МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет фінансів та обліку
Кафедра фінансового контролю та аудиту

БЕРЕЗІН Олександр Олександрович

УПРАВЛІННЯ НЕПРИБУТКОВИМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ ТА АУДИТ МЕДИКАМЕНТІВ Й ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ У НЬОМУ

спеціальність – 071 «Облік і оподаткування»
освітня програма – Аудит та державний фінансовий контроль
освітній ступінь – магістр

Науковий керівник:
д.е.н., професор М. Р. Лучко

Тернопіль-2022

ЗМІСТ

Список умовних позначень 3

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. Організація системи охорони здоров'я в Україні та світі 7

1.1 Світовий досвід фінансування охорони здоров'я 7

1.2 Сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні 17

Висновки до розділу 1 26

РОЗДІЛ 2. Аудит медикаментів та продуктів харчування у неприбутковому медичному закладі 27

2.1 Організація аудиту медикаментів та продуктів харчування: світовий та вітчизняний досвід 27

2.2 Інформаційні ресурси аудиту медикаментів та продуктів харчування в медичному закладі 37

2.3 Теоретико-методичні засадив внутрішнього аудиту медикаментів та продуктів харчування неприбуткового медичного закладу 46

Висновки до розділу 2 52

РОЗДІЛ 3. Управління неприбутковим медичним закладом 53

3.1 Публічне адміністрування та управління неприбутковим медичним закладом 53

3.2 Управління якістю неприбуткового медичного закладу 58

3.3 Логістика медикаментів в управлінні неприбутковим медичним закладом 68

Висновки до розділу 3 76

ВИСНОВКИ 77

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 80

ДОДАТКИ 87

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

ОЗ – Охорона здоров’я

НП(С)БО – Національне положення (стандарт) бухгалтерського обліку

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

ВСТУП

Актуальність теми. Одним із найвагоміших аспектів у перебудові медичної системи відбувається за рахунок здійснення реформування у системі управління медичними закладами. Основними напрямами реформування є зміна ролі та функцій менеджменту медичного закладу, визначення взаємовідносин у медичній галузі, переформатування роботи медичних закладів. Відтак, на основі реформаційних дій відбувається зміна фінансування роботи медичних закладів. Ініційоване реформування медичної системи у 2015 році спрямоване на покращення показників здоров'я населення, попередження епідемій, розробку методів попередження хвороб, уникнення їх переходу у хронічний стан, що в загальній сукупності створить синергетичний ефект поліпшення стану нації та її фізичного й емоційного здоров'я.

Модернізація застарілих медичних закладів й покращення їх роботи сприятиме збільшенню якісного медичного обслуговування. Головний фокус загальної трансформації має бути зосереджений на реформі охорони здоров'я, покращенні надання послуг, покращенні результатів та впровадженні інформаційних рішень. Це пояснюється тим, що моніторинг змін у системі охорони здоров'я та нових методів фінансування залишається важливою рушійною силою.

Мета і завдання дослідження. Основною метою випускної кваліфікаційної роботи є дослідження процесу управління неприбутковим медичним закладом та проведення аудиту медикаментів й продуктів харчування у ньому.

Для виконання представленої мети необхідно виконати ряд завдань, а саме:

- дослідити схеми функціонування системи охорони здоров'я в світі й Україні;
- охарактеризувати сучасний стан охорони здоров'я в Україні

- узагальнити принципи організації аудиту медикаментів і продуктів харчування на основі світового досвіду;
- сформувати інформаційні ресурси аудиторської перевірки медикаментів і продуктів харчування;
- представити методику внутрішнього аудиту медикаментів і продуктів харчування неприбуткового медичного закладу;
- визначити особливості адміністрування неприбуткового медичного закладу;
- розробити механізм управління якістю використання медикаментів неприбуткового медичного закладу;
- розробити методику логістики медикаментів та продуктів харчування у медичному закладі.

Об'єктом дослідження є процес управління неприбутковим медичним закладом та проведення аудиту медикаментів й продуктів харчування у комунальному некомерційному підприємстві «Тернопільська комунальна міська лікарня №2»

Предметом дослідження є теоретичні, організаційні, методичні та практичні засади процесу управління неприбутковим медичним закладом та проведення аудиту медикаментів й продуктів харчування у ньому.

Методи дослідження. Для характеристики моделей охорони здоров'я – порівняння, дедукції; для характеристики сучасного стану охорони здоров'я – графічний, індукції; для розробки алгоритму аудиту медикаментів і продуктів харчування – індукції, дедукції, коефіцієнтів, порівняння; для формування схеми управління якістю надання медичних послуг – графічний.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у наступному:

- проаналізовано основні моделі функціонування систем охорони здоров'я та виокремлено країни їх застосування, характерні особливості, основні переваги й недоліки та можливості застосування в Україні;

- визначено джерела фінансування в медичній галузі та охарактеризовано частку їх використання на медикаменти і продукти харчування;
- визначено основні напрями аудиту в медичній галузі на основі світового досвіду застосування;
- сформовано облікові інформаційні ресурси для проведення аудиторської перевірки медикаментів і продуктів харчування;
- представлено організацію та методику проведення внутрішнього аудиту медикаментів і продуктів харчування неприбуткового медичного закладу;
- сформовано методику адміністрування неприбуткового медичного закладу;
- сформовано схема управління якістю стосовно надання медичних послуг;
- розроблено схему логістики медикаментів та продуктів харчування в неприбутковому медичному закладі.

Практичне значення отриманих результатів. Результати проведеного дослідження у кваліфікаційній роботі придатні для їх практичного застосування при виборі засад управління неприбутковим медичним закладом та проведення аудиту медикаментів й продуктів харчування у ньому.

Апробація результатів дипломної роботи. За результатами магістерської роботи опубліковано дві статті в збірнику наукових праць кафедри фінансового контролю та аудиту Західноукраїнського національного університету.

Обсяг і структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1. Організація системи охорони здоров'я в Україні та світі

1.1. Світовий досвід фінансування охорони здоров'я

Невід'ємною складовою рівня життя населення і його якості є ступінь фінансового забезпечення системи хорони здоров'я адже він виконує найголовнішу роль у економічному й соціальному розвитку країни. У світі охорона здоров'я визнана одним із пріоритетних спрямувань державної політики та ключовим фактором національної безпеки. Розвиток та функціонування системи ОЗ є найпріоритетнішим завданням влади усіх рівнів. Проте в умовах значної економії фінансових ресурсів такі завдання вимагають особливого підходу. Відтак особливої актуальності набуває питання вивчення національного та світового досвіду організації системи ОЗ і формування основних напрямів її вдосконалення відповідно соціальним потребам.

Протягом багатьох років для української системи ОЗ характерним було фінансування медичної інфраструктури за рахунок бюджетних коштів. Фінансування спрямовувалось на медичний заклад, проте фактичне придбання новітньої техніки для лікування і діагностування не проводилось. Тому населенню не були доступні якісні та ефективні медичні послуги. Загалом ключовими проблемами в фінансуванні системи ОЗ, які потребують вирішення, є: низька якість та ефективність надання медичних послуг, фінансова незахищеність громадян, недієве застосування бюджетних коштів. Внаслідок існування системних проблем у системі ОЗ Міністерство фінансів України висунуло пропозиції стосовно реформування галузі загалом та створення й впровадження новітньої моделі фінансування. Така модель передбачала:

- точні та прозорі державні гарантії стосовно розмірів безоплатної медичної допомоги;

- збільшене превентивне фінансування громадян при виникненні хвороби;
- справедливе та ефективне розподілення коштів у випадку хвороби та зменшення неформальних платежів;
- стимулювання до покращення якості надання медичної допомоги щодо населення комунальними та державними закладами ОЗ [35].

На існуючі системи ОЗ покладена основна мета, яка полягає в покращенні стану здоров'я населення та його підтримці на оптимальному рівні. Для отриманого бажаного результату необхідні доступні медичні послуги у всіх регіонах та їх якісне надання. Система ОЗ у кожні країні сформувалась внаслідок історичних подій та напрацьованих схем турботи про здоров'я. Вивчення характеристик та особливостей формування системи ОЗ дозволить визначити пріоритетні напрями, сформувати думку про ефективність та визначити вектори вдосконалення в національній системі.

Системи організації ОЗ людей значно відрізняють у кожній країні. Серед найпоширеніших виокремлюють державну модель, або як її ще називають модель Беверіджа; обов'язкового медичного страхування; приватної медицини.

Свою назву модель Беверіджа отримала на честь британського економіста і громадського діяча. У 1940-х роках вона розпочала функціонувати внаслідок реформ, пов'язаних із соціальним захистом населення. Основною характеристикою моделі є виділення ключової ролі прийняття участі держави у фінансуванні системи ОЗ. Ця модель була сформувалась завдяки зусиллям міністра Великої Британії і значною мірою ґрунтувалась на досвіді медичного забезпечення у Радянському Союзі. За цією моделлю на державу покладено близько 70 % виплат. Приватному сектору лікарів відводиться другорядна роль, а державні лікарні надають більшість послуг [51]. Окреслена система знайшла застосування у Ірландії, Великобританії, Данії, Греції, Італії, Португалії, Канаді, Іспанії.

Система Беверіджа ґрунтується на таких принципах: солідарність, централізоване планування, професійне управління, контроль якості, пряме податкове фінансування, низькі витрати на управління, регіональне планування [5]. Незалежно від матеріального і соціального становища надається медична допомога. Грошові компенсації виділяти лише тим, хто не може себе утримувати. У системі соціального страхування законом передбачено два способи виплати: допомога по тимчасовій непрацездатності та у разі каліцтва на виробництві. Виплати громадянам, які отримали травми на виробництві, здійснюються за рахунок державного бюджету без участі роботодавця. У цьому випадку страхова компанія не є прибутковою, а застрахована особа може змінювати страхувальника. Роботодавцям необхідно провести страхування своєї відповідальності перед іншими особами в страховій компанії, що діє згідно ліцензійних документів. За цієї системи ведення підприємницької діяльності є незаконною без наявності страховки. Обов'язком держави є контроль діяльності страхових компаній стосовно платоспроможності [28]. З метою зменшення виплат страхові компанії заохочують підприємства до поліпшення умов праці і мінімізації ризиків настання виробничих травм.

У Великобританії модель Беверіджа є діючою донині. Низка експертів вважають її найефективнішою. На основі окресленої моделі для України можна виокремити ряд основних положень, що можуть вплинути на ефективність системи ОЗ:

1. з податку на прибуток формується фонд ОЗ;
2. первинна медична допомога є підґрунтям ефективної системи ОЗ;
3. безкоштовна охорона здоров'я є основоположним принципом діяльності Національної служби здоров'я;
4. профілактика захворювання населення може досягатись методом стимулювання лікарів загальної практики;
5. однакова шкала заробітної плати для вузькопрофільних спеціалістів;

6. наявність доплат для лікарів загальної практики для лікування пацієнтів з неблагополучних регіонів;
7. наявність загальнодоступності лікування для усіх верств населення;
8. контроль за цінами на лікарські препарати;
9. заохочувальні методи для проведення досліджень інноваційних ліків [3, с. 29].

Іншою загальновідомою моделлю ОЗ є модель Бісмарка, яка виникла наприкінці XIX століття. Ця модель є найбільш децентралізованою, а фінансування медичного страхування роботодавцями та працівниками забезпечує працевлаштованим особам доступ до «лікарняних коштів», які мають обов'язкові документи з місця роботи. Кожен працюючий громадянин підлягає обов'язковому страхуванню [44]. Завдяки обов'язковому медичному страхуванню цю модель ще називають соціально-страхова. Модель Бісмарка знайшла застосування у Японії, Німеччині, Франції, Голландії, Нідерландах, Бельгії, Австрії та Швейцарії. Спеціальні страхові організації, а саме спеціальні фонди, лікарняні каси, страхові медичні компанії виступають учасниками обов'язкового страхування. Згідно цієї моделі відбувається розподіл фінансування сфери ОЗ за принципом 40–60 %. Таким чином з державного бюджету оплачується 40 % виплат, а з фонду обов'язкового медичного страхування – 60 % [8].

За цією моделюю майже все населення охоплене програмою медичного страхування. Таким чином приватні медичні установи надають переважну кількість послуг, а форма управління сферою ОЗ є децентралізованою. Первинну медичну допомогу пацієнти можуть отримати в приватних практикуючих сімейних лікарів. За такою системи високий рівень розвитку ринку медичних послуг є характерним, адже пацієнти самі можуть обирати медичний заклад чи практикуючого лікаря. Таким чином конкуренція стимулює розвиток галузі та сприяє вдосконаленню медичної системи. Державне медичне страхування є провідним, натомість приватне є додатковим та відіграє незначну роль. За такої системи ринок медичних

послуг має високий рівень. Також для цієї моделі характерним є контроль держави стосовно усіх учасників страхового ринку [30].

Наступна модель притаманна Ізраїлю, Сполученим Штатам Америки та Кореї для якої властивим є децентралізація, високий рівень розвитку страхових послуг, відсутність втручання держави у розвиток сфери, висока ступінь конкуренції серед медичних закладів.

Залежно від наявності хронічних захворювань і віку пацієнта тариф страхової виплати диференційований. У США є дві програми, які надають безкоштовні медичні послуги для інвалідів і для малозабезпечених людей, але вони не покривають усіх витрат на лікування. Вікове обмеження визначено понад 65 років. Видатки на фінансування зазначених програм здійснюється з федерального бюджету [8].

Ще одним видом надання медичних послуг є ринкова модель або її ще називають приватна що полягає у наданні страхових медичних послуг за ринковими цінами. Надавачі послуг медичного страхування та споживачі безпосередньо взаємодіють, а держава здійснює загальний контроль і регулювання на ринку послуг медичного страхування [34, с. 173]. Приватна модель фінансування системи ОЗ в її класичному вигляді характерна лише для Сполучених Штатів Америки. Охорона здоров'я заснована на приватному фінансуванні, за винятком двох великих державних програм, які фінансуються платниками податків - Medicare і Medicaid [1].

Національна модель медичного страхування, або модель Томмі Дугласа, що походить від прізвища канадського політика, поєднує деякі аспекти моделей Бісмарка та Беверіджа. Уряд фінансує сферу ОЗ лише за рахунок отриманих податків, що властиво для моделі Беверіджа. Натомість постачальники послуг медичного страхування, тобто страхові компанії є приватними, що властиво для моделі Бісмарка. Окреслена модель притаманна Канаді, проте її основоположні постулати частково присутні в системі ОЗ Тайваню та Південної Кореї [5].

Ще однією проте менш поширеною моделлю є «за власні кошти», яка поширена в менш розвинених регіонах світу, де існує значна різниця між багатими й бідними прошарками населення.

Модель «з власної кишені» притаманна менш розвиненим регіонам світу, в яких існує істотна межа між багатими й бідними. Внаслідок відсутності ресурсів для організації масової медичної допомоги, неможливість забезпечити будь-яку систему ОЗ пацієнти змушені платити за медичні послуги з власних фінансових ресурсів. Основна характеристика цієї моделі полягає в тому, що більш заможні верстви населення отримують медичну допомогу, а бідніші прошарки залишаються хворими та навіть помирають. Регіонально ця модель поширена у Китаї, Африці, Південній Америці, Індії [5].

Провівши дослідження основних моделей функціонування системи ОЗ у світі можна виокремити ключові показники відмінності, а саме:

- ✓ джерела фінансування;
- ✓ роль держави;
- ✓ доступність для населення;
- ✓ контроль якості надання медичних послуг;
- ✓ взаємовідносини приватних учасників системи і держави;
- ✓ механізм мотивування працівників закладів сфери ОЗ;
- ✓ форми власності закладів ОЗ.

Варто зазначити

Слід також звернути увагу на ставлення громадян стосовно участі в покритті медичних витрат, що може сприяти підтримці медичних послуг шляхом додаткового фінансування або стримувати та занижувати попит на медичні послуги. Державне фінансування медичної галузі є запорукою збереження життя та здоров’я населення, що значно покращує соціальну лояльність.

Протягом багатьох років вітчизняна система ОЗ зазнавала значного реформування. Зміна медичного забезпечення була ключовим параметром у

передвиборчих агітаціях майбутніх Президентів та депутатів. Тому змінюючись президентсько-парламентський апарат зазнавала зміни і медична система. У таблиці 1.1 Н. В. Філіпова наводить узагальнюючі характеристики усіх трьох моделей які використовуються в сфері ОЗ та особливості їх використання у вітчизняній практиці.

Таблиця 1.1

Основні характеристики моделей охорони здоров'я [50, с. 139]

	Державна модель ОЗ (модель Беверіджа)	Модель соціального медичного страхування (модель Бісмарка	Приватна модель
Країни застосування	Данія, Ірландія, Великобританія, Канада, Італія, Іспанія, Греція, Португалія	Франція, Німеччина, Нідерланди, Бельгія, Голландія, Швейцарія, Японія, Австрія	Ізраїль, США, Північна Корея
Характерні особливості	Фінансується державою . Держава керує та контролю якість медичних послуг. Централізація в плануванні. Зорієнтоване на первинній допомозі	Держава приймає опосередковану участь в систематизації медичного обслуговування. Децентралізація в обслуговуванні. Фінансується цільовими платежами учасників. Поєднання соціального та приватного медичного страхування	Джерелом оплати послуг є приватні кошти. Децентралізація в обслуговуванні. Наявність державних спеціальних страхових програм
Переваги	Більшість населення охоплене безоплатними послугами. Загальнодоступність медичної допомоги. Економічність, безоплатність.	Безкоштовна медична допомога є якісною. Висока інноваційність. Наявність альтернативних джерел	Велика кількість медичних закладів. Висока інноваційність. Дохід лікарів та медичних працівників на високому рівні.

	Контроль за використанням коштів	фінансування. Самостійний вибір медичної установи	Висока ефективність. Контроль стосовно якості медичних послуг
Недоліки	Наявність великих адміністративних витрат та бюрократії. Обмеженість у виборі медичного закладу та лікаря. Дефіцит бюджетних коштів. Відсутність врахування інтересів споживачів. Медичні заклади обмежені в правах. Швидка плинність кадрів. Застарілість обладнання та протоколів	Наявність великих адміністративних витрат. Надання послуг усім категоріям населення. Розрахунок за надані послуги затримується	Наявність великих адміністративних витрат. Висока плата за надані послуги. Складність у проведенні комплексного обстеження внаслідок роздробленості медичних закладів. Відсутність єдиної централізованої системи ОЗ
Досвід використання в Україні	Схожість із моделлю Семашко та в значній мірі опирається на модель Радянського Союзу	Підвищення рівня інновацій. Запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування	Використання для платоспроможної категорії населення. Поширеність державних страхових програм

Кожна система має як переваги, так і ряд недоліків. У більшості країн існує поєднання різних моделей із існуючою базовою системою з трьох розглянутих вище.

