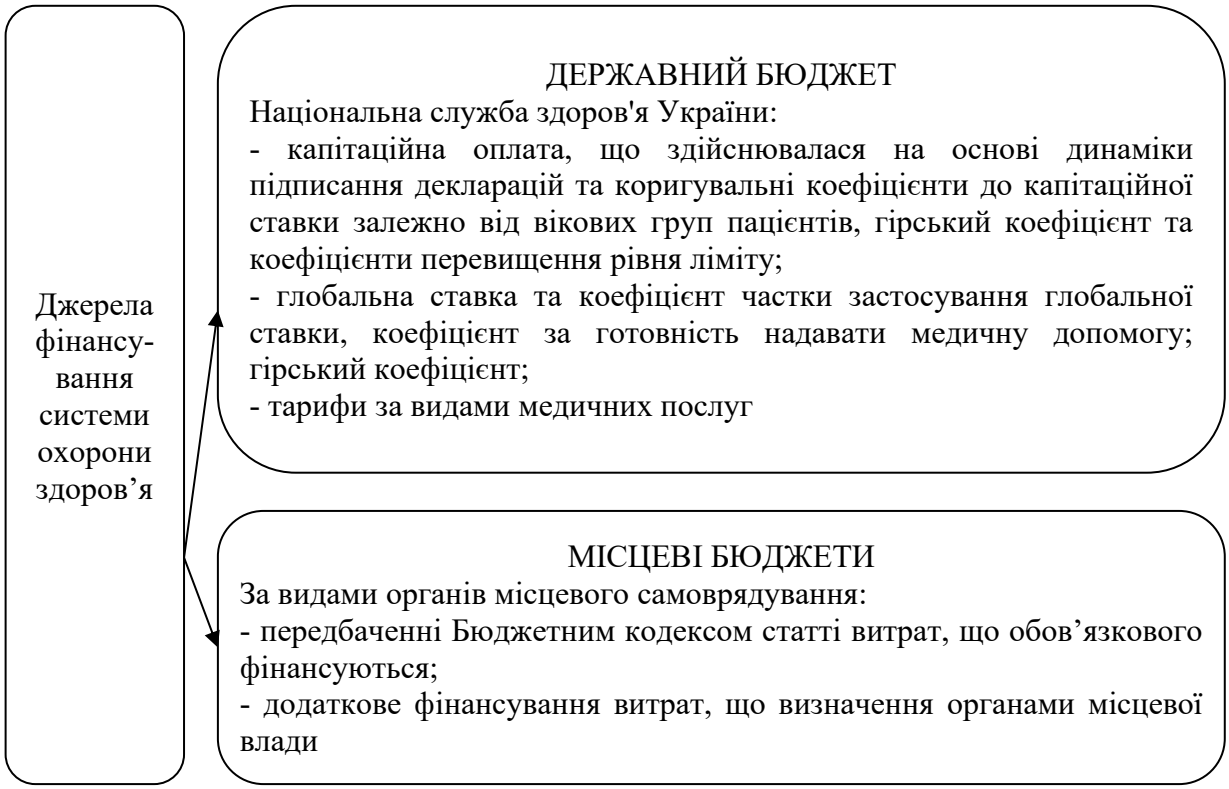

Рис. 2.3. Джерела фінансування системи охорони здоров’я.

Джерело: складено автором на основі [30-32].

Відповідно до положень Бюджетного кодексу України [30], фінансове забезпечення державних та місцевих закладів охорони здоров'я (бюджетних установ) здійснюється відповідно до чинного Бюджетного кодексу.

Кошти, що виділяються з державного та місцевих бюджетів на фінансування охорони здоров'я, спрямовуються на надання медичної допомоги та реабілітації, виконання державних і місцевих цільових програм охорони здоров'я та фінансування фундаментальних досліджень у цій галузі.

З Державного бюджету України фінансуються видатки на охорону здоров'я за наступними програмами [30; 33]:

- програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України;

- державні програми громадського здоров’я та заходи боротьби із епідеміями;

- державні програми розвитку і підтримки закладів ОЗ, що перебувають в державній власності, згідно із переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України;

- програму державних гарантій медичного обслуговування населення;

- державні програми та заходи в сфері ОЗ, що здійснюються державними установами, державними науковими установами ОЗ, які належать відповідно до сфери управління НАН України, Національної академії медичних наук України, Державного управління справами, «державними закладами охорони здоров’я, які належать до сфери управління центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров’я, та центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері соціальної політики, у разі, якщо такі заклади не уклали з

центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення,

договір про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» [30].

Видатки, що здійснюються з різних рівнів місцевих бюджетів наступними програмами [30]:

- оплату комунальних послуг і енергоносіїв комунальних закладів ОЗ, які належать відповідним територіальним громадам або є об’єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, які перебувають в управлінні обласних рад, для забезпечення надання ними відповідних медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;

- регіональні/ місцеві програми розвитку і підтримки комунальних закладів ОЗ, які належать відповідним територіальним громадам або є об’єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, які перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні/місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, що передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;

- регіональні/місцеві програми громадського здоров’я;

- інші заклади та заходи в системі ОЗ (будинки дитини, медико-соціальні експертні комісії, заклади служби крові, бюро судмедекспертизи, бази спецмедпостачання).

Пакети медичних послуг, що підлягають оплаті з боку держави через НСЗУ в рамках програми медичних гарантій, складається з 44 пакетів, в рамках яких НСЗУ продовжує наближати допомогу до пацієнтів і розширювати обсяг послуг, які можна отримати в межах ПМГ. Для кожного пакету медичних послуг передбачається застосування окремих специфікацій, умов закупівлі, тарифів і коригувальних коефіцієнтів, які залежать від складності медичної послуги, обсягу необхідних ресурсів для її надання і забезпечення дотримання принципу нейтральності бюджету (додаток А).

Існують 5 основних типів тарифів:

- капітаційна ставка;

- ставка за пролікований випадок;

- ставка на медичну послугу;

- глобальна ставка;

- ставка за результатами виконання умов договорів.

В силу обмеженості обсягів коштів, які можуть бути спрямовані на оплату медичних послуг і лікарських засобів за ПМГ, пріоритетними напрямами розвитку сфери ОЗ на 2023 - 2025 роки визначено [34]:

- первинна медична допомога, амбулаторні медичні послуги - зокрема інтеграція супроводу та лікування хворих на психічні розлади на рівні надавачів послуг із первинної медичної допомоги, організація обов'язкових медичних оглядів;

- екстрена медична допомога та медицина катастроф - надання якісних і доступних медичних послуг пацієнтам у невідкладних станах;

- якісні та доступні медичні послуги вагітним, породіллям, роділлям,

новонародженим і дітям, здійснення розширеного неонатального скринінгу та заходів раннього втручання, допоміжні репродуктивні технології;

- охорона психічного здоров'я та психологічна підтримка;

- послуги з реабілітації в сфері охорони здоров'я;

- доступність основних (життєво необхідних) лікарських засобів;

- надання пріоритету профілактиці, ранньому виявленню та лікуванню неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних захворювань і діабету 2 типу, використовуючи наявні та додаткові ресурси.

- хронічних обструктивних захворювань легень, бронхіальної астми;

- онкологічних захворювань; розладів психіки та поведінки;

- своєчасне лікування, контроль та локалізацію інфекційних хвороб, епідемій, їх спалахів та поширення, особливо хвороб, яким можна запобігти шляхом вакцинації, епідемій туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів В і С.

Відповідно до воєнного стану в Україні, фінансування пакетів медичних послуг, що оплачуються за програмою медичних гарантій, здійснюється на відповідний рік за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, передбачених чинним законодавством України.

