

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
другий (магістерський) рівень вищої освіти

на тему: МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
РЕФОРМУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ТРЕТИННОГО РІВНЯ В УМОВАХ ПІСЛЯВОЄННОГО
ВІДНОВЛЕННЯ

Виконав:

Шкрюба Артем Олександрович
здобувач спеціальності
073 «Менеджмент»
ОП «Адміністративний менеджмент»

Керівник:

Лукаш Світлана Миколаївна
к.е.н., доцент кафедри публічного управління та
адміністрування

Рецензент:

Коблянська Інна Ігорівна
Д.е.н., доцент кафедри економіки,
підприємництва та бізнес-адміністрування,
Сумський державний університет

Суми – 2024

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Економіки і менеджменту

Кафедра Публічного управління та адміністрування

Освітній

ступінь

«Магістр»

Спеціальність

073 «Менеджмент»

ОП «Адміністративний менеджмент»

Затверджую:

Завідувач кафедри

(посада, ПІБ)

«_____»

20____р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Шкрьобі Артему Олександровичу

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: **Медичні технології та перспективи реформування закладів охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення**

2. База практичного дослідження: **КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня м.Суми**

керівник роботи

Лукаш Світлана Миколаївна, к.е.н., доцент

(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджена наказом по університету від _____ «_____» _____ 20____ р. № _____

3. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи) _____ «_____» _____ 2023 р.

4. Вихідні дані до проекту (роботи):

первинні та зведені документи, реєстри синтетичного та аналітичного обліку, статутні та установчі документи, фінансова, статистична звітність досліджуваної комунальної установи, законодавчо - нормативні акти з питань діяльності медичних закладів, монографії, фахові наукові статті та доповіді на міжнародних науково-практичних конференціях з питань управління розвитку персоналу організації.

5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- дослідити теоретико-методичні аспекти організаційного механізму системи надання третинної медичної допомоги
- провести аналіз управління та адміністрування КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня
- провести організаційно-економічну характеристику медичного закладу та основних показників його діяльності
- здійснити аналіз спеціалізованої медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня
- сформулювати перспективні напрямки використання медичних технологій в контексті реформування закладів охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення
- сформулювати висновки.

6. Дата видачі завдання:

«19» вересня 2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів підготовки кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Визначення та затвердження теми дослідження, складання плану – графіку виконання роботи	вересень 2023 р.	виконано
2.	Підбір та аналіз літературних джерел, підготовка першого теоретичного розділу	жовтень – грудень 2023 р.	виконано
3.	Збір аналітичної інформації, обробка результатів дослідження та підготовка другого розділу роботи	травень-липень 2024 р.	виконано
4.	Підготовка третього розділу кваліфікаційної роботи	серпень – вересень 2024 р.	виконано
5.	Підготовка висновків, пропозицій та узгодження з керівником	жовтень 2024 р.	виконано
6.	Підготовка кінцевого варіанту кваліфікаційної роботи	листопад 2024 р.	виконано
7.	Опрацювання зауважень керівника, перевірка на автентичність	24 листопада 2024 р.	виконано
8.	Рецензування кваліфікаційної роботи	30 листопада – 02 грудня 2024 р.	виконано
9.	Представлення кваліфікаційної роботи на кафедрі, деканат	30 листопада – 07 грудня 2024 р.	виконано
10.	Підготовка доповіді, презентації до кваліфікаційної роботи та її попередній захист	02 грудня – 04 грудня 2024 р.	виконано
11.	Захист кваліфікаційної роботи	20 грудня 2024 р.	виконано

Студент _____
(підпис)

А.ШКРЬОБА

Керівник роботи _____
(підпис)

С. ЛУКАШ

Перевірку на автентичність проведено.

Н. БАРАННІК

Дипломна робота допущена до захисту

(підпис)

С. ЛУКАШ

АНОТАЦІЯ

Шкрюба А.О. Медичні технології та перспективи реформування закладів охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення.

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 073 «Менеджмент», ОП «Адміністративний менеджмент», СНАУ, Суми-2024 р. – Рукопис.

В кваліфікаційній роботі розглянуто основні теоретико-методичні аспекти організаційного механізму системи надання третинної медичної допомоги.

КНП «Сумська обласна клінічна лікарня» ліцензована установа з охорони здоров'я, яка забезпечує медичними послугами високого рівня мешканців Сумської області і міста Суми. Середньооблікова чисельність медичних працівників склала 1109 чоловік із середньою заробітною платою в 15 593 грн., головним джерелом доходів протягом 2021-2023 рр. був Державний Бюджет. Організаційна структура формує функціональність кожного підрозділу виконує чітко визначені функції, спрямовані на досягнення загальної мети забезпечення здоров'я пацієнтів.

Проведено аналіз управління та адміністрування КНП СОЗ СУМСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ, зокрема проведена організаційно-економічна характеристика медичного закладу, аналіз основних показників діяльності КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня в контексті менеджменту; аналіз спеціалізованої медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня.

В роботі окреслено медичні технології та перспективи реформування закладів охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення, зокрема спроектовано інноваційний розвиток закладу охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення, надано пропозиції щодо застосування інструменту ОМТ - оцінки медичних технологій; розглянуто кращі світові практики організації систем надання спеціалізованої медичної допомоги – чотирирівнева концепція надання медичної допомоги.

Система охорони здоров'я в Україні була зазнає серйозних руйнацій внаслідок початку військової агресії. Це також спричинило суттєві переміщення населення, загострення тяжких захворювань, проблем з ментальним здоров'ям, професійного вигорання та міграції медичного персоналу. Крім того, війна призвела до руйнування інфраструктури та ланцюгів постачання, а також суттєвого зниження доходів населення та країни в цілому. Наразі є необхідним чітке розуміння того, як проводити реформу та фінансування медичної допомоги в умовах війни для зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її стійкості та сталого розвитку. Важливо проводити аналіз та планування у повоєнний період спільно з централізованою координацією влади та використанням ефективного розподілу коштів. Ключовими складовими успішної реформи є узгоджений комплекс медичних послуг, спрямований на справедливий до них доступ.

Ключові слова: медичні технології, реформування, третинний рівень, охорона здоров'я.

SUMMARY

Shkryoba A.O. Medical technologies and prospects for reforming tertiary healthcare institutions in the context of post-war recovery.

Qualification work in the specialty 073 "Management", EP "Administrative Management", SNAU, Sumy-2024 - Manuscript.

The qualification work considers the main theoretical and methodological aspects of the organizational mechanism of the tertiary healthcare system.

MNE "Sumy Regional Clinical Hospital" is a licensed healthcare institution that provides high-level medical services to residents of the Sumy region and the city of Sumy. The average number of medical workers was 1,109 people, with an average salary of

15,593 UAH., the primary source of income during 2021-2023. was the State Budget. The organizational structure forms the functionality; each unit performs clearly defined functions to achieve the general goal of ensuring patients' health.

An analysis of the management and administration of the MNE POP Sumy Regional Clinical Hospital was carried out; in particular, the organizational and economic characteristics of the medical institution were carried out, the analysis of the leading indicators of the MNE POP Sumy Regional Clinical Hospital in the context of management was carried out; analysis of specialized medical care of the KNP POP Sumy Regional Clinical Hospital.

The work outlines medical technologies and prospects for reforming tertiary healthcare institutions in the post-war recovery period; in particular, the innovative development of a tertiary healthcare institution in the post-war recovery period was designed, proposals were made for the use of the AMT tool - medical technology assessment; the best world practices in organizing specialized medical care systems were considered - a four-level concept of providing medical care.

The onset of military aggression has severely damaged the healthcare system in Ukraine. This has also led to significant population displacement, exacerbation of serious diseases, mental health problems, professional burnout and migration of medical personnel. In addition, the war has led to the destruction of infrastructure and supply chains and a significant decrease in the incomes of the population and the country. A clear understanding of how to reform and finance wartime healthcare is necessary to strengthen the healthcare system and increase its resilience and sustainable development. It is essential to conduct analysis and planning in the post-war period together with centralized coordination of authorities and effective allocation of funds. The key components of successful reform are a coordinated set of healthcare services aimed at equitable access to them.

Keywords: medical technologies, reform, tertiary level, healthcare.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	6
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ СИСТЕМИ НАДАННЯ ТРЕТИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	8
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ КНП СОЗ СУМСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ	
2.1 Організаційно-економічна характеристика медичного закладу	21
2.2 Аналіз основних показників діяльності КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня в контексті менеджменту	
2.3 Аналіз спеціалізованої медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня	
РОЗДІЛ 3 МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТРЕТИННОГО РІВНЯ В УМОВАХ ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ	
3.1 Інноваційний розвиток закладу охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення	
3.2 Пропозиції щодо застосування інструменту ОМТ - оцінки медичних технологій	
3.3. Кращі світові практики організації систем надання спеціалізованої медичної допомоги – чотирирівнева концепція надання медичної допомоги	
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТКИ	80
ДОДАТКИ А Наукові публікації	81
ДОДАТКИ Б Фінансова звітність	83

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

КНП «СОКЛ» - Комунальне некомерційне підприємство «Сумська обласна клінічна лікарня»

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МП – медичний персонал

ПВ – професійне вигорання

БПР –безперервне професійний розвиток

ВСТУП

Актуальність теми. Наразі в Україні активно впроваджується комплексна реформа системи охорони здоров'я, метою якої є забезпечення населення доступною та високоякісною медичною допомогою. Основним аспектом реформи є пріоритетне впровадження первинної медикосанітарної допомоги на основі принципів сімейної медицини. Також реформа передбачає реформування вторинної медичної допомоги зі створенням нового типу лікарень, орієнтованих на інтенсивність медичної стаціонарної допомоги. Крім того, впроваджуються сучасні економічні механізми управління закладами охорони здоров'я. Вказані трансформації на рівнях первинної та вторинної медичної допомоги суттєво вплинули на організаційний аспект та функціонування обласних лікарень як центрів високоспеціалізованої допомоги у регіонах. Відповідно, в організації надання високоспеціалізованої медичної допомоги на рівні обласних лікарень в умовах реформування системи охорони здоров'я постає серія нових завдань. П.

Стан вивчення проблеми. Дослідженню проблематики пов'язаної з питаннями функціональної діяльності організації розглянуті в сучасних дослідженнях приділено значну увагу в роботах багатьох вітчизняних вчених та їх зарубіжних колег, зокрема таких як: С. Велешук, А. Кредісова, О. Кузьміна, М. Макаренка, М. Махаленка, Г. Мінцберга, Ю. Мельник, Г. Монастирського, Н. Подольчака та ін. та інших.

Метою дослідження є теоретико-методичне узагальнення положень та розробка практичних рекомендацій по вдосконаленню управління закладів охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення.

Відповідно до поставленої мети були поставлені такі **завдання**:

- дослідити теоретико-методичні аспекти організаційного механізму системи надання третинної медичної допомоги;
- провести оцінку і аналіз управління та адміністрування КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня;
- здійснити організаційно-економічну характеристику медичного закладу та основних показників його діяльності;

- провести оцінку і аналіз спеціалізованої медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня;
- сформулювати перспективні напрямки використання медичних технологій в контексті реформування закладів охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення;
- запропонувати можливі варіанти пропозицій та шляхи по удосконаленню управління закладами охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення.

Об'єктом дослідження є процеси управління розвитком персоналу КНП «Сумська обласна клінічна лікарня».

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних аспектів щодо управління розвитком персоналу в медичній установі.

Елементами наукової новизни одержаних результатів є обґрунтування пропозицій щодо поліпшення управління розвитком персоналу Сумської обласної клінічної лікарні в основу якого покладено впровадження програми професійного розвитку персоналу.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що здійснені дослідження дозволяють вдосконалити управління медичним закладом КНП СОКЛ. Матеріали досліджень, проведених у кваліфікаційній роботі, передані до Сумської обласної клінічної лікарні. Дослідження та висновки, отримані в результаті написання кваліфікаційної роботи, можуть бути використані викладачами кафедри під час проведення лекційних та семінарських занять для здобувачів вищої освіти спеціальності 073 «Менеджмент» ОП «Адміністративний менеджмент».

При написанні кваліфікаційної роботи використовувались такі **методи дослідження**: методи наукової абстракції, аналізу, синтезу, індукції, дедукції, логічного аналізу, системного підходу тощо. Для розв'язання визначених завдань дослідження також застосовувались методи: монографічний – при вивченні літературних джерел, практики адміністративного управління; структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз та інші.

Інформаційна база. Джерелами інформації для написання кваліфікаційної роботи були нормативно-законодавчі акти, установчі

документи, фінансова звітність КНП СОК 2021-2023 рр.; наукові статті, тези конференцій, монографії, посібники з теми дослідження.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Основні результати, положення, висновки та практичні рекомендації кваліфікаційної роботи оприлюднені на Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Impact of Artificial Intelligence and Other Technologies on Sustainable Development» (28-29 грудня, м. Дніпро) та науково-практичній конференції викладачів, аспірантів та студентів Сумського НАУ (14-16 травня 2024 р.).

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 59 найменувань. Основний текст викладений на 80 сторінках комп'ютерного тексту, робота містить 18 таблиць, 10 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ СИСТЕМИ НАДАННЯ ТРЕТИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Наразі в Україні активно впроваджується комплексна реформа системи охорони здоров'я, метою якої є забезпечення населення доступною та високоякісною медичною допомогою. Основним аспектом реформи є пріоритетне впровадження первинної медикосанітарної допомоги на основі принципів сімейної медицини. Також реформа передбачає реформування вторинної медичної допомоги зі створенням нового типу лікарень, орієнтованих на інтенсивність медичної стаціонарної допомоги. Крім того, впроваджуються сучасні економічні механізми управління закладами охорони здоров'я. Вказані трансформації на рівнях первинної та вторинної медичної допомоги суттєво вплинули на організаційний аспект та функціонування обласних лікарень як центрів високоспеціалізованої допомоги у регіонах.

Медична реформа охоплює різні види медичної допомоги, включаючи первинну, вторинну, третинну, а також екстрену, паліативну допомогу та медичну реабілітацію. Ці види допомоги пов'язані з етапами впровадження реформи, що дозволяє краще зрозуміти її комплексність та поступовість.

Загальна структура виглядає наступним чином:

Первинна медична допомога – основний рівень взаємодії пацієнта із системою охорони здоров'я, який забезпечує профілактику, діагностику та лікування найбільш поширених захворювань.

Вторинна медична допомога – надання спеціалізованої допомоги, що потребує консультації або втручання вузьких фахівців.

Третинна медична допомога – високоспеціалізована допомога, яка надається у складних або рідкісних випадках у спеціалізованих медичних закладах.

Екстрена медична допомога – оперативна допомога у невідкладних або загрозливих для життя ситуаціях.

Паліативна допомога – спрямована на полегшення страждань та покращення якості життя пацієнтів із невиліковними хворобами.

Медична реабілітація – комплекс заходів для відновлення здоров'я пацієнтів після травм чи хвороб.

Інформація про співвідношення цих видів допомоги з етапами реформи відображена в таблиці (за джерелом) – таблиці 1.1, 1.2.

Таблиця 1.1 – Перший етап медичної реформи

Вид медичної допомоги	Ким надається	Де надається	Що це таке	Приклади
Перший етап медичної реформи 2018-2019				
екстрена допомога	лікар з медицини невідкладних станів та середній медперсонал виїзних бригад	станції та відділення швидкої та невідкладної медичної допомоги	невідкладна діагностика та лікування для врятування, врятування та збереження життя людини, яка знаходиться у невідкладному стані	втрата свідомості, перелом, закрита чи проникаюча травма живота чи грудної клітини, черепно-мозкова травма, кровотеча, серцевий напад, пошкодження очей.
первинна	сімейний лікар (лікар загальної практики). Також терапевт та педіатр	тільки в амбулаторних умовах або за місцем проживання, тобто на рівні поліклініки (медичного пункту, амбулаторії, вдома у хворого тощо)	консультація, діагностика тих хвороб, травм, отруєнь які найбільш поширені. Направлення до спеціалізованого лікаря.	лікування ГРЗ, грипу (амбулаторно), харчове отруєння невірусного характеру

Джерело: узагальнено автором

Відповідно, в організації надання високоспеціалізованої медичної допомоги на рівні обласних лікарень в умовах реформування системи охорони здоров'я постає серія нових завдань. Перш за все, це кардинальна зміна вимог до запровадження системи ефективного менеджменту при функціонуванні наглядової ради, системи безпечного перебування пацієнтів в закладі охорони здоров'я, стратегічне планування розвитку закладу охорони здоров'я в умовах конкуренції з приватними закладами охорони здоров'я, які активно

розвиваються при впровадженні сучасних методів фінансування, що потребує від організаторів охорони здоров'я нових компетенцій, знань і професійних вмінь.

Таблиця 1.2 – Другий етап медичної реформи 2020-2023

Вид медичної допомоги	Ким надається	Де надається	Що це таке	Приклади
торинна (спеціалізована)	лікар відповідної спеціалізації (крім сімейного лікаря)	в амбулаторних умовах або стаціонарних умовах (багатопрофільні лікарні, спеціалізовані медичні центри тощо)	консультація, діагностика, лікування, реабілітація та профілактика хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів. Направлення до лікаря іншої спеціалізації або до високоспеціалізованої ланки	ведення пологів, допомога під час вагітності, лікування хвороб (офтальмологія, отоларингологія, проктологія, кардіологія, інфекцій хвороби і т.д.), лікування травм, отруєнь, хірургічні втручання (у т.ч. стоматологічні), виконання діагностичних і терапевтичних процедур тощо
третинна (високоспеціалізована)	лікар відповідної спеціалізації (кваліфікація не нижче першої)	аціонарних умовах (високоспеціалізовані багато- або однопрофільні заклади)	медична допомога з застосуванням високотехнологічного обладнання, медичних процедур високої складності	трансплантація органів, діагностика та хірургічне лікування вроджених вад клапанів серця з їх протезуванням, експертний кардіоскринінг, діагностика та лікування хворих із злоякісними новоутвореннями (рак), надання допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД
паліативна	лікуючий лікар	у медзакладі, де надавалася вторинна або третинна медична допомога пацієнту	медична допомога на останніх стадіях невиліковних хвороб з метою полегшення їх страждань, психосоціальна і моральна підтримка членам сім'ї	знеболення (у т.ч. , опіюідні анальгетики та інші наркотичні та психотропні препарати), медикаментозна терапія, медико-психологічна реабілітація, хірургічні та інші методи лікування, догляд
медична реабілітація	лікуючий лікар	в амбулаторних умовах або стаціонарних умовах у медзакладі, де надавалася вторинна або третинна медична допомога	відновлення порушених чи втрачених функцій організму, профілактика ускладнень та рецидивів захворювання.	допомога після закінчення гострого періоду захворювання, порушення опорно-рухового апарату, зору, слуху, у разі встановлення інвалідності

Джерело: узагальнено автором

Проведений аналіз свідчить про те, що до обласних лікарень, які повинні забезпечувати високоспеціалізовану та висококваліфіковану стаціонарну медичну допомогу, госпіталізується до 40,0% пацієнтів, які вимагають виключно спеціалізованої медичної допомоги другого рівня. Це вказує на неефективне використання вже обмежених ресурсів, які є недостатніми для розвитку обласного закладу. Аналіз вказує на необхідність раціонального планування обсягів та потужностей стаціонарного сектору для надання високоспеціалізованої, як ургентної, так і планової медичної допомоги. Важливим завданням є розробка показників та системи підготовки до надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я третього рівня. Це завдання є складним і вимагає вирішення на центральному рівні галузі за участю науковців, практикуючих лікарів та економістів. Від спеціалістів медичних закладів третинного рівня вимагається новий набір навичок, зокрема це і навички клінічного міркування, прийняття рішень та аналітичного мислення, а також медицини, орієнтованої на пацієнта, яка базується на доказах. Зазначені спеціалісти займаються складними пацієнтами з високим тягарем хронічних захворювань; практикують персоналізовану медицину з широким науковим досвідом, і тому вони постійно працюють над впровадженням нових інструментів для наукових досліджень.

