

**Міністерство освіти і науки України
Державний торговельно-економічний університет
Вінницький торговельно-економічний інститут
Кафедра менеджменту та адміністрування**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Система організації екстреної медичної допомоги»

(за матеріалами Комунального некомерційного підприємства

**«Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної
медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної ради»**

м. Вінниця)

Здобувача вищої освіти
II курсу, групи ПУА-213(м),
спеціальності 281 «Публічне управління
та адміністрування»
освітньої програми «Публічне управління
та адміністрування»
заочної форми навчання

Науковий керівник
канд. екон. наук, доцент

Гарант освітньої програми
канд. наук держ. упр., доцент

Аліси
Чорнокнижної

Олександр
Лозовський

Ірина
Ніколіна

Вінниця 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	6
РОЗДІЛ 2 СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ "ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ "ВІННИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"	16
2.1 Організаційно-економічна характеристика підприємства.....	16
2.2 Аналіз системи організації надання екстреної медичної допомоги на підприємстві.....	29
РОЗДІЛ 3 ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ "ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ "ВІННИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"	37
3.1 Напрямки вдосконалення системи організації надання екстреної медичної допомоги на підприємстві	37
3.2 Оцінка ефективності наданих пропозицій.....	42
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми. Різні захворювання, травматичні ушкодження, нещасні випадки, отруєння тощо часто вимагають екстреної медичної допомоги, від своєчасності та якості якої залежать здоров'я й життя хворого. Належна організація роботи та матеріально-технічне забезпечення служби екстреної медичної допомоги (ЕМД), помножена на високий рівень професійної підготовки у наданні невідкладних медичних заходів на догоспітальному етапі, здатні не лише рятувати життя хворим (постраждалим), а й сприяти подальшому успішному лікуванню, попереджуючи при цьому розвиток тяжких ускладнень.

У світі є значний досвід організації надання екстреної медичної допомоги, але незважаючи на це на даний момент не існує стандартизованої моделі цієї важливої складової медичного обслуговування населення. У різних країнах світу, в залежності від наявної нормативно-правової бази та організаційної структури системи охорони здоров'я питання надання екстреної медичної допомоги населенню вирішуються по різному [13].

Питання щодо організації надання екстреної медичної допомоги у своїх працях порушували такі українські дослідники, як Гудима А.А. [40], Крилюк В.О. [9], Сурков Д.М. [11], Гурєв С.О. [11], Кузьмін В.Ю. [10]. Юрченко В.Д. [40], Волосовець А.О. [14], Зозуля І.С. [14], Лукашук Л.П. [13], Цимбалюк Г.Ю. [9].

Метою роботи є дослідження системи надання екстреної медичної допомоги в Україні та розробка рекомендацій щодо її вдосконалення.

З урахуванням поставленої мети, в цій роботі вирішені наступні завдання:

- проведено дослідження моделей організації екстреної медичної допомоги;

- дана загальна характеристика підприємства КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР»;

- проведено аналіз фінансового стану підприємства;
- виконано аналіз прибутку та рентабельності підприємства;
- проаналізовано основні та оборотні фонди підприємства;
- виконано аналіз фінансової стійкості підприємства;
- вивчено організацію системи екстреної медичної допомоги на підприємстві;
- запропоновано напрямки вдосконалення системи організації надання екстреної медичної допомоги на підприємстві;
- проведено оцінку ефективності розроблених пропозицій.

Об'єктом дослідження є організація надання екстреної медичної допомоги в Україні.

Предметом дослідження є комунальне некомерційне підприємство "Територіальне медичне об'єднання "Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної ради", як оператор надання екстреної медичної допомоги у Вінницькій області.

Інформаційною базою дослідження є наукові праці відомих вітчизняних і зарубіжних спеціалістів з питань організації надання екстреної медичної допомоги та матеріали Комунального некомерційного підприємства "Територіальне медичне об'єднання "Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної ради".

Практична цінність. Результати дослідження можуть бути використані в практиці Комунального некомерційного підприємства "Територіальне медичне об'єднання "Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної ради" для вдосконалення надання екстреної медичної допомоги.

Абробація результатів роботи. Окремі положення роботи апробовано на XII Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції

«Актуальні проблеми ефективного соціально-економічного розвитку України: пошук молодих» (м. Вінниця, ВТЕІ КНТЕУ 20 квітня 2023 р.) та на X Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Менеджмент XXI століття: сучасні моделі, стратегії, технології» (м. Вінниця, ВТЕІ КНТЕУ, 10 жовтня 2023 р.).

За темою дослідження автором опубліковано наукові статті:

1. Чорнокнижна А.В. Дослідження зарубіжного досвіду організації екстреної медичної допомоги. Вісник студентського наукового товариства «ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту ДТЕУ. Вінниця: Редакційно-видавничий відділ ВТЕІ ДТЕУ, 2023. Вип. 165. С.431-443.

2. Чорнокнижна А.В. Дослідження доцільності створення провайдера послуг безперервного професійного розвитку на базі центру екстреної медичної допомоги Вінницької області. Вісник студентського наукового товариства «ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту ДТЕУ. Вінниця: Редакційно-видавничий відділ ВТЕІ ДТЕУ, 2023. Ч.2. С. 351-357.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел і додатків. Список використаних джерел містить 50 найменувань. Наведено 3 рисунки, 21 таблиці, 9 додатків.

РОЗДІЛ 1

МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

У соціально-розвинених країнах оплата за надання медичних послуг частково або в повному обсязі здійснюється фондами медичного страхування [15]. Таким чином, пацієнт не платить за медичні послуги безпосередньо зі своєї кишені та створюється ілюзія, що медицина безкоштовна. Відсутність обмежень веде до того, що люди починають споживати медичні послуги у більшому обсязі, ніж це дійсно їм потрібно, що веде до навантаження потужностей медичних організацій і як наслідок збільшення черг. Особливо сильно це впливає на роботу швидкої екстреної та невідкладної медичної допомоги, де зволікання може коштувати людині життя.

Аналіз медичної статистики в деяких країнах світу показує, що кількість відвідувань медичної організації та тривалість життя населення не корелюють між собою (рис. 1.1) [33, 35].

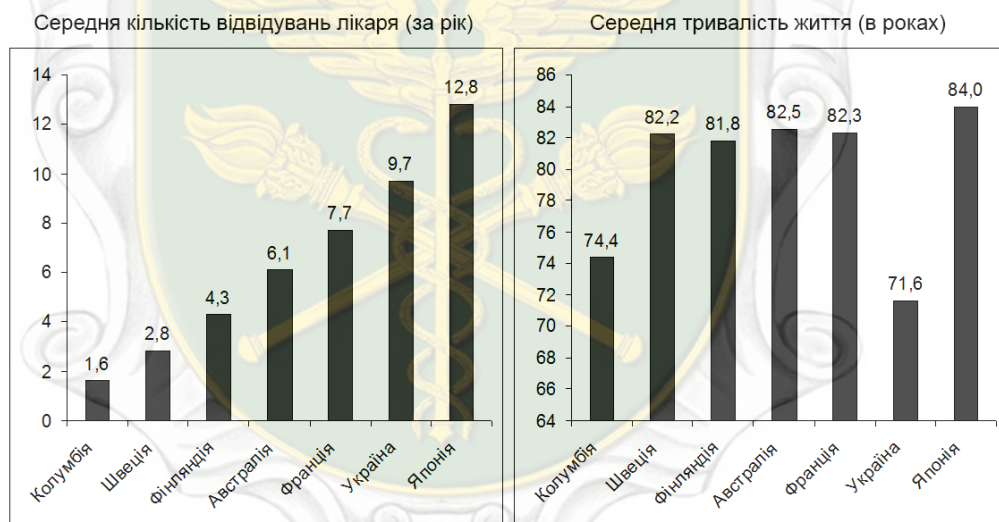


Рисунок 1.1 - Середня кількість відвідувань лікаря та середня тривалість життя [33, 35]

Це говорить про те, що при правильній організації процесу надання медичної допомоги, а також при правильних профілактичних та санітарно-

просвітницьких роботах з населенням пацієнту не потрібний більший обсяг медичних послуг. Порівняння показників Швеції та України демонструє це. Так, середня кількість візитів до лікарів в Україні вища, але тривалість життя менша.