Окремої уваги заслуговує фінансування суб'єктів сфери охорони здоров'я на місцевому рівні фінансуються з місцевих бюджетів. Дані засвідчують, що в період 2019 – 2023 років спостерігалося скорочення обсягів видатків з місцевих бюджетів на сферу охорони здоров'я. Так, у 2023 році загальний обсяг фінансування сфери охорони здоров'я з місцевих бюджетів скоротився у понад 3 рази, порівняно із 2019 роком, основними причинами чого стали недостатність бюджетних коштів та нераціональність їх розподілу серед напрямків фінансування. У структурі видатків на сферу охорони здоров'я з місцевих бюджетів в період 2019 – 2023 років відбулося зменшення частки фінансування поліклінік і амбулаторій, швидкої і невідкладної допомоги (на 4,98 %) і лікарень та санаторно-курортних закладів (на 16,01 %) у 2023 році проти 2019 року. Натомість поступово зростала частка видатків з місцевих бюджетів на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я на 20,69 % у 2023 році відносно 2019 року [29].

В умовах бойових дій терористичні акти проти громадян, що супроводжуються руйнуванням інфраструктури міст і сіл, втратами населення, відбуваються щодня. З початку війни російськими окупантами 184 медичних закладів повністю зруйновані та 1433 - пошкоджені [49]. Найбільших втрат зазнала медична інфраструктура Харківщини, Херсонщини, Донеччини, Миколаївщини та Київщини [50].

Викликами для муніципальної системи охорони здоров'я під час війни стали:

– підвищення попиту громадян на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни, а саме: поранення, травми та захворювання, пов’язані з війною;

– зміни в системі фінансування медичних закладів та оплаті праці медичних працівників;

– коригування наповнення пакету медичних послуг за Програмою медичних гарантій НСЗУ;

– доступ до медичних послуг на окремих територіях, особливо деокупованих та тимчасово окупованих;

– зростання потреб у послугах реабілітації та психічного здоров’я, які зросли як в короткостроковій, так і довгостроковій перспективі.

З початком війни, введенням воєнного стану було мобілізовано медичні служби для надання екстреної медичної допомоги, своєчасного поповнення запасів медикаментів, медичного обладнання, витратних матеріалів та інфузійних розчинів (створено національну електронну систему запасів лікарських засобів), забезпечення автономного енергопостачання у разі відключення електроенергії, проведення імунізації відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень, а також надання медичних послуг усім категоріям пацієнтів.

Постановою КМУ “Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану” [51] було унормовано діяльність суб’єктів господарювання і затверджено перелік видів господарської діяльності, які не можуть провадитися в умовах воєнного стану.

Відповідно до попередніх рішень, вимоги до надавачів медичних послуг на муніципальному рівні включають наявність ліцензії та інших передбачених законодавством дозвільних документів на провадження господарської діяльності з медичної практики, відповідність вимогам галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, наявність матеріально-технічної бази, необхідної для надання медичних послуг (у тому числі наявність будівель і споруд,

пристосованих для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, включаючи безперешкодний доступ до будівель і споруд осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення зокрема).

Згідно з договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, надавач медичних послуг зобов'язується надавати медичні послуги лише тим підрядникам, інформація про яких внесена до електронної медичної системи, і лише щодо тих послуг, для яких така можливість є доступною. Спрощення Міністерством охорони здоров'я правил використання електронних інструментів (електронних форм направлень, виписок, рецептів тощо) та скасування таких вимог, як необхідність звернення до сімейного лікаря та необхідність електронного направлення до вузького спеціаліста, спростило шлях пацієнта та покращило доступ до медичної допомоги. Важливо, щоб це було зроблено з урахуванням того, що шлях пацієнта спростився, а доступ до медичних послуг покращився.

З метою покращення медичного обслуговування громадян, відповідно до змін до Бюджетного кодексу України (статті 19 та 89), місцеві громади отримали можливість здійснювати видатки з бюджетів територіальних громад сіл, селищ, міст на охорону здоров'я, зокрема на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, розвиток і утримання комунальних закладів охорони здоров'я, реалізацію місцевих програм та можливість їх використання для виконання місцевих програм громадського здоров'я [52].

Медична допомога внутрішньо переміщеним особам під час війни потребувала суттєвих змін на муніципальному рівні, були внесені корективи в нормативно-правову та організаційно-управлінську базу діяльності закладів охорони здоров'я, в тому числі надання права внутрішньо переміщеним особам отримувати безоплатно медичну допомогу за місцем фактичного проживання, без укладання нової декларації з лікарем, користуватися програмою «Доступні ліки».

На тимчасово окупованих територіях, де надання медичних послуг ускладнене, частина комунальних поліклінік та лікарень тимчасово припинила свою роботу, відчувається нестача медикаментів та медичного персоналу, Програма медичних гарантій передбачає укладання договорів з медичними закладами, що працюють в зоні активного конфлікту та на тимчасово окупованих територіях, окремими пакетами. На неокупованих територіях через брак медичних кадрів медичний персонал набирається на ротаційній основі.

28 лютого 2023 року Кабінет Міністрів України ухвалив постанову про новий етап медичної реформи. Постанова передбачає створення госпітальних округів, де в кожній області будуть створені кластери лікарень, а подальше надання медичних послуг прив'язується до функціонування компетентної мережі медичних закладів [53].

При плануванні діяльності комунальних закладів охорони здоров'я місцевій владі необхідно враховувати плани розвитку госпітального округу, до якого відноситься той чи інший заклад. З цією метою доцільно створити наглядову раду лікарні, яка б спільно обговорювала та визначала умови адаптації закладу охорони здоров'я до нової ситуації, спектр медичних послуг, необхідних місцевому населенню, та шляхи доступу пацієнтів до цих послуг.

Ефективність роботи закладу охорони здоров'я значною мірою залежить від підготовки його персоналу, електронних послуг та співпраці з іншими організаціями.

На сучасний стану функціонування муніципальними закладів охорони здоров’я в Україні впливають період реформування системи охорони здоров’я, публічного управління та дія правового режиму воєнного стану. Наразі трансформація системи охорони здоров’я передбачає реалізацію Плану відновлення системи охорони здоров’я, який має три ключові блоки (рис. 2.4).