Наразі центром реформування третинного рівня медичної допомоги є обласні лікарні, які є центром високоспеціалізованої медичної допомоги в кожному регіоні. В умовах реформованої системи охорони здоров'я, де, як зазначалось, пріоритетним є впровадження первинної медико-санітарної допомоги на основі принципів сімейної медицини та створення госпітальних округів з лікарнями нового типу, необхідна розробка концептуальних підходів та стратегічного плану інноваційного розвитку, що залежать від етапів реформування системи охорони здоров'я в регіоні та рівня розвитку та ресурсного забезпечення лікарні.

Оптимізація діяльності обласної лікарні повинна ґрунтуватися на науковому аналізі та прогнозу медико-демографічної ситуації в регіоні, а також прогнозу потреби у високоспеціалізованій медичній допомозі з урахуванням запланованих змін на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

ВООЗ дає їй таке визначення: допомога, що потребує висококваліфікованого обслуговування, яка, як правило, може бути надана лише в спеціально обладнаних з цією метою центрах та лікарнях, що пройшли відповідну спеціалізацію. До центрів третинної медичної допомоги в Україні тепер належать обласні медичні заклади — багатoproфільні та спеціалізовані лікарні, спеціалізовані диспансери та спеціалізовані центри медичної допомоги державного рівня.

Ці заклади відрізняються дещо кращим матеріально-технічним забезпеченням, складністю структури та функцій.

Дві функції цих закладів вважаються основними: надання хворим висококваліфікованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги та організаційно-методичне керівництво вторинним рівнем.

Структура обласної багатoproфільної лікарні деякою мірою подібна до об'єднаної міської та центральної районної лікарень. Але існують і деякі особливості. Ось головні з них.

Поліклінічні заклади третинної медико-санітарної ланки надають консультативну допомогу. Вони приймають пацієнтів за направленнями лікарів вторинного та рідше первинного рівня медичної допомоги. Спеціалізація консультативної поліклінічної допомоги поглиблена порівняно з міськими і центральними районними лікарнями.

У стаціонарах обласних лікарень та диспансерів спеціалізація відділень також глибша порівняно з вторинним рівнем, зокрема, розгорнуті такі відділення: судинної хірургії, урологічне, гематологічне, проктологічне, торакальне, ендокринологічне, гастроентерологічне та ін., які відсутні на вторинному рівні. На базі закладів третинного рівня розгорнуті клініки медичних вузів. Але вершинні досягнення медичної науки, як от пересадка органів та систем, операції на серці, лікування лейкозів тощо досі, крім поодиноких випадків, залишаються для нашого третинного рівня недоступними.

Особливістю третинного рівня є наявність у складі обласної багатoproфільної лікарні єдиного для регіону відділення планової та екстреної консультативної допомоги (так званої санітарної авіації). Зараз це відділення у деяких областях виведено із структури обласної лікарні й воно набуло статусу

центру, який безпосередньо підпорядкований обласному управлінню охорони здоров'я. Відділення (центр) екстреної та планово-консультативної допомоги покликане забезпечити висококваліфіковану та вузькоспеціалізовану допомогу жителям сільських районів та міст регіону в екстрених випадках. Цю допомогу надають кращі фахівці обласних лікарень та диспансерів, а також клінік медичних вузів.

Третинний рівень (обласна лікарня) вирізняється ще наявністю організаційно-методичного відділення, в склад якого входить кабінет медичної статистики. Основне завдання цього структурного підрозділу полягає в організаційно-методичному керівництві вторинним рівнем, а також інформаційна робота (збір, обробка, зберігання медичної інформації та її аналіз). Очолює відділення заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи (ця посада відсутня на вторинному рівні). У відділенні працюють лікарі-статистики, лікарі-методисти, інженери-програмісти, оператори.

Третинний рівень медичної допомоги забезпечує близько 10 % амбулаторно-поліклінічної та 20 % стаціонарної допомоги. Цей обсяг значно перевищує завдання, які стоять перед ним. Це зумовлено тим, що медичні заклади третинного рівня часто виконують функції вторинного і навіть первинного для мешканців обласного центру та найближчих населених пунктів.: Диспансери третинного рівня за спеціалізацією бувають: протитуберкульозні, онкологічні, психоневрологічні, наркологічні, кардіологічні, ендокринологічні, фізкультурні, шкірно-венеричні.

Диспансер містить поліклініку і стаціонар. Основні завдання диспансерів:

- виявлення хворих у ранніх стадіях захворювань;
- обстеження і лікування виявлених хворих;
- активне динамічне спостереження та профілактика захворювань;
- проведення оздоровчих заходів,
- вивчення захворюваності, причин і умов виникнення захворювань;
- організаційно-методична та санітарно-освітня робота;
- розробка заходів для оздоровлення умов праці й побуту.

Третинна медична допомога часто призначається госпіталізованим пацієнтам, пацієнтам з хронічними захворюваннями та пацієнтам із важкими

захворюваннями. Третинна допомога вимагає високоспеціалізованого та спеціального обладнання та досвіду. Процедури, які пацієнти отримують у закладах третинної медичної допомоги, включають аортокоронарне шунтування, пластичні операції, лікування важких опіків, діаліз, нейрохірургічні операції та інші комплексні методи лікування. Невелика місцева лікарня може бути не в змозі надати певні послуги третинної медичної допомоги, і пацієнтам часто доведеться звертатися до закладів, які пропонують сучасну медичну допомогу.

Рівні медичної допомоги пов'язані з багатьма різними вимогами та критеріями, такими як тяжкість захворювань, необхідні методи лікування та спеціалізації, кваліфікація медичного працівника та багато інших важливих факторів. Первинна медична допомога включає постачальників первинної медичної допомоги пацієнтам, вторинна допомога має справу зі спеціалістами, а третинна допомога є вищим рівнем спеціалізованої допомоги в лікарні. Знання цих рівнів охорони здоров'я є важливим для кожного, хто хоче працювати в галузі охорони здоров'я.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається на підставі медичних показань за направленням від лікаря, який забезпечує первинну або вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, або від закладу охорони здоров'я, що надає первинну, вторинну чи третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зокрема й у разі іншої спеціалізації.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога може надаватися без направлення безкоштовно відповідно до медичних показань у закладах охорони здоров'я, які мають договори про медичне обслуговування населення. Це стосується пацієнтів із хронічними захворюваннями, що перебувають на диспансерному обліку у відповідних багатопрофільних або однопрофільних високоспеціалізованих медичних закладах.

Крім того, без направлення така допомога надається безкоштовно пацієнтам у невідкладному стані відповідно до медичних показань у закладах охорони здоров'я.

Порядок направлення пацієнтів за медичними показаннями до закладів охорони здоров'я, які надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також правила її надання визначаються центральним органом

виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Для високоспеціалізованої медичної допомоги застосовуються принципи, аналогічні вторинній медичній ланці. Водночас, через складність таких послуг і специфіку відповідних закладів охорони здоров'я (частина з яких входить до Національної академії медичних наук), передбачено окремі регулювання:

Фінансування пілотного проекту з надання медичних послуг у деяких науково-дослідних установах. Зокрема, це стосується таких закладів, як Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. Шалімова, Інститут нейрохірургії імені академіка А. Ромоданова, Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. Амосова, Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Стражеска».

Запровадження Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів і тканин, яка орієнтовно почала функціонувати у тестовому режимі з квітня 2020 року. Ця система спрямована на забезпечення прозорості процедур трансплантації та надання доступу до бази донорських органів.

Верховна Рада прийняла закон, за яким з програми медичних гарантій вилучають високоспеціалізовану медичну допомогу, надаючи лікарням право встановлювати плату за свої послуги, розмір якої визначатиметься самостійно закладом охорони здоров'я.

Законопроект передбачає скорочення списку послуг, які фінансуються через програму медичних гарантій за рахунок Державного бюджету.

Що включає третинна медична допомога?

Третинна медична допомога надається як в стаціонарі, так і амбулаторно, планово чи в екстрених випадках. Вона охоплює:

- консультації, діагностику, лікування захворювань, травм, отруєнь, патологічних станів та фізіологічних процесів (таких як вагітність і пологи) із використанням високотехнологічного обладнання або складних високоспеціалізованих процедур;

- направлення пацієнтів за медичними показаннями для отримання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) допомоги іншого профілю. Водночас винятком залишається допомога, пов'язана з вагітністю і пологами, яка й надалі фінансуватиметься з бюджету.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ КНП СОЗ СУМСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

2.1 Організаційно-економічна характеристика медичного закладу

Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Сумська обласна клінічна лікарня» (КНП «СОКЛ») є сучасним медичним закладом вищої категорії, акредитованим та ліцензованим відповідно до чинного законодавства. Лікарня надає високоякісні медичні послуги жителям Сумської області та міста Суми.

Історія та розвиток

Сумська обласна лікарня була заснована 28 жовтня 1948 року на базі міської лікарні. Спочатку заклад мав стаціонар на 310 місць із дев'ятьма відділеннями, де працювало 16 лікарів і 39 середніх медичних працівників. У період з 1961 по 1968 роки було збудовано два лікувальних корпуси. У 1992 році лікарня отримала статус клінічної, а на її базі працюють три кафедри Сумського державного університету.

Управління та організація

Власником і засновником лікарні є Сумська обласна рада, а під час дії воєнного стану – Сумська обласна військова адміністрація. Заклад підзвітний Міністерству охорони здоров'я України через Управління охорони здоров'я обласної адміністрації. КНП «СОКЛ» здійснює некомерційну діяльність, спрямовану на покращення здоров'я населення без мети отримання прибутку.

Локація та сертифікація

Лікарня розташована на двох майданчиках у Сумах: на вулиці Троїцькій та Ковпака. Заклад має сертифікат ISO, що підтверджує високі стандарти медичних послуг.

Функції та діяльність

КНП «СОКЛ» є методично-організаційним центром для лікувально-профілактичних установ Сумської області, клінічною базою для навчання

студентів-медиків, проходження інтернатури, підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу.

Організаційна структура

Структура лікарні включає взаємопов'язані відділення та клініки, які забезпечують ефективну роботу закладу. Вона формується з урахуванням завдань лікарні, узгоджується з Департаментом охорони здоров'я і може змінюватися залежно від потреб.

Фінансування та співпраця

Лікарня використовує різні форми матеріального заохочення, оплата праці здійснюється відповідно до нормативів. Усі взаємовідносини з установами, організаціями та громадянами регулюються договорами. Заклад активно співпрацює з іншими медичними установами для покращення надання медичних послуг.

Надалі розглядатиметься організаційно-економічна діяльність лікарні, структура її підрозділів, а також фінансові та звітні аспекти функціонування.

Основні принципи організації лікарні визначаються функціональністю, що передбачає чітке виконання кожним підрозділом своїх завдань, спрямованих на досягнення головної мети – забезпечення здоров'я пацієнтів, та ієрархічністю, тобто наявністю чіткої системи підпорядкування для ефективного управління. Основні підрозділи включають:

- Адміністрація, яка відповідає за керівництво лікарнею, розробку стратегії розвитку, управління персоналом, фінансами та матеріально-технічними ресурсами.
- Медичні відділення: терапевтичне, хірургічне, гінекологічне, дитяче та інші, що надають спеціалізовану медичну допомогу.
- Діагностичні відділення: радіологічне, ультразвукове, лабораторне, ендоскопічне, які проводять необхідні дослідження для встановлення діагнозу.
- Лікувально-діагностичні центри, що об'єднують кілька відділень для надання комплексної медичної допомоги при певних захворюваннях.
- Аптеки, які забезпечують лікарню лікарськими засобами та медичними виробами.



Рисунок 2.1 – Організаційна структура Комунальне некомерційне підприємство «Сумська обласна клінічна лікарня»

Джерело: установчі документи СОКЛ

Господарська служба, що займається обслуговуванням будівель, забезпеченням харчуванням, транспортними послугами тощо.

Особливістю організаційної структури КНП «СОКЛ» є її профільність:

заклад надає високоспеціалізовану медичну допомогу, тому має складнішу структуру в порівнянні з районними лікарнями. Можлива інтеграція з іншими медичними закладами області для створення єдиної мережі надання медичних послуг. Для підвищення ефективності роботи можуть бути впроваджені сучасні технології, такі як електронні системи документообігу, телемедицина та інші інноваційні рішення.

2.2 Аналіз основних показників діяльності КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня в контексті менеджменту

Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Сумська обласна клінічна лікарня» (КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня») є медичним закладом, що заснований на майні спільної власності територіальних громад сіл, селищ і міст Сумської області. Управління підприємством здійснює Сумська обласна рада через уповноважений орган — управління майном Сумської обласної ради. Лікарня перебуває в підпорядкуванні управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації.

Діяльність закладу регулюється Конституцією України, законами України, актами Президента України, розпорядженнями Кабінету Міністрів України та головами Сумської обласної державної адміністрації і Сумської обласної ради, а також рішеннями Сумської обласної ради, наказами МОЗ України та управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації, і Статутом закладу.

Заклад є юридичною особою, має самостійний баланс, поточні та інші рахунки в органах державної казначейської служби та установах банків, печатку з найменуванням і ідентифікаційним кодом, бланк зі своїм найменуванням та інші необхідні реквізити.

Місце здійснення господарської діяльності та ліцензійної діяльності знаходиться за адресами: вулиця Троїцька, 48, м. Суми, 40022 та вулиця Ковпака, 22, м. Суми, 40031.

З вересня 2019 року заклад було перетворено в комунальне некомерційне

підприємство. Основною метою діяльності є надання висококваліфікованої стаціонарної і консультативної поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню Сумської області.

Керівництво підприємством здійснює директор, а медичною частиною — медичний директор.

Майно закладу складається з основних фондів, оборотних засобів, коштів та інших цінностей, вартість яких відображається в балансі закладу. Майно є спільною власністю територіальних громад сіл, селищ і міст Сумської області та закріплюється за закладом на праві оперативного управління відповідно до укладеного договору. Договір визначає права та обов'язки сторін щодо господарського використання майна, відповідно до чинного законодавства України.

Аналіз основних джерел фінансування КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня» буде представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Склад та структура джерел фінансування КНП «СОКЛ»

Вид джерела	Затверджено за кошторисом					
	2021р.		2022р.		2023р.	
	сума, грн.	%	сума, грн.	%	сума, грн.	%
Загальний фонд – всього	112593753,0	75,1	153118880,0	91,4	165475340,9	96,5
Надходження з бюджету на капітальні видатки (спец. фонд)	24444800,0	16,3	7496000,0	4,5	489100,0	0,3
Інші джерела власних надходжень	11811899,57	7,9	6070000,00	3,6	4892740,64	2,9
Плата за послуги	1163795,00	0,7	886289,00	0,5	635515,20	0,3
Разом	150014247,6	100	167571169,00	100	171492696,7	100

Джерело: розраховано автором за даними фінансової звітності КНП СОР «Обласна клінічна лікарня»

Таблиця 2.3 - Структура і динаміка витрат КНП «СОКЛ» за 2021-2023

Групи витрат	Види витрат	2021р.		2022р.		2023р.		2023 р. до 2021 р., +/-	
		тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
Оплата праці	Оплата праці працівників	128064,6	34,8	198897,3	49,2	207508	52,1	79443,4	62,0
	Нарахування на заробітну плату	28186,0	7,7	43678,1	10,8	45629,7	11,5	17443,7	61,9
Закупівля товарів і послуг	Предмети, матеріали, обладнання і інвентар	2581,0	0,7	2900,4	0,7	2900,4	0,7	319,4	12,4
	Медикаменти і перев'язувальні матеріали	135419,9	36,8	63285,9	15,7	63285,9	15,9	-72134,0	-53,3
	Продукти харчування	2255,6	0,6	2538	0,6	2538	0,6	282,4	12,5
	Оплата послуг (крім комунальних)	3955,9	1,1	2356,4	0,6	2356,6	0,6	-1599,3	-40,4
	Видатки на відрядження	282,5	0,1	525	0,1	525,2	0,1	242,7	85,9
	Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	15365,1	4,2	23544,7	5,8	25265,9	6,3	9900,8	64,4
Соціальні виплати	Соціальне забезпечення	591,6	0,2	672,5	0,2	672,5	0,2	80,9	13,7
	Виплата пенсій і допомоги	591,4	0,2	672,2	0,2	672,2	0,2	80,8	13,7
	Страховання медпрацівників	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,1	50,0
Амортизація		37899,0	10,3	33152,2	8,2	34383,2	8,6	-3515,8	-9,3
Податок на землю		401,0	0,1	-	0,0	247,2	0,1	-153,8	-38,4
Капітальні витрати		12190,1	3,3	31756,7	7,9	12056,7	3,0	-133,4	-1,1
Разом витрат		367783,9	100	403979,7	100	398041,8	100	30257,9	8,2

Джерело: розраховано за даними фінансового плану КНП «СОКЛ»

Дані таблиці 2.3 свідчать про зміну структури та динаміки витрат протягом аналізованого періоду. У 2021 році, ще до повномасштабного російського вторгнення, найбільша частка витрат установи припадала на закупівлю медикаментів і перев'язувальних матеріалів, яка становила 36,8% (135,4 млн грн). На другому місці були витрати на заробітну плату – 34,8% (128 млн грн). Далі йшли витрати на амортизацію, нарахування на заробітну плату, комунальні платежі та капітальні витрати. Інші категорії витрат мали незначний вплив на загальну структуру витрат КНП «СОКЛ», займаючи менше 1%.