Тому важливо встановити чіткі критерії, за якими відбуватиметься сортування потоку пацієнтів. Вирішення проблеми своєчасного надання екстреної та невідкладної медичної допомоги відрізняються у різних системах охорони здоров'я. Розглянемо передовий досвід різних країн.

Вирізняють дві моделі надання екстреної медичної допомоги [1].

Американсько-британська модель. Ця модель застосовується у багатьох англomовних країнах: Ірландія, Канада, Австралія та Нова Зеландія. У ній виділяють екстрену допомогу (emergency room) та невідкладну допомогу (urgent care). Розглянемо, в чому ж різниця між екстреною, швидкою та невідкладною допомогою.

Екстрена допомога надається у разі загрози життю пацієнта 24 години на добу. Невідкладна допомога — у випадках, які потребують негайної медичної допомоги, але недостатньо серйозних, щоб загрожувати життю пацієнта. Швидка медична допомога не є синонімом екстреної медичної допомоги, проте має на увазі термін, що поєднує екстрену та невідкладну допомогу.

Більшість екстрених викликів обслуговують медичні техніки. Відмінністю медичних техніків від фельдшерів, є те, що для отримання дозволу працювати медичним техніком достатньо пройти курси, тривалість яких становить від 120 до 1800 год [44]. Тривалість навчання обумовлена різними вимогами до кваліфікації робітників екстреної допомоги. Фельдшери, на відміну парамедиків, навчаються довше — 3-4 роки та можуть здійснювати виписку лікарняних листів і рецептів [6].

Існує 4 рівні градації освіти молодшого медичного персоналу.

0 рівень — сертифікація з надання першої медичної допомоги (Certificated first responder – CFR). Вони надають мінімальну долікарську

допомогу пацієнтові, але на відміну від лікарів не мають права ставити діагнози та призначати лікарські препарати. До їхніх обов'язків входить зупинка кровотеч, фіксація кінцівок при переломах, надання допомоги при інсультах, опіках, неускладнених пологах та інші базові вміння надання початкової медичної допомоги. Час підготовки таких спеціалістів займає від 40 до 60 год. Таку підготовку в обов'язковому порядку проходять працівники рятувальної служби, поліцейські, проте її можуть отримати й інші особи на добровільній основі.

1-й рівень - базовий рівень медичного техніка швидкої допомоги (Emergency Medical Technician - Basic). Вони мають більш поглиблені знання анатомії і можуть виконати пульсоксиметрію, збір анамнезу та іншої первинної інформації про стан пацієнта. Їхній курс підготовки триває 120—180 год.

2-й рівень – проміжний рівень, який виділяється лише в деяких штатах (Emergency Medical Technician – Intermediate). Тривалість такої підготовки становить 200-400 год.

3-й рівень - парамедики (Emergency Medical Technician - Paramedic). Навчання триває понад 1000 год. Вони надають ширший спектр медичних послуг і мають право призначати препарати, але тут є низка обмежень.

Бригада швидкої допомоги складається, як правило, із двох осіб і поділяється на три види [44]:

а) BLS-бригада (Basic Life Support) - «Базова підтримка життєзабезпечення»). Це бригада, що складається із двох осіб, з яких мінімум один має сертифікат першого рівня.

б) ILS-бригада (Intermediate Life Support) — «Середній рівень підтримки життєзабезпечення»), до складу якої входять два медики, які мають проміжний рівень підготовки (EMT-I).

в) ALS-бригада (Advanced Life Support) - «Просунута підтримка життєзабезпечення»), що складається з двох парамедиків.

Відповідальність за вибір бригади, яка відправиться на виклик, лежить на диспетчерах call-центрів екстреної допомоги та ґрунтується на тяжкості випадку.

Якщо виклик бригади екстреної допомоги був необґрунтованим, тому, хто викликав, доведеться оплачувати поїздку повністю за свій рахунок. Якщо, наприклад, поїздка на Uber чи іншому таксі обійдеться пацієнту приблизно \$40, то поїздка на швидкій може обійтися більше \$100, тому американці вважають за краще добиратися до медичних центрів своїм власним ходом.

Після прибуття до центру екстреної медичної допомоги (Emergency Room) пацієнта супроводжують оглядову або відразу в операційну, залежно від тяжкості його стану, і направляють до нього фахівця, виходячи з профілю випадку. Для встановлення коректного діагнозу лікарі можуть вдатися до різних досліджень, включаючи рентген, ультразвукове дослідження та комп'ютерну томографію. Така модель екстреної допомоги є універсальною і характерна для всіх країн.

Центри невідкладної допомоги найчастіше є відокремленою структурою і мають свою будівлю, проте можуть створюватися при великих клініках. Вони самостійно встановлюють свої години роботи і зазвичай функціонують лише в будні дні [10].

Спочатку пацієнт потрапляє на ресепшен, де йому видають анкету, в яку вноситься основна інформація про пацієнта, що допомагає надалі лікарю для встановлення діагнозу та прийняття правильного клінічного рішення. Після заповнення анкета повертається медичній сестрі на ресепшен і на її підставі відбувається сортування випадків. Існує умовна шкала диференціації випадків за терміновістю від 1 до 5, відповідно до якої пацієнтам надається допомога, де 1 - це найпростіші випадки (застида і т.д.), а 5 - найскладніші (накладення гіпсу, обробка опіків тощо). Вже виходячи з присудженої категорії формується черга прийому. Прив'язка до певного кабінету в центрі невідкладної медичної допомоги, так само як і при наданні екстреної

допомоги, відсутня, тому пацієнта направляють у будь-яку вільну оглядову, де буде здійснюватися прийом. Далі пацієнт проходить долікарський огляд, який проводиться медичною сестрою і включає збір первинного анамнезу. Після остаточного збору первинної інформації про стан пацієнта прийом продовжує лікар. Для встановлення діагнозу можуть проводитись різні експрес-тести. Однак при необхідності проведення більш складних досліджень, наприклад ультразвукового дослідження або комп'ютерної томографії, які виконуються в центрі екстреної допомоги, пацієнт буде перенаправлений в іншу установу, оскільки найчастіше в цих центрах таке дороге обладнання відсутнє. Підсумком відвідування центру невідкладної допомоги може виявитися рецепт на купівлю ліків, лікарняний лист або направлення до іншої медичної організації (рис. 1.2). [40]

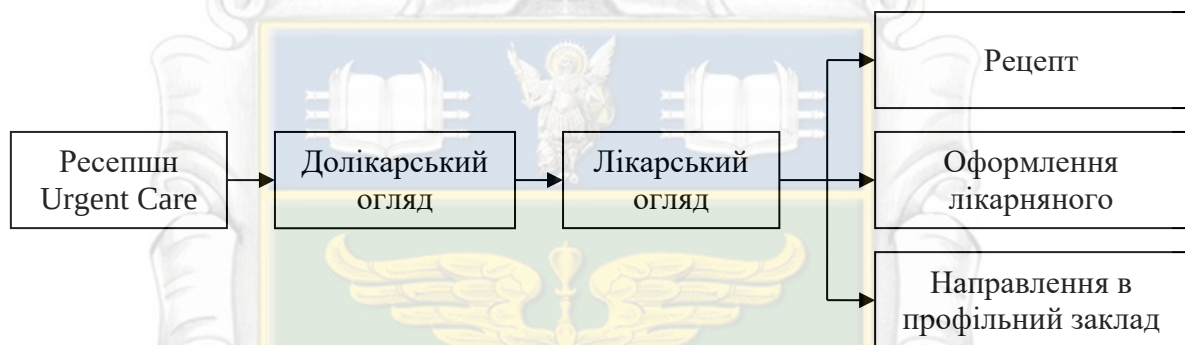


Рисунок 1.2 - Процес надання невідкладної допомоги в американській моделі екстреної медичної допомоги [40]

Надання медичної допомоги вдома в даній моделі не передбачається. Водночас сьогодні великої популярності набувають платні сервіси з викликом лікарів додому.