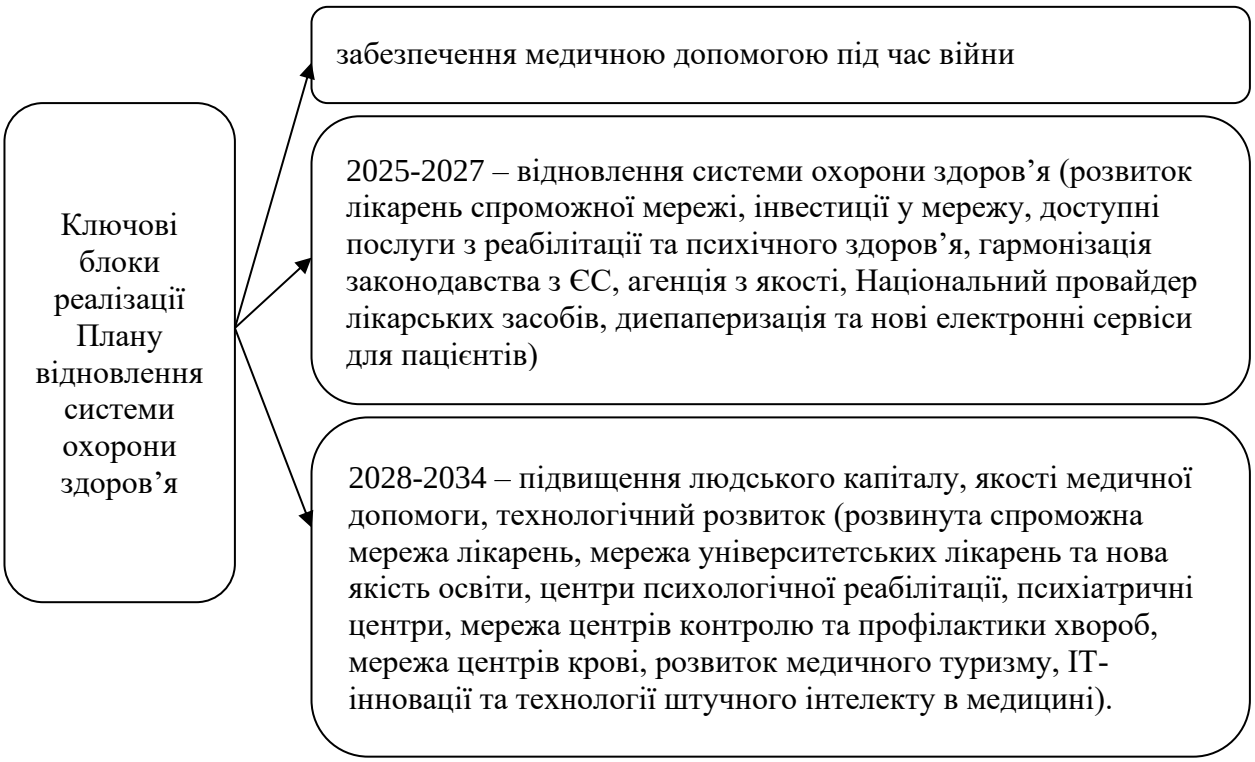

Рис. 2.4. Ключові блоки реалізації Плану відновлення системи охорони здоров’я

Джерело: складено автором на основі [54].

Попри це динаміка публічного управління системою охорони здоров’я, в тому числі на муніципальному рівні, та рівень медичних послуг за останні 5 років відчутно зростають. Водночас подальше функціонування національної системи охорони здоров'я, в тому числі на муніципальному рівні, залежить від якісних змін, здатності реагувати на надзвичайні ситуації, пов'язані з війною та післявоєнною відбудовою, та наявності фінансових ресурсів для відновлення системи охорони здоров'я, які оцінюються в 16,4 млрд доларів США, включаючи будівництво та реконструкцію, протягом наступного десятиліття. З них 3,6 мільярда доларів США необхідні для відновлення системи охорони здоров'я в коротко- та середньостроковій перспективі [50].

2.2. Оцінка ефективності управління та якості надання послуг «Консультативно-діагностичного центру» Голосіївського району м. Києва

«Консультативно-діагностичний центр» (КДЦ, некомерційна організація Голосіївського району м. Києва) - заклад охорони здоров'я спільної власності територіальної громади міста Києва, підпорядкований Управлінню охорони здоров'я Голосіївської районної в місті Києві державної адміністрації та виконавчому органу Київської міської ради (Київській міській державній адміністрації). Засновником та власником КНП «ЦПМСД Голосіївського району м. Києва» є територіальна громада міста Києва в особі Київської міської ради [22].

Підприємство входить до складу Київської міської ради на підставі рішення Київської міської ради від 17 квітня 2013 року № 119/9176 «Про діяльність Центральної районної поліклініки Голосіївського району міста Києва» та рішення Київської міської ради від 24 травня 2013 року № 247 «Про діяльність Київського міського Голосіївського районного некомерційного комунального підприємства “Консультативно-діагностичний центр”. Центр був створений відповідно до організаційно-правових заходів щодо створення «Центру».

КНП «КДЦ», некомерційна організація Голосіївського району м. Києва, є правонаступником Центральної районної лікарні Голосіївського району м. Києва. Це незалежна організація, яка діє на підставі власного статуту і має всі права юридичної особи (Додаток Б).

Структура КНП КДЦ Голосіївського району м.Києва включає в себе відділи, відділення, пункти, окремо розташовані структурні підрозділи - філії та інші структурні елементи (дод. В).

Функції КНП «ЦПМСД Голосіївського району м. Києва» полягають у наступному.

- Надання консультативно-діагностичної медичної допомоги пацієнтам, які звертаються за направленням від лікарів загальної практики - сімейної медицини Голосіївського району м. Києва.

- Проведення необхідних консультацій та обстежень, підтвердження діагнозу, визначення тяжкості стану пацієнта та місця лікування і, у разі необхідності, направлення пацієнта до стаціонарного відділення лікарні інтенсивного лікування або до стаціонару для планового лікування.

- Співпрацювати з медичними закладами, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу.

Фінансову та матеріально-технічну базу КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва становлять оборотні кошти, основні фонди, фінансові ресурси та інші матеріальні цінності, вартість яких визначається балансом організації. Станом на 31 грудня 2023 року загальна вартість активів, що обліковуються на балансі підприємства, становить 43290,00 тис. грн., з яких 41434,00 тис. грн. - необоротні активи та 1806,00 тис. грн. - оборотні активи [22].

Протягом останніх кількох років КНП КДЦ Голосіївського району м.Києва постійно покращує своє технічне оснащення. Так, на покращення матеріально-технічної бази центру було витрачено 1 817,58 тис. грн з усіх джерел надходжень [22].

У 2021 році було проведено капітальний ремонт електричних мереж та електрообладнання загальною вартістю – 5381,2 тис. грн.; створення сучасного кабінету лікувальної фізкультури для дітей – 529,1 тис. грн.

У 2022 р. було проведено капітальний ремонт з облаштування безбар’єрного середовища для доступності маломобільних груп населення загальною вартістю – 1245,7 тис. грн.; капітальний ремонт лікарняного ліфта (заміна) – 1382,5 тис. грн.; облаштування інформаційного табло – 255,3 тис.

грн., закуплено медобладнання на суму 164,7 тис. грн., а також оргтехніки – 173,4 тис. грн. Протягом 2023 року було здійснено капітальний ремонт електричних мереж та електрообладнання – 1278,5 тис. грн., капітальний ремонт пасажирського ліфта (заміна) – 1108,2 тис. грн., закуплена оргтехніка на суму 835,1 тис. грн., медобладнання «Парогенератор КЗА 45» – 13,6 тис. грн. Як бачимо прослідковується позитивна тенденція і підприємство за можливості здійснює покращення показників основних засобів.

Результати проведеного SWOT-аналізу КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва сильні та слабкі сторони, можливості та загрози закладу (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

SWOT-аналіз КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва

Сильні сторони	Слабкі сторони
Кваліфікований персонал. Зручне розташування в межах району. Широкий спектр діагностичних послуг. Впровадження інформаційної системи для пацієнтів eHealth. Безбар’єрний доступ. Безкоштовне надання медичних послуг. Наявність інтернет-сайту ЗОЗ. Регулярне підвищення кваліфікації медичного персоналу.	Неукомплектованість кадрами. Відсутність високотехнологічного діагностичного та лікувального обладнання. Недостатнє оснащення комп'ютерною технікою. Зношеність медичного обладнання. Обмежена можливість матеріального стимулювання співробітників. Високий відсоток працюючих. пенсіонерів
Можливості	**Загрози**
Розширення спектру платних медичних послуг. Створення нових відділень (центрів). Розвиток напрямків, що не входять до обов’язкових безоплатних послуг.	Недостатня конкурентоздатність порівняно з приватними лікувально-діагностичними центрами. Недостатній рівень впровадження інноваційних медичних технологій через недостатнє бюджетне фінансування. Звільнення кваліфікованого персоналу. Низька довіра населення до лікарських засобів гарантованих державою

Джерело: розроблено автором на основі [22].