Проте розглядати систему ОЗ у країні варто із врахуванням розмірів спеціальних грошових фондів направлених на її функціонування. Адже ефективність кожної системи залежить від забезпечення матеріальними ресурсами на медикаменти, обладнання, навчанні та перепідготовку лікарів та ін. У таблиці 1.2 наведено показники фінансування системи ОЗ у європейських країнах протягом 2011-2020 років.

Таблиця 1.2

Розміри фінансування системи ОЗ у країнах Європейського Сюзу протягом 2011-2020 років за даними Євростату, млн євро [2]

	Бельгія	Німеччина	Ірландія	Іспанія	Хорватія	Кіпр	Угорщина	Польща	Фінляндія	Швейцарія	Велика Британія
2011	38962,97	290325,00	18252,25	97525,48	-	1277,15	7642,30	66555,00	18261,42	52119,65	-
2012	40469,91	297962,00	18653,23	94388,85	-	1274,30	7428,99	68816,00	19271,00	55183,30	-
2013	41444,72	309206,00	18495,02	92514,26	-	1249,79	7396,44	69901,00	20034,38	56143,31	209123,58
2014	42618,66	322667,00	18607,18	93812,61	2907,78	1211,80	7488,05	70964,00	20236,91	58808,84	229962,02
2015	44894,91	338444,00	19230,48	98345,45	3027,78	1219,10	7730,72	71236,00	20388,59	69655,06	261846,11
2016	46288,54	352114,00	20107,33	99711,11	3183,72	1264,90	8123,68	72918,00	20398,75	71046,79	240323,80
2017	47850,25	369980,00	21219,26	103984,43	3327,75	1345,07	8560,61	74614,00	20653,82	71640,74	231445,20
2018	49634,22	385865,00	22431,81	108310,21	3560,60	1479,54	8947,24	77553,00	21111,01	69473,42	239761,83
2019	50997,46	406251,00	23792,33	113729,40	3785,01	1599,06	9201,21	82447,00	21992,25	73786,54	256553,10
2020	49293,20	431805,00	26479,02	120202,75	3897,15	1749,64	9964,95	89098,00	-	77824,16	-

* дані у комірках з прочерком означають, що інформація про розмір коштів не надавалась

За даними наведеними у таблиці 2 найбільше фінансування ОЗ відбувається у Німеччині та Великобританії. Замикає трійку лідерів стосовно фінансування системи ОЗ Іспанія. Проте якщо розглядати у грошовому вимірнику, то витрати Німеччини перевищують витрати інших країн в декілька разів.

Наприклад у 2020 р. Німеччина фінансувала охорону здоров'я у розмірі 431805,00 млн євро, а Іспанія у розмірі 120202,75 млн євро, що у 3,5 рази менше. Аналогічним є співвідношення у 2019 р. – 406251,00 млн євро у Німеччині та 113729,40 млн євро у Іспанії. Серед розглянутих країн Європейського союзу найменше фінансування на Кіпрі, у Хорватії та Ірландії. У 2020 р. фінансування ОЗ на Кіпрі становило 1749,64 млн євро, що у 247 разів менше ніж у Німеччині. У Хорватії та Ірландії ці показники теж є доволі низьким, а саме 3897,15 млн євро та 26479,02 млн євро.

Протягом досліджуваного періоду фінансування системи ОЗ у досліджуваних країнах Європейського Союзу значно зростало. Наприклад у Польщі протягом 2011-2020 років на 1,34 % (89098,00 млн євро у порівнянні з 66555,00 млн євро), Хорватії – 1,31 % (9964,95 млн євро та 7642,30 млн євро), Іспанія – 1,23 % (120202,75 млн євро і 97525,48 млн євро). Такі тенденції позитивно характеризують розвиток закладів ОЗ, адже збільшення фінансування спрятиме покращенню життя населення, попередженню розвитку захворювань, збільшенню тривалості життя.

Отож, досліджуючи основні моделі фінансування системи ОЗ можна зробити висновок, що ідеальної та універсальної схеми не існує. Їх розвиток та застосування для кожної країни є індивідуальним та формується на основі історичних подій. Кожна країна застосовуючи обрану модель опирається на її основні принципи, проте при її реалізації враховує культурні, історичні, економічні й політичні особливості її регіону.

1.2. Сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні

Сучасне реформування ОЗ розпочалося із схваленням Кабінетом Міністрів України у жовтні 2017 року Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» який змінив стратегію фінансування зокрема та концепцію медичної системи загалом. Слідом за основоположним законом було прийнято ряд підзаконних актів, які в загальній сукупності створили міцне політичне та правове підґрунтя для реалізації новітніх механізмів фінансування медицини. Реформа розподілилася на декілька етапів, на першому відбувались зміни у первинній медико-санітарній допомозі, а на другому – вторинні та третинні ланки. В результаті у 2018 році Уряд України створив новий наглядовий орган, а саме Національну службу здоров'я України, себто національне страхове агенство. Його основною метою покривати ряд пільг для населення відповідно до доступного фіскального простору [37].

Основною метою створення Національної служби здоров'я є початок стратегічних закупівель у постачальників медичного обладнання, медикаментів та послуг які згодом надавались пакетом пільг. Таким чином уряд намагається зменшити фрагментацію розподілу ресурсів шляхом їх акумуляції в Національній службі здоров'я. Внаслідок обмеженої здатності значно впливати на обсяги централізованих ресурсів ця реформа спрямована на місцеві органи влади з метою покращення надання послуг. Без ретельного моніторингу та негайних коригувальних дій поточна політика фіскальної децентралізації значно розширює податкові повноваження та автономію місцевих органів влади та може ненавмисно призвести до зниження справедливості та ефективності витрат на охорону здоров'я по всій країні.

У 5 статті закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено перелік основних принципів програми медичних гарантій. Серед пріоритетних виокремлюють: законодавче врегулювання порядку фінансування отримання медикаментів та медичних

послуг, рівноправність у отриманні державних гарантій, якість, відновлення і збереження здоров'я населення, прозорість, гласність, справедливість. У статті 6 цього закону також окреслено права та обов'язки пацієнтів, адже ефективна сфера ОЗ це двосторонній зв'язок між надавачем послуг та їх отримувачем з чіткими правила для обох учасників [37]

В рамках програми медичних гарантій Україна зобов'язується «надавати своїм громадянам, іноземцям, особам, яких визнано біженцями та особам без громадянства, які на постійній основі проживають на території держави, повну оплату з коштів Державного бюджету за необхідні медичні послуги та медикаменти при виникненні екстреної, первинної, спеціалізованої, паліативної медичної допомоги, реабілітації, допомоги дітям до 16 років, спеціальної медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами» [37].

У практиці функціонування ОЗ передбачається, що Національна служба здоров'я України на основі отриманих фактичних даних про використання коштів та потреби населення може висувати пропозиції до Міністерства ОЗ, Міністерства фінансів та Уряду про розмір пакету пільг, тарифів, вектори спрямування та розподіл коштів. Таким чином із початком реформування медичної формується міцна основа для стабільного розвитку медичних закладів і їх працівників, що загалом сприятиме покращенню життя населення.

Без ретельного моніторингу та негайних коригувальних дій поточна політика фіскальної децентралізації значно розширює податкові повноваження та автономію місцевих органів влади та може ненавмисно призвести до зниження справедливості та ефективності витрат на охорону здоров'я по всій країні.

Концепція фінансування реформи ОЗ уточнює політичний напрям збору доходів і загального планування для підвищення ефективності обмежених ресурсів і підвищення справедливості розподілу. Результати реалізації національної стратегії реформування системи ОЗ на 2015-2020 рр.

дозволили визначити фінансові виклики та ризики в галузі ОЗ: видатки загального бюджету ОЗ України зросли на 70,4 млрд грн – номінальне зростання, що становить пояснюється інфляцією, а не реальним зростанням витрат, оскільки витрати на ОЗ у відсотках від загальних витрат зведеного бюджету не мають тенденції до збільшення. На 2020-2021 роки пріоритетним у охороні здоров'я було збільшення фінансування у сфері ОЗ до показника 5 % від ВВП, що було успішно реалізовано. Частково було здійснено перехід від субсидіарного до оплати за послуги у сфері громадського здоров'я [33].

Водночас представлена трансформація сфери ОЗ показала значний брак коштів на лікування на усіх ланках, що в свою чергу може бути вирішено шляхом дофінансування з добровільного страхування, державного медичного страхування або приватного медичного сектору.

Зростання витрат на проведення первинної медико-санітарної допомоги характеризує значний прогрес у розвитку галузі та попередженні ряду хвороб. Збільшення фінансування наглядно показує прагнення системи ОЗ покращити життя населення.

Така тенденція сприятиме покращенню вторинної та третинної ланки медичної допомоги. Тому правильне бюджетне планування відіграє важливу роль при збільшенні фінансування галузі, забезпеченні фінансової дисципліни й сталому реформуванні. Розпочинаючи з 2019 року фінансування системи ОЗ зазнало значних змін та трансформацій. Насамперед це стосується джерел фінансування з місцевих та державних бюджетів. На рисунку 1.1. представлено детальний їх розподіл.

Органами місцевого самоврядування в рамках своїх компетенцій можуть здійснювати фінансування місцевих проектів розвитку й підтримки медичних закладів, зокрема капітальний ремонт, оновлення матеріальної та технічної бази, оздоровлення, місцеві програми стимулювання, підвищення заробітної плати медичного персоналу, місцеві служби й програми ОЗ.

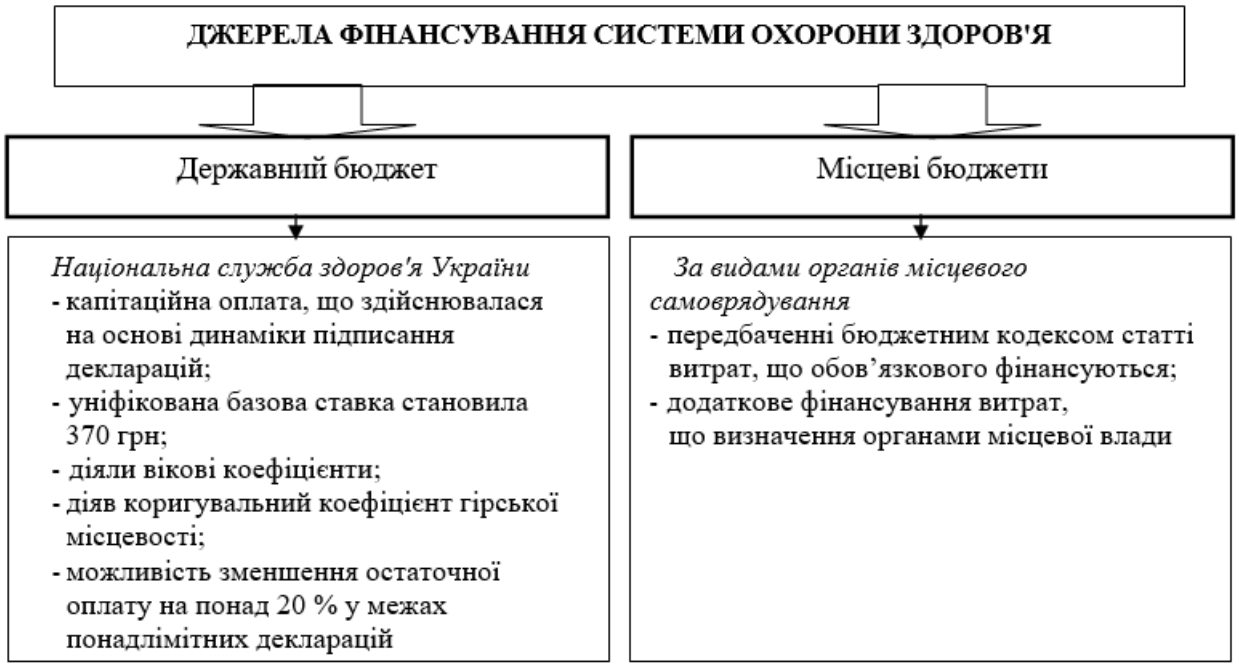

Рис. 1.1. Джерела фінансування закладів ОЗ з бюджетів України

Україна має обмежений фіскальний простір або здатність реалізувати позабюджетні можливості для сталого збільшення державного фінансування через низку проблем, пов'язаних зі змінами у фінансово-кредитній діяльності в країні. Податкові реформи, запроваджені у 2015 році, значно зменшили податкові відрахування до фондів соціального страхування, тим самим збільшивши дефіцит пенсійного фонду. Підвищення тарифів на газ призвело до запровадження субсидій на паливо та житлово-комунальні послуги для забезпечення соціального захисту малозабезпечених верств населення. У свою чергу окреслені проблеми зменшують можливість належного фінансування медичної системи.

Використання медичних препаратів які необхідні населенню України представлено на рисунку 1.2. За даними наведеними МОЗ основна частина споживання медикаментів відбувається в роздрібному сегменті. Натомість госпітальне споживання за підсумками 7 місяців 2022 року у загальній структурі становить лише 8,9 %. Якщо розглядати структуру госпітального споживання, то до її складу входить 2,2 % – програми МОЗ України, 1,9 % – вакцини для профілактики COVID-19, 4,4 % – місцеві бюджети, 0,4 % – приватні клініки.

Рис. 1.2. Показники використання коштів на лікарські засоби за роздрібним та госпітальним споживанням протягом 7 місяців 2022 року [47]

Варто врахувати також особливості війни у країні, які зумовлюють значно більше витрачання медикаментів на лікування військових. Проте варто врахувати і те, що з початком війни до України надходить значна кількість гуманітарної медичної допомоги, облік за якою не ведеться централізовано та не враховується в описаній статистиці. Проте існує інформація, оприлюднена Міністерством ОЗ, що станом на серпень місяць до України надійшло понад 12 млрд грн медичної гуманітарної допомоги, що приблизно становить 8,5 тис. тонн з близько тридцяти п’яти країн світу та 60 благодійних міжнародних організацій.

Вітчизняні волонтерські та благодійні організації активно співпрацюють з Міністерством ОЗ. Саме волонтерські організації протягом перших шести місяців війни передали до медичних закладів близько 28 млн одиниць медичних препаратів. Оскільки облік цих медикаментів не ведеться централізовано, то вони також не знаходять відображення у системі MedData.

Значні витрати на воєнні дії у великому обсягу скоротили фінансування закладів ОЗ. Протягом семи місяців 2022 р., обсяги постачання лікарських засобів у лікувально-профілактичні заклади за кошти отримані від МОЗ,

місцевих бюджетів й приватних клінік значно зменшились. За статистичними даними за перше півріччя вони становили 5,7 млрд грн. Динаміка госпітальних поставок протягом 2019–2022 років представлена на рис. 1.3.

Зменшення фінансування зафіксовано за усіма джерелами фінансування у порівнянні з відповідними періодами минулого року.

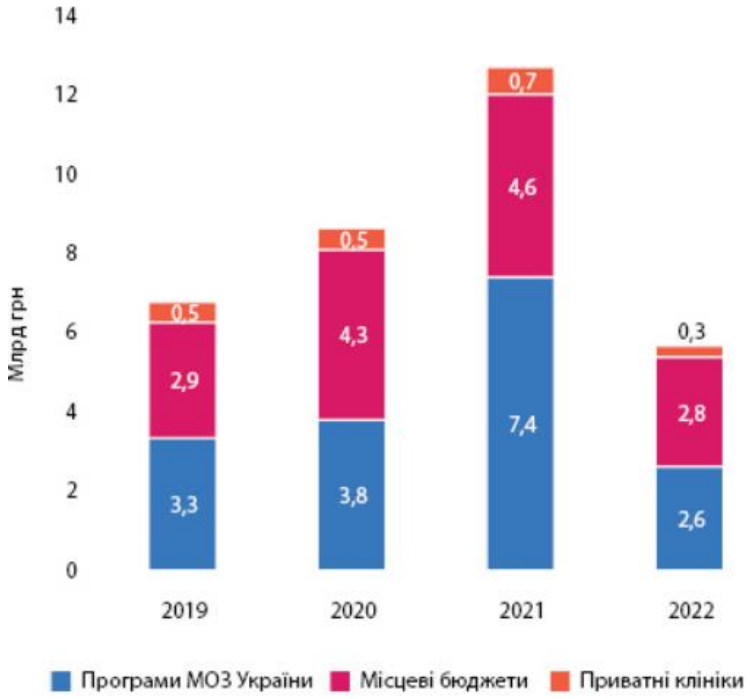

Рис. 1.3. Динаміка госпітальних поставок медикаментів протягом 2019–2022 років

Аналізуючи дані діаграм представлених рисунку 1.3 можна стверджувати, що протягом 2019-2021 років відбувалось значне збільшення госпітального фінансування коштів від МОЗ та місцевих бюджетів. Реформа набувала позитивної динаміки та значно покривала потреби у медикаментах. Наприклад у 2019 р. за рахунок програм МОЗ України оплачено 3,3 млрд грн на лікарські засоби, у 2020 р. – 3,8 млрд грн, в 2021 р. – 7.4 млрд грн. Саме у 2021 році відбулось значне збільшення фінансування, тобто у порівнянні з попереднім роком майже вдвічі. Аналізуючи перші шість місяців 2022 року можна стверджувати, що фінансування значно зменшилось. Якщо порахувати прогнозні показники, тобто подвоїти існуючі за перші шість місяців, то фінансування зменшиться на 30 %.

Фінансування госпітальних поставок з місцевих бюджетів протягом 2019–2021 років теж мало позитивну динаміку. А саме 2,9 млрд грн у 2019 році, у 2020 році – 4,3 млрд грн та 4,6 млрд грн – у 2021 р. Обчислюючи прогнозні показники за 2022 р. можна стверджувати, що саме місцеві бюджети взяли частину фінансування госпітальних закупівель. Фінансування госпітальних закупівель приватними клініками протягом досліджуваного періоду залишається на однаковому рівні.

Протягом першого півріччя 2022 року акцептовано близько 16,2 тис. тендерів про закупівлю медикаментів на загальну суму приблизно 6,1 млрд грн, які подано на рисунку 1.4. Порівнюючи дані 2018-2021 років, можна стверджувати, що розмір тендерів лікарських засобів протягом цього періоду значно зростав. У 2018 році було акцептовано на 5,2 млрд грн, у 2019 році – 5,8 млрд грн, 2020 році – 4,5 млрд грн, а в 2021 році – 15,4 млрд грн. Найбільша частка в акцептованих закупівлях витрачено кошти місцевого бюджет. Винятковим є 2021 рік, в якому з а рахунок державного бюджету витрачено 9 млрд грн. Найперше це пов’язано з фінансуванням лікування та профілактики шляхом імунізації від COVID-19. У 2022 році, на жаль, сума тендерів медикаментів значно зменшилась. Особливо це виражається зменшенням державного фінансування на закупівлю ліків до 2,2 млрд грн. Якщо рахувати прогнозні показники за рік, то їх обсяг становитиме на 52 % менше по відношенню до попереднього року. На місцеві бюджети у кожному році покладено основне фінансове навантаження, проте внаслідок війни в країні та обмеженої роботи підприємств та підприємців податкові надходження є обмеженими.