Вони не покриваються страховими компаніями та повністю оплачуються з гаманця пацієнта. Згідно з дослідженнями, The International Health-Hand Travel Insurance Group вартість відвідування лікаря становить \$100-200 [48].

На цьому розвиток сервісів не зупиняється і продовжується дедалі більша модернізація та диференціація медичних послуг залежно від потреб

пацієнтів та їх платоспроможності. В даний час великої популярності набуває телемедицина. Так, наприклад, компанія Retrace Health з 2014 р. пропонує сервіс відеоконсультацій пацієнтів вдома, після чого ця послуга набрала популярності та стала активно використовуватися й іншими медичними організаціями [50].

Таким чином, плюсом даної моделі є різноманітність послуг, що дозволяє знайти індивідуальний підхід до пацієнта, але в той же час лише частина витрат покривається страховкою, тобто, надходячи у відділення невідкладної допомоги, пацієнт не знає заздалегідь в яку вартість обійдеться його відвідування.

Європейська (франко-німецька) модель. Ця модель надання швидкої допомоги також поділяється на екстрену та невідкладну допомогу. Невідкладна допомога здійснюється у лікарні, до якої прикріплено пацієнта. Зазвичай прийом здійснює черговий лікар. Однак у деяких країнах прийом невідкладних пацієнтів веде окремий фахівець. Немає чітких критеріїв визначення, яким пацієнтам потрібна невідкладна допомога, тому кожна лікарня сама визначає невідкладність випадку. Надання невідкладної допомоги вдома не передбачено, але за наявності інвалідності та онкологічного захворювання робиться виняток. Графік чергувань складається заздалегідь і публікується у ЗМІ разом із контактною інформацією лікаря. Крім номера телефону чергового лікаря пацієнт має можливість зателефонувати за номером єдиного номера Служби порятунку 112 або за номером довідкової медичної служби [47]. Там підкажуть місце розташування найближчого чергового терапевта.

Після прибуття до лікарні, де приймає черговий лікар, пацієнт має заповнити анкету. Метою проведення анкетування пацієнта є економія часу лікаря на збирання первинної інформації, що дозволяє йому приділити більше часу на дії, які безпосередньо приносять цінність пацієнтові.

Далі пацієнт перенаправляється до чергового лікаря. Прийом пацієнтів ведеться у порядку живої черги, але може коригуватись медичною сестрою

залежно від терміновості випадку пацієнта. Перед безпосереднім прийомом чергового лікаря, як і в американській моделі, відбувається долікарський огляд, який проводить медична сестра, прикріплена до лікаря. Вона здійснює збір первинного анамнезу пацієнта, що залишився, і передає цю інформацію черговому лікарю. Після цього здійснюється прийом пацієнта. Якщо черговий лікар не може самостійно поставити діагноз і зняти невідкладний стан пацієнта, він перенаправляє пацієнта на додаткові діагностичні дослідження (УЗД, ЕКГ, КТ тощо), до вузьких фахівців даної клініки або в інші профільні організації за відсутності необхідного обладнання та спеціалістів (рис. 1.3). [40]

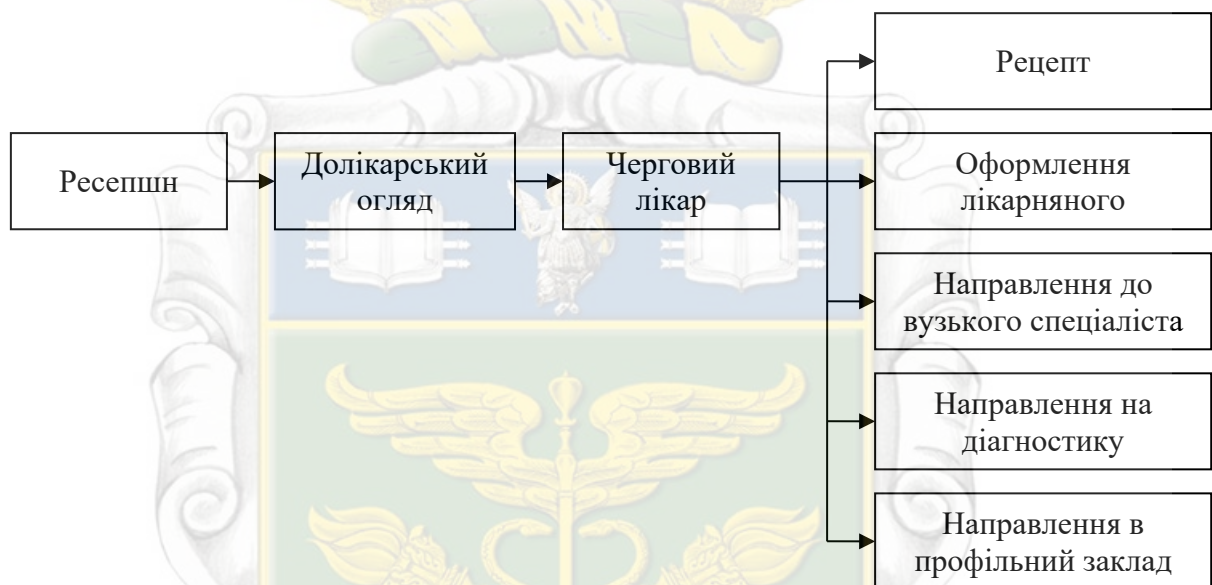


Рисунок 1.3 - Процес надання невідкладної допомоги в європейській моделі екстреної медичної допомоги [40]

Проте на практиці, при перенаправленні пацієнта на додаткові дослідження або консультацію до вузького спеціаліста, виникають складності входу незапланованих пацієнтів до графіка фахівців, а також контролю переміщення та стану пацієнта, що веде до відсутності наступності пацієнта та його втрати. Деякі медичні організації вводять посади, в обов'язок яких входить супровід пацієнтів, але потік пацієнтів нерівномірний, тому вибір оптимальної кількості працівників становить певні труднощі. Вранці, коли надходить багато пацієнтів з невідкладними

випадками, у співробітника не вистачає часу, щоб супроводити всіх пацієнтів, а вдень і у вечірній час утворюються простой.

