

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу**

ТОМЧУК Сергій Васильович

**Контрактування діяльності закладу охорони
здоров'я / Contracting the activities of the health care
institution**

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзм-22
С.В. Томчук

Науковий керівник:
д.ф., доцент, В.М. Маслей

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

« ___ » _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОНТРАКТУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Види контрактів і моделі контрактної поведінки.....	6
1.2. Класифікація договорів про надання медичних послуг.....	13
Висновки з розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ КОНТРАКТУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»	23
2.1. Характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	23
2.2. Аналіз процедури прийняття управлінських рішень у досліджуваному закладі охорони здоров'я	35
2.3. Оцінка системи контролю матеріально-технічного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я	40
Висновки розділу 2	46
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ КОНТРАКТУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	47
3.1. Модель блок-контрактів закупівлі медичних послуг.....	47
3.2. Краудфандинг та краудінвестинг як інноваційний інструмент фінансування діяльності закладу охорони здоров'я	54
Висновки розділу 3	63
ВИСНОВКИ	Помилка! Закладку не визначено.
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	Помилка! Закладку не визначено.

ВСТУП

Актуальність проблеми. Контрактування діяльності закладів охорони здоров'я передбачає укладання договорів на надання медичних послуг між закладом охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України (НСЗУ) за програмою медичних гарантій. Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, що пов'язані з наданням за принципом екстериторіальності та нейтральності бюджету екстреної, первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги, реабілітації у сфері охорони здоров'я, медичної допомоги дітям до 16 років, а також медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Укладання договорів на надання медичних послуг між закладом охорони здоров'я та НСЗУ за програмою медичних гарантій дозволяє: автоматизувати процес закупівлі медичних послуг НСЗУ відповідно до потреб населення у відповідному регіоні шляхом проведення відкритої процедури укладення договорів про медичне обслуговування за програмою медичних гарантій через електронну систему охорони здоров'я; забезпечити прозорість процесу закупівлі медичних послуг для населення за програмою державних гарантій шляхом оприлюднення на веб-сайті НСЗУ оголошення про укладення договорів за програмою медичних гарантій.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У науковій літературі проблемам, які пов'язані із функціонуванням та фінансовим забезпеченням діяльності закладів охорони здоров'я присвячені публікації Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Кривокульської Н.М., Шушпанова Д.Г. Разом з тим, аналіз наукових праць показав необхідність більш детального вивчення проблем контрактування діяльності закладів охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних і методичних положень, а також вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення процесу контрактування діяльності закладу охорони здоров'я.

Досягнення вище сформульованої мети потребує вирішення наступних теоретичних, методичних і практичних **завдань**:

- дослідження поняття, видів контрактів та моделей контрактної поведінки;
- здійснення класифікації договорів про надання медичних послуг;
- характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- проведення аналізу процедури прийняття управлінських рішень в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- здійснення оцінки системи контролю матеріально-технічного забезпечення досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- обґрунтування необхідності запровадження моделі блок-контрактів закупівлі медичних послуг;
- обґрунтування необхідності запровадження краудфандінгу і краудінвестингу як інноваційних інструментів фінансування діяльності закладу охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес контракування діяльності закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є механізм контракування діяльності закладу охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання сформульованих завдань в процесі здійснення дослідження та написання кваліфікаційної роботи були використані такі **методи**: методи системного, структурного, процесного та функціонального аналізу, економіко-математичні методи.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку та удосконаленні теоретичних засад контракування діяльності закладу охорони здоров'я.

Практична значущість отриманих результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в ній теоретичні положення та практичні пропозиції щодо впровадження моделі блок-контрактів закупівлі медичних послуг та

краундфандингу і краундінвестінгу як інноваційних інструментів фінансування діяльності закладів охорони здоров'я мають практичне значення можуть бути використані в роботі комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради та інших медичних установ України.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОНТРАКТУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Види контрактів і моделі контрактної поведінки

Інституційна економічна теорія розглядає контракт як приватний інститут, що забезпечує одноразовий механізм відтворення трансакцій. Це визначення підкреслює акцент, який інституціоналісти приділяють охоронній функції договору.

Згідно з О. Бем-Баверком, договір – це відносини, в яких зобов'язання однієї сторони передбачають наявність прав у іншої. У всьому цьому визначенні полягає головна суть контракту: контракт - це перш за все відносини, які сторони намагаються підтримувати. У зв'язку з цим, з точки зору трансакційної економічної теорії, будь-які економічні відносини є джерелом явних і неявних витрат. Процес укладання договору, визначення юридичних обов'язків і відповідальності сторін і навіть мір відповідальності за невиконання зобов'язань пов'язаний з витратами. У зв'язку з цим договір можна визначити як компроміс між надійністю зобов'язань і витратами на їх підтримку.

Можливість такого компромісу значною мірою відображає визнання того, що існує багато можливих елементів контракту, які впливають на ефективність і витрати. Важливо визначити тип контракту, який найбільше підходить для даної ситуації з точки зору економіки трансакційних витрат.

Відповідно до теорії економічних організацій (О. Вільямсон), всю різноманітність договорів можна згрупувати залежно від характеру економічних відносин між учасниками угоди. Вибір форми договору залежить від предмета договору, унікальності ресурсу, характеру взаємовідносин між партнерами, ступеня ризику, частоти ділових контактів між сторонами тощо. Побудова Таким чином, виділяють три типові форми договорів: класичний, неокласичний і відносний (імпліцитний) договір.

Малюнок 1.1 . залежність вибору форми договору від зовнішніх факторів, де X – унікальність ресурсу, Y – рівень ризику, Z – частота ділових контактів.

Класичний договір використовується в «ідеальних» угодах, в яких особистість сторін не має істотного значення, оскільки продавець і покупець незалежні один від одного. Договірне право отримує строго юридичне тлумачення і підтримує автономний ринок як засіб організації.

Неокласичний контракт підходить у випадках, коли сторони зберігають свою автономію і навіть залежать одна від одної. Ідентичність сторін має значення. У цьому випадку договірне право підтримує гібридні форми, які з'єднують автономні сторони з гнучкими договірними механізмами.

Реляційний договір передбачає утримання від певної кількості дій і є ще більш гнучким і адаптованим до особливостей відносин у компанії та її ієрархії. Контракти такого типу являють собою механізм координації з низькими стимулами, адміністративним контролем і спеціальними процедурами вирішення спорів.

Розглянемо більш детально основну сутність та відмінності трьох зазначених вище видів договорів.

Класичні контракти базуються на класичному договірному праві. Методом організації угоди для цього виду угод є ринок. Класичні договори характеризують відносини, пов'язані з обміном, відрізняються типовим змістом, детальним визначенням об'єкта та суті угоди. Традиційні контракти представляють вичерпний набір характеристик, чітко визначених умовами угоди. Основними типовими ознаками класичного договору є строк виконання зобов'язань, предмет договору, можливі наслідки невиконання сторонами умов договору та санкції. Відносини сторін договору припиняються у зв'язку із закінченням строку дії договору, а їх поновлення в майбутньому не передбачено. Відносини сторін, що виходять за межі виконання умов договору, виключаються. Усі угоди за класичним договірним правом укладаються виключно в письмовій формі.

Класичний договір відображає всі можливі варіанти розвитку подій і визначає «типові» шляхи виходу з проблемних ситуацій. Конфлікт між внутрішнім плануванням і мінливими потребами сторін угоди може виникнути досить рідко. У разі виникнення конфлікту він вирішується на користь внутрішнього планування. Цей вид договору не передбачає звернення до третьої особи у разі виникнення спірної ситуації під час виконання узгоджених між сторонами зобов'язань. Наявність можливих змін умов договору та конфліктів, що впливають з цього, не передбачається. Ринкові альтернативи діють як інструмент захисту кожної сторони від опортуністичної поведінки.

У зв'язку з цим можна стверджувати, що класичні контракти завжди виконуються з метою взаємної вигоди для сторін угоди або не укладаються взагалі. Самостійне виконання класичних контрактів ставить під сумнів інституційний характер цих контрактів. Якщо розглядати інститут як правило, що існує в єдності зі створеним людьми механізмом примусового виконання, то класичний договір виконується виключно через взаємну невиконаність від порушення сторонами зобов'язань. Механізм примусу як характерна властивість будь-якого інституту практично відсутній. Класичні договори переважали в договірній практиці європейських держав XIX ст.

Неокласична модель контрактації передбачає значну неповноту контрактів. Таким чином, визнається, що неможливо адекватно описати всі можливі обставини, які можуть виникнути в майбутньому, а також дії сторін щодо вирішення виникаючих проблемних ситуацій. Незважаючи на прагнення учасників угоди діяти раціонально, на практиці вони мають таку раціональність лише в обмеженій мірі. У цьому обмеженні ми маємо на увазі відсутність раціональності або ірраціональність. Через обмежену раціональність сторін угоди укладення договорів із врахуванням усіх можливих обставин угоди є нереальним.

При цьому неокласичні контракти, як правило, є довгостроковими і укладаються в умовах невизначеності. Важливі індивідуальні стосунки

контрагентів та їхня здатність будувати конструктивне партнерство. Головна цінність договору – його безперервність. Тривалість договірних відносин має перевагу над ціною та якістю предмета контракту. Фіксовані ціни змінюють гнучкі тарифи.

Основними ознаками неокласичного контракту є наявність механізму адаптації до непередбачених обставин, створення зони толерантності (розподілу ризиків) та наявність інформації при укладанні контракту про можливі негативні наслідки виконання договору.

Більшість неокласичних контрактів передбачає можливість судового розгляду. Для вирішення спорів і конфліктів залучається третя сторона договору. Медіатор керує укладеним актом, і для нього це управління є основним видом діяльності. У ролі посередника арбітражний суд найчастіше виступає як структура управління, здатна приймати рішення, що зменшують невизначеність і зобов'язують сторони виконувати раніше взяті зобов'язання. Саме з цієї причини неокласична угода має потрійний характер.

Важливою характеристикою неокласичних контрактів є звернення сторін у разі опортуністичної поведінки не до судді, а до арбітра. Судові розгляди призводять, як правило, до розриву партнерських відносин контрагентів і значних фінансових витрат для сторін.

При цьому типі договору організація угоди відбувається в гібридній формі. Змішана форма — це спосіб організації угоди, яка стосується двосторонніх залежностей, достатньо сильних, щоб вимагати тісної координації, але недостатньо сильних, щоб вимагати повної інтеграції.

Гібридність угоди визначається поєднанням елементів ієрархії та ринку. При виконанні таких угод існують сильні ринкові стимули та водночас координація, що забезпечується адміністративними засобами.

Ресурси неокласичного контракту недостатньо специфічні, щоб вимагати інтеграції, але ступінь конкретності все одно зростає порівняно з класичними контрактами. Збільшення останнього спонукає до створення комплексу заходів проти можливого здириництва з боку тих, хто інвестує в

конкретний ресурс. Найпоширенішим і ефективним заходом захисту є безпека, яка передається однією стороною своєму партнеру як гарантія успішного завершення угоди. Заставою можуть служити кошти та інші активи, а в деяких випадках навіть зобов'язання перед третіми особами. Найефективнішою гарантією виконання зобов'язань сторонами є такий ресурс, який має особливу цінність для cedenta і не представляє ніякої цінності для одержувача. У цьому випадку сторона, яка «тримає» гарантію, не матиме стимулу порушувати свої зобов'язання щодо збереження переданого ресурсу.

Основні відмінності відносних контрактів від неокласичних полягають у механізмах управління угодою, переважанні неформальних умов над формальними. Реляційне контрагування не розглядає залученого посередника як механізм управління. Механізми вирішення спорів повинні бути невід'ємною частиною сторін угоди та бути частиною самого контракту. На відміну від неокласичних контрактів, вбудовані механізми невизначеності та зменшення суперечок використовують приховану інформацію. Доступ до приватної (прихованої) інформації є відкритим, оскільки учасники, які виконують роль таких інтегрованих механізмів, одночасно є співробітниками організацій, що здійснюють транзакцію.

Як правило, контракти стосунків укладаються під час внутрішньоорганізаційних взаємодій і регулюють довгострокові угоди з високим ступенем специфічності ресурсів. Основою даного виду договору є не формальна домовленість, а досвід взаємодії сторін.

Вирішення спору здійснюється не судом чи медіатором, а здійснюється за розпорядженням вищих інстанцій (підрозділів). Управління угодою здійснюється відповідно до ієрархічної системи за допомогою адміністративного управління всередині організації.

Основними принципами успішної реалізації суміжних контрактів є довіра, солідарність і зацікавленість у подальшій співпраці.

Вибір типу контракту зумовлений трьома факторами: рівнем специфічності активу, тривалістю та частотою обміну між сторонами та

рівнем невизначеності умов угоди⁴. Чим більш специфічний актив, тим довший обмін між сторонами і чим більша невизначеність, тим більше бажання відносного скорочення, і навпаки.

Тип договору значною мірою визначає моделі договірної поведінки. Існує чотири основні моделі: модель несприятливого вибору, модель сигналів, модель опортуністичної поведінки та модель неповних контрактів⁵.

У моделі несприятливого відбору є принципал і агент. Принципал пропонує агенту контракт, і на момент укладення контракту агент має інформацію, невідому принципалу. Головне завдання моделі – вибрати найкращого партнера. З точки зору моделі передбачається, що ці агенти поділяються на хороших і поганих. Менеджер повинен вибирати з безлічі хороших агентів. При цьому, на відміну від принципала, агенти знають свій тип. Принципал знає лише розподіл ймовірностей типів агентів.

Таким чином, використовуючи модель несприятливого відбору, можна пояснити розподіл обов'язків всередині організації, а також створити оптимальну структуру внутрішньфірмових договірних відносин.

Очевидно, що модель несприятливого вибору може бути використана у випадку відносних контрактів між сторонами угоди. Негативний відбір може бути здійснений, коли відносини сторін угоди регулюються не формалізованими договірними відносинами, а досвідом взаємодії та етичним кодексом.

Несприятливий відбір може проводитися навіть за відсутності досвіду взаємодії контрагентів. Так, організації стикаються з такою проблемою при наймі нових співробітників. Потенційний кандидат краще поінформований про свої професійні та особистісні якості, ніж представник роботодавця. Для отримання достатньої інформації для оцінки професіоналізму майбутнього працівника організації необхідно витратити значні фінансові ресурси, що неприпустимо в умовах постійної плинності кадрів. Чим більше критеріїв відбору використовує рекрутер для найму нових співробітників, тим менше стає потреба в несприятливому відборі.

Модель сигналізації припускає, що агент намагається довести принципалу, що він має значні переваги над іншими агентами, посилаючи серію сигналів принципалу. Ця модель також визначає відносне скорочення.

Якщо розглядати приклад прийому на роботу нових співробітників, то сигналом для роботодавця можуть бути високі оцінки, отримані кандидатом за результатами навчання у вищому навчальному закладі. Відмінна успішність студента може зменшити невизначеність у виборі потенційного працівника з точки зору успішності та освіти кандидата.