За даними Державного підприємства «Медичні закупівлі України», близько 90% ліків та виробів медичного призначення, закуплених у 2021 році, розподіляються й доставляються медичні центри. Проте, війна утруднила процес розподілу, оскільки декілька місяців поспіль центральний склад підприємства перебував в окупації. Тому певний період часу ліки були

недоступними, а після отримання їх знову в Україну не всі залишились придатними, адже не було дотримано всіх умов зберігання.

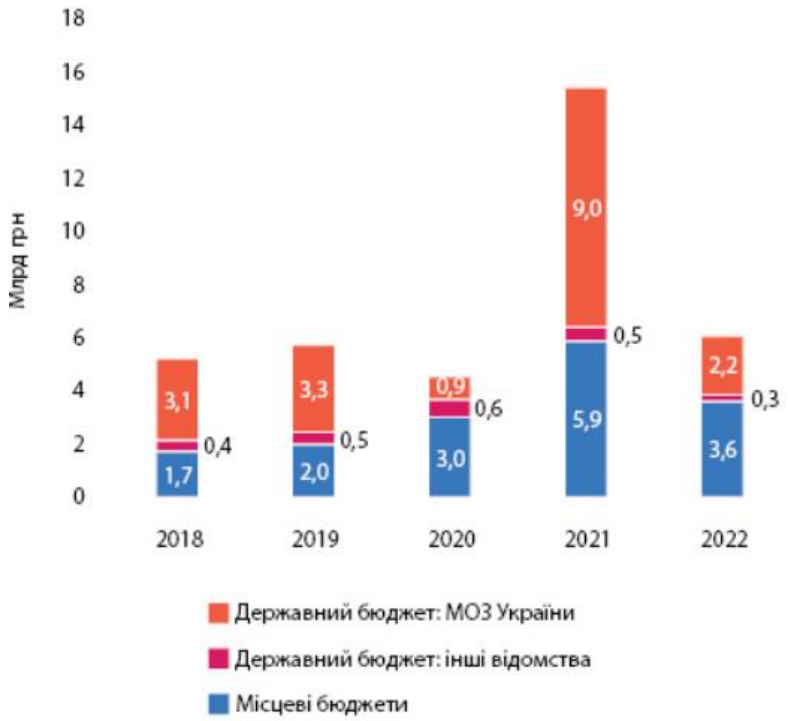

Рис. 1.4. Розмір акцептованих тендерів лікарських засобів протягом 2018–2022 років

Дефіцит бюджетного фінансування спонукав до винайдення альтернативних джерел фінансування ОЗ. У всьому світі це часто механізм державно-приватної співпраці. Головною перевагою є можливість залучення коштів приватних інвесторів для розвитку державних й комунальних закладів ОЗ, охорони державного чи державного майна (пряма заборона приватизації), передача новопридбаних і придбаних речей. Основи державно-приватного партнерства для покращення якості медичних послуг наданих населенню й збільшення оплати праці медичного персоналу. Світова практика державно-приватної співпраці підтверджує унікальність його застосування, яка залежить від специфіки механізму фінансування та організаційної структури системи ОЗ, тенденцій економічного розвитку, структури та організації правової системи в державі, децентралізації та автономії. управління закладами ОЗ.

Розвиток співпраці приватного та державного секторів забезпечить покращення у сфері ОЗ в результаті оптимізації бюджетних витрат, дозволить покращити ефективність управління в медичних закладах та сприятиме більш раціональному та ефективному використанню отриманих ресурсів, створить передумови для поліпшення наданих медичних послуг і стабільного функціонування всієї системи.

Висновки до розділу 1

Провівши детальний аналіз світової системи ОЗ описано низку існуючих моделей. Серед найбільш поширених моделей є модель Беверіджа, Бісмарка, ринкова, національна та за власні кошти. Застосування кожної з моделей фінансування ОЗ насамперед пов’язано з історичними подіями в державі, які до цього існували. Усі ці моделі знаходять відмінності в джерелах фінансування, місці держави у медичній сфері, доступності для населення, контрольними процедурами, взаємодії приватного сектору і держави, механізмами мотивування медичних працівників та формами власності медичних закладів.

Реформування вітчизняної системи ОЗ розпочалось із прийняттям у 2017 році закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Згідно медичної реформи відбувається розподіл фінансування за кошти державного та місцевих бюджетів. Протягом останніх кількох років ця реформа була в активній дії. Прикладом є динаміка госпітальних поставок медикаментів за 2019–2021 роки. Цей період характеризується значним зростанням фінансування, а саме в 2019 р. обсяги госпітальних поставок за рахунок програм Міністерства ОЗ України становиль 3,3 млрд грн, в 2020 р. збільшились на 15 % у порівнянні з попереднім роком, а в 2021 р. – на 95 %, тобто подвоїлись. Місцеві бюджети теж здійснювали фінансування госпітальних поставок. У 2019 р. їх розмір становив 2,9 млрд грн, в 2020 р зріс на 48 %, а в 2021 р. на 10 % у порівнянні з попереднім роком.

РОЗДІЛ 2. Аудит медикаментів й продуктів харчування у неприбутковому медичному закладі

2.1. Організація аудиту медикаментів й продуктів харчування: світовий та вітчизняний досвід

Сфера ОЗ в Україні досить структурована і представлена багатьма установами, багато з яких отримують бюджетне фінансування. Бюджетні кошти, що виділяються на ОЗ, потребують відповідного фінансового контролю. Одним із найпроблемніших способів фінансування видатків на ОЗ є використання проектно-цільового методу в процесі бюджетування. Тому виділення коштів за окремими статтями бюджету в галузі ОЗ потребує використання специфічних методів національного фіскального аудиту.

Практика фінансового контролю показує, що сам аудит становить значну частку контролю, що здійснюється. Водночас в багатьох країнах окремого аудиту виконання бюджетних програм немає. Водночас аудит ефективності та фінансовий аудит мають суттєві відмінності, але вони пов’язані між собою. У іноземній практиці аудит ефективності вважається більш прогресивним за фінансовий контроль. Взаємозв'язок між державним фінансовим контролем Державної аудиторської служби і аудитом ефективності є результатом використання останнім фінансового аудиту. Проте дублювання та повторення не відбувається, адже основні завдання, мета, принципи і функції проведення обох видів аудиту [56, с. 119].

У зарубіжних країнах аудит ефективності у сфері ОЗ є досить поширеним явищем, особливо в медичних установах. У таблиці наведено основні напрямки та ключові проблеми проведення аудитів ефективності в галузі ОЗ в окремих країнах світу. Розглядаючи таблицю 2.1 можна зробити висновок, що існують значні відмінності в аудиті ефективності у секторі ОЗ США та Великобританії.

Таблиця 2.1

Напрями та ключові питання аудиту ефективності в галузі ОЗ у Великобританії, США

Країна	Напрями аудиту	Ключові питання аудиту
Великобри-танія	Фінансова система	результативність керування державними витратами, керування договорами стосовно постачання лікарських засобів
	Інформаційний менеджмент та технології	менеджмент інформаційних потоків, керування додатками, розвиток інфраструктури
	Продуктивність	якість та дієвість даних (наприклад реадмісія, організація першої невідкладної допомоги та ін.)
	Клінічна якість	гарантування безпеки пацієнтів, якість призначення, клінічний аудит і структура управління якістю
	Працівники медичних установ	рекрутинг персоналу, перевірка відповідності оплати праці, планування та впровадження систематичного навчання персоналу
	Управління ризиком та відповідність закону	управління закладом, керування ризикованими ситуаціями менеджменту медичного закладу, дотримання законодавства
США	Фармація	формування замовлення, придбання і отримання медичних препаратів, контроль за укладенням договорів адміністративним персоналом закладів ОЗ, аналіз та оцінка регулювання обігу медикаментів, їх використання та безпеки збереження
	Управління грошовими потоками	аналіз та оцінка системи внутрішнього контролю за фінансами закладу
	Допуск та реєстрація пацієнтів	аналіз системи внутрішнього контролю стосовно виконання законів та правильності перебування пацієнтів в медичній установі, оцінка захищеності особистих персональних даних
	Лабораторія	аналіз дотримання медичними установами політики загальнодоступності медичних процедур, відповідності роботи обладнання, використання медикаментів за призначенням

У Великій Британії, наприклад, значний наголос приділяється питанням, які не стосуються безпосередньо господарської діяльності медичних установ, а скоріше ефективності виконання основних завдань медичної установи, таким як дослідження якості управління персоналом закладу та ефективність використання медикаментів та обладнання. У Східній Європі, навпаки, основний напрямок аудиту ефективності охоплює більшою мірою контроль і аналіз фінансово-господарської діяльності, характерний для всіх країн Східної Європи.

У вітчизняній практиці проведення аудиту закладів ОЗ чітко регламентується на законодавчому рівні, а саме у Постанові Кабінету міністрів України «Про затвердження Порядку проведення Державною аудиторською службою, її міжрегіональними територіальними органами державного фінансового аудиту діяльності суб'єктів господарювання» [39].

Згідно окресленої постанови основні завдання аудиту Державною аудиторською службою полягають у:

1) проведенні перевірки й аналізу правильності видання та оформлення законодавчих документів та рішень стосовно проведення фінансово-господарської діяльності;
2) вивченні та аналізі ефективності господарської й фінансової діяльності об'єкта аудиту, що полягає у співставленні планових та отриманих результатів;
3) перевірці цільового (законного) використання отриманих активів та стану їх збереження;
4) перевірці правильності організації та ведення обліку й достовірності даних фінансової звітності;
5) організації інвестиційної діяльності;
6) дослідженні стану внутрішнього контролю;
7) перевірка виконання функцій стосовно управління об'єктами державної власності [39].

Після проведення аудиторської перевірки державними аудиторами розробляються пропозиції та рекомендації стосовно усунення визначених протягом аудиту неточностей та недоліків і попередження їх повторного виникнення.

Процес аудиту неприбуткового медичного закладу складається з чотирьох етапів. На першому відбувається організація й планування аудиторської перевірки, яке полягає в попередньому вивченні об’єкта аудиту, складанні й затвердженні робочого плану й аудиторської програми. План і програма роботи аудиту складається керівником аудиту та подається на затвердження голові Держаудитслужби або одному із його заступників. Тому керівник перевірки подає програму аудиту на ознайомлення об'єкту аудиту одним із методів комунікації.

Акт про планування аудиторської перевірки передається об’єкту дослідження одним із таких методів: особисто за підписом керівника, його заступника або головного бухгалтера об'єкта аудиту, через адміністративний підрозділ об’єкта аудиту з позначкою на іншому примірнику акта дати зареєстрованої вхідної кореспонденції стосовно об’єкта аудиту з підписом працівника адміністративного підрозділу, який здійснював реєстрацію, рекомендованим листом із інформацією про передання із зазначенням даних поштового відправлення на іншому екземплярі або в електронному вигляді в установленому законодавством порядку.

На другому етапі відбувається проведення аудиторських процедур з оформленням отриманих аудиторських доказів. Також на цьому етапі відбувається формування аудиторського висновку, рекомендацій та пропозицій.

На третьому етапі відбувається звітування про результати перевірки, їх оформлення у звіти, підписання протоколів узгодження звітів про результати проведеного зовнішнього фінансового аудиту діяльності медичного закладу, складання, підписання й подання аудиторського звіту об’єкту дослідження.

Заключний етап передбачає моніторинг результатів перевірки, який передбачає формування пропозицій виправлення, спостереження за їх виправленням та впровадженням новацій. Документальне оформлення аудиту ведеться в паперовій формі.

На письмовий запит Державної аудиторської служби або державних аудиторів під час проведення перевірки з метою дослідження аудиторських гіпотез здійснюється акумуляція інформації стосовно функціонування досліджуваного об’єкта.

Згідно постанови Кабінету міністрів від 9 вересня 2020 р. аудиторська перевірка закладів ОЗ проводиться згідно встановленого графіку проведення перевірок який оприлюднюється на офіційній Інтернет-сторінці Державної аудиторської служби.

Для проведення перевірки або збору інформації за офіцінийм місцем провадження діяльності об’єкта перевірки або учасника перевірки кожному державному аудитору видається направлення у двох примірниках за зразками, встановленими Мінфіном, яке підписується головою Держаудитслужби.

Направлення на проведення аудиту або збору інформації надається державними аудиторами керівнику об’єкту аудиту або іншому учаснику аудиту у початковий день перевірки.

Перший та другий етапи аудиту сумарно не можуть становити більше 90 днів. Рішенням голови Держаудитслужби або його заступника термін провадження першого й другого етапів аудиту в межах загального терміну може бути додатково продовжено з відповідним внесенням відповідних змін у випадку необхідності в установленому порядку. При продовженні строку перевірки державним аудиторам необхідно представити керівнику об'єкта перевірки або його заступнику спеціальний документ (направлення), який відображає термін продовження дослідження.

Аудиторську перевірку може здійснювати як один аудитор так і група. У відповідності до основних завдань керівник органу Державного аудиту визначає склад групи та терміни проведення перевірки.

Водночас поряд з державним аудитом використання бюджетних ресурсів на медикаменти й продукти харчування відбувається суміжний контроль за їх використанням. Контроль якості діяльності керівника лікувально-профілактичного закладу здійснюється на основі комплексного аналізу даних головних позаштатних фахівців, заступників директора з лікувальної роботи, а також голів експертних комісій (лікарсько-контрольної, інфекційної, операційної, переливання крові, летальних тощо).

Недоліки, невідповідності та відхилення у наданні медичних послуг згідно з переліком, визначеним у нормативних документах, контролюються експертною комісією. Діяльність експертної комісії здійснюється згідно з положенням про відповідну комісію, яке затверджується керівником лікувально-профілактичного закладу. Неналежне лікування пацієнтів закладу ОЗ може відбуватись за відсутності медикаментів або їх неправильного призначення. Відповідно у медичному закладі проводиться аудиторська перевірка використання медикаментів та надання кваліфікованої допомоги. Іншою складовою перебування пацієнтів у медичній установі є отримання комплексного харчування, яке відповідатиме стану та потребам хворого. Аудиторський контроль за продуктами харчування також є частиною загальної перевірки належного використання бюджетних коштів для забезпечення ефективності функціонування неприбуткового медичного закладу.

Керівник медичного закладу також може використовувати результати адміністративних обходів палат, пряме спілкування з пацієнтами та їх родичами та рішення медичної комісії щодо гарячих точок якості медичного обслуговування як вихідну інформація для здійснення оперативного контролю якості.

Керівник також може висувати на розгляд медичної ради усі актуальні запитання щодо якості роботи медичної установи, які виявлено за результатами проведення контролю.

Оскільки при процедурі контролю керівник підрозділу чи структури повинен охоплювати великий обсяг інформації, ретельно аналізувати його, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, то на його проведення необхідний великий обсяг часу. Доволі часто при проведенні лінійного контролю виникає суб'єктивний фактор. Тому для покращення контрольних дій варто запровадити його сучасну форму управління в системі контролю якості, а саме аудит клінічної та доклінічної діяльності та проведення самооцінки системи управління якістю.

В національній галузі ОЗ клінічні аудити визнано необхідністю для підвищення якості. Концепція управління якістю надання медичної допомоги в українському секторі ОЗ на період до 2020 року визначає клінічні аудити, спрямовані на покращення стандартів процесу та результатів лікування пацієнтів шляхом систематичного перегляду компонентів медичної допомоги та у випадках, коли допомога або її результати не відповідають очікуваному рівні.

Клінічний та управлінський аудити знаходяться у тісному зв'язку. Основним спрямуванням клінічного аудиту є встановлення вірності надання медичної допомоги пацієнтам, логічно побудованого підходу до лікування, відповідність допомоги визначеним медичним стандартам та критеріям якості. Метою управлінського аудиту в медичній галузі є перевірка дотримання своєчасності надання допомоги, її доступності, раціональності та ефективності використання медикаментів і медичних засобів, обладнання, кадрових ресурсів. Також управлінський аудит скеровується на перевірку правильності функціонування системи контролю якості і дотримання стандартів акредитації.

Клінічні та управлінські аудити пов'язані тісно звичайними завданнями із забезпечення якості та повинні проводитися медичним закладом із

залученням компетентних у аудиті працівників у межах звичайного розкладу. Відтак їх можна віднести до складових внутрішнього аудиту, що досліджує усі напрями функціонування закладу ОЗ, які впливають на якість медичної допомоги. Комплексний підхід проведення аудиторської перевірки дозволятиме менеджменту вищого рівня отримати інформацію стосовно питань, пов'язаних з ефективністю та якістю роботи та сприятиме покращенню прозорості роботи медзакладу.

Також проведення аудиту медикаментів здійснює Державний експертний центр міністерства ОЗ у відповідності до положення 2 глави VII розділу Порядку здійснення фармакологічного нагляду у редакції законодавчого документу № 996 від 26 вересня 2016 року. Результати аудиторської перевірки медикаментів оприлюднюються згідно вимог Порядку здійснення фармакологічного нагляду.

Основною метою здійснення аудиту системи фармакологічного нагляду заявника полягає у з'ясуванні питань стосовно наявності медикаментів та їх функціональної відповідності діючим вимогам законодавства України стосовно здійснення фармаконагляду. Згідно вимогам фармакологічного нагляду заявник повинен створити, забезпечити й гарантувати функціонування системи нагляду за медикаментами в Україні, адже такий підхід є обов'язковою умовою для обігу вакцин, лікарських засобів, туберкуліну.

Аудит системи фармакологічного нагляду представляє собою важливий етап взаємодії договірних партнерів з метою попередження та виявлення важливих питань стосовно зберігання та використання медичних препаратів. Згідно Порядку здійснення фармакологічного нагляду за медикаментами такий аудит може бути цільовим або плановим. При проведенні планового аудиту заявник буде вибирати об'єкти зважаючи на ризик-орієнтований підхід. Такі планові перевірки оприлюднюються на Інтернет-сторінці Державного експертного центру МОЗ у розділі «Графік проведення планових аудитів систем фармаконагляду заявників».

Натомість цільовий аудит спрямований на вивчення переліку питань про безпеку використання лікарських засобів, медичних препаратів, вакцини, туберкуліну. Також вагомою причиною для цільового аудиту є часта зміна організаційно-правової форми, зміна у системі фармакологічного нагляду закладу. Іншою причиною для проведення перевірки медикаментів є порушення встановлених правил реагування та подання інформації про побічні дії, реакції та інші наслідки застосування препаратів. Це насамперед пов'язано з безпекою вакцини, лікарського засобу чи туберкуліну. Важливо вчасно реагувати на відсутність медикаментів, які згідно наказу МОЗ повинні бути в медичному закладі, а при виявленні їх відсутності окреслений факт можу стати вагомою причиною для проведення аудиту на предмет неефективної організаційної структури або нецільового витрачання коштів. Для попередження непланового аудиту важливо вчасно подавати повідомлення в повному обсягу про відсутність медикаментів, огляд клінічних даних якості продукції, звіти про безпеку, відповідність якості, плани, звіти про вирішення окреслених питань попередніх аудитів, проведення інформування населення та ін.