Виклик швидкої екстреної допомоги відбувається за номером 112. Після отримання дзвінка відбувається його сортування за терміновістю та складністю випадку. Можуть відправити бригаду парамедиків, або ж бригаду лікарів, їх кількість у Парижі співвідноситься як 80 до 7 [42]. При викликах, які не потребують глибоких медичних знань або потребують швидкої доставки пацієнта до госпіталю, відправляють парамедиків. Лікарів відправляють лише за серйозних випадків, коли необхідна допомога на місці. Така модель працює, наприклад, у Німеччині. Екстрена допомога (Krankenwagen) з парамедиками у цій країні виконує лише роль таксі для тяжкохворих. Лікарі (Notärzte) не відвезуть пацієнта до лікарні, але можуть надати первинну невідкладну допомогу дома. Це дозволяє оптимізувати витрати за рахунок скорочення використання великої кількості високооплачуваних фахівців додому та зайвої кількості госпіталізованих пацієнтів. Якщо пацієнт викликав швидку допомогу з надуманого приводу, на буде накладено штраф у €200-300 [46].

Слабким місцем європейської моделі є те, що не завжди можливо заздалегідь визначити, яка бригада потрібно хворому [32, 45].

Розглянуті моделі організації екстреної допомоги постійно змінюються та удосконалюються, вони підлаштовуються під сучасні потреби пацієнтів. Однак на сьогоднішній день кожна модель має як низку переваг, так і недоліки. Проведемо порівняльний аналіз моделей екстреної медичної допомоги різних країн (табл. 1.1).

Таким чином, європейська модель надання ЕМД базується на філософії «залишайся та стабілізуй» [2]. Основна мета цієї моделі – перенесення «госпіталю» до пацієнта. Такий підхід означає, що медичний працівник залишається на місці більше часу і стабілізує пацієнта, маючи намір довести лікарняний рівень медичної допомоги до пацієнта на місці випадку. Такі послуги зазвичай надають служби, які мають широкі можливості практики з

передовою та розвиненою технологією і використовують більше від інших методів транспортування. Поряд з автомобілями ЕМД широко використовуються гелікоптери та санітарні автомобілі.

Таблиця 1.1 - Порівняльний аналіз моделей надання екстреної медичної допомоги

Модель	Переваги	Недоліки
Американсько-британська модель	при необґрунтованому виклику пацієнт повинен сплатити рахунок за надані послуги самостійно використання передових технологій для надання медичної допомоги час очікування прибуття швидкої допомоги не повинен перевищувати 8 хв.	низькі вимоги до підготовки диспетчерів кол-центру виклик лікаря додому здійснюється за окрему плату, навіть для соціально незахищених верств громадян висока вартість медичного страхування (12%, що більш ніж у 2 рази перевищує вартість в Україні) відсутність можливості надання першої допомоги дома висококваліфікованим персоналом
Європейська (франко-німецька) модель	час очікування прибуття швидкої допомоги не повинен перевищувати 10 хв високі вимоги до підготовки працівників call-центру невідкладна допомога вдома надається лише тим, кому важко самостійно пересуватися бар'єри з метою запобігання необґрунтованим викликам (штрафи, оплата виклику за власний рахунок, зміна умов страхувань)	низька диференціація бригад висока вартість медичного страхування (13-15%, що більш ніж у 3 рази перевищує вартість в Україні) відсутність критеріїв поділу екстреної та невідкладної допомоги

На противагу європейської моделі, англо-американська модель базується навколо філософії «підбери та відвези» [43]. Такий підхід означає мінімальні заходи для стабілізації стану пацієнта та швидке транспортування до найближчого медичного закладу. Таким чином, основною метою допомоги є якнайшвидша доставка пацієнта до лікарні. Зазвичай така система вимагає більш тісної співпраці з іншими рятувальними та правоохоронними службами, ніж з медичними закладами та самою системою охорони здоров'я [49].

На підставі проведеного аналізу необхідно зазначити, що є проблеми, які поєднують усі вище представлені моделі. Так, наприклад, відсутність

чітких критеріїв поділу невідкладної та екстреної медичної допомоги. Тому пацієнт змушений самотійно інтуїтивно визначати міру терміновості свого випадку. Це веде до того, що пацієнти не потрапляють у потрібне відділення і загальмовують процес надання медичної допомоги, збільшуючи черги.

З цієї проблеми виростає інша серйозніша проблема. Користуючись відсутністю даного критерію, пацієнти яким потрібна невідкладна та планова медична допомоги свідомо хибно звертаються до відділень екстреної допомоги з метою безкоштовно та швидко пройти необхідні аналізи та огляди, тим самим перевантажуючи потужності цих відділень, але якщо в Європі та Америці за хибний виклик швидкої допомоги пацієнт несе відповідальність, то в Україні такий механізм не працює [38].

Отже, така ситуація характерна не тільки в Україні, вона є спільною для багатьох країн. Разом з тим, незважаючи на те, що організація процесу надання екстреної та невідкладної допомоги в кожній моделі суттєво різняться, є низка проблем, які їх об'єднують.

Не віддаючи переваги якійсь із моделей організації системи екстреної медичної допомоги, Україна намагається побудувати свою власну систему. Головним завданням є створення єдиної служби, яка буде забезпечувати максимально ефективний та оперативний порятунок життів та збереження здоров'я українських громадян.

РОЗДІЛ 2

СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ "ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ "ВІННИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"

2.1 Організаційно-економічна характеристика підприємства

Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф був створений рішенням 23 сесії 5 скликання Вінницької обласної Ради від 27.02.2009 року №752 (додаток А).

Рішенням 16 сесії 6 скликання від 20.06.2013 року було створено комунальну установу «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» до складу якого увійшли: Центр та 6 станцій швидкої медичної допомоги.

Рішенням Вінницької обласної ради 9 сесії 7 скликання від 15 липня 2016 року №1592016 було прийнято рішення «Про припинення окремих закладів медицини шляхом приєднання до комунальної установи «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»».

ТМО дозволило об'єднати розрізнені підрозділи швидкої медичної допомоги в єдину структуру, разом з тим наявність 8 станцій ЕМД робить її більш гнучкою в управлінні і дозволяє краще використати наявний потенціал з ініціативою на місцях та значно наблизити якісну екстрену медичну допомогу до найбільш віддалених адміністративних одиниць Вінниччини.

Керівником закладу, з часу заснування, призначено - Пірникозу Анатолія Васильовича к.мед.н., обласного спеціаліста відповідального за організаційно – методичну роботу по фаху «медицина невідкладних станів».

Центр має 8 філій, 18 відділень та 29 пунктів постійного базування екстреної медичної допомоги:

1. Філія КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»» «Бершадська станція екстреної медичної допомоги»;

2. Філія КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»» «Вінницька станція екстреної медичної допомоги»;

3. Філія КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»» «Гайсинська станція екстреної медичної допомоги»;

4. Філія КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»» «Жмеринська станція екстреної медичної допомоги»;

5. Філія КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»» «Липовецька станція екстреної медичної допомоги»;

6. Філія КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»» «Могилів - Подільська станція екстреної медичної допомоги»;

7. Філія КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»» «Тульчинська станція екстреної медичної допомоги»;

8. Філія КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»» «Хмільницька станція екстреної медичної допомоги» (додаток Б).

Назва підприємства – КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної Ради » (КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР»)

Юридична адреса - вул. Пирогова, 46-А, м. Вінниця, Вінницька область, 21018, Україна

Адреса для кореспонденції - вул. Пирогова, 46-А, м. Вінниця, Вінницька область, 21018, Україна

Тел. (0432) 50-84-73, тел /факс: (0432) 50-84-71

e-mail: : med_katastrof@ukr.net

Сайт: <http://www.vinemd.org.ua/>

Банківські реквізити: МФО 802015, р/р 35415001005203 в ГУДКСУ у Вінницькій області

Код ЄДРПОУ 36364624

Керівництво підприємством здійснюють:

- Директор: Пірникоза Анатолій Васильович
- Заступник директора з оперативної роботи: Сідак Олег Васильович
- Медичний директор: Скоробогач Станіслав Миколайович
- Заступник директора з технічних питань: Сидоров Олег

Володимирович

- Головний фельдшер: Цимбал Володимир Миколайович
- Головний бухгалтер: Дяченко Ірина Андріївна

Організаційна структура підприємства наведена у додатку В.