За результатами SWOT-аналізу КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва здатен мінімізувати такі загрози, як недостатня конкурентоспроможність порівняно з приватними лікувально-діагностичними

центрами, недостатній рівень впровадження інноваційних медичних технологій через брак бюджетних коштів, звільнення кваліфікованих кадрів та низький рівень довіри населення до гарантованих державою ліків, за рахунок своїх сильних сторін та можливостей. Сильними сторонами є компетентний персонал, вигідне розташування в регіоні, широкий спектр діагностичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, безбар'єрний доступ, безкоштовні медичні послуги, наявність веб-сайтів медичних закладів та регулярне підвищення кваліфікації медичного персоналу. Можливості включають розширення спектру платних медичних послуг, створення нових відділень (центрів) та розвиток сфер, не охоплених обов'язковими безкоштовними послугами.

Основними джерелами фінансування КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва є кошти за медичні послуги від НСЗУ за програмою «Первинна медична допомога» та бюджетні кошти. Іншими джерелами фінансування є надання платних медичних послуг жителям району, оренда приміщень та інші джерела, не заборонені чинним законодавством.

Платні послуги надаються відповідно до Постанови КМУ № 1138 від 17 вересня 1996 року «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих навчальних закладах». Тарифи на платні послуги, що надаються населенню, визначаються відповідно до чинного законодавства [23].

Сума надходжень у 2023 році зросла на 9 625 тис. грн порівняно з 2022 роком та на 19 028 тис. грн порівняно з 2021 роком [22]. В основному це відбувається за рахунок доходів від надання платних послуг, НСЗУ, бюджетних коштів, інших операційних доходів, інших фінансових доходів та інших доходів. Господарська діяльність підприємства генерує дохід, і його динаміка щороку демонструє ознаки зростання. Заклад спроможний погашати свої поточні борги та має кошти на розвиток і покращення основних засобів.

Сума витрат у 2023 році зросла на 9 625 тис. грн порівняно з 2022 роком та на 19 028 тис. грн порівняно з 2021 роком. В основному це пов'язано зі

збільшенням адміністративних витрат. Наведені дані свідчать, що основним показником витрат компанії є собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг). Крім того, слід підкреслити, що щорічні показники мають тенденцію до зростання. Отже, компанії необхідно активізувати зусилля щодо збільшення дохідної частини своєї діяльності, щоб забезпечити погашення боргів [22].

Однією з найголовніших конкурентних переваг КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва є висока якість надання медичної допомоги.

Підсумовуючи, можна сказати, що КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва був створений як медичний заклад з метою організації надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню. Завдяки дотриманню стратегічного плану розвитку та узгодженості дій персоналу протягом останніх років зросла операційна ефективність, що свідчить про результативність діяльності та успішність обраної моделі управління. Фінансове забезпечення КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва здійснюється за рахунок коштів за медичні послуги від НСЗУ за програмою «Первинна медична допомога», бюджетні кошти, оренда приміщень та інші джерела, не заборонені чинним законодавством.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ «КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ» ГОЛОСІЇВСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА

Практика муніципального управління в Україні та світі вказує на такі причини зниження якості та доступності медичних послуг, як:

- недосконалість національної нормативно-правової бази, регуляторної політики (національної та місцевої), методів і механізмів мотивації та управління діяльністю закладів охорони здоров'я;

- необхідність оптимізації та вдосконалення існуючих систем моніторингу та управління діяльністю закладів охорони здоров'я, у тому числі приведення їх у відповідність до міжнародних стандартів;

- необхідність посилення ролі державно-приватного партнерства, зокрема на локальному рівні, у тому числі з громадськими організаціями; проведення ефективної кадрової політики;

- більш широке впровадження інноваційно-інвестиційних систем забезпечення доступності та якості медичних послуг;

- нестача фахівців та недостатній рівень їх кваліфікації, недостатня кількість медичного обладнання, низька вмотивованість фахівців внаслідок відсутності дієвої моделі мотивування та стимулювання до праці у медичній сфері, а також внаслідок низького рівня заробітної плати, брак фінансових коштів як на національному, регіональному, так і муніципальному рівнях, неспроможність надання якісної та доступної медичної допомоги населенню внаслідок вищезгаданих причин та постійного зростання цін на медикаменти, послуги охорони здоров’я;

- тощо.

Основними шляхами покращення поточної ситуації є запровадження інноваційних комунікаційних механізмів взаємодії лікар-пацієнт, гнучкого державного нагляду та громадського контролю за роботою медичних організацій (переважно з метою створення оптимальних умов для їхньої

роботи та сприяння підвищенню якості послуг у системі державно-приватного партнерства) та системи медичного страхування. Акцент слід робити на розвитку людського капіталу, як медичних працівників, так і місцевого населення. (рис. 3.1).

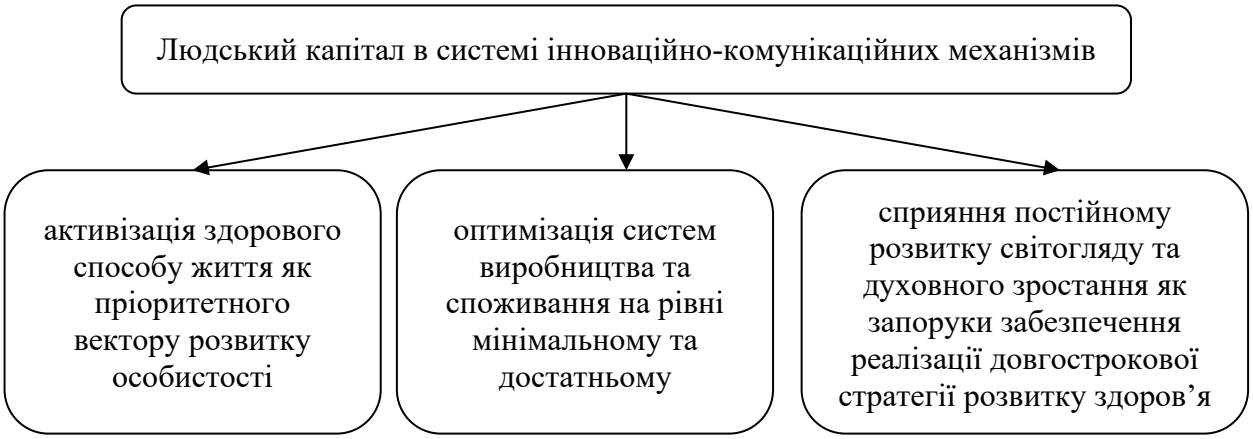

Рис. 3.1. Людський капітал в системі інноваційно-комунікаційних механізмів взаємодії лікар-пацієнт

Джерело: розроблено автором.

Для досягнення довгострокового успіху слід докладати зусиль для забезпечення конкурентоспроможності КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва в усіх аспектах його діяльності. Обираючи правильну стратегію, КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва має зосередити свої ресурси, покращити взаємодію з пацієнтами і надавати якісні послуги пацієнтам. Стратегія КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва має в себе включати наступні компоненти:

- здійснювати аналіз фінансово-економічної діяльності закладу охорони здоров'я в цілому;
- визначати сильні та слабкі сторони в діяльності закладу;
- виявляти можливі та наявні резерви;
- оптимізовувати використання ресурсів закладу;
- впроваджувати новітні інформаційні технології;

- підвищувати ефективність та якість надання медичної допомоги населенню;

- забезпечувати доступність медичних послуг для всіх верств населення.

Для того, щоб краще позиціонувати себе на ринку, вони повинні спочатку переглянути свої існуючі системи управління і більш ефективно використовувати інструменти менеджменту та маркетингу. Цього можна досягти завдяки правильному впровадженню маркетингових стратегій, які забезпечать довгострокову ефективність.

Фінансова складова конкурентоспроможності КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва на муніципальному ринку медичних послуг повинна враховувати економічну кризу та воєнний стан, який триває вже другий рік. Ці негативні фактори впливають на діяльність фінансових установ, вимагають від них адаптації до нових умов ведення бізнесу та тягнуть за собою додаткові фінансові витрати на стабілізацію діяльності.