Модель сигналів багато в чому схожа на модель несприятливого відбору. Головною відмінністю цієї моделі є зменшення невизначеності. Однак, якщо переддоговірні відносини включають сигнали низької якості або набір неправильних сигналів, тоді зменшення невизначеності може мати негативні наслідки. Так, наприклад, якщо сигналом (критерієм) відбору кандидатів на роботу в офісі є наявність водійських прав, то людям, які більше підходять для аналізованої роботи, але не мають водійських прав, можуть отримати відмову в прийомі на роботу. .

Опортуністична модель поведінки припускає, що особи, обтяжені угодою, прагнуть отримати односторонню вигоду, допомагаючи один одному, порушуючи тим самим умови угоди. Особи, які максимізують корисність, схильні поводитися опортуністично, якщо ця поведінка веде до прибутку. Сутність опортунізму розкривається в прагненні реалізувати власні егоїстичні інтереси.

Ступінь кон'юнктурності знижується зі зниженням ступеня формалізації укладеної угоди.

Опортунізм є переважаючою поведінкою в економічних системах, де інституційний розвиток слабкий. Основними структурними елементами цієї моделі поведінки є розбіжність інтересів контрагентів, інформаційна асиметрія, цілеспрямованість дій, збитки контрагента.

Ідеалом є ситуація, коли обидві сторони транзакції мають однаковий ступінь обізнаності, а інформація про зміну середовища надходить з

мінімальною затримкою. Контрагенти, навпаки, прагнуть приховати інформацію від свого партнера, щоб отримати економічну вигоду, що в свою чергу призводить до зростання опортуністичної поведінки.

Розглянуті теорії характеризують оптимальну структуру договорів у межах знань сторін угоди. Однак в економічній реальності контракти є неповними. С. Гроссман і О. Харт розробили модель неповних контрактів⁶. Таким чином, при укладанні договору продавець і покупець не можуть мати достовірну інформацію про товар, який буде поставлений після закінчення певного терміну після підписання договору. протягом зазначеного періоду можуть змінюватися якісні характеристики продукції, кон'юнктура зовнішнього ринку, умови доставки тощо. будівництво У разі укладення складного договору, який, як правило, також є неповним, передбачається система заходів щодо адаптації до непередбачених обставин зміни умов договору.

Основним методом подолання неефективності, викликані укладенням неповних контрактів, є пропозиція одній зі сторін опціонного контракту. Суть такої угоди зводиться до продажу або купівлі ресурсу, який є предметом договору, виключно на розсуд іншої сторони. Опціонний контракт також є неповним, але дає його власнику право сподіватися на сприятливий результат від перегляду умов контракту. Крім того, зміна умов контракту після його підписання може принести користь обом сторонам угоди та бути єдиним стримуючим фактором для опортуністичної поведінки.

1.2. Класифікація договорів про надання медичних послуг

Тематичні новини. Серед відомих у чинному Цивільному кодексі України цивільно-правових договорів є й такі, які раніше не були відомі вітчизняній договірній системі, зокрема договори про надання медичних послуг. Запровадження цього договору, відомого в законодавстві багатьох європейських країн, можна визнати зумовленим і виправданим потребами практики.

Метою статті є поглиблене дослідження класифікації договорів про надання медичних послуг.

Стаття базується на аналізі чинного національного законодавства, положень перспективного законодавства, а також останніх політичних та економічних перетворень у нашій країні.

Відносини у наданні медичних послуг відзначені низкою досліджень і публікацій, зокрема роботами А. Савицької, О. Смотров, Р. Майданика, С. Антонова, О. Крилової та інших науковців, які займалися дослідженнями в цій галузі. область. поле.

Виклад основного матеріалу. Договір про надання медичних послуг є найпоширенішою підставою виникнення цивільних правовідносин щодо платного надання цих послуг. До договору про надання медичних послуг застосовуються загальні положення цивільного законодавства про правочини та договори. Отже, договір про надання медичних послуг слід розглядати як домовленість сторін цього договору, зокрема пацієнта та лікувального закладу, у формі згоди пацієнта на надання медичної допомоги, погодженої з лікарем. . встановлення, відповідно до загальноцивільних умов чинності договору.

Договір про надання медичних послуг є двостороннім, консенсуальним, оплатним.

Слід зазначити, що особливістю предмета договору про надання медичних послуг є неможливість зведення його до конкретного кола обмежених дій. Крім того, метою укладення договору про надання медичних послуг є не результат, а процес, в результаті якого досягається результат, що, в свою чергу, є мотивом для укладення даного виду договору. Для аналізу сутності, обсягу та характеристик договорів про надання медичних послуг необхідно провести їх класифікацію.

I. Класифікація договорів про надання медичних послуг залежно від структури суб'єкта.

Види договорів про надання медичних послуг залежно від мети надання

послуг (виконавець).

Суб'єктами медичної діяльності можна вважати:

заклади охорони здоров'я;

фізичні особи, які здійснюють приватну медичну практику.

У свою чергу заклади охорони здоров'я можуть бути державними, муніципальними та приватними. Відповідно до ст. 3 Основ законодавства про охорону здоров'я заклад охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням якої є медичне обслуговування населення на основі відповідних ліцензій та професійна діяльність медичних (фармацевтичних) працівників.

Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я створюється з урахуванням потреб населення в медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення якісного надання цієї допомоги, оперативності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуючу мережу таких закладів не можна скорочувати.

Створення та діяльність приватних медичних закладів підтримується державою. Необхідність створення приватного медичного закладу визначає не держава, а власник на основі маркетингових досліджень ринку медичних послуг та на власний ризик.

Особа виконавця в договорі про надання медичних послуг має особливе значення в порівнянні з договорами про надання багатьох інших послуг. Професійний рівень того чи іншого лікаря-спеціаліста може істотно відрізнятися, а тому для клієнта (пацієнта) завжди важлива особа безпосереднього виконавця. Крім того, відповідно до положень ст. 902 Цивільного кодексу України (далі – ЦК України) виконавець повинен надати послугу особисто. У разі надання послуг медичним закладом (виконавцем, надавачем послуг пацієнту) в юридичному розумінні – це сам заклад, а не конкретний медичний працівник. Те саме стосується відповідальності такого роботодавця (виконавця *jure*) за дії його працівників (виконавця *facto*) як за

договірними, так і за позадоговірними зобов'язаннями перед одержувачем послуги. Проте закон дозволяє залучати до надання медичних послуг за договором інших осіб (медичні заклади, лікарів-підприємців, які здійснюють приватну практику). Ці люди в юридичному сенсі вважаються субпідрядниками. Відповідно до Цивільного кодексу України для споживача (клієнта, пацієнта) основним боржником за зобов'язанням є його контрагент за договором, який отримує оплату. Проте медичним закладам рекомендовано окремо передбачити в договорі можливість залучення третіх осіб для надання не лише медичних, а й (атрибутивних) послуг [2, с. 223-228].

Отже, загальною обов'язковою вимогою до суб'єкта надання медичних послуг - медичної організації - є наявність у нього ознак юридичної особи, створеної та зареєстрованої в установленому законом порядку. Приватно-практикуючі лікарі повинні бути зареєстровані як фізичні особи – підприємці.

Додамо, що оскільки діяльність, пов'язана з наданням різноманітних медичних послуг населенню, перебуває під особливим державним контролем, їй має передувати отримання зазначеними суб'єктами відповідного дозволу (ліцензії). Іншими словами, ліцензування медичної діяльності є певним способом державного регулювання відносин щодо надання медичних послуг та забезпечення єдиних умов для всіх суб'єктів у сфері охорони здоров'я.

Види договорів про надання медичних послуг залежно від пацієнта.

За національністю:

договори про надання медичних послуг громадянам України;

договори про надання медичних послуг іноземним громадянам;

договори про надання медичних послуг особам без громадянства;

договори про надання медичних послуг біженцям, які постійно проживають на території України.

Пацієнт – це кожен, хто звернувся до лікаря. Отримувачем (споживачем) медичної послуги можуть бути громадяни України, іноземні громадяни, а також особи без громадянства та біженці, які постійно проживають на території України.

ст. 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Відповідно до ст. 26 Конституції України іноземці та особи без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах, користуються такими самими правами і свободами та несуть такі самі обов'язки, як і громадяни України, за винятками, встановленими Конституцією, законами чи міжнародними договорами України [3].]

ст. Стаття 11 Основ законодавства про охорону здоров'я фактично містить положення, подібне до Конституції України, але стосується сфери охорони здоров'я. Іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають на території України, особи, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, користуються такими самими правами та несуть такі самі обов'язки у сфері охорони здоров'я, як і громадяни України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами. або законами України.

Права та обов'язки у сфері охорони здоров'я іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, визначаються законами України та відповідними міжнародними договорами [4].

Так, постановою Кабінету Міністрів України від 19 березня 2014 року затверджено Порядок надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які постійно або тимчасово проживають на території України, які звернулися за визнанням статусу біженця або особи які потребують додаткового захисту, щодо яких прийнято рішення про оформлення документів для вирішення питання про визнання біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, та яких визнано біженцями або особою, яка потребує додаткового захисту, який, однак, регулює лише механізм надання медичної допомоги закладам охорони здоров'я форм державної та комунальної власності [5].

Залежно від того, на чию користь укладається договір про надання медичних послуг:

договори про надання медичних послуг з пацієнтами-клієнтами служби;
договори про надання медичних послуг з пацієнтами – третіми особами, на користь яких іншими замовниками укладено договір про надання медичних послуг.

Для правового регулювання правовідносин з надання платних медичних послуг істотне значення має чітке визначення особи клієнта (платника) та кінцевого споживача послуг (пацієнта). У медичній практиці поодинокі випадки, коли конкретний отримувач послуг (пацієнт) і клієнт не збігаються. Зокрема, це стосується договорів зі страховими компаніями (програми добровільного медичного страхування), договорів про надання медичної допомоги підприємствам тощо. Згідно з цивільним законодавством особливості зазначених договірних відносин регулюються переважно положеннями ст. 636 ЦК України.

Такі договори, які називаються «договорами на користь третьої особи», мають дві характерні риси. По-перше, у такому договорі має бути передбачено, що виконавець (боржник) зобов'язаний виконати свій обов'язок не перед клієнтом (кредитором), а перед третьою особою, тобто перед пацієнтом. За своїми властивостями споживачем медичної послуги є завжди конкретна особа. По-друге, третій особі (пацієнту-споживачу), на користь якої має бути надано послугу, надається самостійне право оскарження виконавця (боржника) за договірним зобов'язанням. Крім того, право рекламації третьої особи, на користь якої укладено договір, є пріоритетним перед правом рекламації, яке належить замовнику (кредитору) у договірному зобов'язанні. Якщо пацієнт відмовляється від медичної послуги, договірні угоди між клієнтом і постачальником зазвичай не можуть бути виконані. Клієнт – фізична особа, яка є платником на користь іншої фізичної особи – має вимагати скористатися тією ж послугою, від якої відмовився пацієнт, зазначений у договорі. В іншому випадку (якщо замовником є юридична особа) здійснена оплата повертається виконавцем з відшкодуванням шкоди або у разі зміни осіб у зобов'язанні [1].

Залежно від віку пацієнта:

договори про надання медичних послуг дорослим пацієнтам;

договори про надання медичних послуг неповнолітнім пацієнтам.

Положення ст. 38 Основ встановлено, що кожен пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і звернувся за медичною допомогою, має право вільно обирати лікаря, якщо він може запропонувати свої послуги, та обирати методи лікування відповідно до його рекомендацій.

Слід звернути увагу на розбіжності в нормах ЦК України. Зокрема, у ч. 2 ст. 284 Цивільного кодексу України фізична особа, яка досягла чотирнадцяти років і звернулася за медичною допомогою, має право обирати лікаря та обирати методи лікування відповідно до його рекомендацій. У ст. 32 Цивільного кодексу України договір про надання послуг не входить до переліку правочинів, які можуть вчинятися неповнолітньою фізичною особою віком від чотирнадцяти до вісімнадцяти років.

У зв'язку з цим необхідно прийняти законодавчий акт, який би детально регулював права та обов'язки медичного персоналу та пацієнтів.

II. Класифікація договорів за специфікою послуг, що охоплюються договором.

Договір про надання косметологічних послуг. Предметом договору є надання косметологічної послуги, яка споживається в процесі вчинення дій або провадження косметологічної діяльності. Специфіка предмета договору виражається в тому, що цей правочин повинен гарантувати безпеку косметологічних послуг для клієнта. Косметологічні послуги часто пов'язані з можливістю заподіяння шкоди здоров'ю клієнта, їх надання передбачає ймовірність виявлення супутніх і вторинних властивостей впливу косметологічних послуг на організм людини. Виконавець об'єктивно не в змозі виключити ймовірність виявлення шкідливих властивостей тих чи інших косметологічних послуг, про що необхідно повідомити клієнта. Отже, договір про надання косметологічних послуг відноситься до групи так званих випадкових (ризикованих) правочинів.

Договір про репродуктивні права фізичних осіб.

Репродуктивні права включають невід'ємні права та свободи людини, які вже визнані в національному законодавстві, міжнародних документах з прав людини та інших загальноприйнятих документах. Для здійснення репродуктивних прав особа може укласти низку договорів, єдиної форми яких не існує. Також немає вичерпного переліку договорів у сфері репродуктивних прав особи. Прикладами таких договорів є договори про надання медичних послуг з лікування безпліддя, штучного запліднення та сурогатного материнства. Послуги з репродуктивного здоров'я включають доступ до безпечного абортів та лікування ускладнень, що виникли.

Договір про надання хірургічних послуг.

Хірургічні послуги - це комплекс дій на тканинах або органах людини, які проводить хірург з метою лікування, а також для діагностики, корекції функцій організму, які здійснюються різними методами роз'єднання і з'єднання тканин.

Договір про надання хірургічних послуг є різновидом договору про надання медичних послуг. Важливо, що виконання цього договору вважається правильним за умови, що хірургічні послуги надаються відповідно до вимог щодо виправданого (прийняттого) ризику хірургічної діяльності, яка може завдати шкоди людині.

Наявність професійного медичного ризику зумовлена неможливістю гарантування результату такої діяльності при наданні хірургічних послуг виходячи з імовірного характеру біологічних параметрів функціонування організму людини. В умовах виправданого ризику необхідно враховувати дії лікаря, щоб реалізувати найбільш прийнятний метод лікування пацієнта і «максимальним зусиллям» досягти іншого позитивного результату, відповідно до стандартів надання хірургічних послуг, які встановлюють загальноприйняті правила і техніку надання конкретного виду хірургічної допомоги.

Слід зазначити, що пластична хірургія - це розділ хірургії, який

займається хірургічними втручаннями, спрямованими на усунення деформацій і дефектів будь-якого органу, тканини або поверхні тіла людини.