З 2022 року найбільша частка витрат припадає на заробітну плату – 49,2% (199 млн грн), що пояснюється суттєвим підвищенням заробітних плат медичного персоналу. На другому місці за величиною витрат йдуть закупівлі медикаментів і перев'язувальних матеріалів, які складають 15,7% (63 млн грн). Водночас стрімке зростання цін на матеріали зумовлює стабільність цієї тенденції. Логічно, що для покриття таких витрат необхідний аналіз дохідної

частини медичного закладу, що представлений у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 - Структура і динаміка доходів КНП «СОКЛ» за 2021-2023 рр.

Види доходів	2021р.		2022р.		2023р.		2023 р. до 2021 р., +/-	
	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
Доходи від надання послуг, з них	217924,2	52,3	304515,6	73,1	306177,0	74,4	88252,8	40,5
- від послуг за договором з НСЗУ	213342,7	51,2	299955,1	72,0	301160,4	73,1	87817,7	41,2
- від інших платних послуг	4581,5	1,1	4560,5	1,1	5016,6	1,2	435,1	9,5
Дохід з місцевого бюджету від фінансової підтримки	19434,6	4,7	30405,1	7,3	34116,8	8,3	14682,2	75,5
Дохід з місцевого бюджету за цільовими програмами	6018,0	1,4	-	-	-	-	-	-
Інші доходи, з них	173384,9	41,6	81510,7	19,6	71441,6	17,4	-101943,3	-58,8
- благодійна і гумдопомога	4971,5	1,2	13500	3,2	13500	3,3	8528,5	171,5
- відшкодування, пілотні проекти, постачання з Державного Бюджету	168413,4	40,4	68010,7	16,3	57941,6	14,1	-110471,8	-65,6
Доходи разом	416761,7	100	416431,4	100	411735,4	100	-5026,3	-1,2

Джерело: розраховано за даними фінансового плану КНП «СОКЛ»

Дані таблиці 2.4 дозволяють зробити кілька ключових висновків. По-перше, основним джерелом доходів КНП «СОКЛ» у 2021–2023 роках залишався Державний бюджет, але структура бюджетного фінансування за цей період зазнала значних змін. Це, зокрема, пов'язано з викликами, які постали перед Україною та її системою охорони здоров'я через повномасштабну російську агресію в лютому 2022 року. Значна частина фінансування почала надходити через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), що для прифронтової Сумщини є зручним механізмом з мінімальними погодженнями та бюрократичними процедурами. Як результат, фінансування через НСЗУ стало основним джерелом доходів для КНП «СОКЛ» протягом всього досліджуваного періоду.

Так, у 2021 році на фінансування через НСЗУ припадало 51,2% загального обсягу надходжень (213,3 млн грн), а у 2022 та 2023 роках ця частка зросла до 72% та 73% відповідно. У грошовому вираженні обсяг фінансування через НСЗУ у 2023 році перевищив показник 2021 року на 88 млн грн.

Інші надходження з Державного бюджету, такі як відшкодування окремих витрат, пілотні проекти у медичній практиці, матеріально-технічне забезпечення, у 2021 році становили значну частку — 40,4% (168,4 млн грн).

Однак у 2022–2023 роках ця частка суттєво зменшилась, оскільки

бюджетні кошти були переважно спрямовані через НСЗУ відповідно до чинних нормативів і потреб пацієнтів. Проте деякі прямі бюджетні трансферти залишаються необхідними, наприклад, для забезпечення бази практики для інтернів, постачання ліків з обмеженим доступом та надання третинної медичної допомоги. Це пояснює їхнє друге місце у структурі фінансування у 2022–2023 роках.

Загалом фінансова діяльність КНП «СОКЛ» демонструє стабільність і ефективне управління. Протягом кожного року досліджуваного періоду доходи перевищували витрати, що свідчить про здатність установи не лише забезпечувати основну діяльність, але й розвиватися, навіть у складних умовах війни.

КНП «СОКЛ» залучає до роботи 227 лікарів, з яких 56,2% мають першу або вищу атестаційну категорію. В штаті установи працюють 29 кандидатів медичних наук і 1 доктор медичних наук, а також 8 заслужених лікарів України. Установа активно співпрацює з Національною службою здоров'я України для виконання державних програм, що спрямовані на реалізацію медичних гарантій для населення.

Поліклініка лікарні, розрахована на 380 відвідувань за зміну, надає послуги лікарів 32 спеціальностей, серед яких 9 є унікальними для Сумської області. Однак, середня кількість відвідувань щодня складає 550 осіб, що вказує на перевантаження поліклініки на 45%.

У стаціонарі лікарні функціонує 19 спеціалізованих відділень із загальною місткістю 625 ліжок. Щорічно в лікарні лікується близько 20 000 пацієнтів, а також проводиться близько 10 000 хірургічних операцій, 40% з яких належать до категорії підвищеної складності. Особливу увагу приділяється високотехнологічним втручанням: щорічно проводиться 350–370 ендоскопічних операцій, 270–290 лазерних операцій та до 100 операцій із вживлення ендопротезів суглобів.

Таблиця 2.5 - Динаміка і структура працюючих за структурними підрозділами КНП «СОКЛ» за 2021-2023 рр.

Категорії працюючих за структурними підрозділами	2021 р.		2022 р.		2023 р.		2023 р. у % до 2021 р.
	Число штатних одиниць	структура, %	Число штатних одиниць	структура, %	Число штатних одиниць	структура, %	
Всього в т. ч.	1095	100	1092	100	1109	100	101,3
Адміністративний і господарський СП, із них	62	5,7	60	5,5	62	5,6	100,0
адміністрація	4	0,4	4	0,4	4	0,4	100,0
бухгалтерія	11	1,0	11	1,0	11	1,0	100,0
планово-економічна служба	7	0,6	7	0,6	7	0,6	100,0
господарсько-технічна служба	40	3,7	38	3,5	40	3,6	100,0
Допоміжний СП, із них	238	21,7	240	22,0	249	22,5	104,6
харчоблок	14	1,3	14	1,3	14	1,3	100,0
приймальне відділення	29	2,6	32	2,9	34	3,1	117,2
стерилізаційне відділення	5,5	0,5	4,5	0,4	5	0,5	90,9
реєстратура	6,5	0,6	6	0,5	6,5	0,6	100,0
клініко-діагностична лабораторія	42,5	3,9	39	3,6	43	3,9	101,2
відділення функціональної діагностики	39,5	3,6	39,5	3,6	38,5	3,5	97,5
рентгенологічне відділення	29	2,6	29	2,7	29	2,6	100,0
реабілітаційне відділення	21	1,9	24	2,2	26	2,3	123,8
анестезіологічне відділення	47	4,3	45	4,1	46	4,1	97,9
патологоанатомічне відділення	18	1,6	21	1,9	21	1,9	116,7
Основний СП, із них	795	72,6	792	72,5	798	72,0	100,4
терапевтичні відділення, в т. ч.	364	33,2	363	33,2	365	32,9	100,3
інтенсивної терапії	45	4,1	44	4,0	45	4,1	100,0
пульмонологічне	34	3,1	33	3,0	35	3,2	102,9
отоларингологічне	38	3,5	37	3,4	38	3,4	100,0
гастроентерологічне	35	3,2	35	3,2	35	3,2	100,0
неврологічне	30	2,7	30	2,7	30	2,7	100,0
нефрологічне	24	2,2	24	2,2	23	2,1	95,8
гематологічне	19	1,7	19	1,7	19	1,7	100,0
ендокринологічне	25	2,3	25	2,3	25	2,3	100,0
хронічного гемодіалізу	20	1,8	20	1,8	20	1,8	100,0
ревматологічне	23	2,1	21	1,9	20	1,8	87,0
алерго-імунологічне	22	2,0	22	2,0	22	2,0	100,0
екстреної медичної допомоги	28	2,6	36	3,3	36	3,2	128,6
інтервенційної радіології	21	1,9	17	1,6	17	1,5	81,0
хірургічні відділення, в т. ч.	277	25,3	277	25,4	277	25,0	100,0
хірургічне	52	4,7	51	4,7	53	4,8	101,9
нейрохірургічне	47	4,3	45	4,1	45	4,1	95,7
ортопедично-травматологічне	38	3,5	39	3,6	38	3,4	100,0
урологічне	37	3,4	36	3,3	38	3,4	102,7
опікове	28	2,6	30	2,7	30	2,7	107,1
мікрохірургії ока	21	1,9	22	2,0	19	1,7	90,5
судинної хірургії	14	1,3	14	1,3	14	1,3	100,0
торакальної хірургії	22	2,0	22	2,0	22	2,0	100,0
ендоскопічне	18	1,6	18	1,6	18	1,6	100,0
консультативна поліклініка	154	14,1	152	13,9	156	14,1	101,3

Джерело: розраховано за даними штатного розпису КНП «СОКЛ»

Найціннішим ресурсом кожного лікувального закладу є його висококваліфіковані фахівці. Саме тому доцільно почати аналіз із кадрового забезпечення, розглядаючи як структурні підрозділи КНП «СОКЛ» (табл. 2.4), так і основні групи спеціалістів: адміністративно-господарський, допоміжний та основний персонал. Кадровий склад обласної лікарні є багатoproфільною командою професіоналів, які спільно працюють задля забезпечення якісного медичного обслуговування населення.

Аналіз кадрового забезпечення КНП «СОКЛ» свідчить про стабільність кадрової чисельності та ефективність роботи медичного закладу. Протягом 2021–2023 років загальна середньорічна чисельність працівників залишалася стабільною, що підтверджує низьку плинність кадрів. Ця стабільність є особливо важливою в умовах, коли заклад працює під великим навантаженням через виклики, пов'язані з війною.

Адміністративно-господарський персонал залишався незмінним, що свідчить про ефективне управління та мінімізацію адміністративних витрат.

Допоміжний персонал показав стабільність у трьох відділеннях, що свідчить про хорошу організацію роботи в цих підрозділах.

Основний персонал у дванадцяти відділеннях зазнав незначних змін, що є природними та не вплинуло на загальну працездатність закладу.

Кадрова структура закладу є оптимальною за рекомендаціями МОЗ України:

Адміністративно-господарський персонал займає менше 6% від загальної кількості працівників, що забезпечує мінімальні адміністративні витрати.

Допоміжний персонал складає близько 22%, що свідчить про достатню кількість технічного та обслуговуючого персоналу для забезпечення основної медичної діяльності.

Основний персонал складає близько 72%, що підтверджує високий рівень фахової підготовки та кваліфікації медичних працівників, які забезпечують лікувальний процес.

Це дозволяє КНП «СОКЛ» функціонувати ефективно і стабільно навіть у складних умовах, що є ключовим для забезпечення якісного медичного

обслуговування населення.

Згодом, для подальшого аналізу, доцільно розглянути динаміку та структуру відвідувань лікарів закладу за спеціальностями, що відображено в таблиці 2.6. Це дозволить з'ясувати, які спеціалізації користуються найбільшим попитом серед пацієнтів і допоможе у плануванні ресурсів для подальшого розвитку закладу.

Таблиця 2.6 - Динаміка та структура відвідувань лікарів КНП «СОКЛ» за 2021-2023 рр.

Спеціальність лікаря	Кількість відвідувань	2021 р.		2022 р.		2023 р.		2023 р. до 2021р., %
		кількість	питома вага %	кількість	питома вага %	кількість	питома вага %	
терапевт	всього:	123703	59,6	68241	48,9	19110	18,9	15,4
	з приводу захворювань	81606	*	50421	*	16241	*	19,9
дерматовенеролог	всього:	13530	6,5	10638	7,6	6068	6,0	44,8
	з приводу захворювань	4977	*	4829	*	4279	*	86,0
невропатолог	всього:	18937	9,1	17889	12,8	20638	20,5	109,0
	з приводу захворювань	14256	*	15782	*	18577	*	130,3
уролог	всього:	7751	3,7	7347	5,3	6686	6,6	86,3
	з приводу захворювань	6936	*	6288	*	5817	*	83,9
акушер -гінеколог	всього:	1336	0,6	3071	2,2	6899	6,8	516,4
	з приводу захворювань	852	*	1905	*	5273	*	618,9
отоларинголог	всього:	10763	5,2	6568	4,7	11368	11,3	105,6
	з приводу захворювань	5654	*	3998	*	8463	*	149,7
хірург	всього:	16172	7,8	12862	9,2	13102	13,0	81,0
	з приводу захворювань	11219	*	10534	*	11349	*	101,2
офтальмолог	всього:	15504	7,5	13005	9,3	17034	16,9	109,9
	з приводу захворювань	11425	*	10759	*	14764	*	129,2
Всього	всього:	207696	100,0	139621	100,0	100905	100,0	48,6
	з приводу захворювань	136925	*	104516	*	84763	*	61,9

Джерело: розраховано та складено автором за даними організаційно-методичого відділу КНП

Дані таблиці 2.5 свідчать про суттєве зростання кількості відвідувань лікарів у КНП «СОКЛ» протягом 2021–2023 років. Загальний приріст становив 51,4%, зокрема з приводу захворювань – 38,1%. Найбільш помітне збільшення спостерігалось у терапевтів – на 84,6% (із них на 80,1% з приводу захворювань). Водночас за більшістю вузькопрофільних спеціалістів також зафіксовано значне зростання кількості прийомів, особливо у акушерів-гінекологів, де приріст становив 416,4%.

Причини динаміки:

- Реформа охорони здоров'я:

Частина функцій та обов'язків терапевтів КНП «СОКЛ» була передана вузькопрофільним спеціалістам і сімейним лікарям районних поліклінік міста Суми. Це є прямим наслідком реформування галузі охорони здоров'я, яке спрямоване на децентралізацію медичних послуг.

- Військова агресія рф:

Повномасштабне вторгнення рф суттєво вплинуло на роботу медичних закладів. Через бойові дії тимчасово зупинялася планова госпіталізація, включаючи проведення планових операцій. Основними пацієнтами лікарні стали військовослужбовці, які не завжди входять до загальної статистики.

- Пандемія COVID-19:

Початок третьої хвилі пандемії COVID-19 у 2023 році також суттєво вплинув на роботу медичного закладу. Це призвело до зростання кількості як відвідувань, так і випадків госпіталізації з важкими формами захворювання.

- Загальна криза галузі:

Вихід лікарів широкого профілю з медичної практики свідчить про структурну кризу в системі охорони здоров'я, що характерно для всієї галузі, а не лише для КНП «СОКЛ».

Медична діяльність персоналу КНП «СОКЛ» загалом відображає типову ситуацію для закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі та зовнішніх викликів, таких як військова агресія та пандемія. Хоча заклад демонструє адаптацію до сучасних викликів, загальна ситуація вказує на необхідність подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я для ефективного реагування на зростаючі потреби населення.

На завершення цього розділу доцільно представити таблицю 2.7, яка відобразить оцінку ефективності роботи адміністративного апарату КНП. Директором КНП СОР СОКЛ є Володимир ГОРОХ – заслужений лікар України, кандидат медичних наук. У його команді три заступники: медичний директор, заступник медичного директора та заступник директора з амбулаторної допомоги й лікарсько-трудової експертизи. Він відповідає за широкий спектр питань, пов'язаних із діяльністю закладу, включаючи як медичні, так і адміністративні аспекти роботи лікарні.

Таблиця 2.7 – Вихідна інформація для оцінки ефективності апарату управління СОКЛ

Показники	Рік		Відхилення (+;-)	2023р. в % до 2021р.
	2021	2023		
Середньооблікова чисельність працівників, чол.	1095	1109	+14	101,3
в тому числі адмінперсонал	43	45	+2	104,6
Фонд оплати праці для штатних працівників, разом, тис. грн.	128 064,6	207 508,0	+79443,4	78,6
Середня заробітна плата 1-ого штатного працівника, грн./міс.	9 746	15 593	+5847	160,0
в т. ч. адмінперсоналу	13120,5	20120,5	+7000	153,3

Джерело: розраховано автором на основі ф. 1-ПВ «Звіт з праці». ф. 2 «Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід)», первинна документація адміністрації

Керівник КНП, відповідно до своїх посадових обов'язків, забезпечує контроль і ефективне управління персоналом лікарні, розробляє та затверджує штатний розпис і посадові інструкції, організовує матеріально-технічне забезпечення та управляє фінансовими ресурсами закладу. Він також відповідає за професійний розвиток медичного персоналу, моніторинг пропозицій відділу кадрів щодо термінів підвищення кваліфікації чи стажування працівників. Директор КНП обласної лікарні є ключовою фігурою в управлінні закладом, і від його професійних навичок, досвіду та лідерських якостей залежить ефективність роботи лікарні та якість медичної допомоги населенню..

2.3 Аналіз спеціалізованої медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня

Переш за все, потрібно звернути увагу на певні реорганізаційні процедури, які пройшли у другому кварталі 2023 року: з 1 травня, відповідно до рішення Сумської обласної ради від 17 лютого 2023 року «Про реорганізацію комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Сумський обласний діагностичний центр», діагностичний центр приєднано до обласної клінічної лікарні як структурний підрозділ.

На 1 січня 2023 року для стаціонарного лікування було розгорнуто 625 ліжок: 336 (53,8%) — хірургічного профілю, 272 (43,5%) — терапевтичного профілю, а також 17 ліжок для відділення екстреної медичної допомоги. З початку року кількість ліжок скоротили на 20 відповідно до наказу лікарні № 602-ОД від 28 грудня 2022 року: зменшено 10 ендокринологічних і 2 імунологічні ліжка в ендокринологічному відділенні, 3 стоматологічні та 5 пульмонологічних ліжок.

З 15 вересня 2023 року створено відділення репродуктивного здоров'я на 15 ліжок шляхом перепрофілювання 14 нейрохірургічних і 1 гематологічного ліжка. Рівень ефективності використання ліжкового фонду зріс із 82,4% у 2022 році до 104,2% у 2023 році. Середня зайнятість одного ліжка становила 353,2 дня (у 2022 році — 278,6 дня, при нормативі — 340 днів).

Структура причин госпіталізації залишається стабільною. Провідні місця займають захворювання органів травлення (13,5%, по Україні — 12,44%), хвороби кістково-м'язової системи (13,4%, по Україні — 7,99%), хвороби ока та його придаткового апарату (10,9%, по Україні — 6,11%), а також хвороби сечостатевої системи (9,4%, по Україні — 8,99%).