Стратегія фінансової підтримки має стати фактором, що підвищує конкурентоспроможність установи та покращує використання конкурентних переваг. Стратегія в кінцевому підсумку дозволить установі стати фінансово стійкою, покращити свої фінансово-економічні показники та мати профіцитний показник на кінець звітного року. Для того, щоб залишатися конкурентоспроможною, впроваджуючи зміни в діяльності, зумовлені зовнішніми факторами, КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва повинна переглянути свої звичні умови функціонування та обрати нові способи роботи. Постійне коригування фінансових аспектів дозволить установі оптимізувати методи фінансування, перенаправити кошти на проблемні напрямки діяльності та згенерувати додаткові кошти для отримання конкурентних переваг.

Враховуючи, що стратегія фінансового забезпечення - це конкретний сценарій дій, спрямованих на досягнення поставлених перед закладом охорони здоров'я завдань і цілей та покращення його позицій на ринку медичних послуг порівняно з конкурентами, успішна реалізація індикаторів

цієї стратегії сприятиме підвищенню фінансової незалежності закладу охорони здоров'я, покращенню інвестиційної складової та збільшенню фінансових потоків, доступних для організації, з метою мінімізації прояву негативних факторів.

Важливість інноваційного підходу полягає в тому, що він спрямований на розробку нового переліку послуг для пацієнтів, покращення організації надання відповідних послуг, підвищення ефективності діяльності медичних організацій на ринку та підвищення їх конкурентоспроможності.

Ефективне впровадження інновацій у господарську діяльність можливе завдяки компетентним працівникам, які постійно підвищують свій рівень знань та навичок. Працівники, які постійно проявляють ініціативу, є важливим ресурсом для організацій охорони здоров'я, що гарантує надання високоякісних послуг пацієнтам. Впровадження інформаційно-комунікаційних систем на рівні функціонального управління дозволяє обробляти великі обсяги даних про операційну ефективність всієї організації охорони здоров'я, що є інновацією. Медичні інформаційні системи (МІС), створені різними компаніями-розробниками програмного забезпечення, забезпечують швидкий доступ до інформації для своєчасного використання та обґрунтування управлінських рішень, дозволяють автоматизувати клінічні та адміністративні потреби організації охорони здоров'я і надають інформаційну підтримку медичним діагностичним засобам, роботі медичних працівників, оцінці ефективності лікувальних процесів, адміністративному та господарсько-фінансовому управлінню діяльністю, бізнес-плануванню та оптимізації.

На даний момент КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва використовує медичні інформаційні системи, які забезпечують наступні процеси:

- реєстрація, обробка та зберігання інформації з діагностичних приладів;
- управління електронною чергою та записом на прийом;
- створення та друк затверджених паперових медичних форм;

- формування проміжних та щорічних звітів;
- кадровий облік;
- управління залишками.

З появою централізованої бази даних лікарняних кас (ЕСОЗ) і механізму фінансування «гроші йдуть за пацієнтом», який базується на даних про пацієнтів, зареєстрованих у лікарняній касі, і наданих їм послугах, можливість взаємодії з ЦБД стала важливою функцією для постачальників послуг охорони здоров'я. Відповідно виникає потреба у суттєвому розширенні функціоналу МІС КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва, який має включати наступні функціональні модулі сучасних медичних інформаційних систем:

- облік структурних підрозділів та ресурсів закладу;
- облік кадрів;
- управління електронною чергою та запис на прийом;
- облік послуг та оплат;
- складський облік;
- фінансовий модуль, робота з підрядниками, замовниками, постачальниками;
- робота з автоматичними лабораторними приладами (аналізаторами);
- робота з приладами інструментальної діагностики;
- робота з медичними документами (записами) пацієнта;
- кабінет пацієнта;
- модуль аналізу та звітування;
- взаємодія з ЦБД ЕСОЗ;
- інший функціонал, який визначений державою обов’язковим для взаємодії з ЦБД ЕСОЗ.

Важливими напрямами інноваційного розвитку підприємств є покращення стану матеріально-технічної бази, використання сучасного медичного обладнання та перехід на інтенсивні, ресурсо- та енергозберігаючі технології.

Для того, щоб підприємство добре функціонувало, всі сектори підприємства і служби, задіяні в забезпеченні конкурентоспроможності медичних послуг, повинні бути залучені до створення необхідних умов для підвищення конкурентоспроможності. З цієї точки зору, необхідно раціонально розподілити всі функції щодо забезпечення конкурентоспроможності послуг, що надаються, між секторами, залученими до забезпечення конкурентоспроможності.

Важливим аспектом у визначенні організаційного механізму системи управління конкурентоспроможністю є вибір організаційної структури. Тип організаційної структури системи залежить від масштабів діяльності закладу охорони здоров'я, обсягу послуг, що надаються пацієнтам, різноманітності пропонованих медичних послуг, а також рівня знань і кваліфікації лікарів. Пропонується до заходів, які б зміцнили організаційні механізми управління конкурентоспроможністю, додати три наступні блоки заходів (рис. 3.2).

Рис. 3.2 Групи заходів для зміцнення організаційних механізмів управління конкурентоспроможністю.

Джерело: розроблено автором.

Успішна кадрова політика повинна базуватися на ретельному вивченні, дослідженні та адаптації до зовнішніх і внутрішніх факторів. Важливим

завданням кадрової політики є забезпечення організації охорони здоров'я персоналом з відповідною кваліфікацією для надання якісних медичних послуг. Кадрова політика закладу охорони здоров'я формується під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників на її діяльність.

Для покращення кадрової політики КНП КДЦ потрібно:

– регулярне підвищення кваліфікації персоналу як одного з факторів підвищення стійкості розвитку установи;

– навчання персоналу управлінським навичкам, менеджменту, в тому числі і стандартам підприємницької діяльності;

– організація навчання базовим знанням адміністративно-управлінського персоналу на сучасному рівні;

– формування кадрового та управлінського резерву;

– розробка критеріїв вимірювання обсягу і якості роботи персоналу з метою їх оцінки і стимулювання.

Підготовка кадрів повинна бути спрямована на професіоналізм, який визначається:

– ставленням до змін;

– професійною кваліфікацією, майстерністю в роботі та в аналізі виконання планів;

– вмінням вирішувати проблеми, пов'язані із стратегічною діяльністю;

– вмінням вирішувати питання, які стосуються проведення організаційних змін.

У сучасних умовах дуже важливим є забезпечення організаційної культури, яка є основою для підвищення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я. Ефективна організаційна культура є фактором покращення управління та ефективності роботи всіх працівників організації охорони здоров'я. Корпоративна культура сприяє формуванню у пацієнтів позитивних поглядів та уявлень про те, що медичний заклад є закладом охорони здоров'я, який може адекватно задовольнити їхні потреби, а також забезпечує довіру до лікарів, які тут працюють.

Якість медичної допомоги - це актуальний процес у взаємовідносинах пацієнт-лікар, що базується на професійних якостях лікаря, тобто здатності мінімізувати негативні фактори для здоров'я пацієнта, запобігти виникненню хворобливих процесів, використати весь потенціал медицини та забезпечити отримання пацієнтом хорошого результату від наданих медичних послуг.

Важливо також визначити ключові інноваційні методи забезпечення якості. Ці методи повинні базуватися на трьох основних групах елементів, які визначають конкурентоспроможність муніципальної системи охорони здоров'я в цілому (рис. 3.3).

Рис. 3.3. Групи елементів, які визначають конкурентоспроможність муніципальної системи охорони здоров’я

Джерело: розроблено автором.

Таким чином, оцінка конкурентоспроможності дозволяє визначити цільовий напрямок оцінки конкурентоспроможності та виявити фактори конкурентоспроможності, за якими заклад знаходиться в гіршому становищі, ніж його конкуренти, а це може суттєво підвищити обізнаність керівників організації при прийнятті стратегічно важливих управлінських рішень.