В Україні на законодавчому рівні залишається неврегульованим питання про включення до переліку медичних спеціальностей пластичної хірургії. Також не затверджені клінічні стандарти та протоколи за цією спеціальністю. Тому юридично цього розділу хірургії не існує. Незважаючи на ці обставини, пластична хірургія інтенсивно розвивається. Це також підтверджує кількість закладів охорони здоров'я, які пропонують послуги пластичної хірургії [6].

Щодо проблем, які виникають на практиці при укладанні такого договору, то можна виділити дві групи проблем, а саме: 1) проблеми загального характеру (з якими стикаються всі громадяни-споживачі медичних послуг); 2) спеціальні проблеми (з якими стикаються громадяни-споживачі медичних послуг у сфері косметичної хірургії).

Так, поширеними проблемами є: некоректне визначення предмета договору про надання медичних послуг; помилки у визначенні правового статусу сторін (часто договори не передбачають один із елементів, як правило, права сторін); неможливість запропонувати власні умови договору. Договір про надання медичних послуг включений до публічних закупівель.

Слід виділити особливу проблему, характерну для надання послуг естетичної хірургії: результат наданої медичної послуги (навіть правильно наданої) може не відповідати очікуванням пацієнта. Це твердження можна застосувати до характеристики будь-якої медичної послуги, але найбільше воно актуальне у сфері косметичної хірургії. Саме тому, укладаючи договір про надання медичних послуг у цій сфері, пацієнт повинен детально знати всі деталі медичного втручання та узгодити з лікарем очікуваний результат та можливі ризики.

Висновки. Класифікація договорів має не тільки теоретичне, а й важливе практичне значення. Таким чином, виявлення загальних і типових ознак договорів і відмінностей між ними полегшує суб'єктам вибір потрібного виду

договору та забезпечує його відповідність змісту регульованої діяльності. Крім того, класифікація сприяє вдосконаленню та систематизації законодавства та служить меті кращого відстеження контрактів.

Важливість класифікації цивільно-правових договорів полягає в тому, що, керуючись певними критеріями, ми можемо поділити договори на групи зі схожими правовими нормами, що дасть змогу вдосконалити законодавство та кодифікувати його в правильному напрямку.

Класифікація контрактів здійснюється за різними критеріями, обраними відповідно до поставлених цілей.

Як бачимо, класифікація договорів про надання медичних послуг може здійснюватися за різними ознаками. Ці підстави можна умовно поділити на ті, що притаманні договорам взагалі (наприклад, залежно від форми договору, строку дії договору тощо), і ті, що притаманні лише договорам про надання послуг, зокрема медичні послуги.

Незважаючи на велику кількість критеріїв розподілу договорів про надання медичних послуг, найважливішими є критерії розподілу залежно від тематичного складу та характеристик послуг, що є предметом договору. Оскільки такі види договорів найчастіше укладаються на практиці та мають важливе значення для вдосконалення правового регулювання відносин у сфері договірної надання медичних послуг.

Висновки з розділу 1

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ КОНТРАКТУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»

2.1. Характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я

У 2021 році на стаціонарних ліжках Тернопільської обласної клінічної лікарні на 535 ліжок госпіталізовано 12 594 пацієнтів, що на 13,67% більше порівняно з 2020 роком (11 079 пацієнтів). Спостерігається збільшення кількості госпіталізованих відповідно терапевтичний профіль (9,93%), а в хірургічному профілі (15,80%).

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Кількість госпіталізованих пацієнтів		
		2020	2021	Приріст в % (+/-)
1	Кардіологія	773	1053	+36,22
2	Ревматологія	513	498	-2,92
3	Пульмонологія	354	491	+38,70
4	Ендокринологія	715	561	-21,54
5	Гастроентерологія	442	355	-19,68
6	Гематологія	583	654	+12,18
7	Нефрологія	326	462	+41,72
Всього терапевтичного профілю		3706	4074	+9,93
8	Хірургія № 1	920	1041	+13,15
	<i>Гнійної хірургії</i>	77	128	+66,23
	<i>Проктологічні</i>	389	442	+13,62
	<i>Хірургічні</i>	454	471	+3,74
9	Судинна хірургія	432	372	-13,89
	<i>Судинної хірургії</i>	353	277	-21,53
	<i>Кардіохірургічні</i>	79	95	+20,25
10	Торакальна хірургія	208	224	+7,69
11	Ортопедія	1486	1672	+12,52
12	Хірургічна стоматологія	435	430	-1,15
13	Урологія	639	667	+4,38
14	Хірургія № 2	458	655	+43,01
15	Нейрохірургія	383	462	+20,63
16	Офтальмологія	1164	1525	+31,01
17	Отоларингологія	564	698	+23,76
Всього хірургічного профілю		6689	7746	+15,80
Всього по стаціонару		11079	12594	+13,67

У середньому протягом 2021 року на лікарняному ліжку проліковано

23,49 хворих, що на 21,71% більше, ніж у 2020 році (19,30 хворих). У 2021 році обіг ліжок терапевтичного профілю становить 21,91, або на 27,76% більше порівняно з 2020 роком (17,15). За ліжками хірургічного профілю оборот ліжок у 2021 році склав 25,04, або на 23,53% більше порівняно з 2020 роком (20,27).

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Обіг ліжка		
		2020	2021	Приріст в % (+/-)
1	Кардіологія	17,29	24.54	+41,93
2	Ревматологія	15,40	27.63	+79,42
3	Пульмонологія	16,54	11.32	-31,56
4	Ендокринологія	19,83	31.11	+56,88
5	Гастроентерологія	16,83	27.18	+61,50
6	Гематологія	20,10	21.77	+8,31
7	Нефрологія	12,90	18.60	+44,19
Всього терапевтичного профілю		17,15	21.91	+27,76
8	Хірургія № 1	21,47	25.94	+20,82
	<i>Гнійної хірургії</i>	<i>11,29</i>	<i>24.90</i>	<i>+120,55</i>
	<i>Проктологічні</i>	<i>25,40</i>	<i>29.67</i>	<i>+16,81</i>
	<i>Хірургічні</i>	<i>22,00</i>	<i>23.40</i>	<i>+6,36</i>
9	Судинна хірургія	11,68	9.78	-16,27
	<i>Судинної хірургії</i>	<i>15,52</i>	<i>13.75</i>	<i>-11,40</i>
	<i>Кардіохірургічні</i>	<i>6,11</i>	<i>5.80</i>	<i>-5,07</i>
10	Торакальна хірургія	9,90	11.23	+13,43
11	Ортопедія	28,97	33.36	+15,15
12	Хірургічна стоматологія	19,20	21.53	+12,14
13	Урологія	18,88	22.22	+17,69
14	Хірургія № 2	22,75	32.78	+44,09
15	Нейрохірургія	12,97	15.53	+19,74
16	Офтальмологія	31,15	50.85	+63,24
17	Отоларингологія	17,45	23.25	+33,24
Всього хірургічного профілю		20,27	25.04	+23,53
Всього по стаціонару		19,30	23.49	+21,71

Серед терапевтичних відділень збільшення кількості хворих на ліжку відповідного профілю в усіх відділеннях, крім пульмонологічного.

Серед хірургічних відділень збільшення кількості хворих на ліжку відповідного профілю в усіх відділеннях, крім судинної хірургії.

Загалом у закладі у 2021 році стаціонарне ліжко працювало 221,62 дня, що на 24,05% більше, ніж у 2020 році (178,66 дня). За терапевтичним профілем у 2021 році лікарняне ліжко працювало 199,22 дня, що на 24,44% більше, ніж

у 2020 році (160,09 днів); за хірургічним профілем лікарняне ліжко у 2021 році працювало 220,15 днів, або на 24,10% більше, ніж у 2020 році (177,40 днів).

Загалом план ліжко-дня у 2021 році виконано на 65,26% по закладу, 58,66% по терапевтичному профілю та 64,83% по хірургічному профілю.

Таким чином, з точки зору госпіталізації, ситуація з госпіталізованими ліжками є наступною:

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Зайнятість ліжка			Відсоток виконання плану ліжко-днів (в %) 2021 рік
		2020	2021	Приріст в % (+/-)	
1	Кардіологія	149,15	194,24	+30,23	57,20
2	Ревматологія	151,90	292,54	+92,59	86,14
3	Пульмонологія	157,40	124,78	-20,72	36,74
4	Ендокринологія	182,08	281,33	+54,51	82,84
5	Гастроентерологія	151,16	244,77	+61,93	72,08
6	Гематологія	194,77	217,57	+11,71	64,07
7	Нефрологія	142,32	196,48	+38,06	57,86
Всього терапевтичного профілю		160,09	199,22	+24,44	58,66
8	Хірургія № 1	201,20	246,75	+22,64	72,66
	<i>Гнійної хірургії</i>	<i>276,10</i>	<i>514,80</i>	<i>+86,45</i>	<i>151,59</i>
	<i>Проктологічні</i>	<i>194,73</i>	<i>268,87</i>	<i>+38,07</i>	<i>79,17</i>
	<i>Хірургічні</i>	<i>180,50</i>	<i>163,15</i>	<i>-9,61</i>	<i>48,04</i>
9	Судинна хірургія	138,88	11,58	-17,50	33,74
	<i>Судинної хірургії</i>	<i>165,14</i>	<i>149,75</i>	<i>-9,46</i>	<i>44,10</i>
	<i>Кардіохірургічні</i>	<i>100,92</i>	<i>79,40</i>	<i>-21,32</i>	<i>23,38</i>
10	Торакальна хірургія	120,26	171,55	+42,65	50,52
11	Ортопедія	252,05	288,42	+14,43	84,93
12	Хірургічна стоматологія	170,98	167,55	-2,01	49,34
13	Урологія	178,03	235,47	+32,26	69,34
14	Хірургія № 2	178,65	270,70	+51,53	79,71
15	Нейрохірургія	164,70	206,40	+25,32	60,78
16	Офтальмологія	132,73	202,83	+52,81	59,73
17	Отоларингологія	179,67	261,17	+45,36	76,90
Всього хірургічного профілю		177,40	220,15	+24,10	64,83
Всього по стаціонару		178,66	221,62	+24,05	65,26

Враховуючи динаміку показників роботи лікарняних ліжок за останні 3 роки, можна розрахувати кількість ліжок, на яких безпосередньо надавалася лікарняна допомога:

№ п/п	Профіль ліжок	2019 рік		2020 рік		2021 рік		Зарєстровано ліжок (станом на 01.01.2022 року)	Середня фактична кількість ліжок, що працювали у період 2018-2020 рр.
		К-сть відпрацьованих ліжок-днів	Фактична кількість ліжок, що працювали	К-сть відпрацьованих ліжок-днів	Фактична кількість ліжок, що працювали	К-сть відпрацьованих ліжок-днів	Фактична кількість ліжок, що працювали		
1	Кардіологічні	24055	75	24390	72	13597	70	70	72
2	Ревматологічні	14032	45	12038	35	5219	18	30	33
3	Пульмонологічні	8031	25	8028	24	6441	52	20	34
4	Ендокринологічні	15588	50	12656	37	5019	18	30	35
4	Гастроентерологічні	9108	40	8534	27	3111	13	20	27
5	Гематологічні	11604	30	10188	30	6527	30	30	30
6	Нефрологічні	9245	30	9108	27	4912	25	25	27
7	Гнійної хірургії	3435	10	2316	7	2574	5	5	7
8	Проктологічні	5721	15	5094	15	4033	15	15	15
9	Хірургічні	1960	15	6792	20	3263	20	20	18
10	Судинної хірургії	7788	30	8028	24	2995	20	20	25
11	Кардіохірургічні	2209	10	5555	16	1588	20	20	15
12	Торакальної хірургії	5930	25	7410	22	3431	20	20	22
13	Ортопедичні	17240	55	17598	52	14421	50	50	52
14	Хірург.стоматології	7638	30	8028	24	3351	20	20	25
15	Урологічні	11529	40	11424	34	7064	30	30	35
16	Хірургії № 2	6308	20	6792	20	5414	20	20	20
17	Нейрохірургічні	9525	30	10188	30	6192	30	30	30
18	Офтальмологічні	10437	50	11446	37	6085	30	30	39
19	Отоларингологічні	13455	40	11424	34	7835	30	30	35

Загалом у 2021 році в лікарні функціонувало 535 ліжок на 535 ліжок.

В середньому по закладу у 2021 році на лікарняному ліжку перебувало 9,44 л/добу, що на 4,55% менше, ніж у 2020 році (9,89 л/добу). Так, за терапевтичним профілем у 2021 році середня тривалість перебування хворого на лікарняному ліжку становила 10,41 л/добу, що на 11,46% більше порівняно з 2020 роком (9,34 л/добу), за хірургічним профілем у 2021 році – 8,79 л/добу, що на 0,46% більше порівняно з 2020 роком (8,75 л/добу).

Так, в розділі «Послуги госпіталізації» таблиця середнього перебування хворого на госпіталізаційному ліжку виглядає так:

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Середнє перебування хворого		
		2020	2021	Приріст в % (+/-)
1	Кардіологія	8,62	10,56	+22,51
2	Ревматологія	9,86	10,59	+7,40
3	Пульмонологія	9,52	12,75	+33,93
4	Ендокринологія	9,18	9,04	-1,53
5	Гастроентерологія	8,98	9,00	+0,22
6	Гематологія	9,69	10,00	+3,20
7	Нефрологія	11,03	10,56	-4,26
Всього терапевтичного профілю		9,34	10,41	+11,46
8	Хірургія № 1	9,37	9,51	+1,49
	<i>Гнійної хірургії</i>	<i>24,45</i>	<i>20,67</i>	<i>-15,46</i>
	<i>Проктологічні</i>	<i>7,67</i>	<i>9,06</i>	<i>+18,12</i>
	<i>Хірургічні</i>	<i>8,20</i>	<i>6,97</i>	<i>-15,00</i>
9	Судинна хірургія	11,90	11,72	-1,51
	<i>Судинної хірургії</i>	<i>10,64</i>	<i>10,89</i>	<i>+2,35</i>
	<i>Кардіохірургічні</i>	<i>16,51</i>	<i>13,69</i>	<i>-17,08</i>
10	Торакальна хірургія	12,15	15,28	+25,76
11	Ортопедія	8,70	8,65	-0,57
12	Хірургічна стоматологія	8,90	7,78	-12,58
13	Урологія	9,43	10,60	+12,41
14	Хірургія № 2	7,85	8,26	+5,22
15	Нейрохірургія	12,70	13,29	+4,65
16	Офтальмологія	4,26	3,99	-6,34
17	Отоларингологія	10,30	11,23	+9,03
Всього хірургічного профілю		8,75	8,79	+0,46
Всього по стаціонару		9,26	9,44	+1,94

Серед служб терапевтичного профілю середній термін перебування лежачого хворого зменшився в усіх службах, за винятком ендокринологічної.

Серед послуг хірургічного профілю середня тривалість перебування хворого на ліжку зменшилась у хірургії (гнійна хірургія та хірургічний профіль), судинній хірургії (кардіохірургічний профіль), ортопедії, хірургічній стоматології та офтальмології.