Результатом проведеної аудиторської перевірки буде звіт про проведення який міститиме інформацію хід перевірки, виявлені недоліки, суттєві, критичні, несуттєві невідповідності, зауваження й шляхи їх виправлення. Кінцевою метою аудиту медикаментів є приведення у відповідність до встановлених нормативно-правових вимог використання лікарських засобів, вакцин та туберкуліну.

При виявленні критичних чи суттєвих порушень. Недоліків або невідповідностей заявник зобов'язаний надіслати до відділу аудиту систем фармаконагляду «Державний експертний центр МОЗ» інформацію про строки проведення коригувальних та профілактичних заходів стосовно їх усунення. Сформована інформація повинна бути представлена у вигляді плану коригувальних і попереджувальних заходів для усунення виявлених невідповідностей.

Проведення зовнішньої аудиторської перевірки медикаментів створює хорошу нагоду для:

- постійного моніторингу фармакологічного нагляду за медичними препаратами, адже саме вони становлять основу успішного лікування;
- удосконалення процесів нагляду за використанням медикаментів;
- підвищенню кваліфікації медичних працівників та їх постійному навчанню.

Відділ аудиту системи фармакологічного нагляду заявників здійснює інформаційні тренінги та сесії стосовно організації системи внутрішнього фармакологічного нагляду в закладах ОЗ.

Проведення внутрішнього аудиту значно сприятиме покращенню прийняття управлінських рішень. Раціональна організація перевірки не призведе до суттєвого навантаження на працівників аудиторів, але дасть їм можливість приймати участь у підвищенні якості роботи установи та попереджатиме неефективне використання бюджетних ресурсів неприбуткового медичного закладу.

2.2. Інформаційні ресурси аудиту медикаментів та продуктів харчування в медичному закладі

Ефективна робота медичного закладу залежить в першу чергу від належної організації обліку основних активів. Для належної організації обліку медичних препаратів та продуктів харчування виокремлено спеціальний нормативний акт – Методичні рекомендації ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах ОЗ

У зазначених методичних рекомендаціях визначено, що заклади ОЗ ведуть облік медичних виробів та лікарських засобів згідно таких нормативних документів (рис. 2.1).

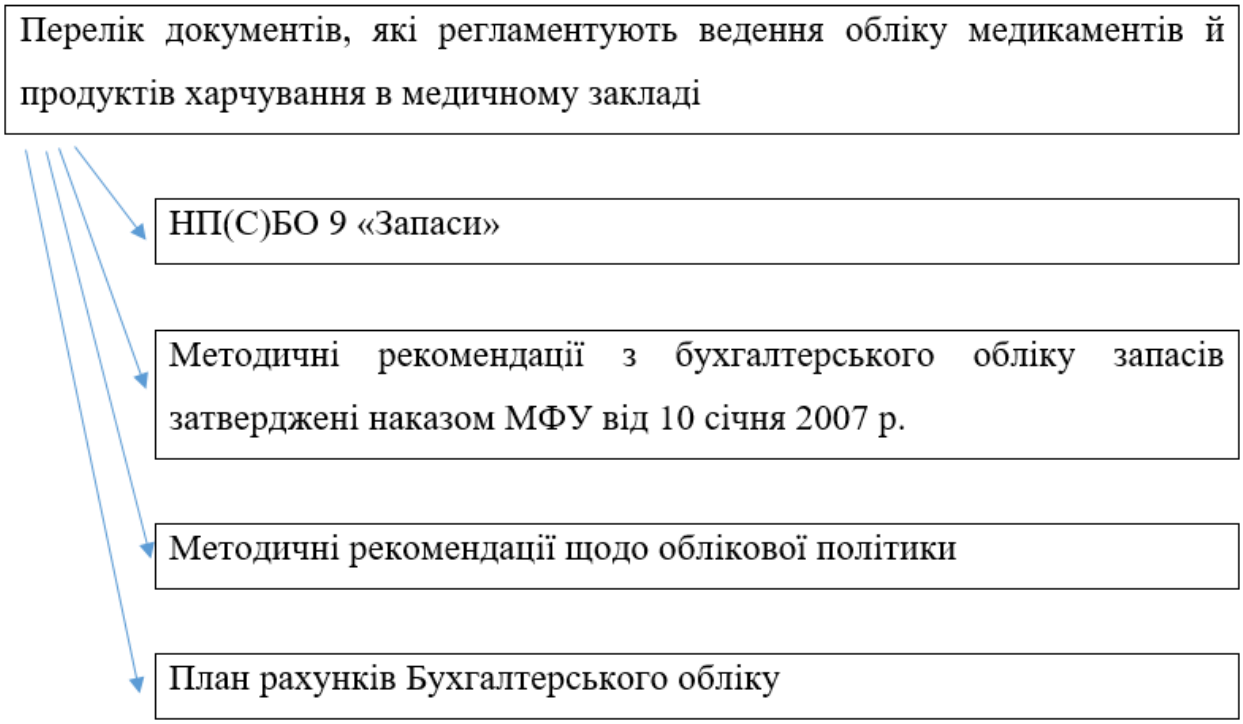

Рис. 2.1. Нормативне регулювання ведення обліку медикаментів й продуктів харчування у медичному закладі

Проте зазначаємо, що кожен заклад ОЗ самостійно визначає порядок зберігання, приймання, переміщення, відпуску і списання використаних медикаментів, виробів медичного призначення й продуктів харчування опираючись на специфіку своєї діяльності та методику обліку інформації й законодавчих особливостей.

Особливості обліку медикаментів в залежності від їх функціонального призначення та нормативного регулювання представлено на рис. 2.2.

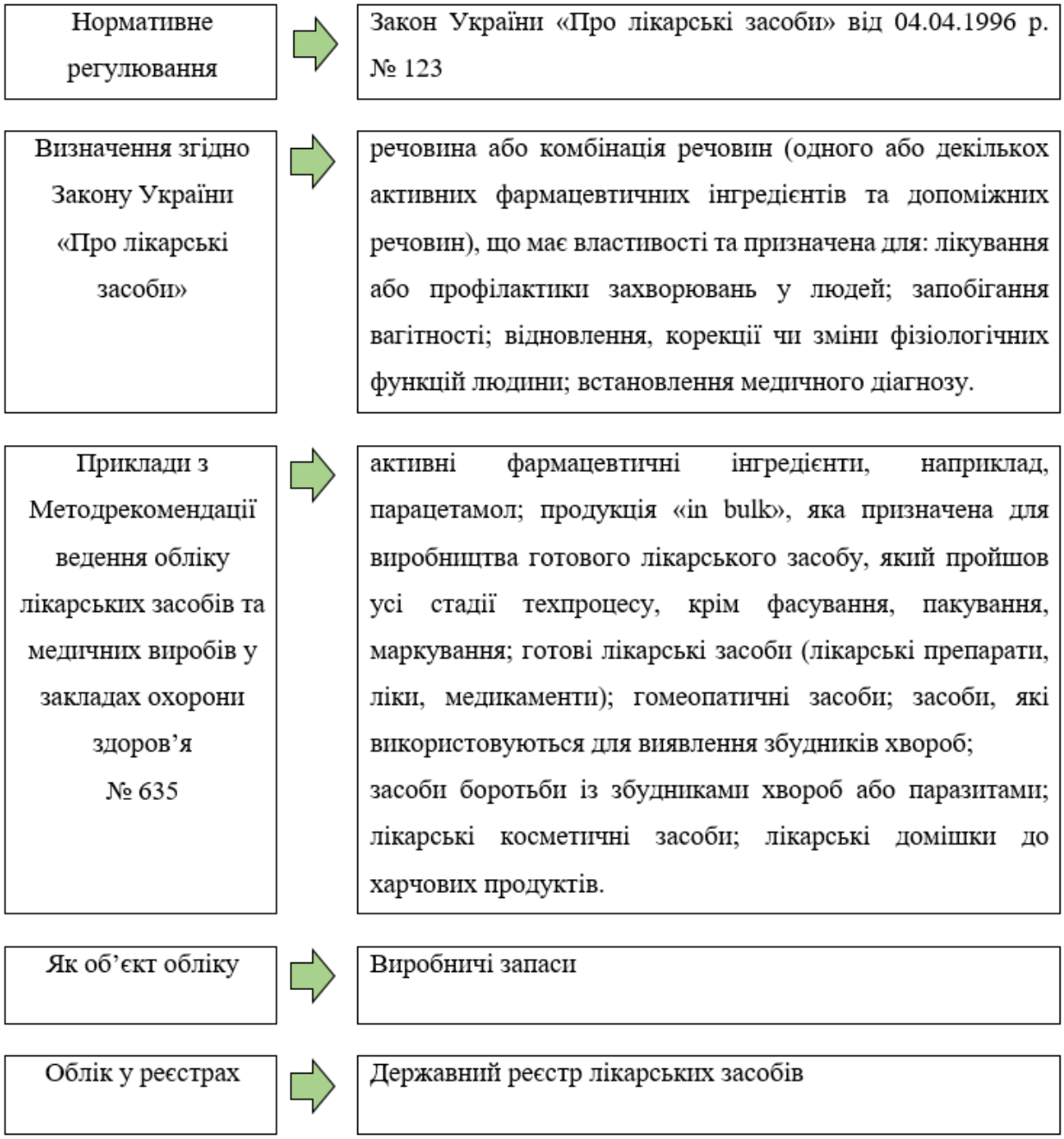

Рис. 2.2. Особливості обліку медикаментів у закладах ОЗ

Приймання та зберігання медикаментів і виробів медичного призначення здійснює матеріально відповідальна особа комунального некомерційного лікувально-профілактичного закладу стосовно якої формується договір повної матеріальної відповідальності. Зазвичай, такою особою у закладі ОЗ головна медична сестра.

Саме в обов’язки матеріально відповідальної особи входить оприбуткування медикаментів на склад за даними прибуткової накладної у трьох екземплярах. Перший примірник повертається постачальнику, у матеріально відповідальної особи залишається інший, а третій – передається в бухгалтерію комунального неприбуткового медичного закладу. Матеріально відповідальна особа веде аналітичний облік медикаментів у документі під назвою «Книза складського обліку лікарських засобів» згідно розроблених форм у «Методичній рекомендації ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах ОЗ» № 635

Інформація про особливості складського обліку медикаментів наведено в розділі ІІІ Наказу «Методичні рекомендації ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах ОЗ» № 635. Лікарські засоби, медикаменти і вироби для медичного призначення, які знаходяться на складі, обліковуються за найменуванням кожного лікарського засобу та виробу медичного призначення окремо із вказівкою його назви, форми випуску (ампули, таблетки, саше тощо) дозування, інформації про пакування (флакони, коробки, туби тощо), назва виробника, кількість, ціна та сума.

Лікарські засоби відпускаються зі складу у відділення медичного закладу на основі вимоги (накладної) за формою визначеною у додатку 2 Методичних рекомендацій № 635. Така накладна подається у двох примірниках старшою медичною сестрою з кожного відділення. Здійснення відпуску медикаментів проводиться матеріально-відповідальною особою з відміткою про їх кількість за кожним видом, ціною і сумою. У старшої медичної сестри залишається один примірник, а інший зберігається у матеріально відповідальної особи персоналу. У Журналі обліку виданих накладних проводиться відмітка про рух медикаментів. Підтвердженням цьому є сформована накладна.

З прибуткових накладних всю інформацію матеріально відповідальна особа документує в журналі реєстрі отриманих накладних. Форму цього

реєстру наведена в додатку 3 до Методичних рекомендацій № 635, а в додатку 4 – для створення Журналу реєстру видаткових накладних.

Окреслені реєстри ведуться у двох примірних та обов'язково подаються до бухгалтерії не пізніше першого числа місяця що йде за звітним. Перший примірник реєстру з доданими накладними залишається в бухгалтерії неприбуткового медичного закладу, а другий примірник з відміткою бухгалтера про приймання і повертається до матеріально відповідальної особи складу.

Тоді не пізніше другого числа місяця, що йде після звітного, матеріально відповідальна особа, формує і подає до бухгалтерії неприбуткового медичного закладу документ – «Звіт про надходження та відпуск (використання) лікарських засобів і виробів медичного призначення», форма якого представлена у додатку 6 до Методичних рекомендацій № 635.

Після надходження медикаментів у відділення неприбуткового медичного закладу, то вони переходять у матеріальну відповідальність особи відділення. Їх облік обов'язково ведеться за найменуванням та в кількісному вимірі. До обов'язків матеріально відповідальної особи у відділенні входить перелік вимог:

- дотримуватись умов зберігання медикаментів;
- своєчасно оприбутковувати отримані зі складу медичні вироби і лікарські засоби;
- відображати рух медикаментів при видачі на пости, кабінети, маніпуляційні кімнати;
- дотримуватися термінів складання звітних форм про отримані медичні вироби і лікарські засоби з складу та при їх видачі на пости, в маніпуляційні кімнати чи кабінети;
- своєчасно подавати звіти з відділення до бухгалтерії медичного закладу.

Інформація про використання та надходження медикаментів до відділення неприбуткового медичного закладу повинна міститися у Журналі обліку відділеннями отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів. Форма для відображення інформації міститься у додатку 5 Методичних рекомендацій № 635.

Для обліку спеціальних медичних препаратів, а саме спирту, наркотичних речовин або отруйних лікарських засобів і перев’язувальних матеріалів заводять окремі книги обліку. За їх зберігання у правильному вигляді та у відповідних умовах згідно визначених інструкцій несе відповідальність старша медична сестра.

У неприбутковому медичному закладі використання медичних виробів і лікарських препаратів для надання медичних послуг відображається як поточні витрати. За умови витрачання ресурсів пов’язаних з наданням цілеспрямованої медичної допомоги, то вони вважаються прямими.

Тобто витрати медикаментів можна вважати прямими матеріальними витратами. Проте, якщо лікарські засоби використовуються для забезпечення роботи медичного підрозділу і їх неможливо безпосередньо пов'язати з окремими медичними послугами, тоді їх облік варто здійснювати як загальновиробничих витрат.

НП(С)БО 16 «Витрати» вимагає обліковувати витрати за напрямом їх здійснення, а не за джерелами їх фінансування. Тому доцільно використання лікарських засобів відображати на рахунку 23 «Виробництво» чи 91 «Загальновиробничі витрати», незалежно від того, придбані ці ліки за власні кошти комунальним неприбутковим медичним закладом чи надані як фінансування з бюджетних коштів. Однак для медичних установ варто розподіляти джерела надходження медикаментів. Це дасть змогу правильно виокремити витрати на надання окремої медичної послуги і створити необхідний аналітичний інструментарій управління ними.

При проведенні аудиторського дослідження комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня

№2» у м. Тернопіль у аудиторському звіті було надано рекомендації стосовно обліку медикаментів на субрахунку 201 «Сировина й матеріали», які представлено в таблиці 2.2. При використанні медикаментів складається кореспонденція рахунків, а саме Дт 23 – Кт 201.1/ЦФ, 201.1/НСЗУ, 201.1/БД, 201.1/ЦП.

Таблиця 2.2

Аналітичні рахунки для обліку медикаментів неприбутковим медичним закладом

Рахунок	Назва
201.1/НСЗУ	Медикаменти, придбані за кошти, отримані як фінансування від НСЗУ
201.1/ЦФ	Медикаменти, придбані за кошти цільового фінансування
201.1/ЦП	Медикаменти, отримані за рахунок централізованого постачання
201.1/БД	Медикаменти, отримані як благодійна допомога

У період воєнний дій велика кількість неприбуткових медичних закладів отримують гуманітарну допомогу у вигляді медикаментів. Проте на таку допомогу не завжди є підтверджуючі первинні документи. У період воєнного стану облік отриманої гуманітарної допомоги не є обов’язковим, проте для контролю та звітності про їх витрачання більшість неприбуткових медичних закладів все таки веде кількісний облік. Для визначення вартості гуманітарної допомоги медичні заклади керуються НП(С)БО 9 «Запаси».

У НП(С)БО 9 «Запаси» первісною вартістю безоплатно отриманих підприємством запасів вважається їх справедлива ціна зважаючи на витрати, передбачені пунктом 9 окресленого стандарту. НП(С)БО 9 «Запаси» не містить визначення справедливої вартості, проте воно міститься в інших нормативних документах.

У ст. 23 Закону України «Про лікарські засоби» встановлено, що неякісні медикаменти, які втратили свої властивості внаслідок терміну придатності або недотримання умов зберігання підлягають знищенню та

утилізації. Це стосується медикаментів, які втратили свої властивості внаслідок закінчення терміну придатності, фальсифікатів та інших фактів їх непридатності. У бухгалтерському обліку вартість непридатних до використання лікарських засобів списувати на субрахунок 947 «Нестачі та втрати від псування цінностей». На субрахунку 949 «Інші витрати операційної діяльності». Знаходять відображення витрати на утилізацію існуючих зіпсованих медикаментів.

Окремою статтею видатків неприбуткових закладів ОЗ, які отримують кошти з бюджетних асигнувань, є продукти харчування. Процес обліку в медичних установах продуктів харчування можна умовно поділити на три етапи: облік на харчоблоці, складський облік, облік в бухгалтерії.

Закупівля та доставка продовольчих товарів здійснюється відповідно до договорів, укладених з постачальниками. Укладення договорів може відбуватися централізовано спеціалізованим транспортом постачальника за круговим графіком або за дорученням експедитором установи. Систематичні поставки здійснюються, як правило, в порядку централізованої видачі (наприклад, овочів, добова видача хліба тощо). Розрахунки в бухгалтерському обліку за систематичними поставками здійснюються у формі планових платежів із постачальниками. Придбані продовольчі товари обліковуються за ціною придбання (вартістю придбання) без урахування витрат на доставку і розміру ПДВ, оплачених при придбанні.

При надходженні продуктів харчування до медичного закладу перевіряє їх відповідність чинним нормам матеріально відповідальна особа, а саме завідувач складом або комірник. Опісля удостовірення в правильності якості і асортименту продукції проводиться розписка у документах постачальника. У «Книзі складського обліку запасів» ведеться облік відпуску й надходження продуктів харчування на склад. Відмітки про прихід та відпуск продуктів матеріально відповідальна особа зберігає усі накладні, а опісля передає їх разом з реєстром до бухгалтерії. На другому примірнику реєстру бухгалтер ставить підпис про прийняття документів.