Основні напрями діяльності:

- екстрена медична допомога;
- виїзна консультативна допомогу;
- телеметрична консультативна;
- психологічна допомога;
- навчально – тренувальна підготовка;
- підготовка лікарів-інтернів.

КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» надає допомогу всім мешканцям Вінницької області та особам, які перебувають на її території в цілодобовому режимі [4].

Оцінка показників економічної діяльності включає аналіз активів компанії, джерел їх фінансування та різних фінансових коефіцієнтів. Основний документ, який описує поточний фінансовий стан компанії – це балансовий звіт (додатки Г, Д, Е).

Проведемо оцінку активів КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020, 2021 та 2022 роки, і проаналізуємо зміни, що відбулися [3].

У табл. 2.1 наведено зміни, що відбулися у складі активів компанії за 2020 рік.

Таблиця 2.1 - Порівняльний аналіз активу балансу КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020 р.

Найменування статей	На початок року		На кінець року		Зміна, тис. грн.	Темп приросту, %
	тис. грн.	%	тис. грн.	%		
I. Необоротні активи						
Незавершені капітальні інвестиції	0	0	24941,0	5,2	24941,0	-
Основні засоби	73561,4	24,0	242579,0	50,5	169017,6	229,8
Разом за розділом I	73561,4	24,0	267520,0	55,7	193958,6	263,7
II. Оборотні активи						
Запаси	25929,3	8,5	51187,8	10,7	25258,5	97,4
Дебіторська заборгованість	206794,2	67,5	2295,1	0,5	-204499,1	-98,9
Грошові кошти	20,9	0,0	159091,9	33,1	159071,0	761105,3
Разом за розділом II	232744,4	76,0	212574,8	44,3	-20169,6	-8,7
БАЛАНС	306305,8	100	480094,8	100	173789,0	56,7

У табл. 2.2 наведено зміни, що відбулися у складі пасивів компанії за 2020 рік.

Дані таблиць 2.1 та 2.2 показують, що загальна сума ресурсів КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» на початок 2020 року дорівнювала 306305,8 тис. грн., а на кінець аналізованого року вона збільшилася на 173789 тис. грн. (на 56,7%) і стала дорівнювати 480094,8 тис. грн.

Основні зміни в активі відбулися з необоротними активами, які збільшилися на 193958,6 тис. грн. і до кінця 2020 року дорівнювали 267520,0 тис. грн. Відбулася закупка основних засобів на 169017,6 тис. грн. та проведені капітальні інвестиції на 24941 тис. грн.

Таблиця 2.2 - Порівняльний пасиву балансу КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020 р.

Найменування статей	На початок року		На кінець року		Зміна, тис. грн.	Темп приросту, %
	тис. грн.	%	тис. грн.	%		
I. Власний капітал						
Додатковий капітал	148520,7	48,5	235726,9	49,1	87206,2	58,7
Нерозподілений прибуток	-49520,6	-16,2	193033,6	40,2	242554,2	-489,8
Разом по розділу III	99000,1	32,3	428760,5	89,3	329760,4	333,1
II. Довгострокові зобов'язання	191640,0	62,6	43975,7	9,2	-147664,3	-77,1
III. Поточні зобов'язання						
Кредиторська заборгованість	15665,7	5,1	7358,6	1,5	-8307,1	-53,0
Разом за розділом II	15665,7	5,1	7358,6	1,5	-8307,1	-53,0
БАЛАНС	306305,8	100	480094,8	100	173789	56,7

В оборотних коштах також відбулись зміни. Зменшилася дебіторська заборгованість на 204499,1 тис. грн. та збільшилися грошові кошти на 159071 тис. грн. Тобто дебітори розрахувалися по своїм боргам.

Також можна побачити збільшення нерозподіленого прибутку на 242554,2 тис. грн. та зменшення кредиторської заборгованості на 8307,1 тис. грн.

Таким чином можна підсумувати, що 2020 рік підприємство закінчило непогано - вдалося отримати виплати від дебіторів та збільшити прибуток. За рахунок цього підприємству вдалося розрахуватися з кредиторами та закупити основні засоби. Фінансовий стан підприємства в 2020 році покращився.

Оцінку активів та пасивів за 2021 рік наведено в табл. 2.3 та 2.4 відповідно.

Дані таблиць 2.3 та 2.4 показують, що загальна сума ресурсів КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» на початок 2021 року дорівнювала 480094,8 тис. грн., а на кінець аналізованого року вона зменшилася на 119133,1 тис. грн. (на 24,8%) і стала дорівнювати 360961,7 тис. грн.

В цьому періоді основні зміни відбулися з оборотними активами, які зменшилися на 115218,6 тис. грн. і до кінця 2021 року дорівнювали 97356,2 тис.

грн. Більше всього зменшилися грошові кошти - на 107087,9 тис. грн.

Таблиця 2.3 - Порівняльний аналіз активу балансу КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2021 р.

Найменування статей	На початок року		На кінець року		Зміна, тис. грн.	Темп приросту, %
	тис. грн.	%	тис. грн.	%		
I. Необоротні активи						
Незавершені капітальні інвестиції	24941,0	5,2	24941,0	6,9	0,0	0,0
Основні засоби	242579,0	50,5	238664,5	66,1	-3914,5	-1,6
Разом за розділом I	267520,0	55,7	263605,5	73,0	-3914,5	-1,5
II. Оборотні активи						
Запаси	51187,8	10,7	44456,8	12,3	-6731,0	-13,1
Дебіторська заборгованість	2295,1	0,5	895,4	0,2	-1399,7	-61,0
Грошові кошти	159091,9	33,1	52004,0	14,4	-107087,9	-67,3
Разом за розділом II	212574,8	44,3	97356,2	27,0	-115218,6	-54,2
БАЛАНС	480094,8	100	360961,7	100	-119133,1	-24,8

Також можна побачити суттєве зменшення нерозподіленого прибутку на 66367 тис. грн., але при цьому зменшення кредиторської заборгованості та довгострокових зобов'язань (на 6826,4 тис. грн. та 6932,6 тис. грн. відповідно).

Таблиця 2.4 - Порівняльний аналіз пасиву балансу КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2021 р.

Найменування статей	На початок року		На кінець року		Зміна, тис. грн.	Темп приросту, %
	тис. грн.	%	тис. грн.	%		
1	2	3	4	5	6	7
I. Власний капітал						
Додатковий капітал	235726,9	49,1	196719,8	54,5	-39007,1	-16,5
Нерозподілений прибуток	193033,6	40,2	126666,6	35,1	-66367,0	-34,4

Кінець табл. 2.4

1	2	3	4	5	6	7
Разом по розділу III	428760,5	89,3	323386,4	89,6	-105374	-24,6
Продовження таблиці 2.4						
II. Довгострокові зобов'язання	43975,7	9,2	37043,1	10,3	-6932,6	-15,8
III. Поточні зобов'язання						
Кредиторська заборгованість	7358,6	1,5	532,2	0,1	-6826,4	-92,8
Разом за розділом II	7358,6	1,5	532,2	0,1	-6826,4	-92,8
БАЛАНС	480094,8	100	360961,7	100	-119133	-24,8

Таким чином можна підсумувати, що 2021 рік підприємство закінчило гірше, ніж 2020 - були отримані значні збитки, які призвели до зменшення грошових коштів, що суттєво погіршило фінансовий стан підприємства.