У 2021 році госпітальну медичну допомогу отримали 12320 пацієнтів, що на 11,02% більше, ніж у 2020 році (11097 пацієнтів). У 2021 році померло 219 пацієнтів, що на 4,29% більше, ніж у 2020 році (померло 210 пацієнтів). Госпітальна смертність у 2021 році становить 1,78%, у 2020 році – 1,86%.

Що стосується стаціонарних послуг, показники смертності такі:

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Летальність по відділу		Летальність з урахуванням переведених у ВАІТ/ПІТ		Летальність по нозологічному профілю	
		2020	2021	2020	2021	2020	2021
1	Кардіологія	0,16	0,26	0,96	0,46	1,04	0,72
2	Ревматологія	0,18		0,00	0,61	0,18	0,61
3	Пульмонологія	0,26	6,14	1,02	13,33	1,27	17,72
4	Ендокринологія						
5	Гастроентерологія	0,44		1,08		1,72	
6	Гематологія	1,33	1,38	1,16	0,92	2,46	2,28
7	Нефрологія					3,62	
Всього терапевтичного профілю		0,32	0,70	0,96	1,30	1,26	1,95
8	Хірургія № 1		0,39	2,39	1,53		
	<i>Гнійної хірургії</i>			2,53	0,82	2,53	0,82
	<i>Проктологічні</i>			0,26	0,22	0,26	0,22
	<i>Хірургічні</i>		0,36	4,14	2,95		
9	Судинна хірургія	1,50	0,24	2,95	2,85	4,76	3,08
	<i>Судинної хірургії</i>	1,63		1,37	1,80	2,96	1,80
	<i>Кардіохірургічні</i>	1,00	0,73	8,33	4,90	10,81	5,56
10	Торакальна хірургія	0,93	0,89	1,38	0,45	1,83	1,33
11	Ортопедія	0,07		0,46	0,24	0,20	0,24
12	Хірург. стоматологія			0,00	0,23	0,00	1,00
13	Урологія		0,30	0,63	0,45	0,63	0,75
14	Хірургія № 2			0,66	0,61	0,22	0,61
15	Нейрохірургія	0,26	0,43	1,27	0,85	2,27	1,27
16	Офтальмологія						
17	Отоларингологія			0,34		0,17	
Всього хірургічного профілю		0,18	0,14	0,88	0,58	0,91	0,72
18	ВАІТ	9,70	12,82	5,63	8,17	4,42	3,52
19	ПІТ	11,25	6,90	6,72	4,98	6,56	5,62
Всього по стаціонару		1,86	1,78	1,86	1,78	1,86	1,78

кардіології, пульмонології, гематології, хірургії (хірургічного профілю), урології та нейрохірургії збільшено залежно від відділення.

У 2021 році в стаціонарах Тернопільської обласної клінічної лікарні прооперовано 6510 пацієнтів, що на 8,01% більше порівняно з 2020 роком (5666 пацієнтів). Рівень хірургічної активності серед послуг хірургічного профілю у 2021 році зріс на 6,04% (80,42%) порівняно з 2020 роком (75,84%). Цій категорії оперованих хворих у 2021 році проведено 8472 операції, що на 27,48% більше порівняно з 2020 роком (6646 операцій).

У розрізі госпіталізаційних послуг хірургічного профілю хірургічна

робота представляє наступну картину:

№ п/п	Назва відділення	Хірургічна активність			Кількість операцій		
		2020	2021	Приріст в % (+/-)	2020	2021	Приріст в % (+/-)
1	Хірургія № 1	75,45	80,02	+6,06	723	830	+14,80
2	Судинна хірургія	81,37	86,04	+5,74	506	334	-33,99
3	Торакальна хірургія	65,28	66,53	+1,91	181	155	-14,36
4	Ортопедія	82,25	91,06	+10,71	1450	1520	+4,13
5	Хірург. стоматологія	91,63	88,94	-2,94	433	385	-11,09
6	Урологія	57,23	69,51	+21,46	384	476	+23,96
7	Хірургія № 2	90,99	91,88	+0,98	435	609	+40,00
8	Нейрохірургія	51,67	62,70	+21,35	206	306	+48,54
9	Офтальмологія	84,37	87,78	+4,04	1200	1334	+11,17
10	Отоларингологія	78,19	79,69	+1,92	509	561	+10,22
Всього хірургічного профілю		75,84	80,42	+6,04	6027	6510	+8,01

У 2021 році відзначено зростання хірургічної активності (співвідношення кількості прооперованих до загальної кількості виписаних) серед відділень хірургічного профілю в усіх відділеннях, крім хірургічної стоматології. Зменшилась абсолютна кількість оперативних втручань у відділеннях судинної хірургії, торакальної хірургії та хірургічної стоматології.

У 2021 році в середньому прооперований хворий перебував у хірургічних відділеннях 10,24 дня, що на 3,49% менше, ніж у 2020 році – 10,61. Середній передопераційний період зменшився на 42,46%, з 2,52 дня у 2020 році до 1,45 дня у 2021 році, середній післяопераційний період збільшився на 18,42%, з 6,73 дня у 2020 році до 7,97 дня у 2021 році.

Структура середньої тривалості хірургічної роботи для стаціонарів хірургічного профілю така:

№ п/п	Назва відділення	Середня тривалість лікування оперованих			Середній доопераційний період			Середній післяопераційний період		
		2020	2021	Приріст в % (+/-)	2020	2021	Приріст в % (+/-)	2020	2021	Приріст в % (+/-)
1	Хірургія № 1	11,84	9,68	-18,24	2,26	1,49	-34,07	8,13	8,40	+3,32
2	Судинна хірургія	15,77	12,78	-18,96	3,99	2,84	-28,82	8,52	8,00	-6,10
3	Торакальна хірургія	16,63	15,57	-6,37	2,97	2,34	-21,21	10,95	13,14	+20,00
4	Ортопедія	10,21	8,31	-18,61	3,22	2,67	-17,08	4,76	5,55	+16,60
5	Хірург. стоматологія	11,01	7,87	-28,52	1,93	1,31	-32,12	8,19	7,00	-14,53
6	Урологія	12,54	10,52	-16,11	3,87	3,17	-18,09	7,71	8,57	+11,15
7	Хірургія № 2	9,37	8,41	-10,24	1,85	0,69	-62,70	6,73	7,36	+9,36
8	Нейрохірургія	16,36	13,99	-14,49	3,29	2,98	-9,42	11,81	11,27	-4,57
9	Офтальмологія	5,01	4,01	-19,96	1,51	0,92	-39,07	2,69	2,82	+4,83
10	Отоларингологія	11,62	11,29	-2,84	1,42	0,87	-38,73	9,53	10,35	+8,60
Всього хірургічного профілю		10,61	10,24	-3,49	2,52	1,45	-42,46	6,73	7,97	+18,42

Протягом 2021 року тривалість передопераційного періоду у відділеннях зменшилася. Післяопераційний період збільшився в усіх відділеннях, крім судинної хірургії, хірургічної стоматології та нейрохірургії.

У 2021 році із загальної кількості прооперованих померло 85 (1,78%) пацієнтів, що на 33,83% більше, ніж у 2020 році – 77 (1,33%). Відзначається зростання післяопераційної летальності в хірургічному відділенні (хірургічного профілю).

Структура післяопераційної смертності в розрізі відділень така:

№ п/п	Назва відділення	Летальність оперованих по відділу			Летальність оперованих з урахуванням переведених у ВАІТ/ШТ			Летальність оперованих по нозологічному профілю		
		2020	2021	Приріст в % (+/-)	2020	2021	Приріст в % (+/-)	2020	2021	Приріст в % (+/-)
	<i>профілю ліжка</i>									
1	Хірургія № 1		0,39		2,87	2,01	-29,96	2,59	2,24	-13,51
	<i>Гнійної хірургії</i>				1,99	1,06	-46,73	1,99	1,06	-46,73
	<i>Проктологічні</i>				0,47	0,72	+53,19	0,47	0,72	+53,2
	<i>Хірургічні</i>		0,86		4,85	2,94	-39,38	4,27	3,35	-21,54
2	Судинна хірургія	1,81	0,24	-86,74	3,80	3,47	-8,68	6,63	3,47	-47,66
	<i>Судинної хірургії</i>	2,17			1,82	2,31	+26,92	3,91	2,31	-40,92
	<i>Кардіохірургічні</i>	0,90	0,73	-18,88	8,33	5,38	-35,41	12,70	5,38	-57,64
3	Торакальна хірургія	1,40	0,89	-36,43	0,70	0,64	-8,57	1,40	1,90	+35,71
4	Ортопедія				0,48	0,26	-45,83	0,16	0,26	+62,5
5	Хірург. стоматологія					0,26			0,26	
6	Урологія		0,30		0,82	0,42	-48,78	0,82	0,42	-48,78
7	Хірургія № 2				0,72	0,49	-31,94	0,72	0,49	-31,94
8	Нейрохірургія		0,43		1,47	1,61	+9,52	2,90	1,92	-33,79
9	Офтальмологія	0,10								
10	Отоларингологія				0,22					
	Всього хірургічного профілю	0,19	0,14	-26,32	0,98	0,69	-29,59	1,15	0,76	-33,91
	Всього терапевтичного профілю									
11	ВАІТ	45,45	12,82		20,59	8,17		15,63	3,52	
	РАЗОМ	1,33	1,78	+33,83	1,33	1,78	+33,83	1,33	1,78	+33,83

З урахуванням переведених на ВАІТ у 2021 році померло 85 пацієнтів, у 2020 році – 77 пацієнтів.

Протягом 2021 року посада лікаря була укомплектована не на 100% у всіх відділеннях.

На базі Тернопільської обласної клінічної лікарні у 2021 році в рентгенологічному відділенні проведено 10928 обстежень, що на 15,33% менше порівняно з 2020 роком (12907 обстежень). У тому числі 4761 дослідження органів грудної клітини, або на 16,97% менше, ніж у 2020 році (5734 дослідження); У 2021 році на органах травлення проведено 1421 дослідження, що на 15,01% менше, ніж у 2020 році (1672 дослідження); кістково-суглобова система – 3285 досліджень, або на 124,84% більше, ніж у 2020 році (2540 досліджень); інші – 1461 навч.

У 2021 році в ендоскопічному відділенні проведено 6142 обстеження, що на 8,22% менше, ніж у 2020 році (7473 обстеження). У тому числі езофагогастроуденоскопія у 2021 році – 4020 обстежень, що на 22,05%

менше порівняно з 2020 роком (5157 обстежень); колоноскопії у 2021 році проведено 1214 обстежень, що на 23,25% більше, ніж у 2020 році (985 обстежень); У 2021 році проведено 874 бронхоскопічних обстеження, що на 34,33 % менше, ніж у 2020 році (1331 обстеження); дуоденоскопія - 34 обстеження.

Порівняно з минулим роком зменшилась питома вага езофагогастродуоденоскопій та бронхоскопій, але зросла кількість колоноскопій.

	2020	2021
Езофагогастродуоденоскопії	69,01	65,45
Колоноскопії	13,18	19,76
Бронхоскопії	17,81	14,23

У 2021 році у відділенні УЗД проведено 19 160 досліджень, що на 22,61% менше порівняно з 2020 роком (24 758 досліджень). У тому числі по щитовидній залозі у 2021 році – 559 досліджень, що на 55,91% менше, ніж у 2020 році (1268 досліджень); молочна залоза у 2021 році – 62 дослідження, або на 46,09% менше, ніж у 2020 році (115 досліджень); ехокардіографія – 2544 дослідження; органів черевної порожнини у 2021 році – 4878 досліджень, або на 14,33% менше, ніж у 2020 році (5694 дослідження); У 2021 році проведено 4762 обстеження нирок, що на 1,73% менше, ніж у 2020 році (4846 обстежень); простата – 845 досліджень; сечовий міхур – 1143 дослідження; жіночі статеві органи у 2021 році – 874 дослідження, або на 9,80% менше, ніж у 2020 році (969 досліджень); кістково-суглобової системи у 2021 році – 116 досліджень, що на 24,18 % менше, ніж у 2020 році (153 дослідження); Допплерометрія периферичних судин у 2021 році – 2408, тобто на 8,03% більше, ніж у 2020 році (2229 досліджень); пункційно-дренажна біопсія під УЗД - 100 досліджень; інтраопераційні ультразвукові дослідження – 35 досліджень; інші – 834 дослідження.

У структурі ультразвукових досліджень порівняно з 2021 роком зросла кількість доплерографії периферичних судин та ехокардіографії.

Дослідження	2020	2021
Органів черевної порожнини	5694	4878
Жіночих статевих органів	969	874
Молочної залози	115	62
Щитоподібної залози	1268	559
Кістково-суглобної системи	153	116
Доплерівське дослідження периферичних судин	2229	2408
Дослідження нирок	4846	4762

У 2021 році лабораторією проведено 1 395 454 досліджень, що на 7,94% більше, ніж у 2020 році (1 292 768 досліджень).

Структура проведених аналізів:

	2020	2021
Загально-клінічні	29,84	27,47
Гематологічні	23,15	19,21
Цитологічні	0,13	0,17
Біохімічні	40,10	42,08
Мікробіологічні	4,41	1,32
Імунологічних	2,37	9,75

Питома вага окремих видів аналізів серед біохімічних аналізів:

	2020	2021
Гормони	1,76	1,86
Ферменти	16,58	7,20
Показники згорт. та протизг. систем	21,45	22,30
Водно-солевого обміну	14,87	13,53
Кислотно-лужного стану	3,08	0,27

Серед імунологічних досліджень 1586 досліджень проведено на гепатит В, 1808 досліджень на гепатит С.

У відділенні функціональної діагностики у 2021 році обстежено 23386 осіб, що на 2,28% менше порівняно з 2020 роком (23932 особи). З них у 2021 році в поліклініці оглянуто 6162 особи, що на 11,87% менше порівняно з 2020 роком (6992 особи). У 2021 році в стаціонарі оглянуто 22 210 осіб, що на 31,11% більше, ніж у 2020 році (16 940 осіб).

Кількість проведених досліджень у відділенні функціональної діагностики у 2021 році становить 28372, що на 4,12% менше порівняно з 2020

роком (29590 досліджень). Кількість оглядів у поліклініці у 2021 році становить 6162, що на 25,63% менше порівняно з 2020 роком (8286 оглядів).

Із загальної кількості досліджень проведено: ЕКГ – 20144, велоергометрія – 88 досліджень, реовазографія – 362 дослідження, спірографія – 1128 досліджень, інші – 6650 досліджень.

У 2021 році у фізіотерапевтичному відділенні проліковано 1688 осіб, що на 6,30% більше, ніж у 2020 році (1588 осіб). У 2021 році було проведено 25 771 втручання, тобто на 0,42% більше, ніж у 2020 році (25 664 втручання).