Видача продуктів харчоблоку здійснюється через кухаря на підставі «Меню-вимог на видачу продуктів харчування». Окреслені меню-вимоги носять профілактичний і певною мірою імовірний характер, адже формуються на основі попередніх статистичних даних про кількість хворих у відділеннях. Підготовка відомостей про кількість хворих в медзакладі, обчислення кількості продуктів необхідної для харчування та підготовка заявки на їх видачу здійснюється за таким алгоритмом:

- станом на 9 годину ранку старші медичні сестри з відділень формують відомості стосовно наявності хворих за групами хворих, формою і номерами столів (дієт) і здають їх дієтсестрі;
- на основі даних, отриманих з відділень, лікар-дієтолог складає зведену форму в цілому по лікарні з розбивкою за дієтичними столами;
- на основі акумульованих даних про кількість хворих та призначень і норм харчування лікар-дієтолог складає меню-розкладку, що є розрахунком витрачання певних продуктів для приготування страв;
- на підставі підсумкових даних оформляється «Вимога на видачу продуктів харчування зі складу (комори)» або меню-вимога;
- видача харчових пайків після їх складання з харчоблоку у відділення здійснюється за «Відомістю на відпуск у відділення раціонів харчування для хворих». Ця довідка складається дієтологом, підписується укладачем і кухарем. Факт надходження продуктів харчування для обідів, сніданків і вечерь окремими структурними частина підтверджується підписом відповідної особи.

Облікове відображення надходження продовольчих товарів ведеться в «Накопичувальній відомості з надходження продуктів харчування», яка складається окремо в грошовому виразі і кількісному представленні. Після закінчення місяця ці відомості підсумовуються. Результати цього зведення звіряються з бухгалтерією постачальників і переносяться в Загальний журнал.

Облік виданих продовольчих товарів за кожною матеріально відповідальною особою ведеться в «Накопичувальних відомостях витрачання продуктів харчування», яка складається на підставі вимог стосовно видачі зі складу продуктів харчування або меню-вимог. Після закінчення місяця зведення цієї інформації прирівнюються з фактичними даними наявних хворих і переносяться в накопичувальні відомості споживання харчових продуктів. Для проведення аналітичного обліку продуктів харчування відбувається реєстрація даних за матеріально відповідальними особами згідно найменувань, сортів й вартості на основі накопичувальних відомостей. В оборотних відомостях підраховуються місячні обсяги використання та визначаються залишки продуктів харчування, результати яких звіряються з даними головного журналу.

Відпуску медикаментів та продуктів харчування в закладі ОЗ вимагає від управлінського апарату організації системи постійного внутрішнього контролю за здійсненням відповідних операцій. Це перш за все важливим етапом управління, адже для реалізації медикаментів та продуктів харчування залучена велика кількість осіб. Особливої уваги заслуговує контроль за відпуском медичних препаратів, адже їх несанкціоноване використання може призвести до негативних наслідків для здоров’я та життя пацієнтів медичного закладу.

2.3. Теоретико-методичні засадив внутрішнього аудиту медикаментів та продуктів харчування неприбуткового медичного закладу

Достовірна облікова інформація служить надійним та необхідним джерелом для ухвалення ефективних управлінських рішень за наявної розбалансованої економіки внаслідок пандемічної ситуації та військових дій. Тому формування надійного обліково-аналітичного забезпечення процесу внутрішнього аудиту доходів й витрат неприбуткових медичних закладів є однією з передумов успішної діяльності підприємства.

Одним з найважливіших складових ефективного функціонування неприбуткового медичного закладу є проведення внутрішнього аудиту доходів й витрат. З цієї причини особливої актуальності набуває питання організації та методики внутрішнього аудиту на окреслених підприємствах.

Аналітичне та облікове забезпечення при проведенні внутрішнього аудиту доходів й витрат неприбуткового медичного закладу впливає на формування основного плину інформації та оцінювання імовірнісних ризиків закладу. Тому для подальшого ефективного функціонування підприємства досить важливо сформувати спеціалізований відділ внутрішнього аудиту.

Тому тримані медикаменти, грошові кошти на лікарські засоби та продукти харчування неприбуткового медичного закладу стають об’єктом внутрішнього аудиту і досліджуються з метою раннього виявлення та попередження ризиків спотворення витрат та доходів [26].

Окреслені особливості застосування інформації про доходи й витрати неприбуткового медичного закладу створює низку вимог до даних з метою їх ефективного відображення в обліковому та аналітичному процесі. Критерії якості інформації у медичному закладі наведені на рисунку 2.3 з виокремленням характеристики якості та основним її поясненням.

Рис. 2.3. Показники якості облікової й аналітичної інформації стосовно доходів та витрат неприбуткового медичного закладу

Отож інформаційне забезпечення для проведення внутрішнього аудиту медикаментів та продуктів харчування неприбуткового медичного закладу є важливою передумовою ефективного функціонування закладу ОЗ у двох аспектах, а саме пацієнти забезпечені необхідними ліками та продуктами харчування у відповідності до медичної дієти та ресурси держави спрямовані на забезпечення медичної системи використовуються правильно та за призначенням [25].

У сьогоденні проведення аудиторської перевірки неприбуткового медичного закладу регулюється низкою нормативних та законодавчих документів. Важливо відмітити, що існує значна відмінність між державним аудитом та внутрішнім аудитом у медичних закладах. Основною метою внутрішнього аудиту є виявлення порушень з метою їх виправлення та ефективного функціонування медичного закладу. Правове регулювання внутрішнього аудити неприбуткового медичного закладу класифікують за способом регулювання на чотири рівні. Систематизація законодавчого та нормативного регулювання внутрішнього аудиту подана на рисунку 2.4. Також на цьому рисунку наведено змістовну та структурну схему аналізу

медикаментів та продуктів харчування при проведенні внутрішнього аудиту розроблену Н. Г. Красніковою [25, с. 141].

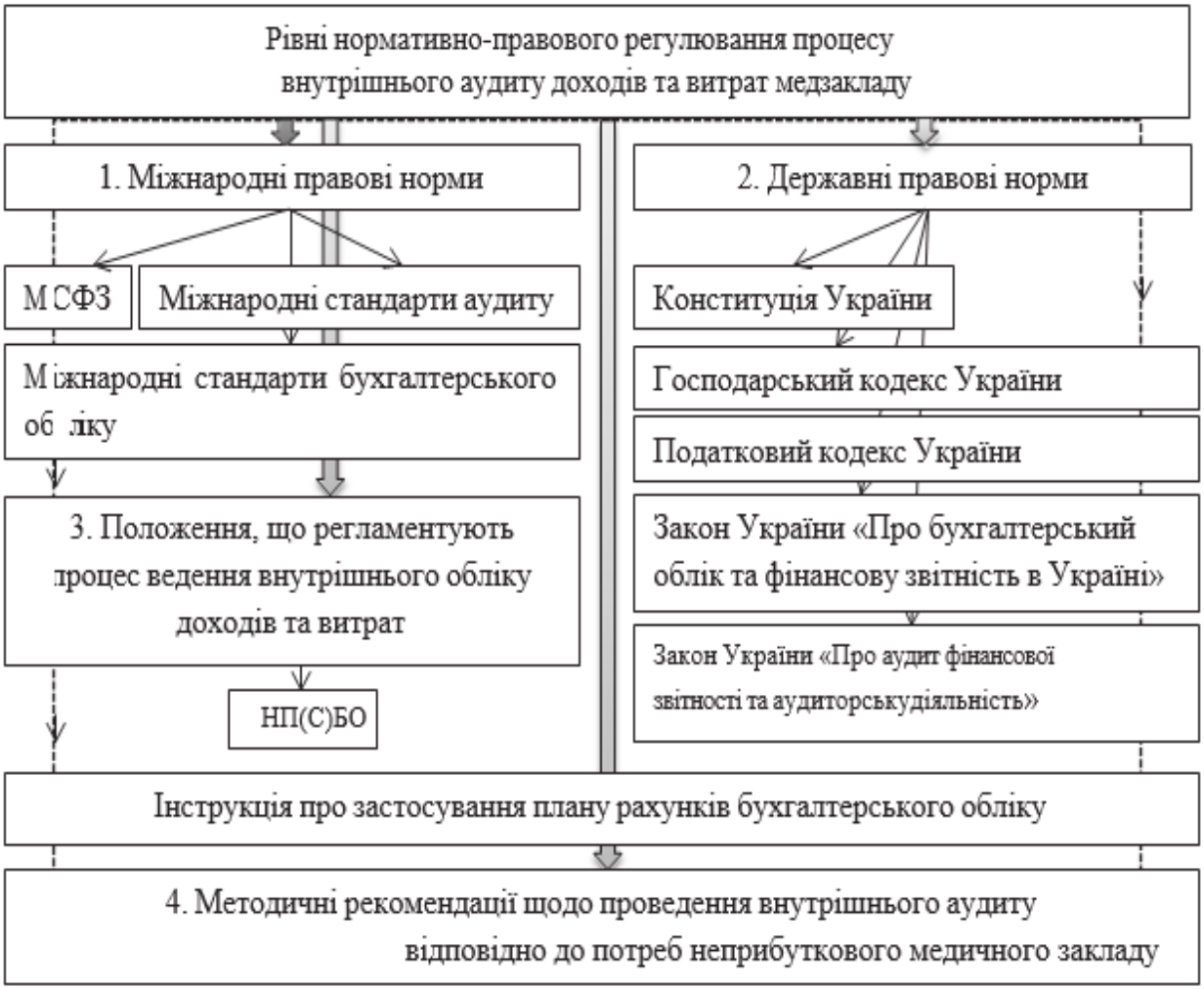

Рис. 2.4. Нормативно-правове регулювання проведення внутрішнього аудиту медикаментів та продуктів харчування неприбуткового медичного закладу

Специфіка діяльності неприбуткового медичного закладу впливає на особливості організації облікової та аналітичної системи, адже створює передумови для застосування медичних препаратів та продуктів харчування. Дипломне дослідження ґрунтується на матеріалах аудиторської перевірки комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня №2». Медичний заклад надає медичні послуги в стаціонарній та поліклінічній службі. Стаціонарна служба складається з ряду відділень, а саме: анестезіології та інтенсивної терапії, невідкладної медичної допомоги, серцево-судинної хірургії, операційне, спеціалізоване кардіологічне

відділення, терапевтичне, урологічне, хірургічне, неврологічне. Усі ці відділення вимагають застосування різних медикаментів та продуктів харчування. Основою облікового і аналітичного забезпечення роботи неприбуткового медичного закладу є системний підхід. Побудова системи взаємопов'язаних елементів дозволяє створити інформаційний потік, що створює поле для ефективного використання інформації.

Облікова та аналітична інформація є важливим підґрунтям для інформаційного забезпечення аудиторської перевірки. Без добре сформованої та високоякісної бухгалтерської та аналітичної підтримки внутрішнього аудиту аудитори не зможуть зібрати необхідні факти порушень або підтвердження правильності дій для проведення якісного аудиту облікових процесів організації та управління витратами та доходами.

Крім того, система забезпечення бухгалтерського обліку та аналізу внутрішнього аудиту доходів й витрат некомерційних медичних установ вважається складним процесом обліку, аналізу та аудиту, і існує певний взаємозв'язок через потік інформації в процес. Формувати та передавати обліково-аналітичну інформацію для забезпечення ефективності управлінських рішень.

На основі операційної, статистичної, фінансової та управлінської інформації формується бухгалтерське аналітичне забезпечення внутрішнього аудиту доходів і витрат медичних закладів, що дозволяє скласти інформаційне підґрунтя для подальшого управління медикаментами і продуктами харчування та максимізації прибутку підприємства.

Система облікового та аналітичного забезпечення внутрішнього аудиту медикаментів й продуктів харчування неприбуткового медичного закладу включає ряд підсистем, а саме: інформаційні ресурси, облікові ресурси, аналітичний блок та контроль. Сумарно всі окреслені складові мають чіткі визначені цілі й завдання, проте їх визначальною характеристикою є надавати інформацію про доходи та витрати на медичні препарати та продукти харчування а для подальшого прийняття управлінських рішень.

Рисунок 2.5 відображає основні компоненти системи й підсистем облікового та аналітичного забезпечення внутрішнього аудиту доходів та витрат неприбуткового медичного закладу.

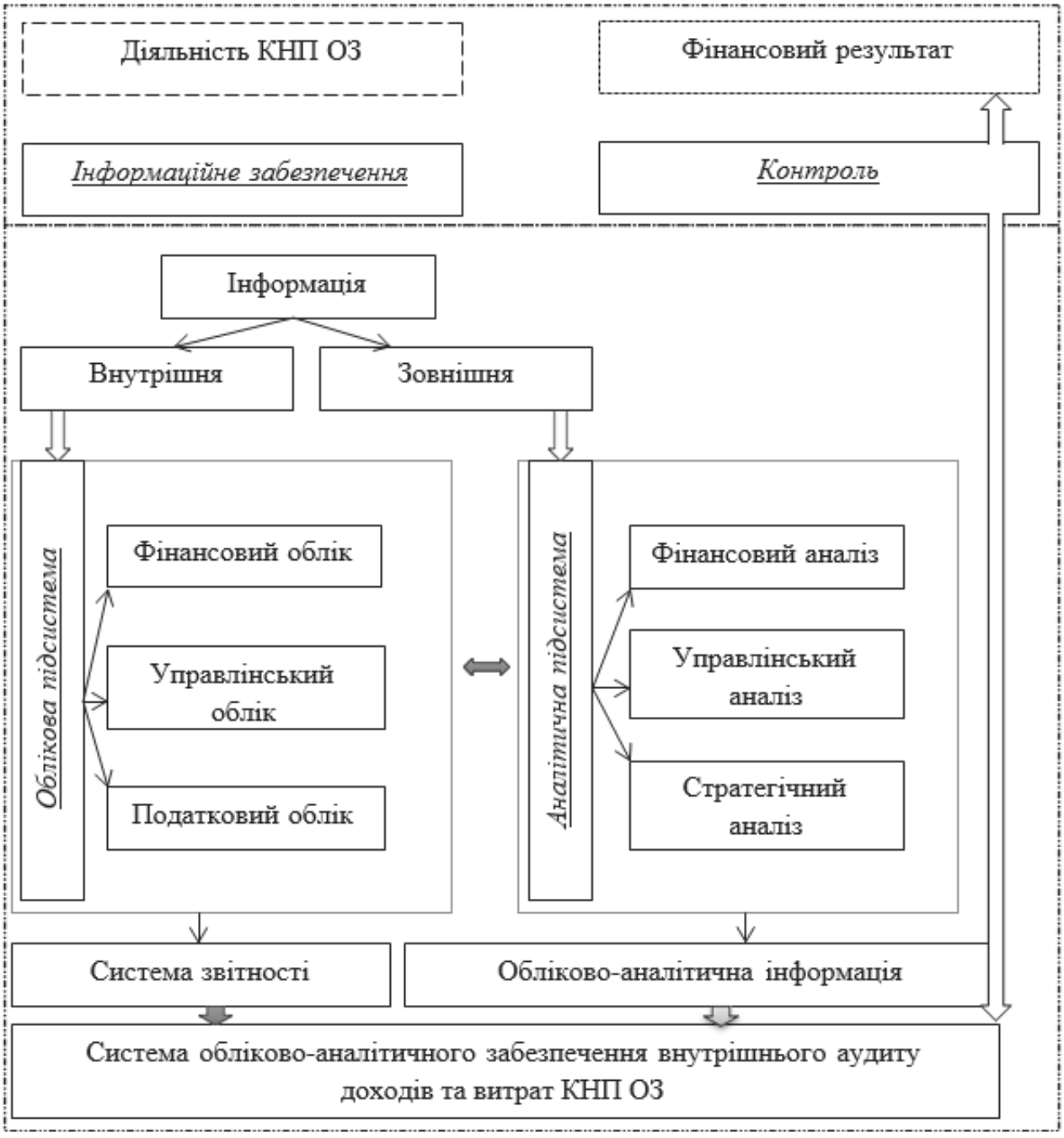

Рис. 2.5. Основні складові системи й підсистеми облікових та аналітичних ресурсів внутрішнього аудиту медикаментів й продуктів харчування

Для ефективної роботи облікової і аналітичної служби забезпечення аудиторської перевірки необхідно розробити алгоритм здійснення внутрішнього аудиту доходів і витрат неприбуткового медичного закладу з

деталізацією за об'єктами і методами обліку, предметом і завданнями, інформацією окреслено у обліковій політиці та положеннях, робочому плані рахунків обліку та внутрішніх документах. На рис. 2.6. наведено алгоритм проведення внутрішнього контролю окреслених витрат та доходів.

Рис. 2.6. Послідовність здійснення внутрішнього аудиту доходів й витрат неприбуткового медичного закладу [25, с. 143]

Сформована послідовність аудиторської перевірки витрат на медикаменти та продукти харчування дозволяє зменшити витрачання ресурсів для проведення перевірки, збільшити економічність дослідження, раціональніше застосовувати ресурси. Такий підхід сприятиме запобіганню можливим ризикам у діяльності медичного закладу та збільшенню рівня отриманого прибутку.

Відтак, окреслена послідовність вплине на ефективне та злагоджене облікове й аналітичне надання інформації для внутрішнього аудиту, що є ключовим інструментом для забезпечення належної економічної ефективності медичних закладів та поліпшення якості надання медичних послуг і збільшення показників здоров'я населення.

Висновки до розділу 2

У світовій практиці організації аудиторської перевірки медичних закладів особлива увага приділяється саме вивченню питань стосовно виникнення витрат з метою попередження нецільового витрачання коштів, медикаментів та продуктів харчування й попередження шахрайства адже медична система є однією з найбільш фінансованих сфер як з бюджету держави так і з страхових організацій.

Інформаційне забезпечення аудиторської перевірки медикаментів та продуктів харчування на основі облікових даних становить основу ефективної перевірки та показує найбільш проблемні ланки у організації роботи медичного закладу. Адже саме правильна організація обліку запасів сприятиме ефективній роботі структури та попереджатиме нецільове використання, крадіжки, протермінування та сприятиме злагодженій роботі системі та більш ефективній діяльності неприбуткового медичного закладу.

Проведення внутрішнього аудиту медикаментів та продуктів харчування забезпечуватиме зменшити рівень витрат неприбуткового медичного закладу, що в подальшому сприятиме запобіганню можливим ризикам у роботі закладу ОЗ.

РОЗДІЛ 3. Управління неприбутковим медичним закладом

3.1. Публічне адміністрування та управління неприбутковим медичним закладом

В сучасних умовах існування закладів ОЗ все складнішим стає процес прийняття управлінських рішень та їх реалізація. Зміни, що відбуваються в закладах ОЗ, а саме зростання попиту пацієнтів на якісну медичну допомогу, обмежене фінансування медичних закладів, поширення інформації про сучасні методи лікування й діагностики створюють новітні вимоги стосовно учасників медичних відносин [48].

У рамках проведення медичної реформи запропоновано передати функції замовників медичної допомоги агенції, яка б розподіляла за рахунок платних послуг фінансові ресурси. У результаті держава переходить від підтримки мережі постачальників безкоштовних медичних послуг до закупівлі послуг у цій мережі. Медичні заклади визначаються як постачальники послуг, а пацієнти – як споживачі медичних послуг.