Ліжковий фонд та його використання представлений на рис.3.2.

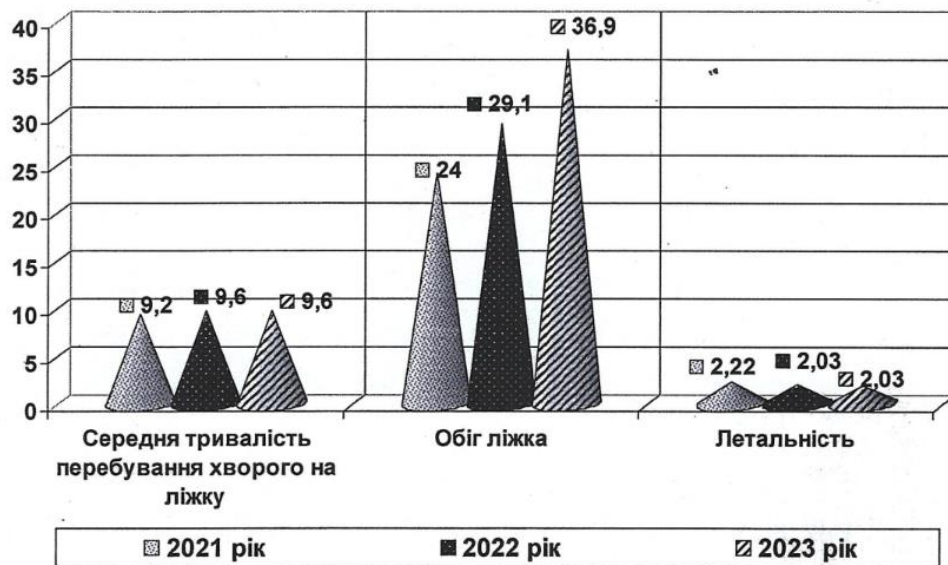


Рисунок 3.2 - Ліжковий фонд та його використання за період 2021-2023 рр..

Результати лікування в стаціонарі СОКЛ наведені в таблиці 2.8. Додатково проведемо аналіз роботи спеціалістів медичного закладу в напрямку надання консультаційної допомоги – таблиця 2.8.

Таблиця 2.8 – Показники роботи консультативної поліклініки СОКЛ за період 2021-2023 рр..

Таблиця № 11

Спеціалізовані прийоми	Кількість відвідувань лікарів					
	Всього			у т. ч. військовослужбовці		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
1. Терапевти	94	906	1030	-	2	2
2. Пульмонологи	1484	1429	2631	-	27	203
3. Ревматологи	2939	3642	5902	-	34	190
4. Кардіологи	769	1046	3659	-	78	266
5. Гастроентерологи	2415	3014	5252	-	86	389
6. Нефрологи	2256	2174	2805	-	29	94
7. Ендокринологи	7841	9903	12254	-	28	263
8. Алергологи	180	894	985	-	5	52
9. Гематологи	2971	3075	4112	-	5	51
10. Хірурги	999	1028	1031	-	31	163
11. Ортопеди-травматологи	2325	3206	4992	-	113	827
12. Урологи	1812	1726	2749	-	25	242
13. Нейрохірурги	892	1340	2170	-	2	208
14. Акушери-гінекологи	1778	1588	2411	-	-	4
15. Офтальмологи	3108	3881	5703	-	83	550
16. Отоларингологи	2515	2182	2623	-	-	18
17. Невропатологи	4791	8581	10818	-	192	1169
18. Психотерапевти	834	483	1242	-	29	275
19. Інфекціоніст	1379	257	-	-	-	-
20. Сурдолог	838	1525	2361	-	-	395
21. Логопед	-	-	-	-	-	-
22. Профпатолог	1504	998	1145	-	-	-
23. Імунолог	626	967	1036	-	-	29
24. Лікарі приймального відділення	16989	16557	20692	-	-	-
25. Фоніатр	-	-	-	-	-	-
26. Комбустиолог	7	82	182	-	-	9
27. Торакальні хірурги	708	47	105	-	1	28
28. Проктологи	6186	5024	-	-	-	-
29. Судинний хірург	1571	1916	2455	-	27	141
Разом	69811	77471	100345	-	797	5568

Хірургічна активність у лікарні зросла з 97,37% у 2022 році до 100,0% у 2023 році, що обумовлено підвищенням показників у всіх відділеннях, окрім стоматологічного, урологічного та реанімаційних ліжок центральної районної лікарні (ЦРХ). Середня тривалість перебування пацієнта до операції у хірургічних відділеннях склала 1,66 дні (2022 рік — 1,26 дні), а загальний час перебування прооперованого пацієнта скоротився до 7,57 днів (2022 рік — 8,83 днів). Після операцій у 2023 році померло 119 пацієнтів (2022 рік — 92). Загальний рівень післяопераційної летальності незначно зріс з 0,98% у 2022 році до 0,99% (середній показник по обласних лікарнях України — 1,2%). Найвищі показники післяопераційної летальності зафіксовані у:

- нейрохірургічному відділенні (зросла з 4,51% у 2022 році до 5,02% у 2023 році),
- торакальному відділенні (з 3,77% до 4,91%),
- урологічному відділенні (з 0,31% до 0,49%),
- на реанімаційних ліжках ЦРХ (з 11,02% до 11,48%).

У стоматологічному відділенні зафіксовано післяопераційну летальність на рівні 0,27%, яка у 2022 році не реєструвалася.

Разом із цим, спостерігалось зниження післяопераційної летальності у таких відділеннях:

- хірургічному (з 2,11% у 2022 році до 1,73% у 2023 році),
- опіковому (з 0,52% до 0,36%),
- судинної хірургії (з 0,79% до 0,55%),
- на кардіохірургічних ліжках (з 2,95% до 2,17%).

Структура летальності за причинами залишилася незмінною. Основна частка припадає на:

- хвороби системи кровообігу (50,6%),
- хвороби органів травлення (12,6%),
- новоутворення (12,1%),
- травми (11,6%).

Ці чотири причини разом становлять 86,9% усіх летальних випадків, інші причини — 13,1%. Найбільшу частку у структурі летальності займають

хвороби системи кровообігу, що становлять 50,6% усіх померлих у стаціонарі. Летальність через хвороби системи кровообігу знизилася з 7,91% у 2022 році до 7,74%, але залишається вищою за середній показник по обласних лікарнях України (6,12%).

Високі показники летальності відмічаються від наступних хвороб –
Таблиця 2.9.

Таблиця 2.9 – Аналіз показників летальності по медичному закладу

	СОКЛ (%)	Україна ОЛ - 2023 (%)
Гострий інфаркт міокарда	11,48	12,15
Цереброваскулярні хвороби	14,33	12,85
у т.ч. інфаркт головного мозку	14,89	14,10
Гастрит та гастродуоденіт	2,22	0,14
у т.ч. гострий геморагічний гастрит	4,76	0,78
Цироз печінки	14,2	10,40
Хвороби ротової порожнини	0,92	0,34

Джерело: узагальнено автором за аналітичними даними СОКЛ

Протягом звітного року лікарями було прийнято 100 345 пацієнтів (у 2022 році — 77 471), з яких 5 568 — військовослужбовці. На одну зайняту посаду лікаря, який здійснює консультативний прийом, припало 3 185 відвідувань (2022 рік — 2 718). Лікарі першої та вищої категорії проконсультували 76,3% пацієнтів (2022 рік — 78,6%), другої категорії — 6,4% (2022 рік — 6,8%), без категорії — 17,3% (2022 рік — 14,7%). Завідувачі відділень здійснили прийом 9,1% хворих від загальної кількості пацієнтів (2022 рік — 8,0%). Виїзна планово-консультативна робота обласної клінічної лікарні у 2023 році 19 спеціалістів лікарні виконали 15 виїздів:

5 виїздів — невропатологи та ендокринологи,

3 виїзди — офтальмологи,

2 виїзди — кардіологи, по 1 виїзду — гастроентеролог, ревматолог, судинний хірург, лікар з функціональної діагностики. Із них 13 виїздів було здійснено до закладів охорони здоров'я первинного рівня, 2 — до ЦРЛ. У 2022 році такі виїзди не проводились. На виїзних консультаціях оглянуто 460 пацієнтів, серед яких 250 (54,3%) — жителі сільської місцевості. За результатами обстежень на спеціалізовані ліжка госпіталізовано 46 пацієнтів, з них 30 (65,2%) — жителі сіл.

РОЗДІЛ 3

МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТРЕТИННОГО РІВНЯ В УМОВАХ ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ

3.1 Інноваційний розвиток закладу охорони здоров'я третинного рівня в умовах післявоєнного відновлення

Оптимізація діяльності обласної лікарні повинна ґрунтуватися на науковому аналізі та прогнозу медико-демографічної ситуації в регіоні, а також прогнозу потреби у високоспеціалізованій медичній допомозі з урахуванням запланованих змін на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

Реалізація інноваційного розвитку лікарні має включати визначені напрямки (рис. 3.1). Інноваційний розвиток обласної лікарні має бути комплексним і поетапним, охоплюючи всі аспекти діяльності лікарні з метою підвищення якості та ефективності високоспеціалізованої медичної допомоги.

Система охорони здоров'я в Україні була зазнає серйозних руйнацій внаслідок початку військової агресії. Це також спричинило суттєві переміщення населення, загострення тяжких захворювань, проблем з ментальним здоров'ям, професійного вигорання та міграції медичного персоналу. Крім того, війна призвела до руйнування інфраструктури та ланцюгів постачання, а також суттєвого зниження доходів населення та країни в цілому. Наразі є необхідним чітке розуміння того, як проводити реформу та фінансування медичної допомоги в умовах війни для зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її стійкості та сталого розвитку. Важливо враховувати те, що немає чіткого переходу від гуманітарної допомоги до розвитку. Новий спосіб роботи системи Організації Об'єднаних Націй акцентує на початковому зміцненні системи охорони здоров'я під час гуманітарного реагування, враховуючи взаємозв'язок напрямків "гуманітарна допомога — проекти розвитку — розбудова миру". Важливо проводити аналіз та

планування у повоєнний період спільно з централізованою координацією влади та використанням ефективного розподілу коштів. Ключовими складовими успішної реформи є узгоджений комплекс медичних послуг, спрямований на справедливий до них доступ. В той же час більш стійкі послуги характеризуються децентралізацією та орієнтацією на громаду та пацієнтів.



Рисунок 3.1 – Напрямки інноваційного розвитку обласної лікарні в умовах медичного реформування

Джерело: побудовано автором

Як до обласної лікарні, на нашу думку, в повоєнний період найбільш перспективними напрямками слід зосередитися на наступному:

1. Посилення первинної медичної допомоги (ПМД) як основи

людиноорієнтованих послуг є ключовим завданням. Особливу увагу слід приділити відновленню та поліпшенню доступу до медичних послуг, зокрема вакцинації, скринінгу на туберкульоз та інші небезпечні інфекційні захворювання, а також діагностики та лікування хронічних недуг, які зазнали перерви через війну та переміщення населення. Розширення спектру послуг ПМД, покращення їх охоплення, підвищення кваліфікації медичного персоналу та якості допомоги є важливими передумовами для модернізації лікарняної мережі та підвищення її ефективності. Такий підхід відповідає європейським практикам, що передбачають перенесення значної частини стаціонарного лікування в амбулаторні заклади, послуги на рівні громад та ПМД із одночасним перерозподілом фінансування для підтримки цих змін.

2. Відновлення медичних послуг у звільнених територіях. У короткостроковій перспективі, в умовах, де заклади охорони здоров'я пошкоджені, розграбовані або де не вистачає медичного персоналу, для забезпечення доступу до медичної допомоги буде необхідно залучати гуманітарну підтримку та мобільні медичні бригади. Також важливо сприяти відновленню діяльності приватного сектора, зокрема аптечних мереж, які забезпечують важливі складові медичних послуг.

3. Задоволення нових потреб ветеранів і постраждалого від конфлікту цивільного населення передбачає розширення послуг з реабілітації та охорони психічного здоров'я у межах існуючої системи охорони здоров'я. Це можливо шляхом активізації потенціалу громадського рівня, зокрема через визнання і посилення ролі первинної медичної допомоги (ПМД) у наданні інтегрованих послуг для всіх, включно з ветеранами. Швидке впровадження послуг психічного здоров'я на рівні громади потребує навчання та залучення ширшого кола медичних і немедичних фахівців, оптимізації процесів ведення пацієнтів і їх перенаправлення між центрами послуг на рівні громади, ПМД та спеціалізованими психіатричними закладами.

4. Розширення послуг реабілітації та психічного здоров'я потребуватиме додаткового фінансування, підготовки кадрів, змін до нормативно-правових актів, що регулюють роботу працівників ПМД, психологів, фахівців із реабілітації, медсестер/медбратів і соціальних працівників, а також створення та розвитку

спеціалізованих підрозділів у багатoproфільних закладах.

5. Покращення доступу до послуг у сільській місцевості. Забезпечення доступу до екстреної медичної допомоги, лікарських засобів та інших основних послуг у сільських районах є пріоритетом, який потребує впровадження інноваційних підходів. Навіть до війни консультації та лікарські засоби були менш доступними у сільській місцевості порівняно з міськими районами, а нині ця проблема загострилася через збільшення чисельності сільського населення за рахунок внутрішньо переміщених осіб. Рішення для задоволення потреб віддалених районів можуть включати створення відділень невідкладної допомоги при закладах ПМД або лікарнях, що надаватимуть ПМД у неробочий час, лікуватимуть нетяжкі невідкладні стани, а також забезпечуватимуть стабілізацію та транспортування пацієнтів із тяжкими станами до спеціалізованих медичних установ.

6. Розвиток мобільних і дистанційних послуг, а також сучасних комунікаційних технологій є ключовим для відновлення зв'язку пацієнтів, у тому числі переміщених через війну, із системою охорони здоров'я. Інноваційні підходи на основі інформаційних технологій дозволять забезпечити доступ до медичних послуг для тих, хто стикається з перешкодами. Наприклад, систематичне залучення мобільних бригад може допомогти закрити існуючі прогалини. Водночас кол-центри, хоча вже функціонують, потребують вдосконалення шляхом впровадження стандартизованих алгоритмів диспетчеризації, телемедицини та технологій дистанційного моніторингу і скринінгу. Телеконсультації слід зробити доступнішими для ширшого кола послуг і пацієнтів, інтегруючи їх із національними системами та підвищуючи якість.

7. Планування раціональної мережі закладів охорони здоров'я. У кожній області необхідно узгодити плани оптимізації мережі закладів охорони здоров'я для підвищення ефективності системи. Міністерство охорони здоров'я та місцеві органи влади вже ініціювали стратегічне планування для консолідації надмірної та фрагментованої мережі лікарень. Цей процес має стати основою для створення сучасної, якісної та фінансово стійкої мережі. Це передбачає технічну допомогу для оцінки потреб населення, розробки методологій планування, стандартів і вимог до закладів, а також критеріїв для оцінки варіантів інвестування.

Консолідація інфраструктури та персоналу шляхом створення територіальних медичних об'єднань дозволить обслуговувати більшу кількість населення і зменшити фінансове навантаження на систему. Особливе значення має розширення послуг ПМД як інтегрованої частини мережі надавачів медичних послуг, з акцентом на їхню роль у сфері реабілітації. Інвестування в інфраструктуру лікарень, ймовірно, здійснюватиметься у довгостроковій перспективі, тому розвиток і зміцнення ПМД має стати пріоритетом уже зараз.

8. Збільшення ролі медсестер, медбратів, суміжних медичних фахівців та немедичного персоналу у секторі охорони здоров'я. В умовах можливого дефіциту кадрів у сфері охорони здоров'я перерозподіл окремих завдань на фахівців, які не є лікарями, та спеціально підготовлених працівників на рівні громад допоможе компенсувати нестачу без значного фінансового навантаження. Спеціально підготовлені працівники можуть бути залучені до надання критично важливих послуг, зокрема в ситуаціях збою або підвищеного попиту. Це включає імунізацію, тестування та скринінг інфекційних і хронічних захворювань, охорону психічного здоров'я, психосоціальну підтримку, направлення пацієнтів та їх медичний супровід. До таких фахівців належать особи, які мають власний досвід подолання певних проблем зі здоров'ям, волонтери неурядових організацій, консультанти за підходом «рівний-рівному», соціальні працівники, психологи та інший підготовлений немедичний персонал. Подібний підхід сприятиме підвищенню ефективності та інтегрованості надання послуг. Однак для успішної реалізації необхідно ініціювати де-медикалізацію системи охорони здоров'я та впровадження менш спеціалізованого підходу до надання послуг. Підвищення залученості медсестер, медбратів і немедичного персоналу є важливим кроком для забезпечення стійкості та доступності послуг охорони здоров'я в Україні.

9. Поглиблення цифровізації у сфері охорони здоров'я спрямоване на покращення надання допомоги пацієнтам та забезпечення безпечного доступу до інформації. Основна мета — усунення дублювання консультацій, лабораторних досліджень та інших медичних послуг на різних рівнях медичної допомоги через використання стандартизованої та своєчасної інформації про пацієнтів. Це сприятиме:

- Підвищенню якості медичних послуг;

- Посиленню підзвітності закладів охорони здоров'я;
- Раціоналізації використання ресурсів.

Ключові можливості у короткостроковій перспективі:

Використання даних НСЗУ для моніторингу якості послуг та надання зворотного зв'язку медичним закладам.

Інтеграція цифрових інструментів в електронні системи охорони здоров'я для керування діями медичного персоналу. Ці інструменти забезпечують безперервність медичної допомоги, враховуючи: підвищену мобільність населення, відмінності в ситуації між регіонами.

- Оцифрування медичних і статистичних паперових форм, що дозволить:
- Зберігати дані у випадку руйнування медичної інфраструктури.
- Створити основу для стійкого відновлення системи.
- Розширення використання інструментів для виїзної та дистанційної роботи, включаючи засоби комунікації з пацієнтами.
- Створення зручних механізмів доступу до даних про здоров'я для користувачів, особливо: для внутрішньо переміщених осіб (ВПО); для пацієнтів, які змінювали надавачів послуг або зверталися до кількох закладів.

Перехід до цифровізації у сфері охорони здоров'я сприятиме підвищенню ефективності системи, забезпечуючи доступність, безпеку та якість медичних послуг, а також надасть користувачам більше контролю над їхньою медичною інформацією.