Відділення	Число відпущених процедур					
	На одну особу, яка закінчила лікування		Приріст (+/-) %	На одного вибулого із стаціонару		Приріст (+/-) %
	2020	2021		2020	2021	
Кардіологія	10,10	10,41	+3,07	2,93	0,89	-69,62
Ревматологія	21,80	20,93	-3,99	7,47	10,42	+39,49
Пульмонологія	30,15	27,06	-10,25	2,08	3,23	+55,29
Ендокринологія	31,17	26,31	-15,59	10,97	11,02	+0,45
Гастроентерологія	20,34	20,03	-1,52	4,56	9,00	+97,37
Гематологія	8,80	28,00	+218,18	0,07	0,17	+142,86
Нефрологія	12,81	14,88	+16,16	1,18	0,79	-31,30
Хірургія № 1	10,14	10,00	-1,38	0,54	0,97	+79,63
Судинна хірургія	15,00	13,00	-13,33	0,19	1,27	+568,42
Торакальна хірургія	-	9,60		-	0,21	
Ортопедія	16,70	10,91	-34,67	0,19	0,07	-63,16
Стоматологія	7,07	10,27	+45,26	0,62	1,21	+95,16
Урологія	17,95	13,17	-26,63	0,56	0,57	+1,78
Хірургія № 2	6,75	8,00	+18,52	4,57	2,78	-39,17
Офтальмологія	8,23	6,40	-22,23	0,09	0,21	+133,33
Отоларингологія	15,33	7,00	-54,34	2,92	2,49	-14,73
Нейрохірургія	21,50	20,00	-6,98	2,76	3,45	+25,00
Всього по лікарні	16,16	15,27	-5,51	2,27	2,05	-9,69

У 2021 році у фізіотерапевтичному відділенні пройшли лікування 1341 особа, що на 39,35% менше порівняно з 2020 роком (2211 осіб). Кількість проведених втручань у 2021 році становить 18 774, що на 16,92% менше, ніж у 2020 році (22 597 втручань).

Відділення	Число відпущених процедур					
	На одну особу, яка закінчила лікування		Приріст (+/-)	На одного вибулого із стаціонару		Приріст (+/-)
	2020	2021	%	2020	2021	%
Кардіологія	11,59	17,01	+46,76	7,63	7,37	-3,41
Ревматологія	11,88	12,69	+6,82	9,12	8,71	-4,49
Пульмонологія	17,73	11,94	-32,66	0,50	0,74	+48,00
Ендокринологія	9,79	13,13	+34,12	4,94	1,89	-61,74
Гастроентерологія	8,79	7,91	-10,01	0,36	0,52	+44,44
Гематологія	8,33	11,00	+32,05	0,12	0,02	-83,33
Нефрологія	11,08	9,43	-14,89	0,77	0,28	-63,64
Хірургія № 1	11,92	8,37	-29,78	0,16	0,22	+37,50
Судинна хірургія	20,75	5,83	-71,90	0,18	0,34	+88,88
Торакальна хірургія	6,00	9,00	+50,00	0,17	0,08	-52,94
Ортопедія	-	-		-	-	
Стоматологія	5,94	3,92	-34,01	2,46	0,23	-90,65
Урологія	-	-		-	-	
Хірургія № 2	5,53	-		1,98	-	
Офтальмологія	-	-		-	-	
Отоларингологія	5,37	7,03	+30,91	0,94	0,74	-21,28
Нейрохірургія	15,28	11,94	-21,86	2,24	0,94	-58,03
Всього по лікарні	10,22	14,00	+36,99	1,99	1,50	-24,62

У 2021 році у відділенні гемодіалізу проведено 18478 процедур гемодіалізу, що на 2,33% менше порівняно з 2020 роком (18919 процедур гемодіалізу). Кількість гемодіалізу на 1 апарат у 2021 році становить 803,39 шт., що на 2,33% менше, ніж у 2020 році (822,57 гемодіалізу). Кількість гемодіалізів на одного пацієнта у 2021 році становить 106,81, що на 2,33% менше, ніж у 2020 році (109,36 гемодіалізу).

послуг гіпербаричної оксигенації у 2021 році, або на 26,83% менше, ніж у 2020 році (369 сеансів). Кількість сеансів на 1 діючу барокамеру у 2021 році становить 135 сеансів, що на 26,83% менше, ніж у 2020 році (184,5 сеансів).

2.2. Аналіз процедури прийняття управлінських рішень у досліджуваному закладі охорони здоров'я

Безпосереднє керівництво Тернопільською обласною клінічною

лікарнею здійснюється директором та його заступниками відповідно до чинного законодавства та статуту підслідного закладу.

Директор Тернопільської обласної клінічної лікарні призначається на посаду та звільняється з посади Тернопільською обласною радою за погодженням з управлінням охорони здоров'я Тернопільської області.

Управлінські рішення, які приймаються в Тернопільській обласній клінічній лікарні, можна розділити на 3 групи:

1) рішення, прийняті директором, які є як стратегічними, так і операційними. Вони поширюються на діяльність всього закладу охорони здоров'я, на всіх працівників;

2) рішення заступників директора та головного бухгалтера за функціональними напрямками закладу. Ці рішення стосуються всієї установи в цілому та всіх працівників, які там працюють;

3) рішення, прийняті керівниками відділів, лабораторій та інших структурних підрозділів. Вони спрямовані на організацію та виконання роботи підслужби та її працівників.

Для прийняття управлінських рішень у різних структурних підрозділах і на різних рівнях управління використовуються різноманітні методи. Завідувачі відділень, лабораторій та інших структурних підрозділів є керівниками, які безпосередньо здійснюють медичне обслуговування та медичну допомогу населенню. Вони певною мірою інтуїтивно вирішують усі робочі питання, пов'язані з реалізацією процесу надання медичних послуг, спираючись на власні знання, навички та досвід.

Головний лікар та його заступники, головний бухгалтер Тернопільської обласної клінічної лікарні при прийнятті управлінських рішень використовують такі методи:

1) метод здорового глузду, згідно з яким управлінські рішення приймаються з урахуванням особистих знань, умінь і досвіду. Цим методом користуються практично всі менеджери, оскільки цінність кожного керівника залежить від його особистих знань, умінь і навичок;

2) метод побудови дерева рішень, який полягає в тому, що серед доступних варіантів вибираються ті, за допомогою яких можна вирішити проблему швидше і з найменшими фінансовими витратами часу та ресурсів;

3) методика економічного аналізу, яка використовується директором, головним бухгалтером та помічником з економічних питань. Прийняття управлінських рішень неможливе без достовірних інформаційних даних. Прийняти правильне рішення допомагає інформація про наявність фінансових коштів, планове їх використання, витрати установи, рентабельність підприємницької діяльності, напрямки використання бюджетних коштів. Цей метод широко використовується при розробленні кошторису витрат закладу на наступний рік, розробці плану роботи закладу на середньострокову перспективу;

4) метод аналізу часових рядів, який дозволяє планувати майбутнє на основі тенденцій, виявлених у минулому. Цей метод активно використовується при середньостроковому плануванні діяльності закладу;

5) метод «думка присяжних» або метод «мозкового штурму», який використовується для вирішення складних завдань, що вимагають знань у різних областях (наприклад, для вирішення проблеми комплексного лікування складного хворого);

б) метод управління запасами. Для забезпечення безперебійного лікувального процесу обстежуваний заклад охорони здоров'я повинен забезпечити наявність запасу лікарських засобів. На основі економічних розрахунків та практики минулих років в установі вже встановлені кількісні та якісні характеристики запасів ліків.

На основі проведеного аналізу можна виділити як позитивні, так і негативні сторони процесу прийняття та реалізації управлінських рішень у Тернопільській обласній клінічній лікарні. Позитиви включають:

- заклад має чітку організаційну структуру та ефективне організаційне забезпечення процесу прийняття управлінських рішень;

- установа чітко визначає функції, посадові обов'язки, права та

відповідальність працівників і закріплює їх у статуті, відповідних положеннях та робочих інструкціях;

- заклад активно взаємодіє із зовнішнім середовищем, надаючи медичну допомогу та кваліфіковані медичні послуги;

- прийняті в закладі управлінські рішення сприяють його динамічному розвитку.

До мінусів належать:

- іноді відбувається навмисне затягування процесу прийняття управлінських рішень;

- заступники директора не виконують своїх посадових обов'язків щодо прийняття організаційно-управлінських рішень;

- управлінські рішення, прийняті за методом «здорового глузду», не завжди мають сенс;

- управлінські рішення щодо оплати праці працівників не завжди спрямовані на стимулювання трудової мотивації, що призводить до відсутності матеріальної зацікавленості працівників у підвищенні якості медичних послуг;

- відсутній чітко організований прямий і зворотний зв'язок інформації між адміністрацією і співробітниками. Інформація щодо обсягів медичної допомоги та медичних послуг протягом року змінюється та своєчасно не надається виконавцям;

- відсутня чітко налагоджена система контролю за виконанням управлінських рішень директора;

- відсутній середньостроковий план розвитку закладу охорони здоров'я, що перевіряється;

- керівництво досліджуваного закладу не приділяє достатньої уваги вирішенню соціальних проблем працівників;

На нашу думку, причини наявності вищезазначених недоліків у прийнятті управлінських рішень полягають у наступному:

- 1) Адміністративний стиль керівництва веде до зміцнення влади однієї

особи. В умовах дефіциту робочих місць керівники часто зловживають своїм службовим становищем, що призводить до порушення законодавства, прав працівників, прийняття рішень, що суперечать інтересам установи;

2) безініціативність у прийнятті управлінських рішень у адміністративних працівників через особистісні якості та інтереси;

3) низька професійна підготовка управлінського персоналу, недостатній рівень знань і умінь, необхідних для прийняття управлінських рішень;

4) неналежне виконання адміністративними працівниками своїх посадових обов'язків.

5) незацікавленість керівництва закладу у забезпеченні медичними кадрами.

Отже, за формою власності Клінічна лікарня Тернопільської області є комунальним некомерційним підприємством, яке надає медичні послуги населенню як на платній, так і на безоплатній основі. За своєю природою установа є бюрократичною системою. У досліджуваному закладі охорони здоров'я сформувався розширений тип лінійно-функціональної організаційної структури управління. Стиль керівництва досліджуваного закладу охорони здоров'я можна визначити як адміністративний. Управлінські рішення в досліджуваному закладі охорони здоров'я приймають директор та його заступники, головний бухгалтер та керівники структурних підрозділів. Помічники керівника приймають управлінські рішення щодо відповідних функціональних напрямків діяльності співробітників. При прийнятті управлінських рішень відповідальні за створення використовують такі методи: «здоровий глузд», розробка дерева рішень, економічний аналіз, встановлення часових рядів, метод «мозкового штурму» та метод управління запасами.

2.3. Оцінка системи контролю матеріально-технічного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я

На сьогодні проблеми з матеріально-технічним забезпеченням закладів охорони здоров'я змушують керівництво приймати управлінські рішення в умовах постійної нестачі коштів та високої вартості цих ресурсів.

В таких умовах, поряд з питаннями управління процесом матеріально-технічного забезпечення, потребує підвищеної уваги питання належного контролю за зберіганням і використанням матеріально-технічних ресурсів. Найбільш часто використовуваною формою контролю матеріально-технічних ресурсів закладів охорони здоров'я є інвентаризація.

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» є медичним закладом, що утримується за рахунок бюджетних коштів. Так, при проведенні інвентаризації керуються Інструкцією про інвентаризацію матеріальних цінностей, розрахунків та інших статей балансу бюджетних установ, затвердженою наказом Держказначейства від 30.10.98 р. № 90 (далі – Інструкція № 90). . 90).

Інвентаризації підлягає все майно лікувального закладу, незалежно від джерела фінансування, а саме:

- медичні (лікарські засоби, медикаменти, кров і кровозамінники, перев'язувальні матеріали, вироби медичного призначення, апаратура, обладнання, лабораторні предмети та приладдя, книги та бланки медичної документації та звітів, медичне та медичне обладнання);

- санітарно-господарські (натільна та постільна білизна, одяг для медичного персоналу, домашні та лікарняні меблі, обладнання харчоблоків, предмети побуту та обладнання тощо);

- спеціальні (засоби індивідуального захисту органів дихання та шкіри, радіометрична апаратура, радіаційні прилади, хімічна та бактеріологічна розвідка, типові та універсальні санітарно-технічне обладнання транспортних засобів тощо).

Додатково проводиться інвентаризація грошових коштів, форм суворої звітності, нематеріальних активів, розрахунки з постачальниками та покупцями, платежі до бюджету.

Періодичність проведення інвентаризації (один раз на місяць, квартал, півріччя, рік, з іншою періодичністю) визначає директор. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня». Водночас законодавством визначено випадки, коли інвентаризація є обов'язковою. Відповідно до пункту 1.9 Інструкції № 90 такими випадками є: « складання річної звітності; зміна матеріально відповідальних осіб (на день приймання-передачі справ); встановлювати факти крадіжок або зловживань, псування цінностей; отримати доручення судових і слідчих органів; пожежа, стихійне лихо або техногенна аварія; інші випадки, передбачені законом» [] .

Зі сказаного випливає, що максимальний міжінвентарний запас термін - один рік. При цьому інвентаризація будівель, споруд, споруд та іншого нерухомого майна чи основних засобів може проводитися один раз на три роки, а майна бібліотек – один раз на п'ять років.

Рішення директора Тернопільської обласної клінічної лікарні Періодичність проведення інвентаризації встановлюється в наказі про облікову політику або окремим наказом по підприємству.

Забезпечення проведення інвентаризаційної роботи наказом директора КЗ «Тернопільська обласна клінічна лікарня». створюються наступні інвентаризаційні комісії:

1) постійно діюча – складається з керівників структурних підрозділів та головного бухгалтера, очолює її директор Тернопільської обласної клінічної лікарні. або його заступник;

2) робоча (одна або кілька) - до складу цих комісій входять спеціалісти, які знайомі з об'єктом інвентаризації, цінами та первинним обліком (інженери-техніки, спеціалісти окремих категорій лікарів, бухгалтери). Робочу комісію очолює представник директора КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» .

Постійно діюча інвентаризаційна комісія не бере участі в інвентаризації, а вирішує лише організаційні питання, зокрема організовує інструктаж з членами робочих інвентаризаційних комісій, проводить перевірки правильності інвентаризації, розглядає письмові пояснення осіб, які допустили нестачу або псування цінних предметів.

Діяльність постійно діючої інвентаризаційної комісії не обмежується періодом інвентаризації – тому вона діє постійно.

Робоча інвентаризаційна комісія безпосередньо проводить інвентаризацію майна, цінностей, коштів тощо, бере участь у визначенні результатів інвентаризації, складає протокол результатів інвентаризації та висновки щодо них. Заборонено два роки підряд призначати одну й ту саму особу головою робочої комісії з проведення інвентаризації одних і тих же матеріально відповідальних осіб.

Процес проведення інвентаризації включає кілька етапів. Ми вже майже розглянули перший (його можна назвати підготовчим), під час якого видаються накази про проведення інвентаризації та призначення комісій.