Безпосередньо для «Консультативно-діагностичного центру» Голосіївського району м. Києва рекомендується виконання таких завдань:

– розширення послуг первинної медичної допомоги, зокрема додати лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій,

впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд на рівні первинної медичної допомоги;

– посилити медичні послуги для задоволення особливих потреб постраждалих від війни (включаючи внутрішньо переміщених осіб та ветеранів війни). Це включає розвиток реабілітаційних послуг; покращення індивідуальних та громадських послуг з охорони психічного здоров'я; покращення послуг травматології, ортопедії, опіків та інтенсивної терапії шляхом створення спеціалізованих денних стаціонарів для ветеранів війни та осіб з інвалідністю.;

– врахування в плануванні та удосконаленні фінансування потреб ветеранів війни і осіб, постраждалих від воєнних дій (реабілітаційних потреб, ремонтну протезів та інших).

Підсумовуючи пропозиції слід зазначити, що актуальність усіх нововведень потрібно попередньо обговорювати з населенням, яке обслуговує КНП КДЦ Голосіївського району м. Києва. А тому сімейні лікарі та медичні сестри, які з ними працюють мають оволодіти практичними інструментами проведення соціологічних досліджень.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

1. Першооснову муніципального управління сферою охорони здоров’я складають нормативні документи (Конституція, Закони України, підзаконні нормативні акти), які визначають сутність, умови, підпорядкованість та порядок функціонування закладів. Наявність об’єктів спільного відання (національних та регіональних) дозволяє назвати вітчизняну систему охорони здоров’я ієрархічною. Населення, головним чином, отримує медичну допомогу на муніципальному рівні. До сфери муніципального охорони здоров’я відносять муніципальні лікувально-профілактичні та інші медичні заклади, заклади відомчого характеру як у муніципальній, так і не у муніципальні власності, заклади фармації на території, органи управління охороною здоров’я.

2. Головною метою муніципального управління сферою охорони здоров’я є забезпечення умов для задоволення потреб мешканців муніципального утворення.. Також можуть досягатися локальні цілі, наприклад, забезпечення загальної доступності медичних послуг, контроль їх якості тощо. До муніципального рівня медичного обслуговування віднесено організаційні аспекти: невідкладної медичної допомоги, первинної медико-санітарної допомоги, яка надається амбулаторно та лікувальними закладами, медичної допомоги вагітним та породіллям, також у післяродовий період. Більш складні питання медичної допомоги віднесено на національний рівень, які надають повноваження муніципальним органам влади одночасно з фінансуванням.

3. На сучасний стану функціонування муніципальними закладів охорони здоров’я в Україні впливають період реформування системи охорони здоров’я, публічного управління та дія правового режиму воєнного стану. Попри це динаміка публічного управління системою охорони здоров’я, в тому числі на муніципальному рівні, та рівень медичних послуг за останні 5 років відчутно зростають. До повноважень держави у сфері управління охороною здоров’я,

в тому числі муніципального рівня, віднесено: здійснення контролю за законодавством у сфері охорони здоров'я; забезпечення захисту прав населення у сфері охорони здоров'я; формування системи органів муніципального управління системою охорони здоров'я; координаційна та контрольна діяльність муніципальних медичних закладів; контроль якості наданих послуг; організація обов'язкового медичного страхування; організація ліцензування медичної та пов'язаною з нею діяльності; організація інформування населення про соціально значущі захворювання та їх розповсюдження; організація освіти населення у санітарно-гігієнічній сфері; формування системи закладів для психічно хворих, інвалідів, невиліковних хворих. До повноважень державного рівня у сфері охорони здоров'я, які передано на муніципальний рівень відносять оптову закупівлю лікувальних препаратів для медичних закладів, які діють на території муніципального утворення; організація муніципальних медичних закладів за номенклатурою, визначеною на державному рівні; часткове фінансування безкоштовно наданих соціально значущих ліків; формування муніципального замовлення на лікарське обслуговування населення; формування системи муніципальних пільг щодо надання лікувальних препаратів; забезпечення функціонування системи соціального добробуту населення муніципального рівня; здійснення інформаційного повідомлення населення про соціально значущі хвороби та їх розповсюдження. Муніципальне управління сферою охорони здоров'я здійснюється у відповідності до планів регіонального розвитку та ресурсів населення.

4. Результати дослідження свідчать про те, що Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м.Києва був створений як медичний заклад з метою організації надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню. Завдяки дотриманню стратегічного плану розвитку та узгодженості дій персоналу протягом останніх років зросла операційна ефективність, що свідчить про результативність діяльності та успішність

обраної моделі управління. Однією з найголовніших конкурентних переваг КНП КДЦ Голосіївського району міста Києва є висока якість надання медичної допомоги.

5. Оскільки адміністративна система у сфері охорони здоров'я є надзвичайно складною, необхідно використовувати системний підхід до вивчення її суб'єктів, проблем, механізмів та факторів впливу. Доцільно припустити, що такий підхід є передумовою для визначення основних принципів побудови адаптивного управління державними та приватними закладами охорони здоров'я. Загалом системні механізми державного управління у сфері охорони здоров'я слід розглядати в рамках суб'єкт-об'єктних відносин, у координатах, що визначають характер і форми реалізації державного управління у сфері охорони здоров'я. Найбільш перспективною стратегією розвитку охорони здоров'я є зміцнення первинної медико-санітарної допомоги, висока соціальна та економічна ефективність якої доведена міжнародною практикою. У більшості країн європейського регіону принцип загальної практики/сімейної медицини є пріоритетним для розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про систему громадського здоров’я. Закон України від 11.02.2024 р. 573-IX URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text

2. Демошенко Г.В. Вплив цифрової трансформації на муніципальне управління. *Аспекти публічного управління*. 2022. № 10. С. 36-42. DOI: https://doi.org/10.15421/152274

3. Александрова А. Територіальна громада в умовах децентралізації влади в Україні / А. Александрова // Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації: Матеріали 9-ї Наук.-практ. Інтернет-конф. – Дніпро, 20-21.11.2021: тези доповідей (Том 2) С. 51-54. URL: http://dspace.dsau.dp.ua/jspui/handle/123456789/5673

4. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров’я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід.* 2020. № 2. С. 134–140. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.2.134

5. Гавриченко Д. Г. Трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. №3. С. 72-76. DOI: 10.32702/2306□6814.2022.3.72

6. Долгіх М.В. Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров’я: огляд дискусійного поля. Аспекти публічного управління. 2019. № 12. С. 16–27. DOI: 10.15421/151961

7. Криничко Л. (2020). Проблеми системи охорони здоров’я та напрями їх вирішення: погляд науки та практики. Аспекти публічного управління, 8(6), 115-131. DOI: https://doi.org/10.15421/1520111

8. Мунько А. Ю. Децентралізація та стандартизація системи публічних послуг (на прикладі сфери охорони здоров’я). Державне управління: удосконалення та розвиток : Наукове фахове видання / Головний редактор: Кобець А. С. 2020. № 8. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.8.50

9. Смирнова І. І., Лихошва О. Ю., Рак Н. В., Горієва Л. А. Соціальний захист населення на сучасному етапі: стан і перспективи. Економічний вісник Донбасу. 2021. № 3 (61). С. 205-212. DOI: https://doi.org/10.12958/1817-3772-2021-2(64)-201-208

10. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади. Розпорядження Кабінету міністрів України від 01.04.2014 р. № 333-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-р#Text

11. Науменко А. О., Смігунова О. В., Міненко С. І. Сучасні підходи і напрями розвитку публічного управління та адміністрування: підручник; за ред. д-ра наук з держ. управління, проф. В. Д. Бакуменка; ДБТУ. Харків: Майдан, 2022. 280 с. URL: https://repo.btu.kharkov.ua//handle/123456789/29572

12. Про схвалення концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету міністрів України від 30.11.2016 р. №1013-р. URL: https://www.kmu. gov. ua/ua/npas/249626689 .