Оцінку активів за 2022 рік наведено в табл. 2.5.

Таблиця 2.5 - Порівняльний аналіз активу балансу КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2022 р.

Найменування статей	На початок року		На кінець року		Зміна, тис. грн.	Темп приросту, %
	тис. грн.	%	тис. грн.	%		
I. Необоротні активи						
Незавершені капітальні інвестиції	24941,0	6,9	24941,0	7,5	0,0	0,0
Основні засоби	238664,5	66,1	237982,1	71,9	-682,4	-0,3
Разом за розділом I	263605,5	73,0	262923,1	79,4	-682,4	-0,3
II. Оборотні активи						
Запаси	44456,8	12,3	43520,1	13,1	-936,7	-2,1
Дебіторська заборгованість	895,4	0,2	1051,0	0,3	155,6	17,4
Грошові кошти	52004,0	14,4	23641,6	7,1	-28362,4	-54,5
Разом за розділом II	97356,2	27,0	68212,7	20,6	-29143,5	-29,9
БАЛАНС	360961,7	100	331135,8	100	-29825,9	-8,3

Оцінку пасивів за 2022 рік наведено в табл. 2.6.

Дані таблиці 2.5 та 2.6 показують, що загальна сума ресурсів КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» в 2022 році майже не змінилася - зменшилася на 29825,9 тис. грн. (на 8,3%) і стала дорівнювати 331135,8 тис. грн.

В цьому періоді основні зміни також відбулися з оборотними активами, які зменшилися на 29143,5 тис. грн. і до кінця 2022 року дорівнювали 68212,7

тис. грн. Більше всього знову зменшилися грошові кошти - на 28362,4 тис. грн. Також дещо зросла дебіторська заборгованість - на 155,6 тис. грн.

Таблиця 2.6 - Порівняльний аналіз пасиву балансу КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2022 р.

Найменування статей	На початок року		На кінець року		Зміна, тис. грн.	Темп приросту, %
	тис. грн.	%	тис. грн.	%		
I. Власний капітал						
Додатковий капітал	196719,8	54,5	201280,9	60,8	4561,1	2,3
Нерозподілений прибуток	126666,6	35,1	91857,1	27,7	-34809,5	-27,5
Разом по розділу III	323386,4	89,6	293138,0	88,5	-30248,4	-9,4
II. Довгострокові зобов'язання	37043,1	10,3	37934,6	11,5	891,5	2,4
III. Поточні зобов'язання						
Кредиторська заборгованість	532,2	0,1	63,2	0,0	-469,0	-88,1
Разом за розділом II	532,2	0,1	63,2	0,0	-469	-88,1
БАЛАНС	360961,7	100	331135,8	100	-29825,9	-8,3

Також можна побачити зменшення нерозподіленого прибутку на 34809,5 тис. грн.

Таким чином можна підсумувати, що в 2022 році підприємство також понесло збитки, але менші ніж у 2021, що ще більше погіршило фінансовий стан підприємства.

Ділова активність підприємства характеризується абсолютними та відносними показниками використання ресурсів та обсягами господарської діяльності.

Насамперед для оцінки ділової активності КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» слід провести аналіз абсолютних та відносних показників його господарської діяльності [24]

Аналіз показників активності наведено в табл. 2.7.

Дані таблиці 2.7 показують, що протягом 2020-2022 рр. ділова активність підприємства погіршилась: обсяги реалізації скоротилися на 242274 тис. грн. у 2021 році та на 53086,8 тис. грн. у 2022 році, тобто загалом на 295360,8 тис. грн. (42,9%).

Таблиця 2.7 – Аналіз показників ділової активності КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020-2022 рр.

Показники	Рік			Відхилення	
	2020	2021	2022	2021 / 2020	2022 / 2021
Дохід від реалізації, тис. грн.	812883,3	570609,6	517522,8	-242274,0	-53086,8
Витрати, тис. грн.	570329,1	643821,7	552332,8	73492,6	-91488,9
Валовий прибуток, тис. грн.	242554,2	-73212,1	-34809,5	-315766,0	38402,6

При цьому витрати в 2021 р., незважаючи на зниження обсягів реалізації, навіть збільшилися на 73492,6 тис. грн., а в 2022 р. - зменшилися на 91488,9 тис. грн. Таким чином, загалом протягом 2020-2022 рр. витрати зменшилися на 17996,3 тис. грн. (3,2%), що суттєво менше, ніж зменшення показника обсягу реалізації (42,9%).

Зменшення показників продажів в поєднання з незначною зміною витрат спричинило збитковість господарської діяльності. У 2021 р. сума чистого збитку становила 73212,1 тис. грн., а в 2022 р. - 34809,5 тис. грн.

Аналіз показників рентабельності наведено в табл. 2.8.

Таблиця 2.8 – Аналіз рентабельності діяльності КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020-2022 рр.

Показник	Рік			Відхилення	
	2020	2021	2022	2021 / 2020	2022 / 2021
Рентабельність активів	0,6169	-0,1741	-0,1006	-0,7910	0,0735
Рентабельність власного капіталу	0,9192	-0,1947	-0,1129	-1,1139	0,0818
Рентабельність продажу	0,2984	-0,1283	-0,0673	-0,4267	0,0610
Рентабельність продукції (робіт, послуг)	0,4253	-0,1137	-0,0630	-0,5390	0,0507
Коефіцієнт Дюпона	1,179941	-0,170521	-0,108256	-1,3505	0,0623

Як бачимо, динаміка основних показників рентабельності була негативною, так само, як і динаміка показників ділової активності.

Таким чином, по результатах проведеного аналізу можна зробити висновок, про зниження ділової активності підприємства, збитковість його діяльності та його невисоку рентабельність.

Проаналізуємо показники показників стану, руху та використання основних фондів КНП «ТМО«ВОЦЕМДМК ВОР» [34] (табл. 2.9).

Аналіз даних у таблиці 2.9 показав, що у КНП «ТМО«ВОЦЕМДМК ВОР» протягом аналізованого періоду спостерігаються дуже зниження темпів оновлення основних фондів. Різниця значень коефіцієнта поновлення і коефіцієнта вибуття невелика, тобто для підприємства є тенденція збереження частки старих основних фондів. Навіть незважаючи на те, що коефіцієнт оновлення основних фондів у 2020 році зростає, його значення все одно залишається значно меншим за норму (норма 1 і більше).

Таблиця 2.9 – Аналіз стану та використання основних фондів КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020-2022 рр.

Найменування показника	Рік			Відхилення	
	2020	2021	2022	2021 / 2020	2022 / 2021
Показники руху					
Коефіцієнт оновлення	0,8261	0,1373	0,0933	-0,6887	-0,0441
Коефіцієнт вибуття	0,4264	0,1512	0,0958	-0,2752	-0,0554
Показники стану					
Коефіцієнт придатності:					
- на початок року	0,4953	0,6953	0,6253	0,2000	-0,0700
- на кінець року	0,6953	0,6253	0,5892	-0,0700	-0,0360
Коефіцієнт зносу:					
- на початок року	0,5047	0,3047	0,3747	-0,2000	0,0700
- на кінець року	0,3047	0,3747	0,4108	0,0700	0,0360
Показники ефективності використання					
Фондовіддача	5,1425	2,3714	2,1715	-2,7711	-0,1999
Фондоємкість	0,1945	0,4217	0,4605	0,2272	0,0388

Стан основних фондів має недостатній рівень придатності (норма 0,8 і більше). Поступово величина коефіцієнта придатності знижується і поступово прямує до критичного значення (менше 0,5). Частка основних фондів, у яких термін корисного використання пройшов через фізичне чи моральне зношування, протягом аналізованого періоду зростає. А зростання ступеня зношеності основних фондів говорить про невиконання плану

ремонту основних фондів, що може негативно вплинути на плани обсягу продажів.