Додамо, що одразу на дату інвентаризації має бути завершено оформлення всіх документів щодо руху матеріальних цінностей та визначено всі залишки. Інвентаризаційна комісія зобов'язана: «опечатувати пральні та інші місця зберігання цінностей, які мають окремі входи та виходи; перевірити справність усіх ваговимірювальних пристроїв; отримувати останні звіти про прибутково-видаткові документи або звіти про рух товарно-матеріальних цінностей і коштів». на момент інвентаризації» [] .

Голова інвентаризаційної комісії підписує всі додані до реєстрів (звітів) прибутково-видаткові документи із зазначенням: «В інвентаризації (дата)». На кожну матеріально відповідальну особу або групу осіб, відповідальних за матеріальні цінності, видається квитанція. У багатьох інвентаризаційних описах ця квитанція міститься в заголовку.

Наступний етап інвентаризації – перевірки. По-перше, наявність та стан облікових документів (карток, книг, описів тощо), наявність та стан технічних

паспортів та інших технічних документів, а також наявність документів щодо об'єктів, переданих або взятих суб'єктами господарювання в оренду. , зберігання або тимчасове використання перевіряються. За відсутності цих документів необхідно оформити та правильно оформити нові.

перевіряється фактична наявність предметів на складі та придатність їх для наступного використання відповідно до цільового призначення. Наявність усіх матеріальних цінностей визначається шляхом обов'язкового підрахунку, зважування та обміру.

Фактичні дані інвентаризації члени робочої комісії відображають в інвентаризаційних описах, які складаються окремо на основні засоби, малоцінні предмети, медикаменти та інші цінності лікувального закладу. В інвентаризаційному описі зазначаються найменування цінностей та їх кількість із зазначенням номенклатурного номера та в одиницях виміру, що враховуються (шт., грами тощо).

Інвентаризаційні описи складаються в одному примірнику окремо за кожним місцем знаходження цінностей та посадовою особою, відповідальною за їх збереження, підписуються всіма членами інвентаризаційної комісії та матеріально відповідальними особами і передаються до бухгалтерії.

Після закінчення перевірок комісія приступає до порівняльно-аналітичного етапу інвентаризації, під час якого фактичні дані, виявлені під час інвентаризації, порівнюються з даними бухгалтерського обліку. Для визначення результатів інвентаризації бухгалтерія лікувально-профілактичного закладу складає звіряльні відомості на ці цінності, за якими під час інвентаризації констатовано відхилення від облікових даних. Ця інформація відображає відмінності між даними бухгалтерського обліку та даними опису запасів. Вартість надлишку та нестачі цінностей у звіряльних відомостях наводиться відповідно до їх оцінки в бухгалтерському обліку. Для цінних паперів, що належать іншим компаніям, складається окрема звіряльна інформація. Копія інвентаризаційного опису та довідка про результати інвентаризації надсилаються власникам цінних речей.

Інвентаризаційна комісія перевіряє правильність визначення бухгалтерією результатів інвентаризації і за результатами інвентаризації складає протокол із зазначенням результатів інвентаризації та їх висновків. У разі виявлення під час інвентаризації нестачі або псування цінних речей відповідальні особи, які їх допустили, повинні надати письмові пояснення постійній комісії. Члени комісії вивчають пояснення винних та приймають рішення про застосування до цих осіб заходів та перекваліфікацію. Висновки та пропозиції, спрямовані на покриття нестач за рахунок надлишків і врегулювання розбіжностей, зазначених у протоколі інвентаризації, комісія відображає.

У разі виявлення прострочених медичних препаратів і лікарських засобів на них складаються окремі інвентаризаційні описи. Крім того, ці препарати обов'язково підлягають списанню, яке оформлюється відповідним законом.

Протокол інвентаризаційної комісії розглядається протягом п'яти днів і затверджується керівником лікувально-профілактичного закладу. При цьому затверджені результати інвентаризації відображаються в бухгалтерському обліку підприємства на дату проведення інвентаризації.

Якщо під час інвентаризації буде виявлено пересортування лікарських засобів або медичної техніки (нестача одних і надлишок інших), то взаємне відшкодування нестач і надлишків допускається лише для лікарських засобів одного найменування та в тій самій кількості. При цьому є обов'язкова умова: надлишки та нестачі мають утворюватися в один і той самий контрольований період та однією контрольованою особою (абз. «а» п. 11.12 Інструкції № 69).

У випадку, якщо вартість ліків та медичного обладнання, які виявлено в нестачі, перевищує вартість того, що виявилось з надлишком, різницю у вартості необхідно віднести на винних. В іншому разі до доходу лікувально-профілактичного закладу зараховується сума, на яку вартість цінностей, зазначених у надлишку, перевищує вартість цінностей, залічених як нестача. У разі невстановлення конкретних винних сумові різниці вважаються

недостачею цінностей з віднесенням їх на витрати лікувального закладу. Щодо таких сумових розбіжностей у протоколі інвентаризаційної комісії повинні бути повні пояснення причин, з яких нестача не може бути віднесена на винних осіб.

При виявленні зайвих матеріальних цінностей їх необхідно продати. За наявності підтвердних документів, що стосуються придбання цих матеріальних цінностей, вони зараховуються на баланс у загальному порядку (зі збільшенням заборгованості перед постачальниками). У разі відсутності документів на виявлені матеріальні цінності вони відображаються в підсумку діяльності підприємства.

Відсутність матеріальних цінностей в медичному закладі може виникнути через пошкодження, крадіжку або недоставку. Робоча комісія повинна чітко усвідомити обставини виникнення нестач і відобразити свої пропозиції щодо їх усунення в протоколі про результати інвентаризації. Так, нестачі в межах норм природних втрат підлягають списанню, а понаднормові нестачі та втрати від псування цінностей відносяться на винних. В акті списання фіксуються обставини нестачі (псування) цінностей та винні особи (якщо вони встановлені). Винні мають записати свої пояснення щодо нестачі.

При визначенні розміру шкоди, що підлягає відшкодуванню винним, слід керуватися нормами Порядку визначення розміру шкоди, завданої розкраданням, нестачею, знищенням (пошкодженням) матеріальних цінностей, затвердженого постановою № 116 від р. постановою Кабінету Міністрів України від 22 січня 1996 р. (далі - Порядок № 116). Так, відповідно до п. 2 Порядку № 116 розмір збитку через відсутність матеріальних цінностей визначається виходячи з балансової вартості цих цінностей (за мінусом амортизаційних відрахувань), але не менше 50 % балансової вартості . вартості на момент встановлення такого факту з урахуванням індексу інфляції, ПДВ та акцизного збору за формулою:

$$P_z = [(B_v - A) * I_{\text{інф}} + \text{ПДВ} + A_{\text{зб}}] * 2, \quad (2.1)$$

де: B_v – балансова вартість на момент встановлення факту нестачі (грн.);

A – амортизаційні відрахування (грн.);

I_{inf} - загальний індекс інфляції, визначений Держстатом;

A_{cb} – сума акцизного збору (грн.);

2 - коефіцієнт.

При цьому значення коефіцієнтів, визначені статтями 3 - 8 Порядку № 116, мають застосовуватися до кожного конкретного виду вартості.

Звертаємо увагу, що норми Порядку № 116 не застосовуються у разі нестачі дорогоцінних металів (які можуть міститися в обладнанні або використовуватися окремими лікувальними закладами під час лікування). При визначенні розміру матеріальної шкоди через відсутність зазначених цінностей необхідно керуватися нормами Закону України «Про визначення розміру шкоди, завданої підприємству, установі, організації розкраданням, знищенням), нестача або втрата дорогоцінних металів, дорогоцінного каміння та грошових цінностей» від 6 червня 1995 року № 217/95-ВР .

Отже, для якісного проведення інвентаризацій з метою контролю в процесі управління матеріально-технічним забезпеченням необхідно розробити певну внутрішню нормативну базу проведення інвентаризацій, яка повинна містити методику визначення фактичного стану об'єктів контролю, порівняння, оцінки та економічного аналізу результатів, отриманих при перевірці фактичної наявності об'єктів контролю та їх стану.

Висновки розділу 2

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ КОНТРАКТУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Модель блок-контрактів закупівлі медичних послуг

Важливим інструментом впливу покупців на виконавців послуг є договори, оскільки в них визначаються умови надання, перелік та обсяг медичних послуг. Крім того, договірні відносини сприяють створенню рівних можливостей для укладення договорів, що фінансуються з бюджетних коштів, для державних і приватних надавачів медичних послуг, а також дозволяють активізувати такі стратегії управління: 1) децентралізація управління в бік делегування частини повноважень вищих органів управління закладам охорони здоров'я «І; 2) розмежування функцій платника та надавача медичних послуг, зміна типу відносин між ними з ієрархічних на партнерські; 3) формування економічної зацікавленості медичних закладів у забезпеченні максимально можливої ефективності власної діяльності – якісні послуги за мінімально можливих витрат; 4) підвищення рівня адміністративної та фінансової автономії, гнучкості надавачів медичних послуг та рівня їх відповідальності за якість послуг, що надаються; 5) посилити відповідальність платника в організації фінансування; 6) формування пацієнтів як поінформованих та обізнаних споживачів медичних послуг, здатних громадянсько відстоювати свої законодавчо визначені права та реально впливати на підвищення якості системи охорони здоров'я [43].

Контрактний процес передбачає проведення переговорів та укладення угоди між покупцем і постачальником на конкурентних засадах і дозволяє покупцям контролювати витрати на макрорівні, а також підвищувати ефективність роботи закладів охорони здоров'я [42 , с. 224]. Контрактування медичних послуг дає змогу формалізувати процес планування та управління, зробити прозорими та зрозумілими зобов'язання сторін договору щодо досягнення конкретних цілей та виконання визначених завдань. А це є

запорукою правового та економічного стимулювання підвищення ефективності використання ресурсів [45 , с. 15].

У світовій практиці існують різні моделі аутсорсингу медичних послуг, які мають певні переваги та недоліки:

1. Блокові договори передбачають дотримання наступних умов: покупець платить постачальнику узгоджену суму за можливість направлення пацієнтів на лікування; немає обмежень щодо сфери діяльності. Групові договори характеризуються простотою складання і легкістю виконання, якщо історично склалися певні типи пацієнтів і «коэффициент направлення до спеціалістів» практично не змінюється.

Перевагами пакетних контрактів для постачальників медичних послуг є гарантований дохід для покриття витрат незалежно від фактично вкладеної праці та можливість планувати масштаби власної діяльності. До недоліків оптових контрактів можна віднести безкоштовне виконання послуг, якщо їх обсяги перевищують очікування, і надмірні витрати, якщо випадок захворювання виявляється серйознішим, ніж очіувалося. Щоб уникнути некомпенсованих витрат, постачальники можуть наполягати на встановленні в загальному контракті верхньої межі для окремих обсягів і видів послуг за контрактом.

Перевагами пакетних контрактів для покупців медичних послуг є простота реалізації та гарантія отримання певної кількості послуг за фіксованою ціною. Серед недоліків пакетних контрактів можна відзначити їх недостатню гнучкість, якщо послуг надається менше запланованих (у разі меншої кількості поставок через падіння народжуваності) і, як наслідок, фактичні витрати перевищують необхідні.

Для усунення зазначених недоліків доцільно ввести в договори положення, які б враховували як недостатність, так і надлишок медичних послуг, оскільки покупець виграє у разі збільшення обсягу виконаної роботи, але зазнає збитків, якщо обсяг виявляється нижчим за очікуваний.

Досвід використання пакетних контрактів показує, що вони більше

підходять для відносно легко передбачуваних надзвичайних випадків, напр. травми або захворювання, що виникають в певну пору року, сезонні епідемії.

Також вважається доцільним використовувати пакетні контракти для оплати послуг пологів, де попит також більш-менш передбачуваний. Небажано використовувати комплексні договори для оплати послуг косметичної хірургії, якщо не встановлено верхнє обмеження кількості наданих послуг.

2. Договори щодо узгодженої вартості та обсягу медичної допомоги передбачають дотримання таких умов: покупець оплачує надавачу узгоджений обсяг медичних послуг; оплата здійснюється за кожну оброблену справу понад узгоджену суму.

У разі відхилення від обсягу медичних послуг, визначеного договором, невиконана робота не може бути оплачена. Більш того, на практиці інколи фіксується так званий «рівень толерантності» – певний відсоток відхилення від встановленого обсягу медичних послуг не тягне за собою додаткових витрат для покупців або штрафів для надавачів [42].

Контракти за вартістю та обсягом мають ту перевагу, що покупці платять лише за фактично надані медичні послуги.

Недоліком такої форми договору є можливість значного перевищення суми витрат порівняно з договірною, що може вимагати встановлення в договорах максимального обсягу діяльності, щоб уникнути «ліквідації» витрат і надання непотрібних послуг.

Для провайдерів контракти вартості та обсягу мають наступні переваги:

- гарантія мінімального обсягу діяльності, що дозволяє уникнути проблем у разі перевищення встановленого в договорі рівня навантаження;
- можливість (якщо покупець цього не помічає) розмістити найдешевші ящики в елементі обсягу, а найдорожчі - в елементі оплати за оброблену угоду.

Контракти за вартістю та обсягом підходять для випадків, коли попит можна точно передбачити, і є максимально гнучкими для постачальників і

покупців медичних послуг [3 4 , с. 6].

3. Контракти з вказаною вартістю обробленого кейсу предева -
Передбачається, що покупець сплачує узгоджену суму за кожен епізод діяльності, тобто кожен візит пацієнта на лікування оплачується на основі індивідуального договору. Зазначена договірна модель є найбільш прийнятною для невеликих обсягів діяльності, їх невизначеності або тенденції до зменшення та застосовується до постачальників медичних послуг, які обслуговують малонаселені території.

Перевагою договорів, заснованих на вартості обробленого випадку, є максимальна гнучкість у визначенні обсягу послуг, недоліками – високий рівень трансакційних витрат, складність визначення знижок, обов'язок покупців прийняти ціну (а не впливати на неї) через монопольне становище постачальників послуг, потребу в надто детальній інформації, через що контракти, засновані на вартості розглянутої справи, ще не мають широкого застосування в зарубіжних країнах.

Більшість сучасних експертів вважають, що найбільш прийнятною формою аутсорсингу послуг системи охорони здоров'я в країнах, де бракує інформації про ресурси, процеси та результати діяльності через аутсорсинг розвитку інформаційних систем, в тому числі і в Україні, є використання блоку. договорів [3 4 , с. . 6]. Схематично основні складові такого договору представлено на рис. 3.1.

Механізм закупівель медичних послуг в Україні має бути запроваджений згідно з «Положенням про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти», затвердженим постановою КМУ від 17 жовтня 2008 р. № 921.

Це підтверджується включенням медичної допомоги до поняття «послуги» у статті 2 цього нормативного акту. Цей документ відкриває можливість конкуренції за кошти з державного та місцевих бюджетів між закладами охорони здоров'я різних форм власності, а визначені в ньому процедури можуть бути застосовані у зв'язку з подальшим впровадженням в

Україні соціального медичного страхування. Крім того, згідно з цим нормативно-правовим актом потенційними надавачами медичних послуг можуть бути як юридичні, так і фізичні особи, що створює умови для подальшого розвитку.