13. Права та обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я. Урядовий контактний центр. URL: https://ukc.gov.ua/knowdledge/prava-ta-obov-yazky-gromadyan-u-sferi-ohorony-zdorov-ya/

14. Covid-19 забрав життя понад 112 тисяч українців. У МОЗ попередили, що вірус залишається загрозою. Інформатор України. 2023. URL: https://informator.ua/uk/covid-19-zabrav-zhittya-ponad-112-tisyach-ukrajinciv-u-moz-poperedili-shcho-virus-zalishayetsya-zagrozoyu

15.Довженко, В. А., Войтенко, А. Б., & Кравець, І. В. (2021). Державне управління в україні: історія розвитку та особливості сучасної системи. Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління, (1(13), 115-125. https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-1(13)-115-125

16. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році. Постанова Кабінету міністрів України від 22 грудня 2023 р. № 1394. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-realizatsii-prohramy-derzhavnykh-harantii-medychnoho-obsluhovuvannia-naselennia-u-2024-rotsi-i221223-1394

17. Селіванова І. А. До питання про організаційно-правову форму закладу охорони здоров'я. *Матвєєвські цивілістичні читання.* 2023. URL: https://www.researchgate.net/profile/Evgen-Micurin/publication/375277761_Zbirnik_2023/links/654520c23fa26f66f4d271d1/Zbirnik-2023.pdf#page=135

18. Мацик В.О. Інституційні імперативи стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, м. Тернопіль, 4 травня 2023 року. 2023. ТНЕУ. Частина 1. 340 с. С.159-161 URL: https://conference.wunu.edu.ua/index.php/apmpuvusv/article/view/38.

19. Назарко С. О. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Проблеми і перспективи економіки та управління.* 2021, № (4(20). С. 170–175. DOI: 10.25140/2411-5215-2019-4(20)-170-175

20. Шкільняк М. М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2022, № 2. С. 84. DOI: 10.11603/1681-2786.2020.2.11406

21. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України. *Інвестиції: практика та досвід.* 2020. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.1.161

22. Звіт про управління Комунальним некомерційним підприємством "Консультативно-діагностичний центр" Голосіївського району міста Києва за 2023 рік. URL: https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/0/9a4b7791426e656ec2258ae10049d2b9/$FILE/Звіт%20про%20управління%202023.pdf

23. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров’я та вищих медичних навчальних закладах. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-п#Text

24. Концепція розвитку електронної охорони здоров’я. Розпорядження Кабінету міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-р#Text

25. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році. Постанова Кабінету міністрів України від 22 грудня 2023 р. № 1394. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-realizatsii-prohramy-derzhavnykh-harantii-medychnoho-obsluhovuvannia-naselennia-u-2024-rotsi-i221223-1394

26. Державний веб-портал бюджету для громадян. URL: https://openbudget.gov.ua

27. Майже 3,5 тисячі медзакладів уклали договори з НСЗУ у 2024 році. Інфографіка. Укрінформ. 2024. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3849616-majze-35-tisaci-medzakladiv-uklali-dogovori-z-nszu-u-2024-roci.html

28. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 : Постанова КМУ від 26 вересня 2024 р. № 1110. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennia-zmin-do-postanovy-kabinetu-ministriv-ukrainy-vid-25-kvitnia-2018-r-410-i260924-1110

29. Камінська Т. В. Аналізу динаміки фінансування сфери охорони здоров’я з державного бюджету України в період 2018 – 2022 років. Актуальні проблеми в економіці, фінансах та управлінні : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції / Східноєвропейський центр наукових досліджень (Одеса, 25 жовтня 2023 р). Research Europe, 2024. 119 с. С. 9-10. URL: https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2023/10/re-25.10.23.pdf

30. Бюджетний кодекс України [Електронний ресурс]: Закон України від 08.07.2010 р. Відомості Верховної Ради України. Дата оновлення: 06.05.2023. - Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text

31. Гавриченко Д.Г., Козирєва О.В., Попова Т.О., Сергієнко Л.В. Механізм фінансування охорони здоров’я україни в умовах трансформацій *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice.* 2022. № 1 (42). С. 125–133. https://doi.org/10.55643/fcaptp.1.42.2022.3674

32. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров’я. *Аспекти публічного управління.* 2021 № 9 (2). С. 86-100. https://doi.org/10.15421/152122

33. Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]: Закон України від 16.05.2011р. No 501. Дата оновлення: 07.02.2023. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501-2011-%D0%BF#Text

34. Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023 - 2025 роки[Електронний ресурс]: Наказ МОЗ від 07.10.2022 № 1832. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1832282-22#Text

35. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров’я на місцевому рівні (на прикладі Київської області). Інвестиції: практика та досвід. No8. 2021. С.105–112. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.8.105

36. Кравченко С.В. Історичні аспекти інформаційно-аналітичного супроводу діяльності Державної санітарно-епідеміологічної служби України в контексті виконання оперативних функцій громадського здоров’я. Україна. Здоров’я нації. 2022. № 2 (68). С. 48–53. DOI: 10.24144/2077-6594.2.1.2022.258911

37. Білий Д.О. Публічна адміністрація як суб’єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право». 2022. Вип. 69. С. 218–223. DOI: https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.69.37

38. Пристая М.М. Система органів публічного управління закладами охорони здоров’я. Юридичний науковий електронний журнал. 2023. № 9. С. 257–259. https://doi.org/10.32782/2524-0374/2023-9/63.

39. Гресько В.І. Поняття та елементи адміністративно-правового забезпечення охорони здоров’я в Україні. Юридичний науковий електронний журнал. 2021. № 6. С. 123–127. https://doi.org/10.32782/2524-0374/2021-6/33.

40. Неугодніков А.О. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я. Юридичний вісник. 2019. № 3. С. 63–69. https://doi.org/10.32837/yuv.v0i3.940.

41. Борисенко О.П., Чернокалова К.О. Комунікація як інструмент державного управління: сучасні тенденції. Публічне управління та митне адміністрування. 2020. № 2 (25). С. 58–62. https://doi.org/10.32836/2310-9653-2020-2.10.

42. Куйбіда В.С., Шпекторенко І.В. Методологія публічного управління як система: теоретичні та практичні аспекти. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2022. Вип. 29. С. 7–12. https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2022.29.1.

43. Світличний О.П. Контрафактні та фальсифіковані лікарські засоби: сьогоднішні виклики і розумні рішення. Pravo. Liudyna. Dovkillya. 2022. № 3. С. 43–54. DOI: https://doi.org/10.31548/law2022.03.007

44. Гавриченко Д.Г. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров’я. Public Administration and Regional Development. 2022. № 1. С. 68-85. DOI: 10.34132/pard2022.15.03

45. Криничко Ф.Р., Мотайло О.В. Удосконалення механізмів державної політики у сфері громадського здоров’я. Право та державне управління. 2021. № 2. С. 119-125. DOI: https://doi.org/10.32840/pdu.2021.2.18

46. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров’я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ. World Health Organization 2022. 43 с. URL: https://iris.who.int/handle/10665/361136

47. Правило О.В. Принципи управлінської діяльності у сфері охорони здоров’я України. Молодий вчений. 2023, №4 (128), с 174-178. https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-4-128-41

48. Досьє на юридичну особу - комунальне некомерційне підприємство “Консультативно-діагностичний центр” Голосіївського району міста Києва. Сайт YouControl. URL: https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/25695724/