3.2 Пропозиції щодо застосування інструменту ОМТ - оцінки медичних технологій

Оцінка медичних технологій (ОМТ) активно впроваджується в Україні протягом останніх трьох років. Зважаючи на зміни, які сьогодні відбуваються в системі охорони здоров'я, а також враховуючи досвід щодо впровадження ОМТ країн із низьким та середнім доходом, важко передбачити, який саме шлях обере Україна щодо застосування ОМТ для прийняття важливих державних рішень. Мета авторів проаналізувати і на конкретних прикладах показати можливості ОМТ для прийняття управлінських політичних рішень,

спрямованих на покращення доступу до дороговартісних життєво необхідних лікарських засобів. Метод: цільовий огляд джерел літератури, чинної нормативної бази, аналіз даних фармацевтичного ринку, інтерв'ю з лікарями регіональних нейросудинних центрів. Результати аналізу свідчать, що за умови правильно вибраної стратегії й тактики впровадження практичне застосування висновків ОМТ може відігравати в системі охорони здоров'я ключову роль у прийнятті державних політичних рішень щодо раціонального використання бюджетних коштів, особливо при відшкодуванні та закупівлі дороговартісних медичних технологій (лікарські засоби, вироби медичного призначення, діагностичне та лікувальне обладнання, процедури і системи втручання тощо).

Оцінка медичних технологій (ОМТ) для медичних виробів (МВ) наразі перебуває на стадії підготовки до впровадження в Україні. Використання ОМТ для МВ стане важливим інструментом для оптимізації витрат держави як основного платника на медичні вироби, що застосовуються для профілактики, лікування, діагностики та проведення скринінгових програм у системі охорони здоров'я. Це охоплює терапевтичне й діагностичне обладнання, лабораторні пристрої, цифрові технології та інші види медичних виробів.

Системи охорони здоров'я всіх країн сьогодні перебувають у стані кризи, як зазначають експерти. Це пов'язано з обмеженим доступом до медичних послуг, незадоволеним попитом на сучасні медичні технології та неефективним використанням коштів, що в результаті знижує якість життя населення.

Жодна країна світу не може повністю задовольнити попит на медичні послуги та технології. Наприклад, США витрачають близько 18% (3,2 трлн дол. США) свого ВВП на охорону здоров'я. Однак лише 55% наданих послуг дійсно необхідні, тоді як понад 30% є марнотратними. Це демонструє, що навіть найбагатші країни стикаються з обмеженнями у фінансуванні медичних послуг.

Для країн із низьким і середнім рівнем доходу, зокрема України, ці проблеми поглиблюються абсолютним дефіцитом фінансів та неефективним використанням наявних ресурсів. Зростання витрат на охорону здоров'я, яке випереджає темпи зростання ВВП, обмежує доступ до дороговартісних

технологій, що є глобальною тенденцією.

За таких умов стає критично важливим раціонально розподіляти бюджетні кошти, забезпечуючи справедливий доступ до інноваційних технологій. Оцінка медичних технологій (ОМТ) має на меті проведення економічного аналізу для визначення доцільності використання нових лікарських засобів порівняно з існуючими альтернативами. Це дозволяє встановлювати пріоритети у використанні медичних технологій, спрямовуючи ресурси на найбільш ефективні рішення.

У звіті ВООЗ за 2017 рік проаналізовано підходи до ОМТ у 45 країнах Європейського регіону. Майже всі ці країни впроваджують ОМТ як основу для рішень про відшкодування та закупівлю медичних технологій. Наприклад, Данія, Франція та Польща систематично застосовують ОМТ для оцінки нових технологій, а у Великобританії аналізують лише ті інновації, що викликають сумніви щодо ефективності чи економічної доцільності. У Норвегії розроблено три рівні ОМТ: міні-ОМТ (для лікарень), одиничну ОМТ (для окремих технологій) та повну ОМТ (для комплексних втручань).

В Україні, з огляду на поточні зміни в системі охорони здоров'я, складно передбачити, який саме шлях буде обрано для впровадження ОМТ. Проте очевидно, що при правильній стратегії ОМТ може стати ключовим інструментом для ухвалення рішень про відшкодування та закупівлю дороговартісних лікарських засобів та інших медичних технологій, сприяючи ефективному використанню ресурсів.

Система оцінки медичних технологій (ОМТ) в Україні офіційно впроваджується протягом останніх років. Нижче представлені основні етапи та результати цього процесу:

Інституційні зміни та нормативна база:

У 2017 році термін «ОМТ» вперше з'явився в нормативній базі (Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII). У 2018 році було створено департамент з ОМТ, відповідальний за впровадження процесу.

Ключові компоненти ОМТ в Україні:

Критерії ОМТ: порівняльна ефективність, безпека, економічна доцільність та вплив на бюджет (Наказ МОЗ України від 07.10.2016 р. № 1050).

Методи оцінки: включають збір та аналіз даних, статистичний аналіз, фінансове моделювання.

Експертна структура: Експертний комітет з відбору та застосування основних лікарських засобів (ЕК) виконує функцію незалежного дорадчого органу. З 2017 року ЕК є асоційованим членом Європейської мережі з ОМТ (EUnetHTA).

Основні досягнення:

- Затверджено першу редакцію Національного переліку лікарських засобів (Постанова КМУ від 16.03.2017 р. № 333).
- Сформовані експертні висновки за результатами оцінки лікарських засобів (2017–2019 рр.), які включали рекомендації щодо внесення препаратів до Нацпереліку.

Роль ОМТ у системі охорони здоров'я:

ОМТ забезпечує раціональний підхід до використання обмежених ресурсів через прийняття обґрунтованих рішень щодо закупівель та відшкодування дороговартісних медичних технологій.

Створення прозорої та стандартизованої системи оцінки підвищує ефективність державної політики у сфері охорони здоров'я.

Ці заходи є частиною ширшої стратегії покращення доступу населення до життєво необхідних медичних технологій і ресурсів.

Процес ОМТ включає кілька ключових кроків:

- ✓ Визначення запитань для оцінювання: процес починається з визначення запитань, на які має надати відповідь НТА. Ці запитання спрямовують всю оцінку та зосереджуються на конкретних аспектах медичної технології, що оцінюється.
- ✓ Збір даних: комплексний збір даних є основним етапом процесу ОТЗ. Це передбачає збір інформації з різних джерел, включаючи клінічні випробування, реальні дані, економічні дослідження та результати, про які повідомляють пацієнти.
- ✓ Аналіз даних: зібрані дані ретельно аналізуються з використанням статистичних методів, економічного моделювання та клінічної оцінки для отримання значущої інформації.

- ✓ Узагальнення доказів: НТА об'єднує дані з різних джерел для створення цілісного уявлення про вплив технології на охорону здоров'я.
- ✓ Формування рекомендацій: на основі даних та аналізу експерти з ОТЗ формують чіткі та обґрунтовані рекомендації щодо використання або фінансування медичних технологій.
- ✓ Звітування та розповсюдження: висновки та рекомендації представлені у доступній та прозорій формі, що робить їх доступними для зацікавлених сторін охорони здоров'я, політиків та громадськості.

Оцінка медичних технологій (Health Technology Assessment, НТА) — це багатопрофільний процес, що застосовує науково обґрунтовані методи для аналізу цінності медичних технологій на різних етапах їх життєвого циклу, аби підтримувати ухвалення рішень у сфері охорони здоров'я. Процес НТА вирізняється формальністю, систематичністю та прозорістю.

Цінність медичної технології визначається шляхом порівняння її наслідків із альтернативними варіантами. Проводиться аналіз клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних аспектів, питань безпеки для громадян, а також оцінюється вплив на бюджет. Розглядаються етичні, культурні та соціальні аспекти, а також ширші наслідки для пацієнтів, їхніх родичів, опікунів і суспільства загалом. Цінність медичної технології залежить від перспективи, інтересів зацікавлених сторін і контексту, в якому ухвалюються рішення.

Система охорони здоров'я має забезпечувати пацієнтів найефективнішим лікуванням, раціонально використовуючи державні ресурси. Ухвалення рішень у межах НТА має бути прозорим, обґрунтованим і базуватися на наукових доказах. Важливим елементом оцінки є аналіз економічної доцільності, який враховує співвідношення переваг для здоров'я пацієнтів і витрат на їх досягнення.

Виконавці оцінки медичних технологій (ОМТ) повинні активно залучати різні групи зацікавлених сторін до процесу. Зазвичай, оцінювання здійснюється спеціалізованою агенцією з ОМТ, але також може проводитися в лікарнях (Hospital-based Health Technology Assessment — НВ-НТА) для прийняття управлінських рішень на рівні медичного закладу. У деяких випадках оцінку

можуть проводити виробники медичних технологій, неурядові організації, академічні установи чи приватні компанії.

Користувачами ОМТ є Міністерство охорони здоров'я, державні установи, лікарні та приватні страхові компанії. До зацікавлених сторін належать пацієнти, медичні працівники, постачальники та виробники медичних технологій.

Застосування ОМТ у Європі

Методи і сфери застосування ОМТ адаптуються до потреб конкретної системи охорони здоров'я, враховуючи пріоритети, ресурси та особливості ухвалення рішень у кожній країні. Основною метою ОМТ є забезпечення ухвалення рішень у системі охорони здоров'я на основі доказових даних, що сприяє раціональному використанню технологій і ефективному розподілу фінансових ресурсів.

Згідно з дослідженням «Mapping of HTA National Organizations, Programmes and Processes in EU AND Norway» Європейської Комісії, 24 країни ЄС використовують ОМТ для прийняття рішень щодо відшкодування вартості лікарських засобів, 19 (разом із Норвегією) — медичних виробів, а 12 — інших технологій. Також у 20 країнах ОМТ допомагає у визначенні ціноутворення на лікарські засоби, у 9 — на медичні вироби, а в 7 — на інші технології.

Науково-дослідний інститут RAND Europe провів економічний аналіз використання ОМТ у Великобританії. Дослідження, що відповідають їхнім критеріям, демонструють економічну доцільність впровадження медичних технологій за співвідношенням витрат і якості років життя (QALY). За підрахунками, 12% потенційної чистої вигоди від проведених оцінок покривають витрати на фінансування програми ОМТ за 1993–2012 роки.

В Україні ОМТ є перспективним інструментом для підтримки рішень у сфері охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я та ДП «Медичні закупівлі України» використовують ОМТ для визначення переліків лікарських засобів, які закуповуються за кошти державного чи місцевих бюджетів.

У 2019 році в ДП «Державний експертний центр МОЗ України» було створено Департамент ОМТ, який займається розробкою рекомендацій для

ефективного використання медичних технологій, фінансованих державою. До його складу входять підрозділи з оцінки клінічної та економічної ефективності лікарських засобів, стандартизації медичної допомоги та організаційно-комунікаційного забезпечення.

Так, у Польщі аналіз ОМТ виконує агенція з ОМТ, яка теж є дорадчим органом МОЗ Польщі. Рекомендації, надані президентом Агенції, видаються протягом 60 днів з моменту отримання Агенцією звіту з ОМТ. Ці рекомендації використовуються як основа для прийняття рішення, але не обов'язкові для міністра охорони здоров'я. Проте малоімовірно, що міністр прийме рішення про відшкодування, яке суперечить технічній експертній рекомендації. І такий принцип співпраці зберігається майже в усіх країнах, які використовують ОМТ для включення лікарських засобів до позитивних (фінансуються за бюджетний кошт) переліків і прийняття рішень про відшкодування (Medicines Reimbursement Policies in Europe, 2017).

В цілому складові ОМТ можна представити схематично – рисунок 3.2.

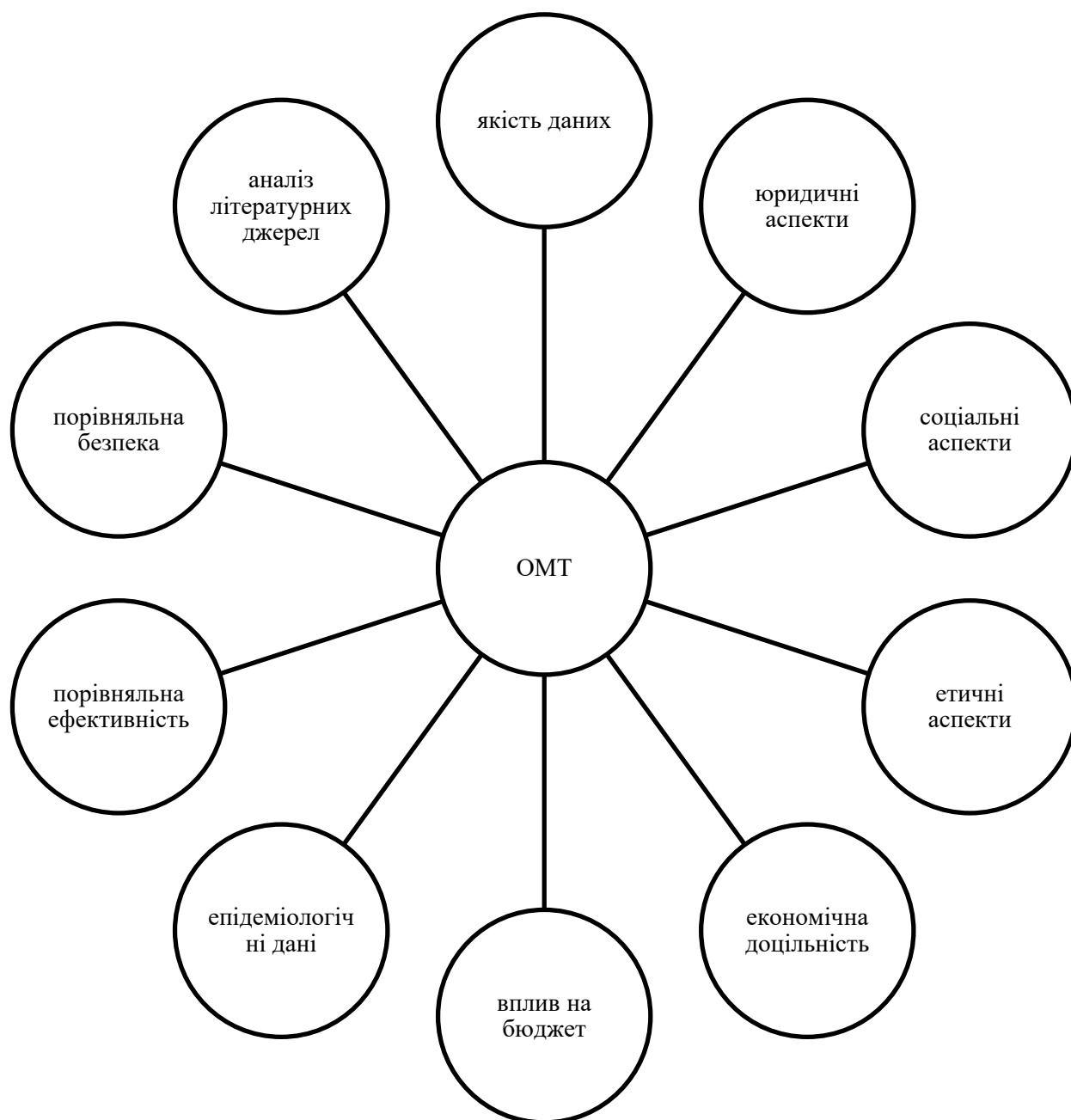


Рисунок 3.2 – Складові ОМТ – оцінки медичних технологій

Джерело: розробка автора

Одним із ключових завдань ОМТ є проведення економічного аналізу для визначення доцільності застосування нового лікарського засобу порівняно з існуючими методами лікування. Це дозволяє визначити пріоритети впровадження ефективних медичних технологій (Medicines Reimbursement Policies in Europe, 2017). Хоча економічна оцінка є важливим елементом ОМТ, вона не може бути єдиним фактором для ухвалення рішень про відшкодування та закупівлю лікарських засобів. Важливо враховувати й інші аспекти, плануючи програми забезпечення населення медичними технологіями, серед

яких не лише лікарські засоби.

Підходи до використання ОМТ відрізняються залежно від країни, однак більшість держав інтегрують ОМТ у систему ухвалення рішень про відшкодування та закупівлю медичних технологій. Наприклад, у Данії, Франції та Польщі ОМТ регулярно застосовується для оцінки нових технологій перед прийняттям рішень про їх відшкодування.

У Великій Британії ОМТ використовується для оцінки інноваційних лікарських засобів, які викликають значні сумніви щодо ефективності, економічної доцільності чи можуть створити суттєве навантаження на бюджет.

У Норвегії підходи до ОМТ є глибокими та структурованими. Тут використовують три формати ОМТ для ухвалення рішень: міні-ОМТ (на рівні лікарень), одиничну ОМТ (для оцінки окремих технологій, зокрема нових лікарських засобів) і повну широку ОМТ (для аналізу медичних втручань і послуг).

В умовах трансформації системи охорони здоров'я в Україні складно передбачити, яку саме модель застосування ОМТ буде обрано. Проте вже сьогодні очевидно, що за умови грамотної стратегії та тактики висновки ОМТ можуть відігравати ключову роль у прийнятті державних рішень щодо відшкодування та закупівлі інноваційних і дороговартісних лікарських засобів, а також інших медичних технологій.

Отже, метою проведеного аналізу є представлення та обґрунтування можливостей ОМТ для прийняття важливих державних рішень щодо оптимізації витрат, відшкодування та закупівель лікарських засобів, а також для підтвердження відповідності медичного закладу третинному рівню надання допомоги. На сьогодні ОМТ в Україні досягла такого рівня, коли цей інструмент має бути застосований для ухвалення державних рішень, що супроводжують включення лікарських засобів до Нацпереліку основних лікарських засобів, а також сприяють збільшенню доступу до життєво необхідних медикаментів для лікування захворювань та станів, які є пріоритетними для нашої держави через їх значний соціально-економічний вплив.

Оцінка технологій охорони здоров'я (ОМТ) є важливим інструментом, що забезпечує зв'язок між науковими дослідженнями та процесом прийняття управлінських та політичних рішень у сфері охорони здоров'я. ОМТ надає об'єктивну, аргументовану та науково обґрунтовану інформацію, що дозволяє оцінити переваги та порівняльну цінність медичних технологій, зокрема при порівнянні традиційних (старих) технологій з новими, які пропонуються натовість.