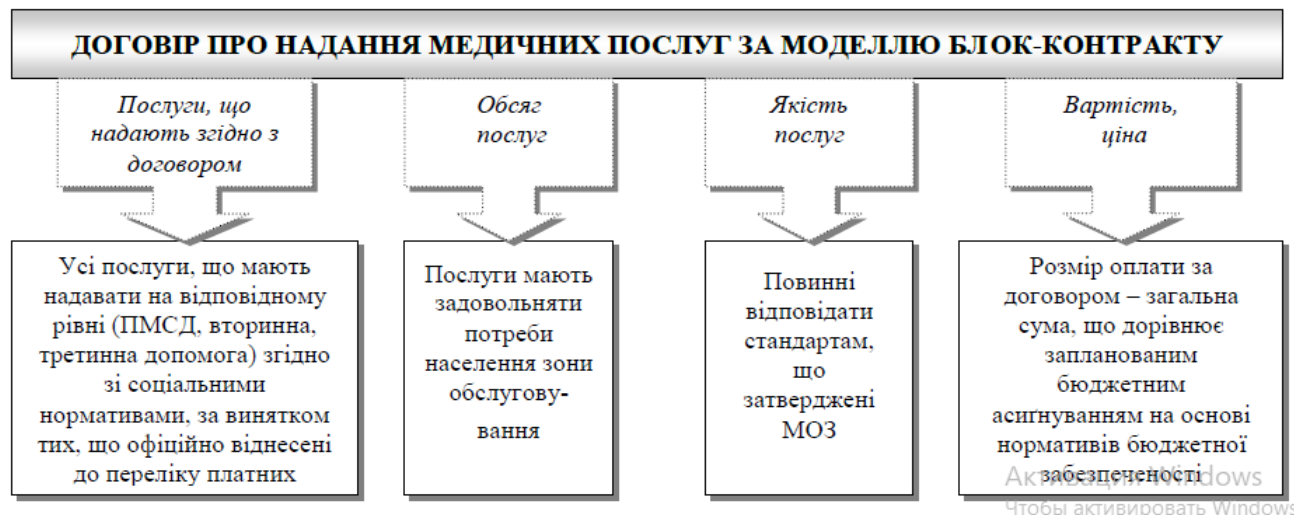


Рис. 3.1. Елементи договору про надання медичних послуг за моделлю комплексного договору

Примітка. Дано згідно [43]

Статтею 19 «Тимчасового положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» передбачено проведення таких процедур закупівель, як відкриті торги, конкурси з обмеженою участю, двоетапні конкурси, запити цінових пропозицій (котирувань), конкурси із зазначенням цін. скорочення (редуція), постачання від постачальника (учасника) [3 8]. Перші п'ять перерахованих процедур вимагають конкурентного середовища.

Фактично, як слушно зазначає В. Рудий, виникла ситуація, коли, з одного боку, платник (тобто в нинішніх умовах – розпорядник бюджетних коштів) не має можливості обрати іншого постачальника, а з іншого – з іншого боку, надавач медичних послуг-монополіст об'єктивно обмежений у можливості отримання небюджетних коштів, необхідних для власної діяльності [39 , с. 16].

Враховуючи вищевикладене, наразі найбільш цікавою для закладів охорони здоров'я є процедура закупівлі в одного учасника, за якою після

переговорів з надавачем замовник укладає договір про закупівлю послуг мед. Саме відсутність конкуренції, відповідно до пункту «Тимчасового положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти», є однією з умов застосування процедури закупівлі. зазначені ринки.

У майбутньому, з розвитком приватного сектору системи охорони здоров'я, стане можливим використання конкурсних процедур закупівлі медичних послуг. Проте за умови запровадження єдиних національних тарифів на медичні послуги (а досвід багатьох розвинених країн свідчить про доцільність такого підходу) цінова конкуренція між постачальниками зазначених послуг втратить свою актуальність, а конкуренція за якістю послуг буде виділено.

На нашу думку, доцільно здійснити ряд кроків для впровадження договірних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні:

- розрізняти поняття «медична послуга» та «медична допомога» та законодавчо регулювати договірні закупівлі медичних послуг;
- визначити обсяг державних гарантій надання безоплатної медичної допомоги – «базового пакету» медичних послуг;
- забезпечення достовірності інформації про стан здоров'я та потреби населення в медичній допомозі;
- розробити медико-економічні стандарти та запровадити методикку розрахунку вартості медичних послуг, які мають стати основою єдиного механізму ціноутворення;
- удосконалити систему оплати медичних послуг та створити правову базу для запровадження контрактної моделі оплати праці медичного персоналу.

Проблема взаєморозрахунків між місцевими бюджетами за надання медичної допомоги громадянам, які постійно не проживають на відповідній території, за рахунок бюджетних коштів, які надали таку медичну допомогу, перешкоджає ефективному впровадженню системи закупівель на договірній основі. догляд. послуг і потребує законодавчого регулювання. Необхідність

цього зумовлена тим, що бюджетні видатки на охорону здоров'я населення певної території затверджуються виходячи з нормативів бюджетного фінансування за постійним місцем проживання та не враховують випадки ефективного та позапланового надання медичної допомоги громадянам, які тимчасово перебувають на території населеного пункту, району чи області. Ця проблема особливо актуальна для великих міст, куди приїжджають іногородні громадяни для отримання більш якісної допомоги в лікувальних закладах, що фінансуються з міських бюджетів цих міст.

Водночас, у зв'язку з особливостями статті 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та відповідними нормами основ законодавства України про охорону здоров'я щодо права громадянина на вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я, виникає ситуація, коли одночасно немає:

- фінансові кошти для відшкодування витрат на медичне обслуговування додаткової кількості хворих за рахунок місцевого бюджету за місцем надання допомоги нерезиденту;

- право і можливість закладу охорони здоров'я, який зіткнувся з необхідністю надання допомоги іногородньому громадянину, відмовити йому в наданні послуг або після надання допомоги стягнути плату для відшкодування вартості фактично наданих безпосередньо послуг. від такого хворого;

- право бюджетної медичної установи, яка надала допомогу громадянину-іногородню, вимагати відшкодування витрат за фактично надані медичні послуги з бюджету, з якого фінансується фактичне надання медичної допомоги хворому-іногородню за місцем його постійного перебування. місце проживання.

Така ситуація сприяє поширенню практики неофіційних платежів у сфері охорони здоров'я та не може бути вирішена за допомогою механізму надання субвенції на утримання об'єктів загального користування на договірних засадах, передбаченого статтею 104 Бюджетного кодексу [44, с .

136].

З метою підвищення фінансової самостійності бюджетів місцевих органів влади доцільно врегулювати механізм перерахування видатків у формі міжбюджетних трансфертів між бюджетами різних рівнів.

З метою ефективної організації надання медичних послуг, удосконалення фінансового забезпечення дільничних лікарень, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів у сільській місцевості, містах та містах обласного значення необхідно переглянути редакцію статей 88 і 89 Закону України «Про медичне обслуговування громадян України». Бюджетного кодексу України, який передбачає закріплення видатків на охорону здоров'я на районному рівні та фінансування зазначених медичних закладів з районного бюджету.

Така потреба зумовлена фінансовою неспроможністю територіальних громад сіл, селищ та міст обласного значення забезпечити необхідний обсяг фінансових ресурсів для надання первинної медичної допомоги дорослому та дитячому населенню.

Таким чином, з метою забезпечення прозорості економічних відносин у сфері охорони здоров'я, підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами та створення умов для запровадження загальнообов'язкового медичного страхування доцільно запровадити в практику закладів охорони здоров'я закупівлю мед. послуги за найпростішою моделлю - блок - договір.

3.2. Краудфандинг та краудінвестинг як інноваційний інструмент фінансування діяльності закладу охорони здоров'я

Переважає більшість закладів охорони здоров'я, в тому числі й Тернопільська обласна клінічна лікарня, працюють в умовах обмеженого бюджетного фінансування, що суттєво гальмує процес створення та впровадження інноваційних технологій у їх діяльність. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває пошук інноваційних шляхів фінансування інноваційної діяльності. Ми вважаємо, що за таких умов такі інструменти

колективного фінансування та інвестування, як краудфандинг та краудінвестинг, мають великі перспективи.

У спеціальній та науковій літературі ми, як правило, знаходимо досить схожі визначення поняття, зокрема, краудфандинг визначається як: 1) колективне фінансування або колективна співпраця людей, які добровільно об'єднують свої фінансові чи інші ресурси для підтримки інших людей чи організацій [52]; 2) у формі відкритого конкурсу, переважно через Інтернет, для надання фінансових ресурсів або у формі пожертви, або в обмін на майбутній продукт, або в іншій формі винагороди для підтримки ініціатив, спрямованих на (конкретні) конкретні цілі [72 , с. 8; 74 , стор. 8]; 3) як процес фінансування партії шляхом запиту та отримання невеликих внесків від значної кількості сторін в обмін на певну форму вартості для цих сторін [76 , с. 3]; 4) у контексті фінансування венчурних проектів як потенційного пулу капіталу для формування власного капіталу стартап-проекту [75 , с. 86]. Іншими словами, у загальному контексті краудфандинг – це колективне фінансування невеликих сум із використанням можливостей новітніх інформаційно-комунікаційних технологій [5 , с. 59].

Суб'єктами процесу краудфандингу є, з одного боку, інвестори або спонсори, які надають кошти і називаються фундаторами, а з іншого боку, заявники або бенефіціари капіталу, які є ініціаторами та засновниками краудфандингу. засновники проекту (англ. Founders) [5 , с. 59]. Враховуючи існуючу національну термінологію для позначення такого суб'єкта як спонсора, вважаємо за доцільне використовувати звичне слово «донор», оскільки пожертвування передбачає надання необхідних ресурсів як безоплатно, так і з метою отримання прибутку. . Ми будемо використовувати цей термін у широкому значенні для позначення всіх учасників процесу краудфандингу, які надають кошти, без уточнення особливостей договірних відносин та мотивації. Кошти перетікають від донорів до бенефіціарів. Посередниками процесу є власники (організатори) краудфандингової платформи, які отримують оплату за надану послугу у вигляді комісійних

винагород і виступають гарантами формування гарантійного фонду, а також банки або інші платіжні провайдери, через які надходять кошти. переданий. Узагальнену схему процесу краудфандингу наведено на рис. 3.3.

Краудфандинг може мати різні види (моделі), які відрізняються певними ознаками.

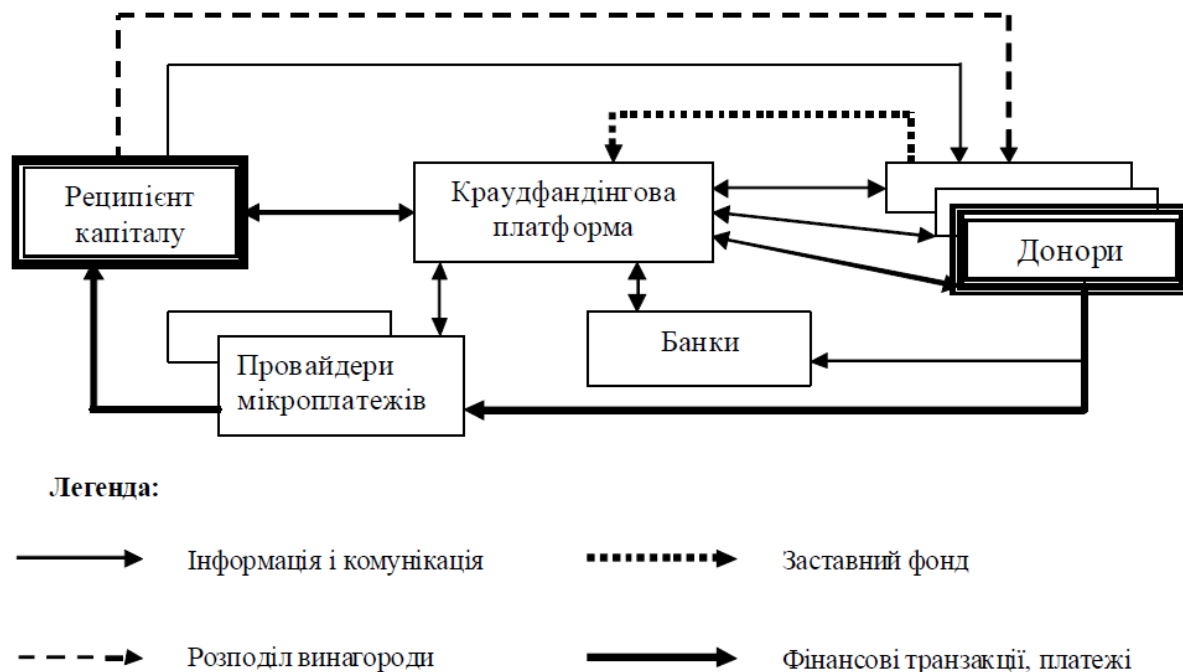


Рис. 3.3. Організація процесу краудфандингу як фінансової послуги

Примітка. Матеріальна [74]

Залежно від мотивації донора та очікуваної вигоди існує чотири моделі краудфандингу, які визначають певний тип краудфандінгової платформи, зокрема:

- 1) орієнтована на отримання пожертвувань, у тому числі й спонсорства (англ. donation-based crowdfunding);
- 2) на основі винагороди __ краудфандинг);
- 3) на основі кредитів _ краудфандинг);
- 4) орієнтований на отримання внесків від участі в капіталі (англ. based on equity crowdfunding) [73] .

Модель краудфандингу, орієнтована на отримання добровільної пожертви, передбачає, що донори надають кошти на підтримку проектів у

благодійних цілях, не очікуючи винагороди (пожертви чи спонсорства). Існування такої моделі краудфандингу можна пояснити з точки зору біхевіористських теорій, зокрема теорії ієрархії людських потреб А. Маслоу [59 , с.210] і двофакторної теорії мотивації Ф. Герцберг [59 , с.229]. На думку А. Маслоу, людська особистість потребує почуття самоповаги та приналежності до суспільства через участь у суспільних відносинах, які визначають прояви філантропії. Крім того, вважається, що люди альтруїстичні за своєю природою, тому безкоштовна допомога дозволяє їм отримати моральну вигоду. Користь), особливо щоб відчутти себе частиною спільноти.

Модель краудфандингу, орієнтованого на винагороду, передбачає, що донори прагнуть отримати нефінансову винагороду, таку як подарунок, пріоритетний доступ до нових продуктів, участь у зйомках, можливість першого перегляду або використання у випадку фільмів, книг чи ігор, зробити відоме ім'я благодійника тощо. Форми оплати жертводавцями можуть бути як попередніми, так і передпродажними, в основному це стосується виробництва нового продукту [72 , с. 15]. Донори керуються різними мотиваціями, серед яких: як у випадку пожертвування, отримання морального задоволення та відчуття причетності до важливих соціальних проєктів; самореалізація через активну участь у цікавих заходах чи проєктах; отримати квазіфінансову вигоду через купівлю нового товару за зниженою ціною за передплатою чи замовленням тощо [5 , с. 60-61].