49. Собенко Н. У МОЗ назвали кількість зруйнованих медичних закладів внаслідок війни. Суспільні новини https://suspilne.media/469394-u-moz-nazvali-kilkist-zrujnovanih-medzakladiv-unaslidok-vijni/#:~:text

50. МОЗ: З перших днів повномасштабної війни росія пошкодила 1376 об'єктів медзакладів та ще 184 – зруйнувала вщент. Урядовий портал. 2023. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/moz-z-pershykh-dniv-povnomasshtabnoi-viiny-rosiia-poshkodyla-1376-obiektiv-medzakladiv-ta-shche-184-zruinuvala-vshchent

51. Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану : постанова Кабінету Міністрів України від 18 бер. 2022 р. № 314. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/314-2022-%D0%BF

52. Планування діяльності закладів охорони здоров’я на 2023 рік – відповіді експертів. URL: https://decentralization.gov.ua/news/15970?page=2

53. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров’я : постанова Кабінету Міністрів України від 28 лют. 2023 р. № 174. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/314-2022-%D0%BF#Text

54. План відновлення системи охорони здоров’я України від наслідків війни. 2022. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf

ДОДАТКИ

Додаток А

Базові пакети медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках програми медичних гарантій в 2023 році

Вид медичної послуги	Ставка	Коригувальні коефіцієнти
1	2	3
Первинна медична допомога	Базова капітаційна - 786,65 грн/рік	До базової капітаційної ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти: а) залежно від вікової групи пацієнта: - від 0 до 5 років - 2,465; - від 6 до 17 років - 1,356; - від 18 до 39 років - 0,616; - від 40 до 64 років - 0,739; - понад 65 років - 1,232; б) гірський коригувальний коефіцієнт 1,2; в) залежно від рівня перевищення ліміту: - від 100 відсотків ліміту + одна декларація до 110 відсотків ліміту включно - 0, 616; - від 110 відсотків ліміту + одна декларація - 0, 493
Екстрена медична допомоги	Глобальна ставка - 289 грн	Фактична вартість медичних послуг в місяць, що надаються за кожним договором, дорівнює добутку 1/12 глобальної ставки і чисельності населення, яке проживає на території відповідного регіону «згідно з даними Держстату щодо чисельності наявного населення та даними Мінсоцполітики щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідного регіону станом на 1 січня 2022 року» [6].
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах, хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня, стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	Комбінація глобальної ставки та ставки на пролікований випадок – 8635 грн	До глобальної ставки на місяць застосовуються коригувальні коефіцієнти: а) коефіцієнт частки застосування глобальної ставки, який становить: - протягом періоду з 1 січня до 31 березня 2023 р. - 0,95; - протягом періоду з 1 квітня до 30 червня 2023 р. - 0,85; - протягом періоду з 1 липня до 31 грудня 2023 р. - 0,65; б) коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу дітям чи дорослим за умови відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, який становить 1,3; в) гірський коефіцієнт, який становить 1,2. До ставки на пролікований випадок застосовуються коригувальні коефіцієнти: а) коефіцієнт частки застосування ставки на пролікований випадок, який становить: - протягом періоду з 1 січня до 31 березня 2023 р. - 0,05; - протягом періоду з 1 квітня до 30 червня 2023 р. - 0,15; - протягом періоду з 1 липня до 31 грудня 2023 р. - 0,35; б) коефіцієнт збалансованості бюджету, станом на 01.01.2023 р. становить 1; 3) ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи; 4) коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу дітям або дорослим за умови відповідності додатковим умовам, визначеним в умовах закупівлі, який становить 1,3; 5) гірський коефіцієнт, який становить 1,2.
Медична допомога при гострому мозковому інсульті	Ставка на пролікований випадок – 131472 грн	за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті з застосуванням ендоваскулярних втручань
	62565грн	за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті із застосуванням тромболітичної терапії
	14952 грн	за надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті без застосування ендоваскулярних втручань або тромболітичної терапії

Закінчення дод. А

1	2	3
Медична допомога при гострому інфаркті міокарда	Ставка на пролікований випадок – 43573 грн	за надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда в стаціонарних умовах із проведенням стентування
	25261	за надання медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда в стаціонарних умовах без проведення стентування
Медична допомога при пологах	Ставка на пролікований випадок – 15137 грн	застосовується коригувальний коефіцієнт за надання комплексних медичних послуг матері та дитині, який становить 1,3
Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках	Ставка на пролікований випадок - 135026 грн	за надання медичної допомоги новонародженим з масою тіла до 1500 грамів
	33073 грн	гривні за надання медичної допомоги новонародженим з масою тіла 1500 грамів і більше
		коефіцієнт за готовність надавати медичну допомогу за допомогою виїзної неонатальної бригади - 1,05 коефіцієнт за забезпечення надання медичних послуг новонародженим у складних неонатальних випадках на період дії воєнного стану - 1,2
Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах	Глобальна ставка – 150 грн/місяць	Коригувальні коефіцієнти: - 0,371 - за консультації; - 0,721 - за основні лабораторні дослідження; - 1,412 - за специфічні лабораторні дослідження; - 2,165 - за інші лабораторні дослідження; - 1,174 - за інструментальну діагностику з використанням рентгенологічних (скопічних), ультразвукових, ендоскопічних методів дослідження; - 3,935 - за інструментальну діагностику з використанням комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії та методів радіонуклідної діагностики; - 2,236 - за іншу інструментальну діагностику; - 3,379 - за хірургічні втручання; - 1,298 - за лікувально-профілактичні процедури; - 0,823 - за лікувально-діагностичні процедури; - 5,628 - за інші діагностичні процедури; - 1,2 - гірський коефіцієнт
Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах	Капітаційна ставка – 36807 грн/рік	Коригувальні коефіцієнти залежно від віку пацієнта: 3,555 - за готовність надати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років; 0,97 - за готовність надати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше.
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах	Ставка на медичну послугу - 10820 грн	-
Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів	Договір за пакетом медичних послуг - добуток мінімальної заробітної плати помножено на коефіцієнт 1,22	

Джерело: [26].

Додаток Б

Реквізити комунального некомерційного підприємства “Консультативно-діагностичний центр” Голосіївського району міста Києва

Тип закладу - Діагностичний центр

Код ЄДРПО - 25695724

Область - Київська

Місто - Київ

Район міста - Голосіївський

Адреса - 03039, м.Київ, проспект 40-річчя Жовтня, 59а

Контакти - 380442572337, 380442572337

E-mail - goloscrp@health.kiev.ua

Джерело: складено автором на основі [48]

Додаток В

Організаційна структура комунального некомерційного підприємства “Консультативно- діагностичний центр” Голосіївського району міста Києва

№	структурний елемент
1.	Адміністративно-керівний персонал
2.	Фінансово-економічний відділ
3.	Відділ кадрів
4.	Інженерно-господарський відділ
5.	Реєстратури
6.	Хірургічне відділення
7.	Травматологічний пункт
8.	Діагностичне відділення
9.	Клініко-діагностична лабораторія
10.	Акушерсько-гінекологічне відділення
11.	Відділення відновлювального лікування
12.	Рентгенологічне відділення
13.	Відділ медичної статистики
14.	Терапевтичне відділення
15.	Офтальмологічне відділення
16.	Відділ з інфекційного контролю
17.	Отоларингологічне відділення
18.	Соматичний денний стаціонар
19.	Педіатричне відділення
20.	Стоматологічне відділення
21.	Центральне стерилізаційне відділення
22.	Відділення профілактичних оглядів
23.	Філія №1 - вул. Голосіївська, 53
24.	Філія №2 - вул. Велика Васильківська, 104
25.	Філія №3 - вул. Героїв Маріуполя, 6
26.	Філія №4 - вул. Набережно-Корчуватська 56/66

Джерело: складено автором на основі [22].