Згідно з реформою, передбачається утворення автономного замовника послуг, тобто автономного постачальника, який на підставі укладеного договору продаватиме замовнику медичні послуги. Як результат створено орган контролю за медичною сферою. Тому уряд спрямував свою ціль на створення єдиного ринку медичних послуг, що об’єднає всіх надавачів (установи, заклади ОЗ), особливо приватні медичні центри, установи, аптеки тощо [9] .

Однак у трикутнику балансу дій споживач-клієнт-постачальник (рис. 3.1) відсутній вагомий елемент – інноваційний компонент. Існуюча національна модель цих відносин є недосконалою, оскільки інноваційний національний виробник (нових ліків, виробів медичного призначення) фактично не задіяний, а клієнт, який обслуговується, практично відсутній, оскільки він інтегрований з постачальником та забезпечує їх утримання.

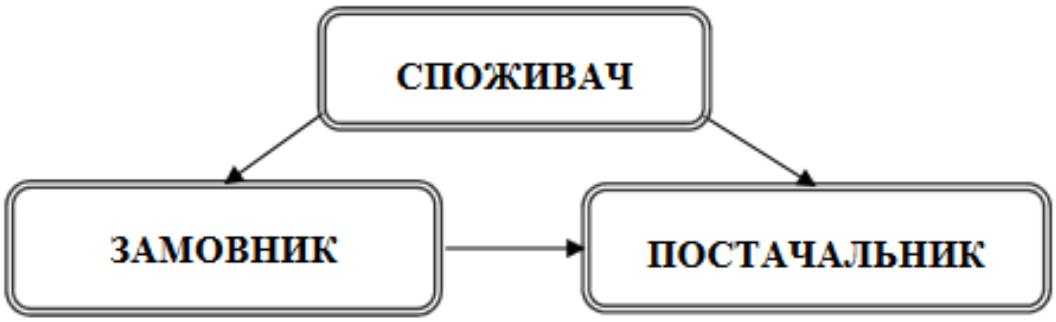

Рис. 3.1. Взаємовідношення споживач-замовник-постачальник у медичній системі

Така ситуація не сприяє вирішенню серед усіх зацікавлених сторін конфлікту інтересів. Це зумовлює низькі результати надання медичної та високої вартості національної ОЗ [10].

Тому необхідно запроваджувати інноваційні професійні методи та елементи менеджменту, адаптовані до трансформаційних процесів у медичній галузі, з метою покращення якісних показників різних складових системи управління медичними закладами: кваліфікаційного ступеня медичного персоналу; сучасне обладнання, інноваційно-інформаційні технології та автоматизована електроніка Удосконалення системи обробки інформації та систематичне підвищення якості та цілісності медичної інформації, щоб якомога повніше задовольнити потреби споживачів та забезпечити повний спектр високоякісних послуг.

Для того, щоб організація чи установа усіх форм власності чи сфери діяльності працювали відповідно до поставлених цілей, їх діяльність має бути впорядкована, скоординована, організована, тобто керована відповідно до перевіреної місії. Одним із найнагальніших завдань управління сферою ОЗ в процесі проведення медичної реформи є досягнення такої мети – за умови значної економії ресурсів внаслідок воєнних дій, забезпечити надання високоякісних медичних послуг і зробити їх доступними для усього населення.

Для того, щоб інформація комунальних установ використовувалася правильно, необхідно встановити певні правила норм, регламентувати

діяльність організаційних структур. Тому кожна установа потребує системи адміністрування своєї діяльності.

Організація адміністрування як процесу передбачає регулярну координацію поставлених завдань у зв’язку з людьми, що їх виконують. Без належної формальної координації різні рівні, функціональні напрями та окремі структурні підрозділи можуть легко Модернізувати управління та державне управління в системі ОЗ зосередитися на забезпеченні власних інтересів, а не на інтересах організації в цілому.

Отже, адміністрування – це діяльність, зв’язана з управлінням установою в цілому, її функціональною діяльністю, ресурсним забезпеченням, закріпленою сферою завдяки застосуванню адміністративних методів управління. Адміністрування включає: планування (постановка цілей і завдань); організація (створення формальної структури підпорядкованості та розподілу функцій між підрозділами та організаційно-розпорядча діяльність); управління (оперативне прийняття рішень у формі наказів, розпоряджень, забезпечення злагодженості взаємодії всіх підрозділів); облік; контроль; аналіз; налагодження системи документообігу; матеріально-технічне забезпечення.

Методи управління поділяються на організаційні та оперативно-розпорядчі [16]. Організаційний вплив відображає статику управління, з його допомогою визначається організаційна структура управління, розподіляються права, повноваження, відповідальність в апараті управління, що передбачається в довгострокових актах статутах, положеннях, правилах, інструкціях. , тощо. Організаційний вплив передбачає організаційне регламентування, стандартизацію та організаційно-методичне інструктування. Методи адміністративного впливу відображають динаміку процесу управління. Регулюючий вплив це пряма адміністративна вказівка, яка має обов'язковий характер і адресована підконтрольним об'єктам або особам.

Механізм управління закладами ОЗ створюється та обмежується правовими актами, методичними вказівками та стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного потенціалу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного забезпечення, документообігу, ґрунтується на загальних закономірностях і принципах соціального управління та використовує певні інструменти, які систематизовані нами в табл.3.1 [30, с. 177]

Таблиця 3.1

Об’єкти й інструменти адміністрування неприбуткового медичного закладу [30, с. 177]

Об’єкти	Інструменти
Надання медичних послуг	Стандарти надання медичної допомоги, клінічні протоколи, програми медичних гарантій, порядок надання медичних послуг лікарям первинної ланки, табель матеріального і технічного оснащення, клінічні та експертні параметри якості, карти лікування пацієнтів, договори про оплату медичних послуг, картки на прийом до лікаря, журнал обліку процедур, картки диспансерного нагляду
Фінансування медичного закладу	Договір з Національною службою ОЗ; декларація про медичне обслуговування для населення, фінансування за рахунок бюджету, програмно-цільовий метод
Управління медичним закладом	Стратегія розвитку медичного закладу, статут медичного закладу, колективний договір, стандарти управління якістю, положення про структурні підрозділи, документи про освіту керівників
Управління людськими ресурсами	Посадові інструкції, договір стосовно надання послуг, листки тимчасової непрацездатності, атестаційний листок, положення про прядок проведення атестації лікарів, документальні профілі для лікарів та медперсоналу, етичний кодекс лікаря, медичної сестри, план-графік з питань навчання охороні праці
Управління інформаційними ресурсами	Електронна система ОЗ, мережа «E-Health»

Взаємодія з стейкхолдерами	Укладення договорів з іншими закладами ОЗ, анкетування пацієнтів, створення спільних комунальних підприємств, договір про спільну діяльність.

Узагальнено адміністрування у сфері ОЗ складається з таких векторів, а саме: економічного (забезпечення функціонування облікової, фінансової, а також інвестиційної діяльності); мотиваційного (розроблення командно-адміністративних, економічних та соціальних методів мотивування працівників); організаційного (забезпечення безперервної та ефективної роботи організаційної структури); правового (забезпечення галузі виконанням законів, постанов, правил, норм та стандартів).

Ефективність роботи медичного закладу залежить ід його кадрової політики та сприяння навчанню персоналу, покращенню їх мотивації. Адже від професіоналізму пацієнтів залежить якість, своєчасність та доступність медичної допомоги [30].

З часів реформування української галузі ОЗ точиться дискусія про стан адміністрування закладів ОЗ та управління ними, а також про відповідність освіти посадам. Сьогодні головний лікар медичного закладу виконує як адміністративні, так і лікувальні функції. Хоча ці заклади підтримуються державою, це величезна робота. Тому слід брати за приклад розвинуті країни, де функції менеджменту побудовані так, що питаннями управління займаються менеджери, медичними процедурами займаються медичні експерти тощо [28]. 2019 рік став вирішальним при проведенні реформування медичних закладів.

Однією із ключових реформ в управлінні медичним закладом стало розмежування функцій та повноважень у медичному закладі. Ця реформа вступила в дію в 2022 році, згідно якої медичний директор розпоряджається медичними питаннями, а директор установи – господарськими [18]. Генеральний або медичний директор медичного закладу для перебування на посаді з 2022 року повинні здобути менеджерську або управлінську освіту у

одній із двох галузей знань «Публічне управління та адміністрування» або «Управління та адміністрування» [49].

Як зазначалося раніше, питання кадрового забезпечення ОЗ є актуальним не лише для медичних закладів, а й є основою національної політики, в рамках якої важливим завданням є розробка програм навчання відповідно до європейських вимог. Це дасть змогу виробити єдиний підхід до встановлення відповідності між назвами посад та кваліфікаційними вимогами і характеристиками спеціальностей. Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» складається з ряду адміністративних посад, а саме директора, директора з медичного обслуговування населення, експертизи тимчасової непрацездатності, дитинства та пологової роботи, поліклінічної роботи.

3.2. Управління якістю неприбуткового медичного закладу

Сучасні процеси децентралізації і проведення реформ місцевого самоврядування висунули нові вимоги до якості та ефективності діяльності закладів ОЗ, що безпосередньо впливає на рівень соціально-економічного розвитку як окремих медичних закладів, так і мережі в цілому. Нові українські реалії спонукають до прийняття рішень щодо докорінного вдосконалення існуючих моделей управлінської діяльності на місцевому рівні, зокрема в медичних закладах [52, с. 64].

Доцільно зазначити, що медичні заклади – це установи, які здійснюють діяльність у сфері ОЗ, сприяють розвитку медицини як науки, здійснюють заходи щодо підтримки здоров’я та надають медичну допомогу людям шляхом вивчення, діагностики, лікування та можлива профілактика захворювань [12, с. 34].

Таким чином, в сучасних умовах повномасштабної війни та пандемії все гостріше постає питання максимально ефективного управління медичним

закладом та використання його ресурсів в умовах значної нестачі бюджетних коштів. Сучасні підходи до управління організацією можна спроектувати і на сферу ОЗ. Публічне управління неприбутковим медичним закладом – це управління, об’єктом якого є складна, соціально-технічна відкрита динамічна система. Сама специфіка об'єкта надзвичайно ускладнює управління ним. До основних рис управління неприбутковим медичним закладом відносяться: особлива відповідальність за прийняті рішення, від яких залежить життяй збереження здоров'я людей, труднощі, а іноді і неможливість передбачити віддалені наслідки. Покращання форм й методів управління неприбутковим медичним закладом відбувається на різних рівнях, а саме цьому сприяють прийняття різних законодавчих та нормативних актів стосовно організації роботи закладу ОЗ, підвищення вимог до працівників та керівників медичного закладу, розробка системи моніторингу медичних препаратів та ряд інших. Адже згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» громадяни України мають право обирати лікаря та лікувальний заклад. Водночас Концепція реформи фінансування системи ОЗ передбачає право громадян на безоплатне отримання медичних послуг на законодавчому рівні. Реалізація окреслених законних гарантій підсилюється рядом додаткових дій зі сторони держави, а саме збільшується оплата праці медичному персоналу, проводиться система моніторингу рівня надання послуг медичними працівниками, збільшується та надається вагомий вплив професійним асоціаціям, розвивається вітчизняна фармацевтична промисловість і виробництво медичного обладнання, популяризація турботи про здоров’я та життя населення.

Неприбутковими медичними закладами, які є клчовими розпорядниками бюджетних коштів, вторинної й третинної ланки укладаються договори про надання медичних послуг населенню. У таких медичних закладах створюються наглядові ради з метою контролю за витрачанням коштів та медикаментів. До складу цих рад обов’язково окрім працівників медичного закладу входять представники громадськості. До

повноважень наглядової ради входить спостереження стосовно дотримання прав пацієнтів, їх матеріального забезпечення, дотримання вимог щодо законодавства, достовірності надання медичних послуг для населення, правильності ведення фінансової та медичної діяльності [36].

Безперечно, професійна та громадянська позиція медичних працівників, об'єднаних у наглядову раду, сприятиме більш ефективній співпраці органів державної влади стосовно вдосконалення роботи неприбуткового медичного закладу. Проте варто додати про необхідність стимулювання діяльності громадських об'єднань та пацієнтів, адже відповідальне ставлення до свого здоров'я, підтримання його функцій, ведення здорового способу життя, так званої самозбереженої поведінки, залежить від кожної людини. Окрім цього, у сфері ОЗ за наявності громадянської активності сигналізуватиме державній владі про необхідність фінансового забезпечення та сприяння здоров'ю населення.

У сьогоденні важливою складовою підвищення результативності та ефективності управлінської діяльності є делегування ряду контрольних функцій громадським структурам. Організаційні структури у вигляді спеціальних об'єднань або рад приймають ряд обов'язків стосовно незалежного контролю. Відтак, адміністративне управління неприбутковим медичним закладом повинно складатись з різних елементів, а саме:

- ✓ наявність менеджменту на мікро-, мезо- та макрорівні;
- ✓ відповідність принципів організації роботи усталеним правилам територіального та культурного розміщення закладу;
- ✓ синхронність політики закладу з вектором розвитку держави;
- ✓ адміністративні регламенти публічних функцій і публічних послуги повинні ефективно використовуватися в державних системах управління;
- ✓ дотримання стандартів управління якістю;
- ✓ інтеграція різних напрямів державного управління медичними закладами;

- ✓ залучення зацікавлених сторін, а саме громадських об'єднань, населення, професійних організації до підготовки та впровадження управління ефективністю, програм розвитку та інших.

При кількісному визначенні якості медичних послуг, а також з метою наближення оцінки якості наданої медичної допомоги як загальноприйнятої категорії взаємовідносин між пацієнтом, себто споживачем медичних послуг і лікарем, виробником медичної послуги, слід відступити від медичної допомоги як процесу оздоровлення та розглянути якість медичних послуг загалом. Отже, етапи дослідження рівня якості надання медичних послуг неприбутковими медичними закладами можна представити на рисунку 3.2.

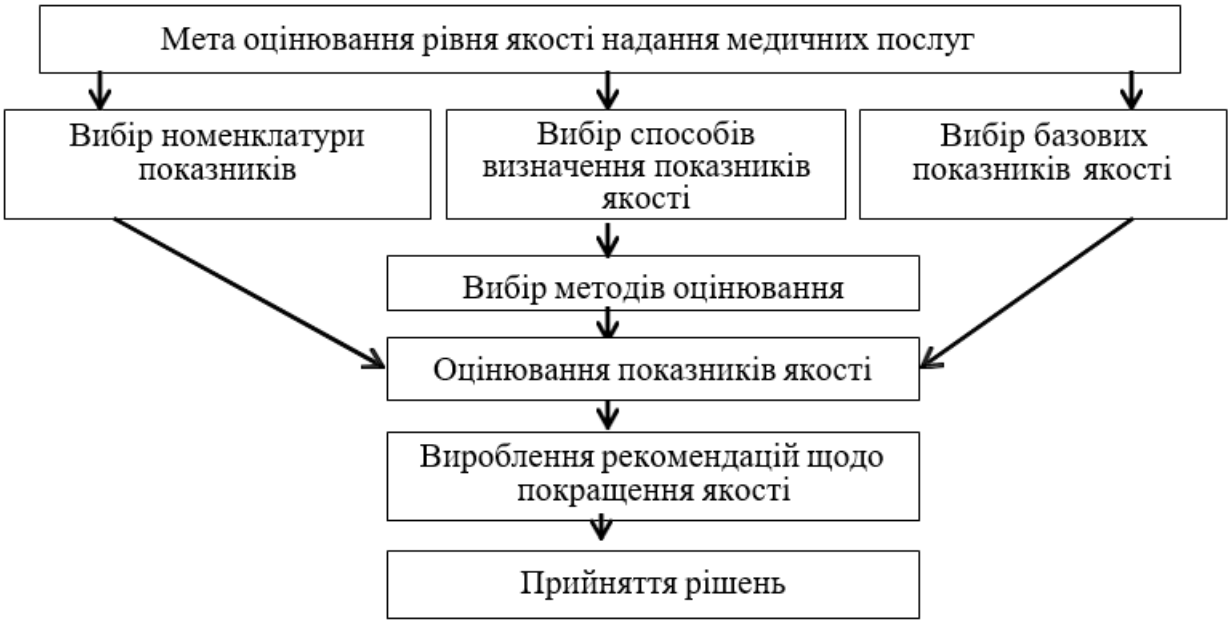

Рис. 3.2. Основні етапи оцінювання якості здійснення медичних послуг неприбутковим медичним закладом

Процес управління якістю стосовно надання медичних послуг неприбутковими медичними закладами за методологією системного аналізу можна зобразити у вигляді схеми. Така схема міститиме три блоки, а саме перший – вхідна інформація про стан зовнішнього середовища, яке визначає особливості функціонування закладу. Другий блок – властивий процес управління. Третій блок – результати менеджменту медичного закладу і курс його покращення (рис. 3.3).

Основний напрям сучасного системного аналізу діяльності неприбуткового медичного закладу складається з трьох елементів, а саме оцінювання вихідної моделі існування, дослідження діяльності медичного закладу та розробка моделі вдосконалення. Основними способами вирішення проблеми недосконалості роботи медичних закладів та їх стимулювання можна вважати розроблення та впровадження інформаційних та телекомунікаційних систем моніторингу реалізації, забезпеченості процесів та програм чи проектів на основі сучасних засобів комунікації, а саме з використанням додатку «Дія», електронних медичних карток, системи EHealth.

Рис. 3.3. Послідовність управління якістю в неприбутковому медичному закладі

Як наслідок, у сучасних умовах основними політичними завданнями державного управління та управління неприбутковим медичним закладом є злагоджена взаємодія спеціалізованих органів різних рівнів управління, запровадження фінансування на місцях переважно за фактичними результатами та стимулювання участі громадських об’єднань у розвитку та функціонуванні вітчизняної державної медицини. Теоретично це означатиме пошук збалансованого поєднання принципів старого та нового державного управління та менеджменту з метою реалізації ефективної політики надання якісної медичної допомоги в Україні.

Варто зазначити, що якість у системі ОЗ розглядається дещо у іншому розумінні. Якщо для приватних підприємств якість означає отримати постійних споживачів, які користуватимуться послугами чи будуть купляти продукцію, то в медичному закладі якість означає отримання послуг без необхідності їх повторення. У закладах ОЗ якість має три виміри. Найважливішим виміром є клінічний результат, тобто медичний аспект. Другий полягає в якості обслуговування пацієнтів, властиво в їх умовах перебування, швидкості отримання допомоги, якості медичного обладнання та медикаментів, продуктів харчування. Заключним є соціальний вимір, що відображає ступінь відповідності системи дозволеній суспільством соціальної етики в охороні здоров'я. Її зміст полягає в здатності кожного громадянина отримати якісну необхідну медичну допомогу за рахунок державного фінансування [14, с. 9].

Таким чином використання системного підходу до управління неприбутковими медичними закладами об'єднує ряд взаємозалежних елементів. Перш за все, у тісному взаємозв'язку знаходяться ресурсне забезпечення, інформаційні потоки та зовнішнє економічне, політичне, соціальне, демографічне, культурне та інфраструктурне середовище. Сьогодні, в умовах реформування, цей підхід є найбільш далекоглядним й дозволяє реалізувати на практиці методику ефективного управління на рівна медичного закладу та у вітчизняній системі ОЗ загалом [15; 46].