Хто потребує такої інформації для прийняття рішень:

- Комітети, комісії, робочі групи — для визначення ролі технологій у клінічних протоколах або практичних посібниках.
- Лікувальні заклади, лікарняні об'єднання, медичні організації — для прийняття рішень щодо придбання та управління технологіями.
- Організації, що встановлюють стандарти — для оцінки користі, шкоди, належного використання та інших аспектів медичних технологій.
- Представники державних департаментів охорони здоров'я — для реалізації програм громадської охорони здоров'я (наприклад, імунізація, скринінг, охорона навколишнього середовища).
- Законодавці та політичні лідери — для формування політики в області технологічних інновацій, регулювання та фінансування медичних послуг.
- Технологічні компанії в сфері охорони здоров'я — для розвитку продуктів і маркетингових рішень.
- Платники (органи охорони здоров'я, медичні страхові компанії, роботодавці) — для визначення покриття технологій (платити чи не платити).
- Інвестори і компанії, пов'язані з венчурним фінансуванням — для визначення потенціалу технологій у медичній сфері.
- Дослідницькі агентства — для виявлення прогалин в доказах і незадоволених потреб у сфері охорони здоров'я.

Оцінка медичних технологій: що оцінює ОМТ?

ОМТ може включати дослідження різних аспектів медичних технологій, таких як:

- Технічні характеристики — аналіз робочих характеристик, відповідність

специфікаціям, надійність, простота використання.

- Безпека — оцінка ризиків, пов'язаних з технологією для пацієнтів та медичного персоналу, а також умови її використання.
- Ефективність — оцінка користі від технології в реальних умовах або в ідеальних (клінічних) умовах.
- Економічні атрибути — витрати, економічні наслідки, вартість технології та її порівняння з іншими варіантами лікування.
- Соціальні, правові, етичні та політичні наслідки — оцінка впливу технологій на суспільство, етику використання та регулювання.

Клінічні етапи ОМТ:

Безпека та ефективність технології оцінюються на клінічному етапі, використовуючи принципи доказової медицини. Ключові результати, що оцінюються, включають:

Смертність і захворюваність

Несприятливі події для здоров'я (наприклад, побічні ефекти)

Якість життя, функціональний статус, задоволеність пацієнтів

Економічні вигоди та збитки оцінюються на економічному етапі, застосовуючи методи економічного аналізу, такі як аналіз витрат і результатів (cost-effectiveness analysis).

ОМТ вносить значний вклад у підвищення якості медичних послуг, особливо в розробку і оновлення стандартів, політик і протоколів, що забезпечують ефективне використання ресурсів у сфері охорони здоров'я.

3.3. Кращі світові практики організації систем надання спеціалізованої медичної допомоги – чотирирівнева концепція надання медичної допомоги

Кращі практики організації системи надання третинної медичної допомоги у країнах ЄС показує чотири рівні медичної допомоги.

Світові практики показують, що в медицині існує чотири рівні медичної допомоги: первинний, вторинний, третинний і четвертинний. Рівні медичної допомоги стосуються складності медичних випадків, які лікують

постачальники медичних послуг, а також навичок і спеціальностей постачальників.

Первинна медична допомога передбачає консультацію безпосередньо з індивідуальним постачальником первинної медичної допомоги (відповідно до укладеної декларації про надання медичної допомоги). Вторинна медична допомога передбачає відвідування вузького спеціаліста, як онколог або ендокринолог. Третинна допомога – це спеціалізована допомога в стаціонарі, наприклад нирковий діаліз або хірургія серця. Четвертинний рівень медичної допомоги – це передовий рівень спеціалізованої допомоги.

Більшість людей добре знайомі з первинною допомогою. Цей кабінет є першою зупинкою для більшості симптомів і медичних проблем. В даному випадку пацієнт може звернутися за первинною медичною допомогою для наступного:

Хвороба: звернення до свого лікаря первинної медичної допомоги, коли помічені нові симптоми або захворювання на застуду, грип чи іншу інфекцію.

Травма: звернення за первинною медичною допомогою у разі перелому кістки, болю в м'язах, шкірного висипу або будь-якої іншої гострої медичної проблеми .

Хронічні стани здоров'я: контакт з постачальником первинної медичної допомоги для лікування хронічних захворювань, таких як високий кров'яний тиск, діабет, хвороби серця, ожиріння, тривога та депресія.

Направлення: первинна медична допомога зазвичай несе відповідальність за координацію вашої допомоги між спеціалістами та іншими рівнями медичної допомоги.

Крім того, ви, передбачається відвідування постачальника первинної медичної допомоги (ПМД) для регулярних медичних оглядів, загальних оглядів і візитів до оздоровчого центру.

Постачальники первинної медичної допомоги можуть бути:

- ✓ Лікарі
- ✓ Практичні медичні сестри
- ✓ Помічники лікаря

Є також деякі спеціальності первинної медичної допомоги. Наприклад,

спеціалісти з акушерства та гінекології, геріатри, які лікують людей похилого віку, та педіатри є постачальниками первинної медичної допомоги. Але вони також спеціалізуються на догляді за певною групою людей.

Більшість полісів медичного страхування вимагають призначення основного лікаря. У більшості випадків ви можете обрати сімейного лікаря, терапевта, акушера-гінеколога, геріатра чи педіатра.

Дослідження показали, що постачальники первинної медичної допомоги приносять наступну користь системі охорони здоров'я:

- Покращення доступу до медичних послуг;
- Забезпечення кращих результатів для здоров'я;
- Зменшення госпіталізації та відвідування відділень невідкладної допомоги.

Розуміння чотирьох рівнів догляду дає вам змогу приймати кращі рішення щодо охорони здоров'я. Коли необхідно посилити допомогу та перейти на інший рівень, можна краще передбачити, що включатиме допомога та де вона відбуватиметься. Ви також будете краще підготовлені до вирішення питань медичного страхування, які можуть виникнути, коли ви переходите на новий рівень.

Вторинна допомога: спеціалісти

Вторинна медична допомога виникає, коли постачальник первинної медичної допомоги направляє пацієнта до спеціаліста. Вторинна медична допомога означає, що перший постачальник медичних послуг передав допомогу пацієнту людині, яка має більш специфічний досвід у будь-якій проблемі зі здоров'ям, яка у нього виникає. Вони залишаються на зв'язку зі спеціалістом.

Фахівці зосереджуються або на певній системі організму, або на певному захворюванні чи стані. Приклади спеціалістів:

- Кардіологи, які займаються серцем і кровоносними судинами;
- Ендокринологи, які зосереджуються на гормональних системах, включаючи такі захворювання, як діабет і захворювання щитовидної залози;
- Онкологи, які спеціалізуються на лікуванні раку, і багато з них зосереджуються на конкретному типі раку.

При цьому ваша страхова компанія може вимагати, щоб ви отримали направлення від свого ПМД, а не зверталися безпосередньо до спеціаліста.

Іноді проблеми виникають у вторинній ланці. Вони можуть включати:

- Неправильний фахівець: іноді лікарі направляють людей до неправильного спеціаліста. Це може статися тому, що симптоми часто збігаються між різними станами здоров'я. Іноді симптоми можуть свідчити про одну проблему, тоді як насправді це інший стан, який вимагає іншого спеціаліста.

- Відсутність координації медичної допомоги: Ви також можете зіткнутися з проблемами, якщо відвідуєте більше ніж одного спеціаліста, і кожен лікує різні захворювання. Іноді в цих випадках лікарі можуть не повністю координувати вашу допомогу. В ідеалі спеціалісти повинні працювати з командою первинної медичної допомоги, щоб усі знали, що рекомендують інші.

Третинна допомога та госпіталізація

Якщо ви госпіталізовані та потребуєте вищого рівня спеціальної допомоги, недоступної в цьому закладі, ваш лікар може направити вас до центру третинної медичної допомоги.

У той час як лікарня вторинної медичної допомоги зазвичай є меншим закладом, де немає спеціалізованого обладнання, лікарня третинної медичної допомоги надає доступ до обладнання та досвіду для лікування специфічних складних захворювань.

Приклади ліків і процедур, які виконуються в центрах третинної медичної допомоги, включають:

- Пластична хірургія;
- Нейрохірургія;
- Пересадка органів;
- Онкологія голови та шиї;
- Перинатологія (вагітність високого ризику);
- Неонатологічне відділення інтенсивної терапії (догляд за новонародженими високого ризику);
- Травматологічна хірургія;

- Високодозна хіміотерапія раку;
- Діаліз;
- Аортокоронарне шунтування (АКШ);
- Лікування опіків.

Дослідження показали, що коли пацієнт перебуває у закладах третинної медичної допомоги з приводу певних хронічних захворювань, таких як діабет і хронічна хвороба нирок, його терапевт (сімейний лікар) повинен продовжувати брати участь. Це тому, що ПМД може допомогти своєму пацієнту створити та підтримувати довгостроковий план лікування.

Четвертинний догляд

Четвертинна допомога в світі вважається розширенням третинної медичної допомоги. Однак він ще більш спеціалізований і дуже незвичний.

Оскільки це дуже специфічно, не кожна лікарня чи медичний центр пропонує четвертинну допомогу. Деякі можуть надавати лише четвертинну допомогу для певних захворювань або систем організму.

Види четвертинного догляду включають:

- Експериментальна медицина та процедури;
- Рідкісні та спеціалізовані операції;
- Інші види догляду.

На додаток до цих чотирьох рівнів медичної допомоги існують інші категорії медичної допомоги, які підтримують лікування. Ці типи догляду можуть використовуватися на кількох рівнях. Вони включають:

Екстрена допомога: Лікування серйозних проблем зі здоров'ям або травм надається у відділенні невідкладної допомоги лікарні в будь-який час доби.

Невідкладна допомога: лікування, як правило, надається в закладі, який спеціалізується на невідкладній допомозі при хворобах, що не загрожують життю, або травмах, які потребують негайної допомоги.

Хоспісна допомога: існує кілька рівнів хоспісної допомоги особам на останніх стадіях хвороби, від якої немає ліків. Окрім забезпечення фізичного комфорту та догляду за потребами здоров'я, послуги хоспісу можуть запропонувати консультації та іншу підтримку.

Довготерміновий догляд: цей тип догляду надається людям, які одужують

після хвороби чи травми, або пацієнтам, які потребують постійного догляду.

Це може включати прихід медичного працівника до людини додому або особу, яка потрапляє до закладу довгострокового догляду.

Психічне здоров'я: для цього типу допомоги фахівець лікує емоційні, соціальні чи психологічні захворювання або стани, такі як тривога, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або різні типи розладів харчової поведінки.

Відповідно, це дозволяє сформувати суттєво нову концепції надання медичної допомоги населенню – рисунок 3.3.

При цьому важливим моментом є формування переліку медичних закладів для надання певного рівня медичної допомоги. І якщо в разі первинної медичної і вторинної допомоги наразі все зрозуміло, то третинний і четвертинний рівні дещо перекликаються. І тут важливо врахування моменту оцінки медичних технологій. Формування мережі медичних закладів відповідно до специфіки хвороб.

Окремим специфічним напрямком, який вимагає певного виокремлення є надання медичної допомоги військовим.

Враховуючи зазначене, вважаємо, що концептуально дерево цілей розвитку і функціонування КНП на засадах управління змінами (що пов'язано насамперед з реформою охорони здоров'я) має набути такого змісту (рис. 3.4). Відповідно, модернізована модель передбачає 5 стратегічних цілей, які містять підцілі. Перш за все, приєднання медичного закладу до третинного рівня надання медичної допомоги передбачає певні коригування у фінансування моделі фінансування лікарні. Впровадження моделі передбачає своїм підґрунтям ОМТ (оцінку медичних технологій), яка використовується у всьому світі. Відповідно, це призводить і до зміни в самих професійних та кваліфікаційних вимогах до медичного персоналу, який повинен відповідати найвищому рівню за напрямками, за якими надаватиметься високоспеціалізована допомога пацієнтам.

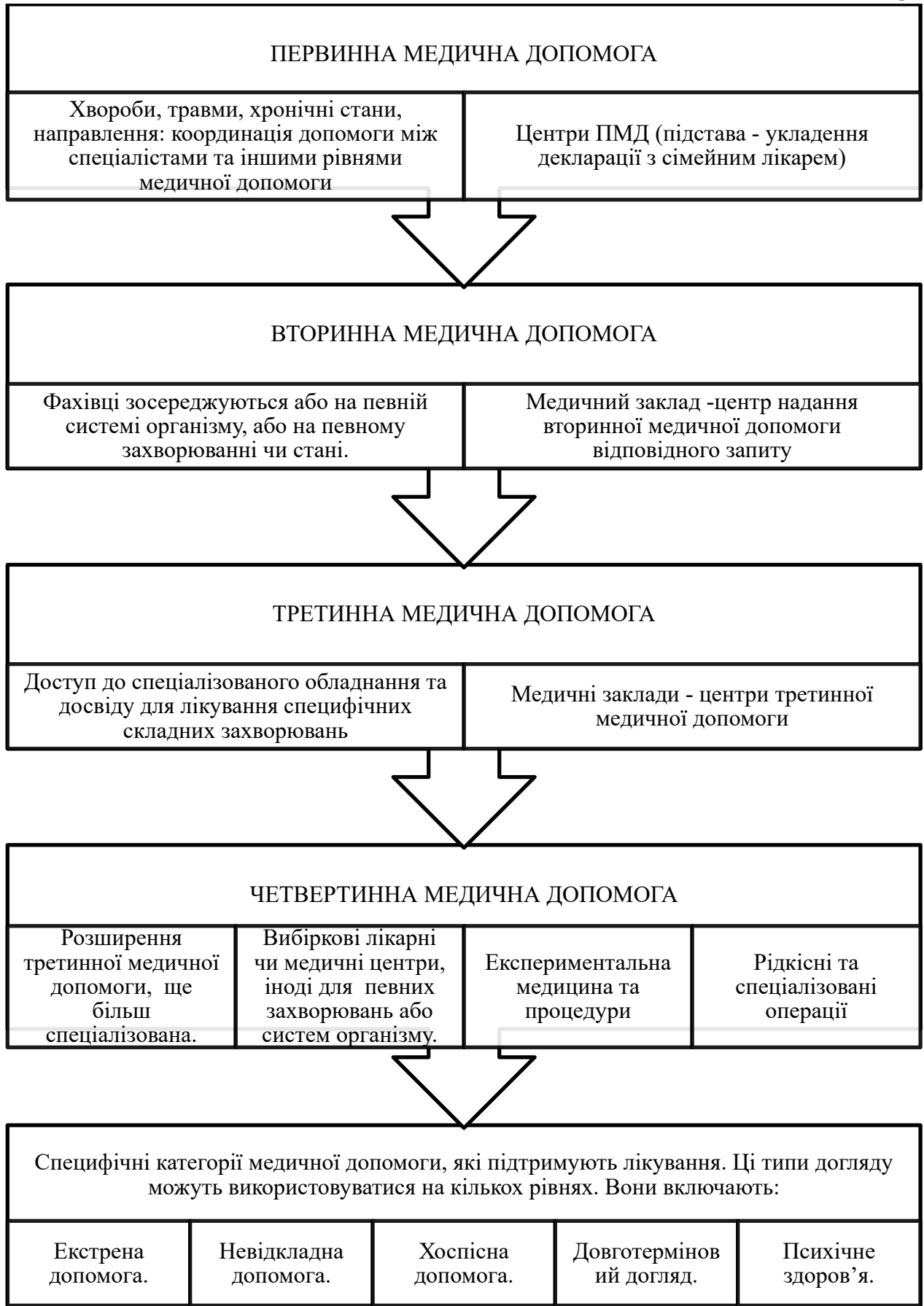


Рисунок 3.3 – Концепція рівнів надання медичної допомоги населенню з урахуванням кращих світових практик

Джерело: розробка автора

Окремим специфічним напрямком, який вимагає певного виокремлення є

надання медичної допомоги військовим.

Враховуючи зазначене, вважаємо, що концептуально дерево цілей розвитку і функціонування КНП на засадах управління змінами (що пов'язано насамперед з реформою охорони здоров'я) має набути такого змісту (рис. 3.4). Відповідно, модернізована модель передбачає 5 стратегічних цілей, які містять підцілі. Перш за все, приєднання медичного закладу до третинного рівня надання медичної допомоги передбачає певні коригування у фінансуванні моделі фінансування лікарні. Впровадження моделі передбачає своїм підґрунтям ОМТ (оцінку медичних технологій), яка використовується у всьому світі. Відповідно, це призводить і до зміни в самих професійних та кваліфікаційних вимогах до медичного персоналу, який повинен відповідати найвищому рівню за напрямками, за якими надаватиметься високоспеціалізована допомога пацієнтам.

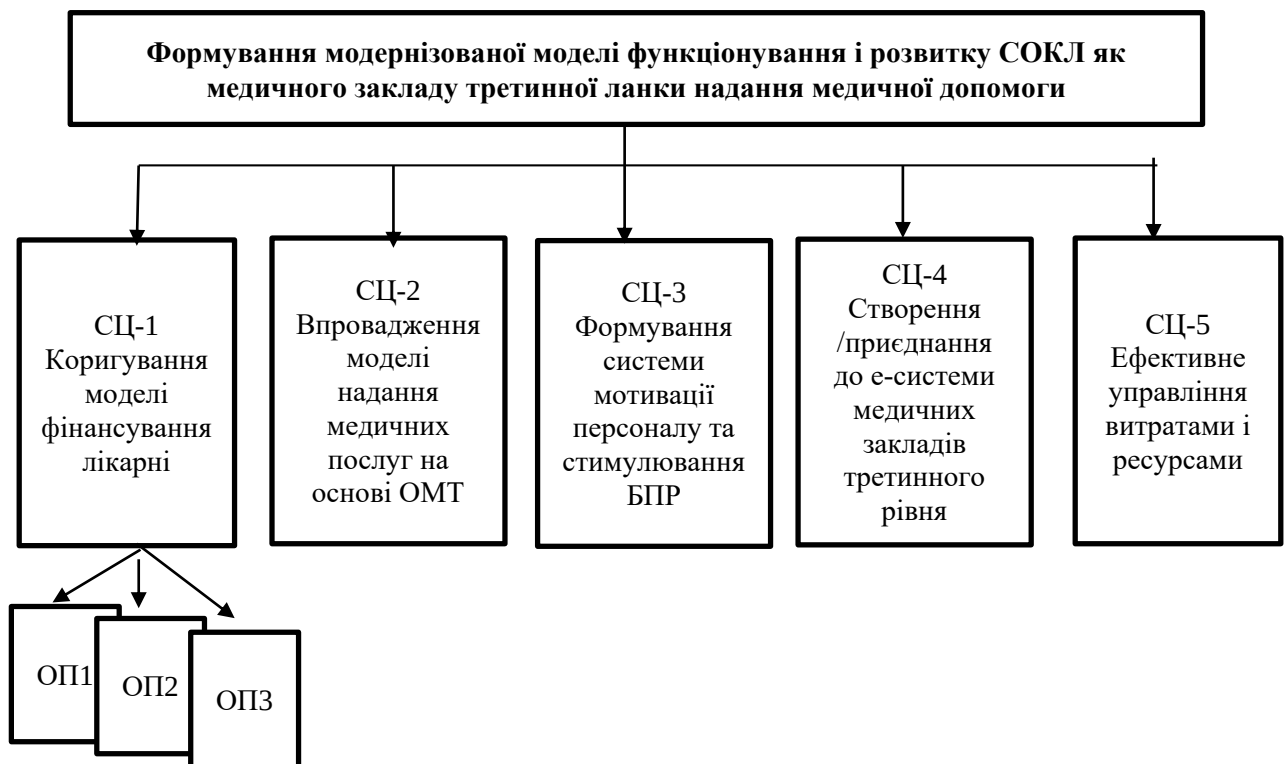


Рисунок 3.4. – Формування моделі функціонування і розвитку СОК як медичного закладу, що входить до мережі третинної медичної допомоги

Джерело: розробка автора

Досягнення стратегічних цілей у процесі управління розвитком лікарні має

базуватися на аналізі сильних і слабких сторін медичного закладу, посиленні переваг і усуненні недоліків, а також врахуванні наявних можливостей і загроз. У зв'язку з цим досягнення стратегічної цілі СЦ-1 може бути реалізовано через такі заходи:

Пропонування до закупівлі нових видів медичних послуг із високим рівнем якості (ОП, 1-1).