Модель краудфандингу, орієнтована на отримання кредитів, припускає, що донори отримують фіксований дохід і очікують виплат протягом усього терміну інвестиції (терміну існування проєкту). Найчастіше таку модель краудфандингу називають мікрокредитуванням, хоча за організацією краудфандингове мікрокредитування відрізняється від традиційного мікрокредиту, який пропонують банківські установи. Зокрема, мікрокредитування участі відбувається за значно спрощеною процедурою: не потребує попередньої оцінки проєкту, надання пакету документів, застави чи депозиту тощо. Особливість цієї моделі краудфандингу визначається

характером договірні відносини між бенефіціаром і донором, які включають відносини «позичальник-кредитор».

Модель краудфандингу, орієнтована на участь у доходах або в акціонерному капіталі, передбачає, що донори отримують компенсацію або у формі участі в акціонерному капіталі, у формі отримання частини доходу, або у формі участі в капіталі. розподіл частини прибутку. Договірні відносини за цією моделлю мають особливий характер агентських відносин у відносинах «принципал-агент», де донори виступають принципалом, а агент є засновником проекту, який є водночас головним проектом і його власником. з усіма повноваженнями, що впливають із такої ситуації. Ми вважаємо, що цей тип моделі краудфандингу слід розділяти і окремо відрізняти модель, орієнтовану на отримання доходу у вигляді доходу, від моделі, орієнтованої на участь у капіталі та отримання частини виручки. прибуток у формі доходу від капіталу. Це забезпечить більш чіткий розподіл донорів за їх мотивацією, що полегшить процес організації краудфандингових послуг [5 , с. 61].

Останні дві моделі пропонують фінансову винагороду донорам, як і у випадку традиційного фінансування, коли капітал надається на основі позики (позика, випуск облігацій) або участі в капіталі (акціонерний або акціонерний капітал).

Хемер Дж. [74] класифікував ці форми фінансування за складністю залучення капіталу та представив їх на графіку в порядку зростання складності: від найпростішого процесу – збору пожертвувань до найскладнішої форми – інвестування в капітал. І. Васльчук завершив цю систему на основі моделей та типів краудфандингу (рис. 3.4).

За характером мотивації засновників (ініціаторів) проекту розрізняють такі краудфандинги, зокрема:

- 1) неприбуткові (некомерційні), які не мають на меті отримання фінансового результату;
- 2) прибутковий (комерційний), метою якого є отримання позитивного фінансового результату від реалізації проекту;

3) посередницькі, наприклад, проекти, які починалися як некомерційні, але з часом почали приносити комерційну вигоду.

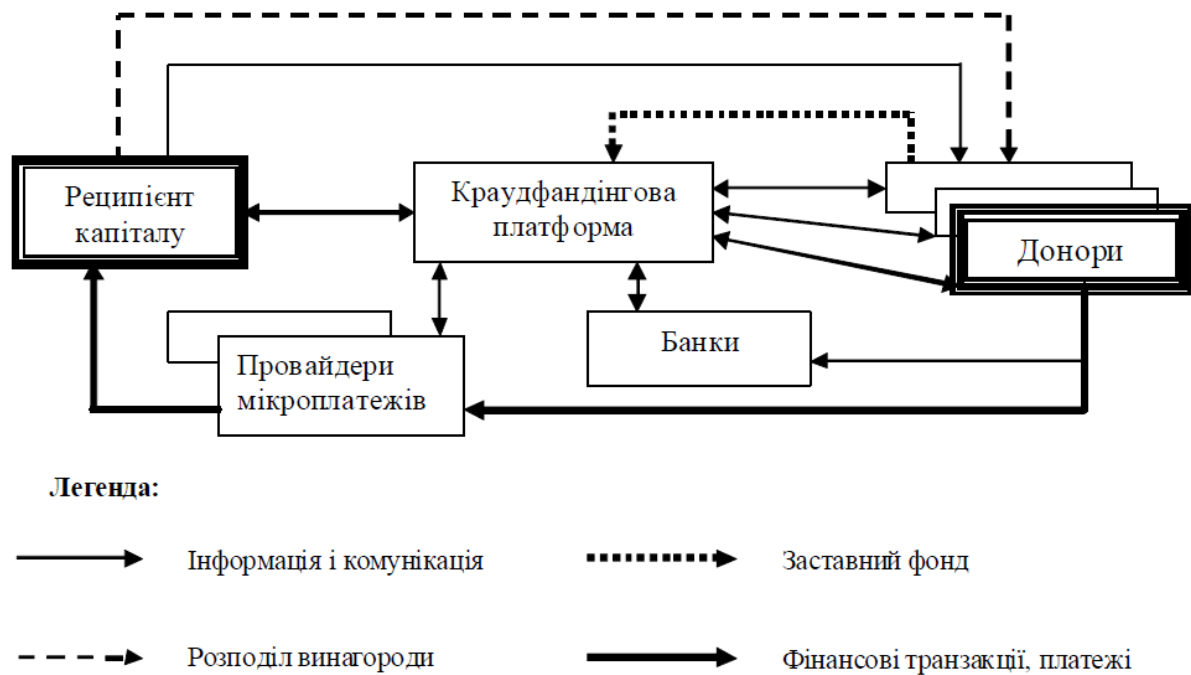


Рис. 3.4. Основні форми фінансування, класифіковані за складністю процесу

Примітка. Адаптовано та доповнено автором на основі [74]

Найчастіше некомерційні проекти ініціюються та розвиваються в соціальній сфері, охороні здоров'я, охороні навколишнього середовища, відновлюваних джерелах енергії, розвитку міської інфраструктури тощо.

Прибуткові краудфандінгові схеми можна запускати в різних сферах, як для існуючого бізнесу, так і для нового бізнесу. Таким чином, ініціаторами проекту можуть бути діючі компанії, які відчувають брак коштів для розробки та виробництва нового продукту чи послуги, які можуть зацікавити широке коло інвесторів і досягнуть комерційного успіху, тобто кажуть, що фінансування надається для певного типу продукту. Крім того, венчурні проекти, так звані стартапи, які не можуть розраховувати на традиційне фінансування через високий ризик для інвесторів, таким чином можуть залучати кошти. Слід зазначити, що проекти венчурного капіталу також

можуть бути ініційовані діючими компаніями, які займаються новітніми розробками (англ. R&D projects - дослідження та розробки проектів) [5 , с. 62].

Залежно від участі донора в інвестиційному проекті види краудфандингу поділяються на три категорії: пожертвування, активне інвестування, пасивне інвестування [72 ; 74 ; 75]. Якщо модель краудфандингу, заснована на пожертвах, є явною, то різниця між активним і пасивним інвестуванням має бути. Таким чином, пасивні інвестиції передбачають лише надання донорами коштів на користь (фінансову, нефінансову) без участі в прийнятті рішень, генерації ідей, обговореннях. У більшості випадків компенсація передбачає отримання продукту, послуги або фінансової винагороди. Активне інвестування передбачає надання коштів з можливістю активної участі в проекті, зокрема в прийнятті рішень. Донори часто очікують фінансової вигоди від цих інвестицій.

Оскільки краудфандинг – це перш за все фінансування нових ініціатив, такі проекти є ризикованими. Залежно від рівня ризику для донорів їх можна розділити на три категорії: проекти низького, середнього та високого ризику. Зокрема, до проектів з низьким ризиком варто віднести краудфандинг, спрямований на отримання пожертвувань, у тому числі спонсорських; До проектів із середнім рівнем ризику відносять краудфандинг, орієнтований на винагороди та позики; До проектів з високим рівнем ризику варто віднести краудфандинг, орієнтований на отримання внесків у формі пайової участі.

Ми узагальнили типи краудфандингу та навели їх класифікацію в наступній таблиці (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Класифікація краудфандингу

Знак	Форми краудфандингу
1	2
Про мотивацію донорів	<ul style="list-style-type: none"> – орієнтований на отримання пожертвувань, у тому числі і спонсорських; – орієнтований на винагороду; – орієнтований на отримання кредитів;
1	2

Продовження таблиці 3.2

	<ul style="list-style-type: none"> – орієнтований на отримання доходу у вигляді прибутку; – орієнтована на участь у капіталі.
На основі мотивації керівників проекту	<ul style="list-style-type: none"> – неприбуткові (некомерційні) проекти; – прибуткові (комерційні) проекти; – проміжний
Залежно від характеру донорської участі в проекті	<ul style="list-style-type: none"> – пожертви; – активне інвестування; – пасивне інвестування.
За характером ініціативи та рівнем реалізації проекту	<ul style="list-style-type: none"> – проекти діючих компаній; стартап проекти; незалежний, одноосібний.
Залежно від рівня ризику для донорів	<ul style="list-style-type: none"> – низький ризик; – середній ризик; – високий ризик.
Залежно від передбачуваної мети проекту	<ul style="list-style-type: none"> – орієнтація на соціальні цілі; орієнтація на екологічні цілі; орієнтація на політичні цілі; творчий проект; – бізнес-проект.
За правовим статусом засновників проекту	<ul style="list-style-type: none"> – орієнтований на фінансування юридичних осіб; – орієнтований на індивідуальне фінансування.

Примітка. Узагальнено та доповнено на основі [5 ; 30 ; 72-75]

Краудінвестинг – це окремий випадок спільного фінансування. Зауважте, що між процесами краудфандингу та краудінвестування існує такий самий зв'язок, як і між процесами звичайного фінансування та інвестування. Але на відміну від краудфандингу, краудінвестинг полягає в інвестуванні коштів, зібраних у формі колективного фінансування, у проект, обов'язково з розрахунком на отримання фінансової вигоди від інвестора. Іншими словами, відмінною рисою краудінвестингу є інвестиції в невеликих розмірах за спрощеною процедурою на основі фінансової вигоди. Оскільки краудфандинг набирає обертів, має значний потенціал зростання ринку і стає альтернативою традиційному інвестуванню, цей напрямок краудфандингу розвивається окремо і для цього створюються спеціальні краудінвестмент-платформи, а також вводяться свої правила та норми.

Існують три форми (моделі) краудінвестування залежно від очікуваної фінансової вигоди інвестора, у тому числі краудінвестинг, розрахований на отримання винагороди у вигляді: роялті; фіксований відсоток і погашення суми боргу (кредиту); участь у соціальному капіталі [28].

Найбільш складною і просунутою формою краудінвестингу є так званий

Equity Crowdfunding, який передбачає отримання інвестором винагороди у вигляді частини активів компанії, акцій, дивідендів або права голосу на загальних зборах акціонерів [28] . Аналітики ринку відзначають, що окрім найбільшої інновації, ця модель також є найбільш обговорюваною та дискусійною, оскільки впливає на організаційно-правову форму компанії та пов'язана з підвищеним ризиком для інвестора. Незважаючи на труднощі, ця модель краудфандингу викликає великий інтерес у бізнес-спільноті, оскільки вона надає нові можливості для компаній, які ще не публічно торгуються, отримати фінансування, необхідне для початку або розширення свого бізнесу [29] .

Дослідження сутності, характеристик та відмінностей краудфандингу та краудфандингу показало, що краудфандингові платформи створюються на базі або схожі на відповідні краудфандингові платформи, але їх цільові функції розрізняються. Зокрема, на нашу думку, однією з головних цільових функцій краудфандингу можна визначити залучення більш дешевих джерел фінансування різноманітних проектів, а однією з цільових функцій краудфандингу має бути залучення якомога більшої кількості учасників до інвестування. процеси та накопичення «розпорошених» фінансових ресурсів домогосподарств.

За результатами дослідження сутності краудфандингу та краудфандингу як його складової можна виділити найбільш суттєві ознаки краудфандингу: 1) колективне фінансування, коли кошти надходять невеликими обсягами від великої та невизначеної кількості осіб; 2) колективне співробітництво для досягнення визначених суспільно корисних цілей; 3) кошти надаються або без очікування матеріальної винагороди в розрахунку на отримання моральної вигоди, або в розрахунку на нематеріальну чи фінансову винагороду в майбутньому; 4) обов'язковою умовою є проведення відкритого конкурсу з використанням Інтернет-технологій; 5) альтернативне фінансування та новий вид фінансової послуги; 6) ризикове інноваційне інвестування.

На основі визначених суттєвих характеристик можна дати наступне

визначення: краудфандинг – це інноваційна фінансова послуга, основна ідея якої базується на співпраці у формі колективного фінансування ризикових проектів з метою досягнення конкретних цілей (фінансових або нефінансових) або без очікування вигоди у формі пожертвувань чи спонсорства, або з очікуванням нефінансових чи фінансових вигод, які реалізуються шляхом формування пулу капіталу, який надходить у невеликих обсягах від великої та невизначеної кількості людей на основа відкритого конкурсу з використанням Інтернет-технологій [5 , с. 65-66].

У контексті використання краудфандингу для фінансування проектів чи комерційних організацій варто виділити таку перевагу краудфандингу, як можливість використання зовсім незначних коштів (мікрофінансування), отриманих від донорів, для створення цінності для компанії.

Підсумовуючи, слід зазначити, що надання послуг краудфандингу в Україні знаходиться на стадії становлення, але має потенціал стати досить потужним сегментом ринку фінансових послуг. Потенціал даного виду фінансових послуг зумовлений, з одного боку, тим, що кожна людина має недостатню кількість вільних реальних коштів, але велике бажання отримати значний прибуток від мікроінвестицій. З іншого боку, національні експерти неодноразово наголошували на значному загальному фінансовому потенціалі домогосподарств, який не завжди можуть акумулювати банки та інші ощадні установи через недостатній рівень довіри до їх діяльності. Тому цей потенціал має всі шанси використати для інвестицій за допомогою механізму фінансування участі (краудінвестинг).

Висновки розділу 3

З метою забезпечення прозорості економічних відносин у сфері охорони здоров'я та підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я, в тому числі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», пропонується запровадити в їх практику державні закупівлі медичних послуг за найпростішою моделлю - блок - договором.

Перевагами пакетних контрактів для постачальників медичних послуг є гарантований дохід для покриття витрат незалежно від фактично вкладеної праці та можливість планувати масштаби власної діяльності. До недоліків оптових контрактів можна віднести безкоштовне виконання послуг, якщо їх обсяги перевищують очікування, і надмірні витрати, якщо випадок захворювання виявляється серйознішим, ніж очікувалося. Щоб уникнути невідшкодованих витрат, інтернет-провайдери можуть наполягати на тому, щоб загальний контракт встановлював верхню межу певних обсягів і типів послуг у рамках контракту.

Краудфандинг – це колективне фінансування інноваційних проектів у невеликих обсягах з використанням новітніх інформаційно-комунікаційних технологій. Краудінвестування полягає в інвестуванні в інноваційний проект за рахунок коштів, залучених у формі колективного фінансування, обов'язково з очікуванням фінансової вигоди від інвестора.