Незважаючи на значні дослідження ринку медичних послуг, сучасні методи моніторингу економіки сфери медичних послуг, що надаються медичними центрами, недостатньо розроблені, відсутні рекомендаційні принципи оптимальних тарифів на послуги медичних центрів з метою залучення більшої кількості пацієнтів та утримання пацієнтів. Слід зазначити, що існують суттєві відмінності між ідеальним і поточним станом систем управління охороною здоров'я. Поточна продукція системи є нестандартною, суть якої полягає в тому, що встановлені тарифи на обслуговування хворих повинні стимулювати додатковий приплив пацієнтів і

збільшувати прибуток медичного центру, тобто тарифи на обслуговування повинні призводити до підвищення ефективності та якості обслуговування пацієнтів. Важливою складовою ефективної медичної системи є отримання здорового населення. Проте здорове населення не потребує послуг медичних закладів, що в свою чергу зменшує фінансування медичних установ.

До сьогоднішнього дня якість медичних послуг не має чіткого визначення та стандартизації. ВООЗ розробила системний підхід до оцінки якості надання медичних послуг. Серед основних напрямів оцінювання ВООЗ виокремлює:

- економічну ефективність;
- відповідність застосованих медичних технологій до очікувань населення;
- рівень використання здобутків науково-технічного прогресу з метою попередження захворювань, діагностики та лікування [11].

При вдосконаленні механізму сучасної системи управління лікувальним процесом неприбуткових закладів слід обрати та використовувати такі основні принципи [22; 4]:

- ✓ гнучке співвідношення систем гарантованого та платного медичного обслуговування;
- ✓ різноманітність використання управлінських підходів (економічного, навчального, соціально-психологічного, програмно-цільового) для підвищення ефективності закладів ОЗ в контексті системи реформування;
- ✓ підвищення та вдосконалення професійного рівня медичного персоналу, його матеріального зацікавлення в отриманні позитивних динамік лікування, досягнення високих результатів при застосуванні медикаментів;
- ✓ впровадження принципів самоврядування та економічної самостійності неприбуткових медичних закладів з метою більш раціонального

використання ресурсів в результаті більшого розуміння потреб населення.

Вітчизняні науковці М. О. Щербак, О. О. Кравченко сформували схему управління якістю стосовно надання медичних послуг для медичних закладів, яка складається з вхідного інформаційного блоку, процесу управління та вихідного інформаційного блоку [54, с. 106]. Запропонована схема представлена на рисунку 3.4.

Запропонована схема, яка придатна для комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» складається з трьох блоків. Початковою інформацією для управління якістю надання медичних послуг є показники стану зовнішнього середовища та внутрішніх векторів розвитку, що становить перший блок в системі управління. Загалом нормативно-правову діяльність медичного закладу визначає Міністерство ОЗ шляхом прийняття законодавчих та нормативних актів, розпоряджень та постанов. Важливою складовою зовнішнього впливу на заклад ОЗ є Громадська рада при Міністерстві ОЗ, яка має на меті участь населення в управлінні медичною сферою з метою належного фінансування медичних установ та недопущення корупції.

Другою складовою вхідного блоку є безпосередні особливості діяльності неприбуткового медичного закладу, а саме:

- якісні показники (номенклатура, рівень доступності до медичної допомоги, якість наданих послуг, динаміка попиту на медичні послуги);
- кількісні показники (чисельність населення, обсяги наданих послуг, статево-вікова структура населення);
- показники ділової активності медичного закладу;
- кваліфікація персоналу.

Окреслена схема управління якістю для комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» ґрунтується на принципах економіко-математичного моделювання.

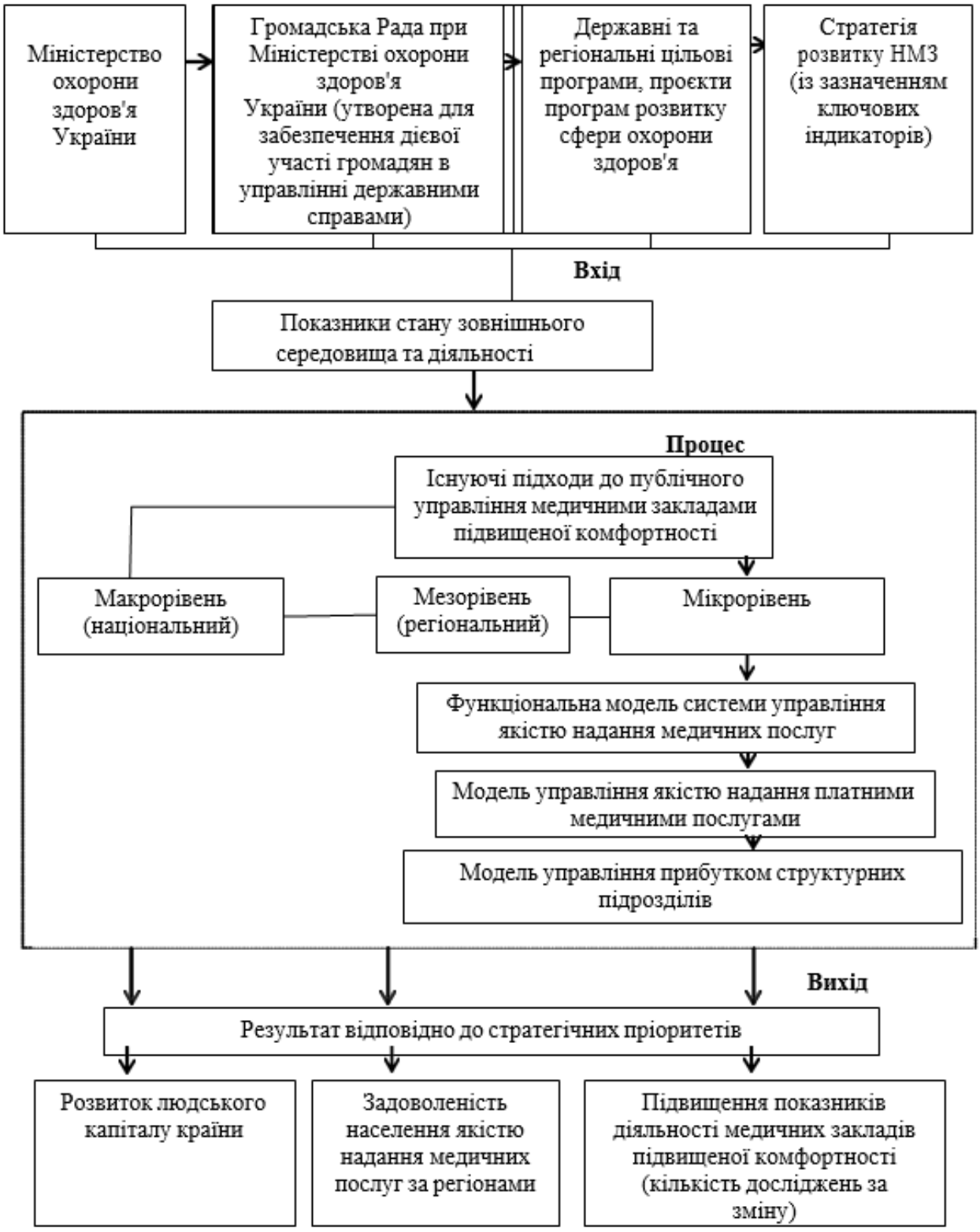

Рис. 3.4. Схема управління якістю стосовно надання медичних послуг [54, с. 106]

Першою передумовою вдосконалення порядку менеджменту якістю надання медичної допомоги є використання системного структурованого аналізу для розробки функціональної моделі управління медичною

допомогою, яка дозволяє отримати структуровану картину функцій і визначити відповідальність структурних підрозділів. , їх роль і статус у роботі медичного центру.

Другою передумовою вдосконалення системи управління якістю надання медичних послуг є розробка економіко-математичної моделі для визначення оптимальних тарифів на ці послуги. Модель узгоджуватиме інтереси держави, комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» та його пацієнтів (існуючих та потенційних) шляхом розрахунку індивідуальних умов обслуговування, пільгових тарифів та необхідного обсягу послуг. При цьому фактори зовнішнього середовища повинні враховуватися максимально комплексно і гнучко, щоб досягти оптимального надання медичних послуг та його доступності.

Результатом роботи цієї системи для комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» є покращення якості життя та здоров’я населення, задоволеність якістю надання медичних послуг за регіонами; розвиток людського капіталу. Таким чином, дана система управління дозволяє вирішувати завдання підвищення конкурентоспроможності за рахунок збільшення віддачі та прибутковості інвестицій, що дозволяє залучати кваліфікований медичний персонал та постійно оновлювати медичне обладнання. У свою чергу, покращення економічних показників є найбільш доцільним для досягнення бажаного клінічного результату при раціональному використанні ресурсів некомерційного медичного закладу, що дозволить збільшити швидкість обслуговування пацієнтів за рахунок правильної організації процесів надання медичної допомоги. .

Отже, дана система управління дозволяє вирішувати завдання підвищення конкурентоспроможності за рахунок підвищення окупності інвестицій і прибутковості, залучення кваліфікованого медичного персоналу та постійного оновлення медичного обладнання. У свою чергу, покращення

економічних показників є найбільш доцільним шляхом досягнення очікуваних клінічних результатів шляхом раціонального використання ресурсів некомерційних медичних закладів, що дозволить збільшити швидкість надання медичної допомоги пацієнтам за рахунок правильної організації процесу лікування.

Отже, можна підсумувати, що державний механізм і спосіб впливу на ринок медичних послуг з метою збільшення його активності має базуватися на виборі державою оптимальної моделі подальшого розвитку сфери медичних послуг, методів пошуку ефективних лікарських засобів, лібералізації медичного ринку, водночас зберігаючи державний контроль за основними показниками його функціонування.

3.3. Логістика медикаментів в управлінні неприбутковим медичним закладом

У контексті логістичного підходу організація ОЗ розглядається як система, що включає множину взаємних процесів, кінцевим методом яких є надання медичних послуг. Нинішні системні підходи до управління також визнали суттєві зміни в управлінні ресурсами здоров'я, розробку нових методів та технологій управління, основою яких є концепція логістики. Важливими аспектами логістичних технологій у медичній сфері є: можливість інвестування у стратегію та тактику формування пацієнтоорієнтованого надання медичних послуг.

Розвиток логістичних методів сприяє оптимізації інформаційних потоків, а це в свою чергу забезпечуватиме економії при використанні ресурсів та підвищенню якості надання медичної допомоги. Основною ідеєю в логістичному підході є оптимізація використання ресурсів. Перевагою застосування логістичних методів у закладах охороні здоров'я є можливість створення стратегії та тактики медичної організації та конкурентних переваг.

Застосування логістичних технологій та методів оптимізує процеси споживаних ресурсів, вдосконалює шляхи передачі інформації, покращує кість надання медичних послуг. Логістичне управління в медичному закладі має ряд особливостей, адже саме тут працюють з спеціальними ресурсами, отримання яких не може бути значно відкладено у часі. Логістичний підхід в управлінні набуває значної популярності на вітчизняних підприємствах. За аналогією з бізнес структурами у закладах ОЗ такий підхід впливає на тактику та стратегію господарюючого суб'єкта, створює конкурентні переваги та формує нові стандарти ринку медичних послуг.

Використання логістичного управління в бізнес структурах пришвидшує процес отримання необхідної інформації та її передачі. Це в свою чергу покращує якість надання послуг. За аналогією, застосування логістичного підходу в неприбуткових медичних закладах сприятиме координації діяльності усієї медичної структури. На комунальному некомерційному підприємстві «Тернопільська комунальна міська лікарня №2», внаслідок великої кількості структурних підрозділів та широкого географічного розташування використання логістичного підходу може сприяти ресурсоорієнтованості і як результат збільшенню матеріально-технічної бази.

У сучасному медичному закладі логістичне управління може здійснюватися на усіх рівнях, а саме завдяки здобуткам науково-технічного прогресу та застосуванні різних методів комунікації такий підхід властивий макро- та мікрорівням.

На макрорівні це означає перехід від об'єктно-орієнтованого управління до процесного управління з урахуванням взаємодії неприбуткового медичного закладу з суспільством й державою загалом та з іншими галузями економіки. Цей рівень управління має на увазі універсальні закономірності економічного, політичного та соціального устрою суспільства, загальні принципи здійснення правової діяльності закладів ОЗ та відповідність устрою держави. Відтак, логістика на макрорівні має на меті

вирішувати глобальні питання аналізу забезпечення медичних послуг лікарськими препаратами, створення узагальненої схеми постачання, розробку рекомендацій та правил дій, проведення інформаційного забезпечення, здійснення раціоналізації напрямків ресурсних потоків.

Основною метою кожної діяльності є отримання результату. Для медичної системи основною метою є отримання здорового населення. На найвищому рівні за якість та життя населення України покликана дбати Національна служба здоров'я України. Саме вона є центральним органом виконавчої влади, яка спрямовує свою роботу на забезпечення державних гарантій фінансування медичного обслуговування українців. Національна служба здоров'я виступає національним страховиком, який зобов'язаний співпрацювати з медичними закладами в частині забезпечення медикаментами, лікарськими препаратами та туберкуліном. Вона здійснює безпоседні розрахунки з неприбутковими медичними закладами за надані послуги та забезпечує медичними препаратами пацієнтів.

Ряд вітчизняних та іноземних науковців вважають, що логістичний підхід в медичних закладах значно затримується внаслідок відсутності ефективної системи комунікації та недостатнього використання сучасного комунікаційного обладнання. Хоча протягом останніх років електронне обслуговування значно покращилось, проте воно здебільшого зорієнтовано на комунікацію медичний заклад–пацієнт, наприклад застосунок «Дія» чи «EHealth». Тому надзвичайно важливим є розробка методів комунікації всередині медичної системи. Також перехід на логістичний підхід обмежується відсутністю теоретичної та практичної бази саме у сфері ОЗ. Для бізнес-структур такі концепції є розроблені у повному обсягу, а медична сфера вимагає врахування галузевих особливостей застосування.

Перевагою логістики в охороні здоров'я є її здатність впливати на тактику й стратегію медичної організації. Це може створити нові конкурентні переваги на ринку надання медичних послуг шляхом прискорення процесів передачі й отримання інформації стосовно необхідних ресурсів. Загалом

такий підхід призводить до підняття якості надання медичних послуг шляхом координації всіх зусиль щодо ресурсного забезпечення (рис. 3.5).

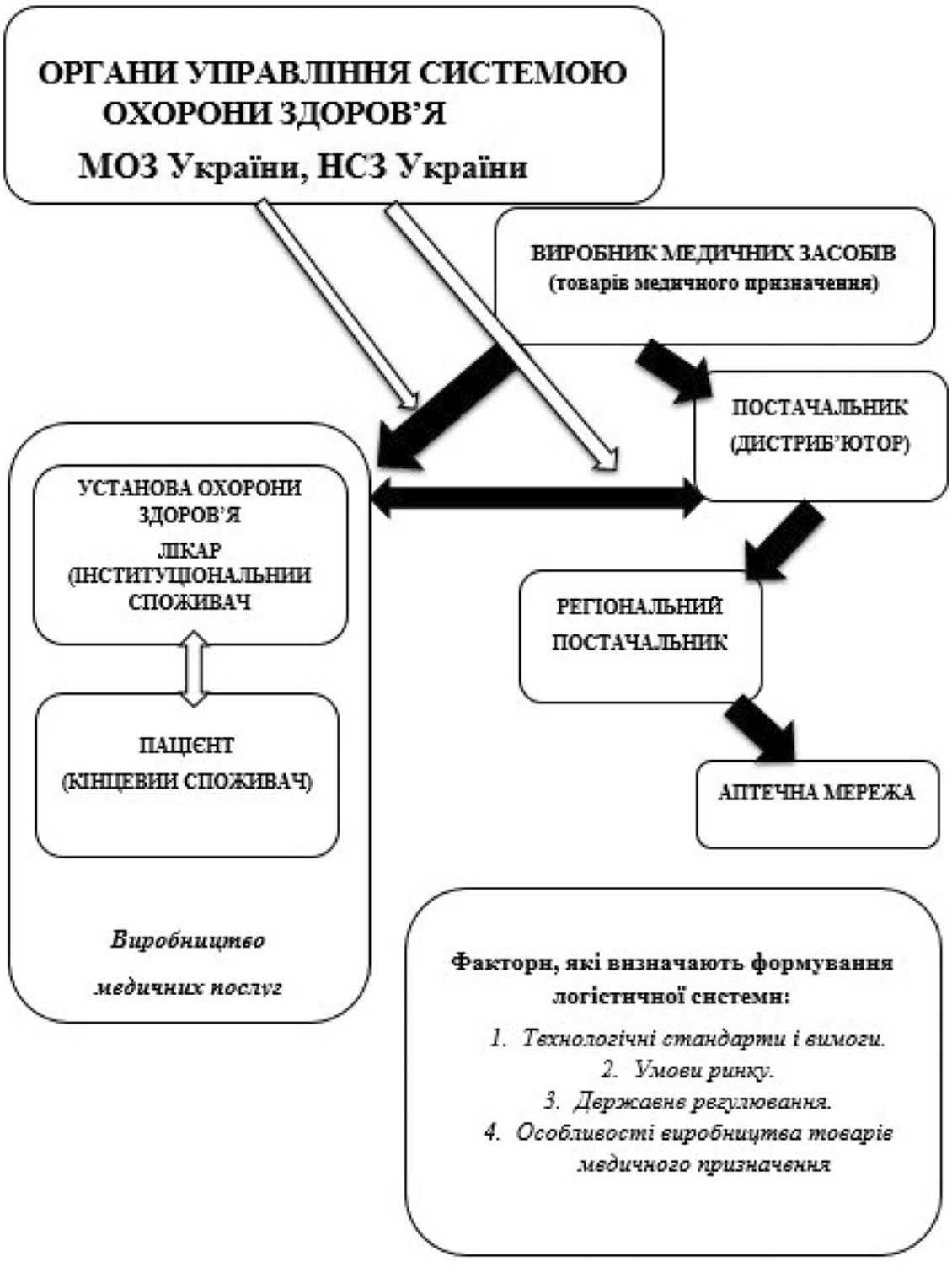

Рис. 3.5. Схема логістики у неприбуткових медичних закладах

На рисунку 3.5 представлено узагальнену схему логістики в неприбутковому медичному закладі, яка відображає напрями комунікації від найвищого органу управління до кінцевого споживача. Органи управління

системою ОЗ формують вимоги до постачальників та виробників медичних препаратів, які в свою чергу на основі визначених потреб здійснюють постачання до закладів ОЗ або регіональних постачальників. У закладах ОЗ необхідна теж логістична система з метою ефективної та швидкої комунікації між складами та відділами і пацієнтами.