Активізацію співпраці з місцевими органами влади, адміністраціями районів, бюджетними фондами, бізнесом у межах соціального партнерства, а також із міжнародними організаціями для залучення фінансування за регіональними програмами (ОП, 1-2).

Розширення спектру платних послуг для населення, використання маркетингових технологій для залучення нових споживачів (ОП, 1-3).

Для реалізації другого стратегічного пріоритету (СЦ-2) пропонуються такі заходи:

Впровадження нових стандартів лікування (ОП, 2-1).

Оптимізація маршрутів пацієнтів і покращення комунікацій між медичним персоналом під час надання допомоги (ОП, 2-2).

Удосконалення процесів ідентифікації робіт, організаційного документування та координації (ОП, 2-3).

З огляду на кадрові виклики, важливим стратегічним пріоритетом є реформування системи мотивації персоналу, що включає:

Розробку стратегії професійного розвитку працівників (ОП, 3-1).

Імплементацію інноваційної моделі мотивації з використанням диференційованих підходів залежно від кваліфікації та результатів роботи (ОП, 3-2).

Впровадження корпоративної моделі організаційної культури (ОП, 3-3).

Для досягнення стратегічної цілі СЦ-4, беручи до уваги рівень комп'ютеризації закладу, важливо реалізувати такі завдання:

Модернізація та розширення комп'ютерної бази лікарні (ОП, 4-1).

Перехід на електронне документування (ОП, 4-2).

Запровадження внутрішньої електронної системи комунікації між підрозділами та забезпечення доступу до інтернету (ОП, 4-3).

Ефективне управління витратами та ресурсами може бути досягнуто через:

Впровадження внутрішнього аудиту витрат (ОП, 5-1).

Розробку та реалізацію ресурсної стратегії (ОП, 5-2).

Модернізацію та оптимізацію матеріально-технічної бази відповідно до вимог для надання медичних послуг (ОП, 5-3).

ВИСНОВКИ

Система загроз українського ринку медичних послуг, виявлена на основі міжнародного досвіду, включає наступні аспекти: зростаючий вплив державної політики у сфері постачання лікарських засобів та закупівлі медичного обладнання, зокрема ціноутворення, що може вплинути на ринок медичних послуг; можливість поглиблення інфляційних процесів; можливе подальше підвищення рівня бідності серед населення внаслідок затягування військових дій, що може спричинити кризу в соціальній сфері; можливий колапс медичної системи внаслідок неспроможності надати допомогу значній кількості постраждалих внаслідок військових дій, включаючи виклики у забезпеченні реабілітаційної та психологічної допомоги.

На основі результатів моніторингу ефективності медичних послуг української системи охорони здоров'я визначено, що цей сектор перебуває на етапі розвитку та перетворення. Перевага на ринку медичних послуг полягає в реалізації принципу "гроші йдуть за пацієнтом", що призводить до отримання пацієнтом якісних послуг, а для медичного персоналу визначено винагороду за результатами.

Необхідно розробити модель і механізм державного регулювання ринку медичних послуг в період реформ та із урахуванням повоєнного відновлення країни. Визначено цілі реалізації концепції з метою задоволення потреб суспільства у попередженні негативних наслідків розвитку захворювань, забезпеченні якісної медичної допомоги та розвитку системи охорони здоров'я, спрямованої на розширення здоров'я нації в умовах сучасного ринку медичних послуг в Україні. Визначено комплекс цілей та ринкових заходів для досягнення основної мети - вдосконалення медичної сфери.

Цілі можна розподілити за наступними напрямками:

- Створення державного регулювання на основі ринкових підходів у сфері медичних послуг.
- Підвищення якості медичної допомоги шляхом моніторингу якості та реалізації державних програм.
- Модернізація кадрової політики у сфері медичних послуг.
- Удосконалення методів ціноутворення на ринку медичних послуг.

- Підвищення конкурентоспроможності суб'єктів на ринку медичних послуг.
- Розвиток приватного ринку та громадського здоров'я.
- Адаптація системи надання медичних послуг до умов військових дій та післявоєнного періоду.

Аналіз основних проблем, які впливають на ефективне функціонування ринку медичних послуг, дозволив виокремити наступні:

- Недостатній розвиток страхового ринку у цій галузі і, відповідно, недостатнє фінансування.
- Високий рівень бюрократизації у питаннях видання ліцензій.
- Військовий стан в країні, руйнація значної медичної інфраструктури, міграція кадрового потенціалу.
- Незадовільний стан інфраструктури охорони здоров'я та обмежене використання сучасних медичних технологій.
- Недостатньо реформована система підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників, зокрема медсестринської служби.
- Недостатня рівність у доступі до медичних послуг для різних груп та на різних територіях.
- Фізичний доступ до медичних закладів у сільській місцевості залишається обмеженим.

Питання, що потребують вирішення: розробка та прийняття стратегії або концепції розвитку ринку медичних послуг саме в період військового стану та повоєнного відновлення; адаптація та гармонізація законодавства України до стандартів ЄС; надання доступу пацієнтам до лікарських препаратів (питання поставок, ліцензування, безкоштовних ліків); забезпечення біологічної безпеки та підвищення якості медичних послуг.

Відсутність ефективних методів оцінки та моніторингу якості функціонування системи охорони здоров'я перешкоджає розробці та реалізації ефективних стратегій для вдосконалення системи та прийняття своєчасних заходів щодо знаходження ресурсів для внесення змін. У цьому контексті, важливо здійснювати попереджувальні заходи та сприяти взаємодії між організаціями та установами, як в галузі охорони здоров'я, так і в суміжних сферах державного

управління.

Науково-методичне та інформаційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я характеризується застарілою структурою надання інформації та віддаленістю від законодавчих норм, які постійно змінюються. У таких умовах важко розробляти не тільки стратегічні напрямки розвитку системи охорони здоров'я, але й вирішувати поточні та оперативні завдання для стійкого функціонування. Тому необхідно залучати фахівців для гармонізації наукової та методологічної підтримки функціонування та розвитку системи управління охороною здоров'я.

Інформаційно-комунікаційна підтримка системи управління охороною здоров'я в сучасних умовах не відповідає вимогам розвитку системи, що ускладнює впровадження висунутих ініціатив та створення сприятливих умов для функціонування. Відповідне адаптування інформаційно-комунікаційної підтримки до вимог зовнішнього середовища дозволить розробляти ефективні стратегії, спрямовані на досягнення цілей системи та забезпечення благополуччя громадян.

Врахування цих умов є ключовим при розробці Концепції державного регулювання ринку медичних послуг України. За таких обставин ринок медичних послуг, як і будь-який інший, виконує наступні функції: планування, інформаційна підтримка, фінансово-економічна, організаційна, моніторинг та контроль, регулююча.

Ефективність операцій ринку медичних послуг забезпечується шляхом досягнення балансу між потребами всіх учасників, інституціональним управлінням ринку та оптимальним відношенням між результативністю діяльності ринку та витратами на її забезпечення. Для того щоб Концепція державного регулювання ринку медичних послуг працювала ефективно, її розробка повинна враховувати основні принципи системи управління медичною допомогою.

Досягнення цілей Концепції здійснюється за допомогою узгодженого поєднання всіх принципів медичної допомоги та їх втілення в єдиній централізованій системі, керованій державою. Ефективність вважається найвищим критерієм цінності Концепції: лише ефективна концепція може усунути можливість виникнення порушень.

ВИСНОВКИ

Наразі в Україні активно впроваджується комплексна реформа системи охорони здоров'я, метою якої є забезпечення населення доступною та високоякісною медичною допомогою. Основним аспектом реформи є пріоритетне впровадження первинної медикосанітарної допомоги на основі принципів сімейної медицини. Також реформа передбачає реформування вторинної медичної допомоги зі створенням нового типу лікарень, орієнтованих на інтенсивність медичної стаціонарної допомоги. Крім того, впроваджуються сучасні економічні механізми управління закладами охорони здоров'я. Вказані трансформації на рівнях первинної та вторинної медичної допомоги суттєво вплинули на організаційний аспект та функціонування обласних лікарень як центрів високоспеціалізованої допомоги у регіонах.

Відповідно, в організації надання високоспеціалізованої медичної допомоги на рівні обласних лікарень в умовах реформування системи охорони здоров'я постає серія нових завдань. Перш за все, це кардинальна зміна вимог до запровадження системи ефективного менеджменту при функціонуванні наглядової ради, системи безпечного перебування пацієнтів в закладі охорони здоров'я, стратегічне планування розвитку закладу охорони здоров'я в умовах конкуренції з приватними закладами охорони здоров'я, які активно розвиваються при впровадженні сучасних методів фінансування, що потребує від організаторів охорони здоров'я нових компетенцій, знань і професійних вмінь.

Проведений аналіз свідчить про те, що до обласних лікарень, які повинні забезпечувати високоспеціалізовану та висококваліфіковану стаціонарну медичну допомогу, госпіталізується до 40,0% пацієнтів, які вимагають виключно спеціалізованої медичної допомоги другого рівня. Це вказує на неефективне використання вже обмежених ресурсів, які є недостатніми для розвитку обласного закладу. Аналіз вказує на необхідність раціонального планування обсягів та потужностей стаціонарного сектору для надання високоспеціалізованої, як ургентної, так і планової медичної допомоги. Важливим завданням є розробка показників та системи підготовки до надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я третього рівня. Це завдання є складним і вимагає вирішення на

центральному рівні галузі за участю науковців, практикуючих лікарів та економістів. Від спеціалістів медичних закладів третинного рівня вимагається новий набір навичок, зокрема це і навички клінічного міркування, прийняття рішень та аналітичного мислення, а також медицини, орієнтованої на пацієнта, яка базується на доказах. Зазначені спеціалісти займаються складними пацієнтами з високим тягарем хронічних захворювань; практикують персоналізовану медицину з широким науковим досвідом, і тому вони постійно працюють над впровадженням нових інструментів для наукових досліджень.

Наразі центром реформування третинного рівня медичної допомоги є обласні лікарні, які є центром високоспеціалізованої медичної допомоги в кожному регіоні. В умовах реформованої системи охорони здоров'я, де, як зазначалось, пріоритетним є впровадження первинної медико-санітарної допомоги на основі принципів сімейної медицини та створення госпітальних округів з лікарнями нового типу, необхідна розробка концептуальних підходів та стратегічного плану інноваційного розвитку, що залежать від етапів реформування системи охорони здоров'я в регіоні та рівня розвитку та ресурсного забезпечення лікарні.

Оптимізація діяльності обласної лікарні повинна ґрунтуватися на науковому аналізі та прогнозу медико-демографічної ситуації в регіоні, а також прогнозу потреби у високоспеціалізованій медичній допомозі з урахуванням запланованих змін на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

Інноваційний розвиток обласної лікарні має бути комплексним і поетапним, охоплюючи всі аспекти діяльності лікарні з метою підвищення якості та ефективності високоспеціалізованої медичної допомоги.

Система охорони здоров'я в Україні була зазнає серйозних руйнацій внаслідок початку військової агресії. Це також спричинило суттєві переміщення населення, загострення тяжких захворювань, проблем з ментальним здоров'ям, професійного вигорання та міграції медичного персоналу. Крім того, війна призвела до руйнування інфраструктури та ланцюгів постачання, а також суттєвого зниження доходів населення та країни в цілому. Наразі є необхідним чітке розуміння того, як проводити реформу та фінансування медичної допомоги в умовах війни для зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її стійкості

та сталого розвитку. Важливо враховувати те, що немає чіткого переходу від гуманітарної допомоги до розвитку. Новий спосіб роботи системи Організації Об'єднаних Націй акцентує на початковому зміцненні системи охорони здоров'я під час гуманітарного реагування, враховуючи взаємозв'язок напрямків "гуманітарна допомога — проєкти розвитку — розбудова миру". Важливо проводити аналіз та планування у повоєнний період спільно з централізованою координацією влади та використанням ефективного розподілу коштів. Ключовими складовими успішної реформи є узгоджений комплекс медичних послуг, спрямований на справедливий до них доступ. В той же час більш стійкі послуги характеризуються децентралізацією та орієнтацією на громаду та пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. АТ Технологія. URL: <https://latifundist.com/kompanii/1114-gk-tehnologiya> (дата звернення: 01.04.2024)
2. Бабчинська О. І., Щербань Д. О. Детермінанти розвитку вітчизняного бізнесу в сучасних військових умовах. Тези ІІІ МНПК «Сучасні виклики сталого розвитку бізнесу» 3-4 листопада 2022 р. м. Житомир : ДУ «Житомирська політехніка». URL: <https://conf.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/12/7-1.pdf> (дата звернення: 16.06.2024).
3. Батюк Р. Б. Оцінка дефініції «зовнішньоекономічна діяльність аграрних підприємств». *Економічні науки*. 2020. Вип. 2 (61). С. 141-155.
4. Болотова О. С. Сутність дефініції «зовнішньоекономічна діяльність підприємства». Актуальні питання економічного розвитку в сучасних умовах: матеріали V Усеукраїнської науково–практичної конференції (26–27 березня 2020 року). Херсон, 2020. С. 215-218.
5. Бутенко В. М., Мацола О. А. Сучасні ризики управління зовнішньоекономічною діяльністю. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 37-43.
6. Вдовенко Н. М., Сухомлин Л. В., Бачкір І. Г., Гнатенко І. А. Управлінські засади моделювання державних пріоритетів в інноваційній економіці: диверсифікація підприємницької діяльності та адаптування ринку. *Економіка та держава*. 2021. № 9. С. 19-23.
7. Ганін В. І., Борох С. В. Стратегічні аспекти управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємства. *Економічний аналіз*. 2018. № 3. С. 162-169.
8. Голик Д.В. Стратегія зовнішньо-економічного розвитку підприємства в умовах воєнного стану. *Матеріали дванадцятої міжнар. наук.-практ. конф., 8 вересня 2023 р. Одеса: ОНЕУ*, 2023. С. 407-408.
9. Голик Д.В. Інноваційні підходи до управління ЗЕД в Україні в умовах військового стану. *Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «PERSPECTIVES OF CONTEMPORARY SCIENCE: THEORY AND PRACTICE» 15-17.2024 року, Львів*

10. Домбровська С. М. Механізми державного регулювання зовнішньоекономічної діяльності та митного адміністрування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2017. №1. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2017_1_14 (дата звернення: 15.06.2024).
11. Дроздова Г. М. Менеджмент ЗЕД підприємств : навчальний посібник. К.: ЦУЛ, 2002. 172 с.
12. Дунська А. Р., Кузнецова К. О. Менеджмент зовнішньоекономічної діяльності підприємств. Київ: КПП ім. Ігоря Сікорського, 2022. 181 с.
13. Дунська А. Р., Пінчук О. В. Передумови інноваційного управління зовнішньоекономічною діяльністю промислових підприємств. *Економічний вісник НТУУ «Київський політехнічний інститут»*. 2023. № 26. С. 69-72.
14. Дятлова В. В., Положенцева К. В. Зовнішньоекономічна діяльність України: регіональні особливості, тенденції та напрями розвитку. *Вісник економічної науки України*. 2020. Вип. 1 (38). С. 73-78.
15. Економіка Індії. Матеріал з Вікіпедії. URL : https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%96%D0%BA%D0%B0_%D0%86%D0%BD%D0%B4%D1%96%D1%97 (дата звернення: 03.07.2024).
16. Завгородній А. В. Механізми управління ризиками зовнішньоекономічної діяльності Причорноморського регіону. *Причорноморські економічні студії*. 2019. № 46 (1). С. 20-24.
17. Завербний А. С., Залізна Л. В., Жук О. О. Особливості формування методів прийняття рішень вітчизняними підприємствами у зовнішньоекономічній діяльності: інформаційний аспект. *Економіка та суспільство*. 2023. № 50. URL : <https://www.economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2400/2321>. (дата звернення: 19.07.2024).
18. Задорожній В. О. Генезис понятійно-категоріального апарату досліджень «зовнішньоекономічної діяльності»: структура, принципи, функції. *Український журнал прикладної економіки*. 2018. Вип. 3. С. 149-158.
19. Звіт керівництва (звіт про управління) Приватного акціонерного товариства «ТЕХНОЛОГІЯ». URL: <https://technologia.com.ua/zvitnist/> (дата звернення: 05.04.2024)

20. Каліна І. І., Палій С. А., Шуляр Н. М. Управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємств у системі митно-тарифного регулювання. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Економічні науки*. 2023. № 1 (68). С. 28-34.
21. Кириченко О. А. Менеджмент зовнішньоекономічної діяльності : підруч. 2-е вид., перероб. і доп. К. : Знання, 2008. 518 с.
22. Ковальчук Т. Г. Особливості менеджменту зовнішньоекономічної діяльності підприємств. *Стратегія розвитку України*. 2018. № 2. С. 50-53.
23. Ковбатюк М. В., Шкляр В. В., Ковбатюк Г. О. Стратегії виходу підприємств на міжнародні ринки за рівнями управління. *Проблеми економіки*. 2022. № 4 (54). С. 156-162.
24. Ковбатюк М. В., Шкляр В. В., Петухов А. С. Система стратегічного управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємств. *Economic synergy*. 2023. № 1 (7). С. 151-162.
25. Ковінько О., Мудрик О., Середницька Л. ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ТЕОРІЇ МІЖНАРОДНИХ МАРКЕТИНГОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. *Наукові листи Академічного товариства Міхала Балуданського*. 2019. URL : https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4216896 (дата звернення: 10.07.2024).
26. Козуб В. О., Печенка О. І. Організація зовнішньоекономічних угод : курс лекцій. Х. : ХДУХТ, 2019. 214 с.
27. Кондратенко Н. О., Тернова І. А., Колесник Т. М. Теоретико-методичні аспекти управління зовнішньоекономічною діяльністю господарюючих суб'єктів України. *Бізнесінформ*. 2021. № 2. С. 21-26.
28. Кредісов А. І. Управління зовнішньоекономічною діяльністю: Навч.посібник: 2-ге вид., випр. і доп. К.: ВІРА-Р, 2002. 552 с.
29. Кувік В. М. Перспективи розвитку зовнішньоекономічної діяльності підприємств малого та середнього бізнесу. *Економіка та управління підприємствами*. 2024. № 12. С. 3-7.
30. Кузьминчук Н. В., Ляшевська В. І., Бутенко М. К. Удосконалення управління зовнішньоекономічною діяльністю та конкурентоспроможністю підприємств. *Бізнесінформ*. 2023. № 12. С. 363-368.

31. Левченко О. М., В'юник О. В. Механізми активізації зовнішньоекономічної діяльності інноваційноінтегрованих структур. *Центральноукраїнський науковий вісник*. 2020. № 5 (38). С. 152-162.

32. Ляшевська В. І., Євтушенко В. А., Чупринюк Ю. В. Дослідження та вдосконалення стратегічного планування зовнішньоекономічної діяльності підприємства. *Бізнесінформ*. 2020. № 6. С. 23-29.

33. Мазаракі А. А. Менеджмент зовнішньоекономічної діяльності : навч. посіб. К.: Київ. Нац. торг. ун-т, 2012. 824 с.

34. Мельник О. Г., Передало Х. С., Горошко Ю. В. Оцінювання результативності управління зовнішньоекономічною діяльністю на основі цільових показників. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку*. 2021. № 2 (6). С. 72-81.

35. Міжнародна статистика охорони здоров'я 2020: моніторинг показників здоров'я. URL : <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240005105> (дата звернення: 10.07.2024).

36. Могильна Л. М. Теоретичні аспекти менеджменту зовнішньоекономічної діяльності підприємства. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2018. № 22. С. 460-463.

37. Нехода А. О. Сутність та основні види ЗЕД: зміни і трансформації в історичному ракурсі. Матеріали XXXII Міжнародної науково–практичної конференції молодих вчених і студентів «Трансформація економічних систем та інститутів у нових геостратегічних реаліях» (15 березня 2021 року). Київ, 2021. С. 256-258.

38. Оліховський В. С. АНАЛІЗУВАННЯ СТАНУ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ УКРАЇНИ. ЕКОНОМІКА ТА СУСПІЛЬСТВО. 2023. № 50. URL : <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2377/2298> (дата звернення: 05.06.2024).

39. Офіційний сайт АТ «ТЕХНОЛОГІЯ». URL: <https://technologia.com.ua/kontakty/> (дата звернення: 01.04.2024)

40. Павлов О. І. Зовнішньоекономічна діяльність України в системі глобальних конкурентних відносин: монографія. Одеса : Астропринт, 2019. 272 с.

41. Панасюк О., Кобко Р. Стан правового регулювання зовнішньоекономічної діяльності. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2023. № 3. С. 157-161.

42. Петруня Ю. Є. Прийняття управлінських рішень: навчальний посібник 4-те вид., переробл. і доп. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2020. 276 с.

43. Пешко М., Завербний А. Діджиталізація української економіки в умовах євроінтеграції. *Економіка та суспільство*. 2023. № 47. URL : <https://www.economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2136> (дата звернення: 01.06.2024).

44. Погребняк А. Ю., Хоменко Т. Ю. Особливості управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємства. *Актуальні проблеми економіки та управління*. 2017. № 11. URL : <http://ape.fmm.kpi.ua/article/view/102594> (дата звернення: 05.06.2024).

45. Положенцева К. В. Механізм розвитку зовнішньоекономічної діяльності України в контексті інтеграції до ЄС. *Молодий вчений*. 2019. № 1 (2). С. 496-500.

46. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 18 травня 2005 р. N 362: Постанова Кабінету міністрів України від 10 березня 2022 р. № 241. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/241-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.06.2024).

47. Про затвердження Тимчасового порядку ліцензування експорту деяких товарів, зазначених у додатку⁵ до постанови Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1424: наказ Міністерства економіки України від 10.03.2022 р. № 393-22. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0321-22#Text> (дата звернення: 01.06.2024).

48. Про зовнішньоекономічну діяльність: Закон України від 16.04.1991 р. № 959-XII (зі змінами та доповненнями). URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/959-12#Text> (дата звернення: 10.07.2024).

49. Радченко О. П., Капанжи М. В. Удосконалення організації зовнішньоекономічної діяльності підприємства. *Ефективна економіка*. 2018. № 7. URL : http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/7_2018/34.pdf (дата звернення: 01.08.2024).

50. Силантьєв Ю. А., Дубей Ю. В. Теоретичні основи управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємства. Матеріали XI Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодь: наука та інновації» (22-24 листопада 2023 року). Дніпро, 2023. С. 106-107.

51. Скрипник С. В., Процевят О. С., Воронова О. В. Особливості регулювання зовнішньоекономічної діяльності в умовах воєнного стану. *Економіка та суспільство*. 2022. № 38. С. 56-62.

52. Тульчинська С. О., Кириченко С. О., Дубенець В. П. Напрями активізації зовнішньоекономічної діяльності вітчизняних підприємств. *Агросвіт*. 2018. № 6. С. 28-31.

53. Тюріна Н., Карвацка Н., Петяк А. Зовнішньоекономічна діяльність: сутнісні характеристики та система менеджменту. *Development service industry management*. 2023. № 4 (26). С. 156-165.

54. ФІНАНСОВА ЗВІТНІСТЬ АТ «ТЕХНОЛОГІЯ». URL: <https://technologia.com.ua/zvitnist/> (дата звернення: 09.04.2024)

55. Чорна М. В., Смірнова П. В., Бугріменко Р. М. Управління витратами : навч. посіб., 2017. 166 с.

56. Шкурупій О. В., Гончаренко В. В., Артеменко І. А. Організація менеджменту ЗЕД : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2012. 248 с.

57. IWSR – drinks market analysis limited. Офіційний сайт. URL : <https://www.theiwsr.com/> (дата звернення: 03.07.2024).

58. Propak Asia. URL : <https://www.propakasia.com/ppka/2025/en/index.asp> (дата звернення: 03.07.2024).

59. The World Factbook. URL : <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/> (дата звернення: 03.07.2024).

ДОДАТКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

60. АТ Технологія. URL: <https://latifundist.com/kompanii/1114-gk-tehnologiya> (дата звернення: 01.04.2024)
61. Бабчинська О. І., Щербань Д. О. Детермінанти розвитку вітчизняного бізнесу в сучасних військових умовах. Тези ІІІ МНПК «Сучасні виклики сталого розвитку бізнесу» 3-4 листопада 2022 р. м. Житомир : ДУ «Житомирська політехніка». URL: <https://conf.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/12/7-1.pdf> (дата звернення: 16.06.2024).
62. Батюк Р. Б. Оцінка дефініції «зовнішньоекономічна діяльність аграрних підприємств». *Економічні науки*. 2020. Вип. 2 (61). С. 141-155.
63. Болотова О. С. Сутність дефініції «зовнішньоекономічна діяльність підприємства». Актуальні питання економічного розвитку в сучасних умовах: матеріали V Усеукраїнської науково–практичної конференції (26–27 березня 2020 року). Херсон, 2020. С. 215-218.
64. Бутенко В. М., Мацола О. А. Сучасні ризики управління зовнішньоекономічною діяльністю. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 37-43.
65. Вдовенко Н. М., Сухомлин Л. В., Бачкір І. Г., Гнатенко І. А. Управлінські засади моделювання державних пріоритетів в інноваційній економіці: диверсифікація підприємницької діяльності та адаптування ринку. *Економіка та держава*. 2021. № 9. С. 19-23.
66. Ганін В. І., Борох С. В. Стратегічні аспекти управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємства. *Економічний аналіз*. 2018. № 3. С. 162-169.
67. Голик Д.В. Стратегія зовнішньо-економічного розвитку підприємства в умовах воєнного стану. *Матеріали дванадцятої міжнар. наук.-практ. конф., 8 вересня 2023 р. Одеса: ОНЕУ*, 2023. С. 407-408.
68. Голик Д.В. Інноваційні підходи до управління ЗЕД в Україні в умовах військового стану. *Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «PERSPECTIVES OF CONTEMPORARY SCIENCE: THEORY AND PRACTICE» 15-17.2024 року, Львів*

69. Домбровська С. М. Механізми державного регулювання зовнішньоекономічної діяльності та митного адміністрування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2017. №1. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2017_1_14 (дата звернення: 15.06.2024).
70. Дроздова Г. М. Менеджмент ЗЕД підприємств : навчальний посібник. К.: ЦУЛ, 2002. 172 с.
71. Дунська А. Р., Кузнецова К. О. Менеджмент зовнішньоекономічної діяльності підприємств. Київ: КПП ім. Ігоря Сікорського, 2022. 181 с.
72. Дунська А. Р., Пінчук О. В. Передумови інноваційного управління зовнішньоекономічною діяльністю промислових підприємств. *Економічний вісник НТУУ «Київський політехнічний інститут»*. 2023. № 26. С. 69-72.
73. Дятлова В. В., Положенцева К. В. Зовнішньоекономічна діяльність України: регіональні особливості, тенденції та напрями розвитку. *Вісник економічної науки України*. 2020. Вип. 1 (38). С. 73-78.
74. Економіка Індії. Матеріал з Вікіпедії. URL : https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%96%D0%BA%D0%B0_%D0%86%D0%BD%D0%B4%D1%96%D1%97 (дата звернення: 03.07.2024).
75. Завгородній А. В. Механізми управління ризиками зовнішньоекономічної діяльності Причорноморського регіону. *Причорноморські економічні студії*. 2019. № 46 (1). С. 20-24.
76. Завербний А. С., Залізна Л. В., Жук О. О. Особливості формування методів прийняття рішень вітчизняними підприємствами у зовнішньоекономічній діяльності: інформаційний аспект. *Економіка та суспільство*. 2023. № 50. URL : <https://www.economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2400/2321>. (дата звернення: 19.07.2024).
77. Задорожній В. О. Генезис понятійно-категоріального апарату досліджень «зовнішньоекономічної діяльності»: структура, принципи, функції. *Український журнал прикладної економіки*. 2018. Вип. 3. С. 149-158.
78. Звіт керівництва (звіт про управління) Приватного акціонерного товариства «ТЕХНОЛОГІЯ». URL: <https://technologia.com.ua/zvitnist/> (дата звернення: 05.04.2024)

79. Каліна І. І., Палій С. А., Шуляр Н. М. Управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємств у системі митно-тарифного регулювання. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Економічні науки*. 2023. № 1 (68). С. 28-34.

80. Кириченко О. А. Менеджмент зовнішньоекономічної діяльності : підруч. 2-е вид., перероб. і доп. К. : Знання, 2008. 518 с.

81. Ковальчук Т. Г. Особливості менеджменту зовнішньоекономічної діяльності підприємств. *Стратегія розвитку України*. 2018. № 2. С. 50-53.

82. Ковбатюк М. В., Шкляр В. В., Ковбатюк Г. О. Стратегії виходу підприємств на міжнародні ринки за рівнями управління. *Проблеми економіки*. 2022. № 4 (54). С. 156-162.

83. Ковбатюк М. В., Шкляр В. В., Петухов А. С. Система стратегічного управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємств. *Economic synergy*. 2023. № 1 (7). С. 151-162.

84. Ковінько О., Мудрик О., Середницька Л. ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ТЕОРІЇ МІЖНАРОДНИХ МАРКЕТИНГОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. *Наукові листи Академічного товариства Міхала Балуданського*. 2019. URL : https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4216896 (дата звернення: 10.07.2024).

85. Козуб В. О., Печенка О. І. Організація зовнішньоекономічних угод : курс лекцій. Х. : ХДУХТ, 2019. 214 с.

86. Кондратенко Н. О., Тернова І. А., Колесник Т. М. Теоретико-методичні аспекти управління зовнішньоекономічною діяльністю господарюючих суб'єктів України. *Бізнесінформ*. 2021. № 2. С. 21-26.

87. Кредісов А. І. Управління зовнішньоекономічною діяльністю: Навч.посібник: 2-ге вид., випр. і доп. К.: ВІРА-Р, 2002. 552 с.

88. Кувік В. М. Перспективи розвитку зовнішньоекономічної діяльності підприємств малого та середнього бізнесу. *Економіка та управління підприємствами*. 2024. № 12. С. 3-7.

89. Кузьминчук Н. В., Ляшевська В. І., Бутенко М. К. Удосконалення управління зовнішньоекономічною діяльністю та конкурентоспроможністю підприємств. *Бізнесінформ*. 2023. № 12. С. 363-368.

90. Левченко О. М., В'юник О. В. Механізми активізації зовнішньоекономічної діяльності інноваційноінтегрованих структур. *Центральноукраїнський науковий вісник*. 2020. № 5 (38). С. 152-162.

91. Ляшевська В. І., Євтушенко В. А., Чупринюк Ю. В. Дослідження та вдосконалення стратегічного планування зовнішньоекономічної діяльності підприємства. *Бізнесінформ*. 2020. № 6. С. 23-29.

92. Мазаракі А. А. Менеджмент зовнішньоекономічної діяльності : навч. посіб. К.: Київ. Нац. торг. ун-т, 2012. 824 с.

93. Мельник О. Г., Передало Х. С., Горошко Ю. В. Оцінювання результативності управління зовнішньоекономічною діяльністю на основі цільових показників. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку*. 2021. № 2 (6). С. 72-81.

94. Міжнародна статистика охорони здоров'я 2020: моніторинг показників здоров'я. URL : <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240005105> (дата звернення: 10.07.2024).

95. Могильна Л. М. Теоретичні аспекти менеджменту зовнішньоекономічної діяльності підприємства. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2018. № 22. С. 460-463.

96. Нехода А. О. Сутність та основні види ЗЕД: зміни і трансформації в історичному ракурсі. Матеріали XXXII Міжнародної науково–практичної конференції молодих вчених і студентів «Трансформація економічних систем та інститутів у нових геостратегічних реаліях» (15 березня 2021 року). Київ, 2021. С. 256-258.

97. Оліховський В. С. АНАЛІЗУВАННЯ СТАНУ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ УКРАЇНИ. ЕКОНОМІКА ТА СУСПІЛЬСТВО. 3023. № 50. URL : <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2377/2298> (дата звернення: 05.06.2024).

98. Офіційний сайт АТ «ТЕХНОЛОГІЯ». URL: <https://technologia.com.ua/kontakty/> (дата звернення: 01.04.2024)

99. Павлов О. І. Зовнішньоекономічна діяльність України в системі глобальних конкурентних відносин: монографія. Одеса : Астропринт, 2019. 272 с.
100. Панасюк О., Кобко Р. Стан правового регулювання зовнішньоекономічної діяльності. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2023. № 3. С. 157-161.
101. Петруня Ю. Є. Прийняття управлінських рішень: навчальний посібник 4-те вид., переробл. і доп. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2020. 276 с.
102. Пешко М., Завербний А. Діджиталізація української економіки в умовах євроінтеграції. *Економіка та суспільство*. 2023. № 47. URL : <https://www.economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2136> (дата звернення: 01.06.2024).
103. Погребняк А. Ю., Хоменко Т. Ю. Особливості управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємства. *Актуальні проблеми економіки та управління*. 2017. № 11. URL : <http://ape.fmm.kpi.ua/article/view/102594> (дата звернення: 05.06.2024).
104. Положенцева К. В. Механізм розвитку зовнішньоекономічної діяльності України в контексті інтеграції до ЄС. *Молодий вчений*. 2019. № 1 (2). С. 496-500.
105. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 18 травня 2005 р. N 362: Постанова Кабінету міністрів України від 10 березня 2022 р. № 241. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/241-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.06.2024).
106. Про затвердження Тимчасового порядку ліцензування експорту деяких товарів, зазначених у додатку5 до постанови Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1424: наказ Міністерства економіки України від 10.03.2022 р. № 393-22. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0321-22#Text> (дата звернення: 01.06.2024).
107. Про зовнішньоекономічну діяльність: Закон України від 16.04.1991 р. № 959-XII (зі змінами та доповненнями). URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/959-12#Text> (дата звернення: 10.07.2024).

108. Радченко О. П., Капанжи М. В. Удосконалення організації зовнішньоекономічної діяльності підприємства. *Ефективна економіка*. 2018. № 7. URL : http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/7_2018/34.pdf (дата звернення: 01.08.2024).

109. Силантьєв Ю. А., Дубей Ю. В. Теоретичні основи управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємства. Матеріали XI Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодь: наука та інновації» (22-24 листопада 2023 року). Дніпро, 2023. С. 106-107.

110. Скрипник С. В., Процевят О. С., Воронова О. В. Особливості регулювання зовнішньоекономічної діяльності в умовах воєнного стану. *Економіка та суспільство*. 2022. № 38. С. 56-62.

111. Тульчинська С. О., Кириченко С. О., Дубенець В. П. Напрями активізації зовнішньоекономічної діяльності вітчизняних підприємств. *Агросвіт*. 2018. № 6. С. 28-31.

112. Тюріна Н., Карвацка Н., Петяк А. Зовнішньоекономічна діяльність: сутнісні характеристики та система менеджменту. *Development service industry management*. 2023. № 4 (26). С. 156-165.

113. ФІНАНСОВА ЗВІТНІСТЬ АТ «ТЕХНОЛОГІЯ». URL: <https://technologia.com.ua/zvitnist/> (дата звернення: 09.04.2024)

114. Чорна М. В., Смірнова П. В., Бугріменко Р. М. Управління витратами : навч. посіб., 2017. 166 с.

115. Шкурупій О. В., Гончаренко В. В., Артеменко І. А. Організація менеджменту ЗЕД : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2012. 248 с.

116. IWSR – drinks market analysis limited. Офіційний сайт. URL : <https://www.theiwsr.com/> (дата звернення: 03.07.2024).

117. Propak Asia. URL : <https://www.propakasia.com/ppka/2025/en/index.asp> (дата звернення: 03.07.2024).

118. The World Factbook. URL : <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/> (дата звернення: 03.07.2024).

ДОДАТКИ