У сучасному стратегічному управлінні керування ресурсами та їх доставкою є однією із складових ефективного менеджменту та стратегічного управління [19]. Стратегічний план неприбуткового медичного закладу поєднує у собі ряд узгоджених напрямів управління. Для реалізації стратегічного управління використовують програмно-цільовий підхід для реалізації мети.

У світовій практиці найбільш результативним логістичним методом вважається «Just in time» або «строго в термін». Саме такий метод дозволяє оптимізувати необхідні показники часу для отримання медикаментів та продуктів харчування у кожному структурному підрозділі. Це забезпечує безперервність медичних процесів адже необхідні медикаменти та продукти харчування надходять вчасно, вони не залежуються та протерміновуються. Водночас окреслений метод дозволяє оптимізувати обсяги поставок, тобто витрат бюджету. Належно побудована логістична система дозволяє швидко доставити необхідні медикаменти зі складів до пацієнтів. Вітчизняні науковці А. В. Коломоєць, В. М. Михальчук, О. К. Толстанов, З. В. Гбур запропонували схему логістичного підходу «строго в термін», яка подана на рисунку 3.6 [22, с. 206].

Основною відмінністю такого підходу є відсутність жорстких графіків поставок ресурсів, натомість необхідні медикаменти та продукти харчування доставляються в короткостроковому періоді на замовлення структурного підрозділу. Запровадження управління на основі логістичного підходу дозволить знизити обсяги запасів спеціальних медикаментів із обмеженим терміном призначення, знизити вартість медичних послуг, зменшити втрати

медикаментів внаслідок псування, забезпечити якість надання медичних послуг та пацієнтоорієнтованість [1].

Рис. 3.6. Схема логістичного підходу «строго в термін» [22, с. 206]

Для ефективного управління усіма процесами в закладі ОЗ необхідно сформувати план, який міститиме такі розділи:

1. Вхідна інформація (закони, постанови, стандарти надання медичних послуг);
2. Види надання медичних послуг;
3. Аналіз процесів;
4. Управління та коригування.

Окрім основних процесів управління неприбутковим медичним закладом можуть також відбуватись і проміжні процеси, які полягають в менеджменті персоналу, матеріально-технічних ресурсів, маркетингом та інші.

Логістичне управління в неприбутковому медичному закладі може здійснюватися на основі ряду принципів, які представлені в таблиці 3.2.

При логістичному плануванні медикаментів та продуктів харчування загальний план складається з ряду додаткових планів. Систему планів неприбуткового медичного закладу можна поділити на такі складові:

1. Стратегічний план. Розробляється з врахуванням потреб населення та нормативно-правової бази.
2. Середньостроковий план. Розробляється з метою вирішення поточних проблем діяльності.
3. Стратегічні плани окремих структурних підрозділів.
4. Оперативний план або проєкти.

Стратегічний план включає місію та головні цілі, які визначають майбутню позицію організації та окреслюють діяльність. Він є орієнтиром для рішень нижчого керівництва, загальній меті діяльності закладу. Орієнтири сформовані у стратегічному плані, деталізуються в поточній діяльності, які називаються місіями. При формуванні плану діяльності підпорядкованого йому підрозділу кожен керівник нижчого рівня орієнтується на цілі та плани, сформульовані керівником вищого рівня.

Таблиця 3.2

Основні принципи логістичного управління

Принцип	Визначення
Єдність	Системний характер планування. Усі елементи планування в медичному закладі є взаємопов'язаними складовими, адже відділи та підрозділи знаходяться у тісному зв'язку (наприклад хірургічне – гастроентерологічне відділення, реанімаційне відділення – хірургія).
Безперервність	Робота закладу ОЗ здійснюється безперервно, тому планування його діяльності та контроль за його виконанням теж не має часових меж
Гнучкість	Є у тісному зв'язку з принципом безперервності. Дозволяє змінювати та корегувати план діяльності в залежності від зовнішніх обставин та внутрішніх факторів
Точність	При розробленні планів та програм повинно максимально детально враховуватись особливість діяльності медичного закладу.
Участь	Полягає в залученні кожної ланки функціонування медичного закладу до участі в управлінні. Даний підхід передбачає, що кожна зацікавлена особа має мати змогу комунікувати при складанні плану та стратегії розвитку.

Підходи до стратегічного планування передбачають визначення послідовності окремих етапів стратегічного розвитку та вибір методів дослідження, які будуть проводитися на кожному етапі. Це методи статистичних досліджень, експертної оцінки й економічного аналізу.

Варто зазначити, що Міністерством ОЗ ведеться постійна робота з метою вдосконалення системи медичних закупівель з метою вдосконалення поставок ліків до медичних закладів. Від правильного й оптимального їх планування залежить ефективність закупівель. Кожен неприбутковий медичний заклад, який отримує фінансування з державного бюджету розробляє власну послідовність планування та визначення потреб, оскільки має індивідуальні чинники, які на це впливають. Перш за все це джерела фінансування, щорічні потреби й особливості сприяння господарській діяльності.

Неприбуткові медичні заклади при плануванні діяльності враховують обсяг щорічних витрат, розмір фінансових ресурсів, які витрачені у попередньому році, обсяг ресурсів необхідних для інших господарських потреб. Щорічні обов’язкові витрати це ті кошти, які необхідні медичному закладу для функціонування, а саме витрати на забезпечення роботи та комунальне обслуговування. Другою складовою плану є витрати понесені в попередньому році, які можуть або повторитися в наступному, або стати передумовою для виникнення інших витрат.

Міністерство ОЗ України регламентує підходи при формуванні закупівель та планування обсягів медичних препаратів. Розрахунок медичних потреб відбувається на основі кількох методів, а саме рівень захворюваності (за цим методом для визначення обсягу враховують оптово-відпускну ціну на медикаменти) та схеми лікування (за основу беруться галузеві стандарти) .На основі цього замовник медичних препаратів обирає схему за якою буде розраховуватись потреба.

Висновки до розділу 3

Адміністрування у системі ОЗ передбачає комплексне управління закладами ОЗ, їх функціональною діяльністю, ресурсним забезпеченням, закріпленою сферою завдяки застосуванню адміністративних методів управління. Адміністрування включає: планування (постановка цілей і завдань); організація (створення формальної структури підпорядкованості та розподілу функцій між підрозділами та організаційно-розпорядча діяльність); управління (оперативне прийняття рішень у формі наказів, розпоряджень, забезпечення злагодженості взаємодії всіх підрозділів); облік; контроль; аналіз; налагодження системи документообігу; матеріально-технічне забезпечення. Адміністрування передбачає використання ряду спеціальних інструментів для досягнення якісних медичних послуг, надання бюджетних коштів або медичного обладнання чи медикаментів, управління медичним закладом чи людськими ресурсами.

Основною метою сучасного медичного закладу стосовно населення є надання якісних послуг з метою забезпечення життя та здоров’я населення. Саме тому якість надання медичних послуг стає ключовим об’єктом дослідження медичного закладу. Для комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» виокремлено основні етапи оцінювання якості надання медичних послуг, сформовано послідовність менеджменту якості та запропоновано схему аналізу якості надання послуг.

Якість надання медичних послуг у значному обсягу залежить від своєчасності отриманих медичних препаратів та послуг. Логістичне управління в системі ОЗ сприятиме ефективнішому використанню ресурсів, їх раціональному використанню, запобіганню збільшення витрат внаслідок псування медикаментів та покращенню обслуговування населення. Цей підхід в синергії забезпечуватиме покращення здоров’я та життя населення.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного дослідження управління неприбутковим медичним закладом та проведення аудиту медикаментів й продуктів харчування сформовано ряд висновків.

1. Медична система у світі є чітко сформованою та структурованою системою, яка містить ряд правил та алгоритмів дій, адже саме вона впливає на життя та здоров'я населення країни. У світовій практиці існує ряд моделей управління закладами ОЗ, проте для кожної країни вони адаптуються у відповідності до історичних подій та менталітету населення. Варто зазначити, що ефективність медичної системи значно залежить від рівня фінансування. На основі проведеного аналізу розмірів фінансування системи ОЗ у країнах Європейського союзу лідерами за фінансовим забезпеченням є Німеччина, Великобританія та Іспанія.

2. Вітчизняна система ОЗ перебуває на етапі реформування. Цьому передувало прийняття ряду законодавчих та нормативних актів, які значно покращили рівень забезпечення вітчизняних неприбуткових медичних закладів необхідними медикаментами та медичним обладнанням. Аналізуючи дані динаміки госпітальних поставок медикаментів можна стверджувати, що протягом 2019-2021 років відбувалось значне збільшення госпітального фінансування коштів від МОЗ та місцевих бюджетів. Реформа набувала позитивної динаміки та значно покривала потреби у медикаментах.

3. У світовій практиці аудиту ефективності діяльності медичного закладу приділяється значна увага. Основними напрямами аудиторської перевірки є система фінансування, методи комунікації, продуктивність праці медичного персоналу, клінічна якість, рівень кваліфікації медичного персоналу, методи управління ризиками.

4. Ефективність аудиторської перевірки в значному обсягу залежить від інформаційних ресурсів для її проведення. Тому для її належного здійснення найперше формується інформація з облікової та контрольної системи. Проведення аудиторської перевірки медикаментів закладу й

продуктів харчування спрямоване на перевірки дотримання чинного законодавства, досягнення стабільної роботи, економічної ефективності, належної оплати праці.

5. З метою ефективного проведення внутрішнього аудиту медикаментів та продуктів харчування для комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» узагальнено основні складові системи та підсистеми облікових й аналітичних ресурсів. Сформована схема містить інформаційні потоки облікової та аналітичної підсистеми з метою формування ефективного управління та достовірного аналізу неприбуткового медичного закладу.

6. Проаналізовано схему взаємозв'язку споживач-замовник-постачальник, що сприятиме їх кращому взаємозв'язку шляхом застосування ряду адміністративних інструментів. Узагальнено адміністрування у сфері ОЗ складається за рядом напрямів: економічного (забезпечення функціонування облікової, фінансової й інвестиційної діяльності); мотиваційного (розроблення командно-адміністративних, економічних та соціальних методів мотивування працівників); організаційного (забезпечення безперервної та ефективної роботи організаційної структури); правового (забезпечення галузі виконанням законів, постанов, правил, норм та стандартів).

7. В сучасних умовах функціонування особливо важливим стає якість медичних послуг з метою формування конкурентоспроможності неприбуткового медичного закладу. В результаті медичної реформи пацієнт сам обирає медичний заклад, тому якість медичного обслуговування є важливою компонентою конкурентного функціонування. Процес управління якістю надання медичних послуг неприбутковими медичними закладами за методологією системного аналізу можна представити у вигляді схеми, яка міститиме три блоки: вхідна інформація про стан зовнішнього середовища, яке визначає особливості функціонування закладу; процес управління; результати менеджменту медичного закладу та шляхи його покращення.

Такий механізм сприятиме покращенню роботи неприбуткового медичного закладу та збільшенню його конкурентних переваг.

8. У контексті логістичного підходу організація ОЗ розглядається як система, що включає множину взаємних процесів, кінцевим методом яких є надання медичних послуг. Застосування логістичного підходу у медичній системі сприятиме покращенню її функціонування, зменшить витрати бюджетних коштів та в загальній сукупності збільшить ефективність надання медичних послуг.

Список використаних джерел

1. Daw J. A better path to universal health care. The New York Times. 2019. Feb. 20. URL: https://www.nytimes.com/2019/02/20/opinion/health-care-germany.html
2. Eurostat. Revenues of health care financing schemes by health care financing schemes. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha11_hffs&lang=en
3. Light D. W. Universal health care: lessons from the British experience. *American Journal of Public Health*. Washington, 2003. Vol. 93, №. 1. P. 25–30.
4. Lippi G., Banfi G., Church S., Zaninotto M., Simundic A.-M. Preanalytical quality improvement in pursuit of harmony, on behalf of European Federation for Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) Working group for Preanalytical Phase (WG-PRE). Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. 2015. № 53 (3). P. 357—370.
5. Wallace L. S. A View Of Health Care Around The World. The Annals of Family Medicine. Leawood, 2013. Vol. 11, №. 1. P. 84
6. Барановська С.П. Обліково-аналітичне забезпечення як невід'ємна складова управління підприємством. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку : зб. наук. праць* / відп. ред. О.Є. Кузьмін. Львів : Вид-во Львівської політехніки, 2012. С. 8–11.
7. Бенько І. Д. Організація обліку та контролю фінансових ресурсів бюджетних установ. *ВНВЖ «Інноваційна економіка».* 2012. № 9.
8. Бондар, А. В. Фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах. URL : http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf.
9. Бутко М. П., Колоша В. П., Попело О. В. Особливості локалізації

економічного простору регіонів в умовах децентралізації владних повноважень. *Економіка України*. 2019. № 1. С. 60–74.

10. Бутко М., Тульчинський Р. Принципи становлення нового регіоналізму з використанням системного підходу. *Проблеми і перспективи економіки та управління: науковий журнал*. 2018. № 2 (14). С. 49–56.
11. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL : https://www.who.int/home
12. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 5 (1). С. 39–46.
13. Гайдук І. С. Обліково-аналітичне забезпечення управління економічною безпекою підприємства. *Економічний вісник університету*. 2016. Вип. 28/1. С. 33–40.
14. Горачук В. Функції управління в системі менеджменту якості медичної допомоги. *Практика управління медичним закладом*. 2016. № 3. С. 8–13.
15. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами ОЗ. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3. С. 136–142.
16. Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами до 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua
17. Дерій В. А. Нормативно-правове забезпечення обліку і контролю витрат та доходів підприємств. *МЗНП*. 2012. № 2(17). С. 77–83.
18. Дмитрук О. В. Управління адаптацією персоналу закладів ОЗ в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 5(10). С. 182–186. URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf.

19. Ефективне управління медичними закладами. Можливості MIC. URL: https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis.
20. Заіка В. Медичний менеджмент. *Практика управління медичним закладом*. 2017. № 1. С. 52–57.
21. Інформаційні матеріали для розміщення у ЗОЗ. Національна служба здоров'я України. URL : https://nszu.gov.ua/informaciini-materiali-dlia-rozmishennia-u-zoz
22. Коломоєць А. В., Михальчук В. М., Толстанов О. К., Гбур З. В. Логістика управління в сучасному медичному закладі: основні механізми організації. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 5. С. 204-211
23. Колос І. В. Внутрішній аудит як інструмент підвищення ефективності діяльності підприємства. *Проблеми теорії та методології бухгалтерського обліку, контролю і аналізу: електрон. наук. фахове вид.* 2013. Вип. 1(25). С. 126–140.
24. Короленко В. Використання клінічних індикаторів якості медичної допомоги. *Практика управління медичним закладом*. 2017. № 3. С.60–68.
25. Краснікова Н. Г. Теоретико-методичні засади обліково-аналітичного забезпечення внутрішнього аудиту доходів і витрат комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я. *Науковий погляд: економіка та управління*, 2020. № 3. С. 139-144
26. Макаренко А.П. Організація і методика аудит : навч.-метод. посібник. Запоріжжя : ЗДІА, 2015. 190 с.
27. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 6. С. 75–79.
28. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здорово-охоронної галузі. *Державне управління:*

удосконалення та розвиток. 2018. № 11. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336.

29. Міжнародні стандарти контролю якості, аудиту, огляду, іншого надання впевненості та супутніх послуг : Видання 2016–2017 року. URL: https://www.apu.net.ua/1151-miznarodni-standarti-kontrolu-yakosti-2016-2017
30. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль–Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року*. URL: http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf.
31. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль. Крок, 2020. 560 с.
32. Науковий менеджмент в медицині. URL: http://angio-veritas.com/in№vatsiji/naukovo-in№vatsijnyj-menedzhment.
33. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2014. 41 с.
34. Онишко С. В., Шевчук Ю. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування.* Ірпінь, 2019. Вип. 3. С. 171–179.
35. Основні принципи реформи системи охорони здоров'я. Модуль 1. Вступ до стратегічного планування. Оцінка ситуації та аналіз даних. URL: https://www1.undp.org/content/dam/ukraine/docs/Donbas/RPP/P2-M1.pdf
36. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 №2002-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text (дата звернення:

29.09.2021).

37. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168- VIII / Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text.
38. Про застосування поняття "поліпшене сервісне обслуговування у медичних закладах" для платників ПДВ. URL: http://chp.com.ua/all-news/item/65198-pro-zastosuvannya-ponyattyapolipshene-servisne-obslugovuvannya-u-medichnikhzakladakhdlya-platnikiv-pdv.
39. Про затвердження Порядку проведення Державною аудиторською службою, її міжрегіональними територіальними органами державного фінансового аудиту діяльності суб'єктів господарювання : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 березня 2019 р. № 252. URL : https://dasu.gov.ua/ua/plugins/userPages/596
40. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України № 222-VIII від 02.03.2015. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text
41. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи ОЗ: розпорядження Кабінет Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: https:/ /zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text.
42. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? URL: http://yurgazeta.com/prodovzhennya-medich№yi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html.
43. Пуцентейло П. Р. Аналітичне забезпечення діяльності підприємства. *Сталий розвиток економіки*. 2015. № 1. С. 168–174.
44. Ришета, Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. URL: https://ingeniusua.org/articles/klasifikaciya-osnovnikh-modeley-medichnikh-sistem-u-sviti-ta- shlyakh-ukraini.
45. Сардачук І. І. Обліково-інформаційне забезпечення внутрішньогосподарського контролю. *Вісник національного*

університету «Львівська політехніка»: Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. 2009. № 647. С. 510–515.

46. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.
47. Стан бюджетних закупівель лікарських засобів в Україні: підсумки 7 міс 2022 р. URL : https://www.apteka.ua/article/646383
48. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво.* 2019. № 3. С. 160–166.
49. Устінов О. В. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. *Український медичний часопис*. URL: https://www.umj.com.ua/article/127584.
50. Філіпова Н. В. Особливості функціонування світових моделей фінансування охорони здоров'я. *Науковий вісник Полісся*. 2020. № 2. С. 136–144
51. Чабан О., Бойко О. Формулювання засад для розроблення методики оцінювання якості медичних послуг. URL: http://science.lpnu.ua/sites/default/ files/journal-paper/2017/jun/3684/vtm75st10.pdf.
52. Шевченко О. В., Романова В. В., Жаліло Я. А. та ін. Децентралізація і формування політики регіонального розвитку в Україні / за ред. Я.А. Жаліла. Київ: НІСД, 2020. 153 с.
53. Штангрет А.М. Процес формування підсистеми обліково-аналітичного забезпечення управління економічною безпекою підприємства. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління.* 2017. Вип. 3(08). С. 204–210.
54. Щербак М. О., Кравченко О. О. Публічне адміністрування і управління медичним закладом підвищеної комфортності та якості

надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 20. С. 101-108.

55. Юринець З. В., Петрух О. А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери ОЗ України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116–121.

56. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116–120.