Фондовіддача та фондомісткість – це узагальнюючі показники ефективності використання основних фондів. Спостерігається стабільне зниження фондовіддачі порівняно з попереднім роком, тобто знижується обсяг реалізованої продукції на 1 грн. основних виробничих фондів. Це демонструє, що рівень використання діючих основних фондів дуже низький через його поганий технічний стан.

Що стосується фондомісткості, то величина коефіцієнта збільшується, а разом з ним збільшується потреба компанії в основних фондах.

Розрахуємо показники оборотності оборотних фондів КНП «ТМО«ВОЦЕМДМК ВОР» [34] (табл. 2.10).

Таблиця 2.10 - Ефективність використання оборотних фондів КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020-2022 рр.

Найменування показника	Рік			Відхилення	
	2020	2021	2022	2021 / 2020	2022 / 2021
Коефіцієнт оборотності	3,6508	3,6822	6,2514	0,0314	2,5693
Тривалість одного обороту	99,9784	99,1263	58,3865	-0,8521	-40,7398
Коефіцієнт завантаження	0,2739	0,2716	0,1600	-0,0023	-0,1116
Коефіцієнт віддачі оборотних коштів	1,0893	-0,4724	-0,4205	-1,5618	0,0520

Оцінка оборотності оборотних фондів підприємства показала, що за досліджуваний період оборотність прискорилося. Дана обставина пов'язана з значним зниженням об'єму оборотних коштів (майже в 3,5 рази). Це виражається у збільшенні кількості оборотів (з 3,65 до 6,25) в аналізованому періоді і, відповідно, зменшенням тривалості одного обороту в днях, тобто зменшується термін повернення підприємства його оборотних фондів у вигляді виручки від продажів, незважаючи на зниження виручки в 1,5 рази.

Також зміна коефіцієнта завантаження ресурсів демонструє зменшення оборотних фондів, які авансуються на 1 грн. виручки від продажу. Показник віддачі оборотних ресурсів суттєво зменшився.

Ефективність використання оборотних фондів у КНП «ТМО«ВОЦЕМДМК ВОР» знижується, що може вимагати залучення до обороту додаткових ресурсів.

Коефіцієнти оцінки фінансової стійкості компанії дають можливість з'ясувати рівень фінансового ризику, який безпосередньо пов'язаний зі структурою джерел формування капіталу компанії, а, відповідно, і зі ступенем його фінансової стабільністю. На виконання такої оцінки під час фінансового аналізу застосовуються показники, які розраховуються з урахуванням даних бухгалтерського балансу [24]. Розраховані значення коефіцієнтів наведено у табл. 2.11.

Аналіз коефіцієнтів фінансової стійкості продемонстрував, що у КНП «ТМО«ВОЦЕМДМК ВОР» в аналізованому періоді достатній рівень внутрішньої фінансової стійкості. Про це говорять всі пораховані коефіцієнти.

Таблиця 2.11 – Аналіз показників фінансової стійкості КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020-2022 рр.

Показник	2020	2021	2022	Нормативне значення
Коефіцієнт автономії	0,893	0,896	0,885	Більше 0,6
Коефіцієнт позикового капіталу	0,107	0,104	0,115	Менше 0,4
Коефіцієнт фінансування	0,985	0,998	0,999	Більше 0,7
Частка дебіторської заборгованості у поточних активах	0,005	0,002	0,003	Менше 0,7
Коефіцієнт маневреності	0,748	0,534	0,347	Більше 0,5
Коефіцієнт реальної вартості майна	0,907	0,905	0,905	Більше 0,5

Коефіцієнти оцінки ліквідності (платоспроможності) характеризують здатність підприємства вчасно виплатити свої поточні зобов'язання з допомогою використання оборотних активів різного рівня ліквідності. Проведення такого аналізу вимагає виконання попереднього угруповання оборотних ресурсів компанії за рівнем ліквідності. Для оцінки ліквідності (платоспроможності) під час фінансового аналізу застосовуються показники,

які розраховуються з урахуванням даних форми №1. Розраховані коефіцієнти показані у табл. 2.12.

Таблиця 2.12 - Аналіз ліквідності та платоспроможності КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» за 2020-2022 рр.

Показник	2020	2021	2022	Нормативне значення
Коефіцієнт поточної ліквідності	28,888	182,931	1079,315	Більше 2
Коефіцієнт термінової ліквідності	21,932	99,397	390,706	Більше 0,8
Коефіцієнт абсолютної ліквідності	21,620	97,715	374,076	0,2 – 0,25
Коефіцієнт загальної платоспроможності	8,352	8,606	7,715	-

Аналіз коефіцієнтів ліквідності (платоспроможності) продемонстрував, що у КНП «ТМО«ВОЦЕМДМК ВОР» в аналізованому періоді достатній рівень платоспроможності. Про це говорять всі пораховані коефіцієнти.

Таким чином, по результатах проведеного аналізу фінансового стану підприємства був зроблений висновок, про зниження ділової активності підприємства, збитковість його діяльності та його невисоку рентабельність.

2.2 Аналіз системи організації надання екстреної медичної допомоги на підприємстві

В умовах сьогодення створення єдиної системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) є одним із найважливіших соціальних пріоритетів держави, спрямованих на збереження життя і здоров'я населення України. Організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги визначає Закон України «Про екстрену медичну допомогу», який ухвалено 05.07.2012 року (набув чинності з 01.01.2013 року) [8]. З 2013 року здійснюється реформування системи екстреної медичної допомоги.

Система екстреної медичної допомоги в Україні в цілому і у Вінницькій області зокрема функціонує на безплатній основі та надає допомогу пацієнтам в невідкладному стані та травмованим при нещасних випадках з масовою кількістю постраждалих. Бригади ЕМД допомагають пацієнтам незалежно від того, чи уклали вони договір з сімейним лікарем, чи ні. Здійснити виклик може як сам пацієнт чи випадковий свідок події, так і сімейний лікар [13].

Управління системою ЕМД на центральному рівні здійснює Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», на територіальному рівні – територіальні обласні центри ЕМД та МК. У Вінницькій області – КНП «Територіальне медичне об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної Ради » (КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР»).

У систему КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» входить центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Основні напрямки діяльності системи екстреної медичної допомоги підприємства ґрунтуються на таких принципах [12]:

- своєчасність та якість надання ЕМД;
- спадкоємність догоспітального та раннього госпітального етапів;
- використання єдиних стандартів та алгоритмів надання екстреної медичної допомоги;
- загальнодоступність для всіх категорій населення у цілодобовому режимі.

22.05.2019 року Кабінетом Міністрів України схвалено Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги. Реалізація Концепції здійснюється протягом 2019-2023 років двома етапами: перший етап - 2019-2020 роки, другий етап - 2021-2023 роки. Метою реформи системи екстреної

медичної допомоги є зниження смертності і набуття інвалідності населенням в результаті впливу невідкладних станів та зміцнення впевненості громадян України у спроможності держави забезпечити доступну, своєчасну та якісну медичну допомогу у разі раптового погіршення здоров'я через хворобу чи травмування. Розв'язання проблем, а саме, вдосконалення організації раннього доступу до надання першої допомоги, покращення швидкості прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події, покращення якості надання медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах та підвищення спроможності системи екстреної медичної допомоги своєчасно забезпечити достатній об'єм якісної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків. Досягнення мети Концепції здійснюється шляхом вироблення і впровадження правового, організаційного та фінансового механізму для забезпечення населення доступними і якісними медичними послугами [23].

Згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 року №425 пілотний проект щодо розвитку системи екстреної медичної допомоги запроваджено в пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві). Створено та опрацьовано нову модель організації та надання екстреної медичної допомоги, спрямованої на забезпечення вчасного, якісного та ефективного реагування на випадки невідкладних станів, забезпечено модернізацію оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, задоволено потреби пілотних регіонів у спеціалізованому санітарному транспорті екстреної медичної допомоги, створено навчально-тренувальні стимуляційні центри екстреної медичної допомоги. В подальшому запроваджено на території всіх регіонів України [30].

Створення центральної оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Вінницькій області покращило обробку виклику та реагування, удосконалило комунікацію між диспетчером ОДС центру та бригадою ЕМД, швидке реагування на виклики

забезпечується автоматизованим вибором найближчої бригади. Для забезпечення своєчасного та ефективного контролю якості надання екстреної медичної допомоги було створено національну ІТ-систему «Централь 103», яка здійснює збір, обробку, аналіз інформації, забезпечує оперативне залучення бригад екстреної медичної допомоги екстрених медичних реагувальників, волонтерів тощо. Система в режимі он-лайн моніторить роботу обласних центрів екстреної медичної допомоги та отримує повну інформацію про звернення та результати їх обробки, фіксує кожен виїзд, причину, час виклику, вчасність доїзду до пацієнта та час прибуття до лікарні [30].

Підприємство в своїй діяльності керується Єдиними національними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я з надання екстреної медичної допомоги, що базуються на доказовій медицині, створено на основі положень, затверджених наказом МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» [16].

КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» протягом 2019-2020 років автономізовано шляхом перетворення в комунальне підприємство, яке відповідає вимогам, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [31], а також вимогам Закону України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення» [7], та укладає договори з Національною службою здоров'я України по пакету «Екстрена медична допомога», що підлягає оплаті в рамках реалізації програми медичних гарантій. З 1 червня 2021 року НСЗУ запроваджено проведення оцінки індикаторів правильної маршрутизації пацієнтів з діагнозом підозра на гострий мозковий інсульт та гострий коронарний синдром [23].

Управління системою екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на підприємстві полягає в контролі за виконанням протоколів надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному та госпітальному етапах, затверджених МОЗ України, та забезпечення умов для своєчасного надання допомоги .

Фінансове забезпечення підприємства за рахунок бюджетних коштів здійснюється відповідно до бюджетного законодавства. Специфікації та умови закупівлі медичних послуг, які надаються за Програмою медичних гарантій, розробляються для надавачів медичних послуг, які бажають укласти договір з НСЗУ. Формування вимог відбувається на основі чинних галузевих стандартів, уніфікованих протоколів надання медичної допомоги, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, інших нормативно-правових актів та міжнародних рекомендацій, які регулюють сферу надання медичних послуг, за участі Робочих груп експертів за відповідними медичними напрямками. Провідним завданням при розробці специфікацій та умов закупівлі за Програмою медичних гарантій є удосконалення та розвиток надання медичних послуг підприємством [22].

Виклики бригад ЕМД надходять за номерами [39]:

- 103 — єдиний телефонний номер екстреної меддопомоги
- 112 — єдиний телефонний номер системи екстреної допомоги населенню.

Наказ № 583 [20] затверджує єдині вимоги до викликів бригад ЕМД, перелік симптомів, за яких диспетчер ЕМД фіксує виклик та скеровує за зазначеною адресою бригаду, а також перелік ситуацій, за яких бригада не виїжджає.

До особи, яка здійснює виклик, теж висувають певні вимоги. Насамперед вона має повідомити диспетчеру 103 усю необхідну інформацію, яка дозволить щонайшвидше допомогти пацієнту, а саме вказати:

- точну адресу чи орієнтири місця виклику, оптимальний шлях для під'їзду

- наявність небезпек (якщо такі є), необхідність інших служб
- дані про пацієнта та його стан
- дані про себе та контакти, за якими можна буде уточнити інформацію

Разом з тим диспетчер попередить особу, яка робить виклик, що необхідно:

- потурбуватись про безпечні умови для роботи бригади екстреної медичної допомоги — ізолювати агресивних тварин, усунути інші існуючі небезпеки
- допомогти транспортувати пацієнта до спеціалізованого санітарного автомобіля — самостійно, або долучити до цього інших осіб
- підготувати документи пацієнта — бажано [20].

З набуттям чинності Єдиного класифікатора попередніх діагнозів в основу діагнозу покладають основні симптоми та скарги. Класифікатор розроблений на базі Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ІСРС-2-Е. Такий підхід є особливо доречним на догоспітальному етапі, оскільки бригада ЕМД має досить обмежений час та брак діагностичних можливостей, щоб встановлювати діагноз відповідно до МКХ [13].

Із 1 січня 2021 року діють нові критерії виклику бригад екстреної медичної допомоги.

Час доїзду бригади ЕМД до пацієнта більше залежить не від територіальної належності, а від пріоритетності стану хворого. Звернення пацієнтів за ЕМД поділяють відповідно до Постанови № 1271 на чотири категорії:

- критичні
- екстрені
- неекстрені
- непрофільні

Диспетчер визначає стан пацієнта й обставини подій опираючись на перелік причин звернень та скарг про необхідність надання ЕМД, визначений МОЗ [29].

Детальніше кожен категорію та відповідні дії диспетчера, описуємо в табл. 2.13. [13]

Таблиця 2.13 - Категорії викликів та алгоритм дій диспетчера

Категорії викликів	Критерії розподілу	Дії диспетчера
Критичні	Стан пацієнта безпосередньо загрожує життю: відсутнє (неефективне) дихання масивна, кровотеча/крововтрата	Направляє найближчу вільну бригаду, яка має доїхати до місця виклику впродовж 10 хв з моменту звернення до диспетчера з прийому викликів
Екстрені	В разі несвоєчасного надання допомоги стан пацієнта може призвести до різкого погіршення стану: порушена свідомість, ознаки кровотечі, ознаки ГКС, ознаки ГМІ, розлади дихання	Направляє найближчу вільну бригаду, яка має доїхати до місця виклику впродовж 20 хв з моменту звернення до диспетчера з прийому викликів
Неекстрені	Стан постраждалого не є невідкладним, проте хворий потребує оцінки стану здоров'я медичним працівником. Відтермінування медичної допомоги не призведе до погіршення стану його здоров'я	Рекомендує звернутись до лікаря первинної медичної допомоги, з яким укладена декларація, чи до найближчого відділення Е(Н)МД. У разі, якщо це зробити неможливо, скеровує до пацієнта бригаду ЕМД
Непрофільні	Пацієнт не потребує оцінки стану його здоров'я на місці та надання медичної допомоги в межах кваліфікаційних вимог працівників екстреної медичної допомоги	Надає дистанційну консультативну допомогу (за потреби) та рекомендує звернутись до лікаря первинної медичної допомоги, з яким укладена декларація

У 2022 році відповідно до Програми медичних гарантій екстрена медична допомога включена до переліку безоплатних медичних послуг для усіх категорій пацієнтів незалежно від стану здоров'я та соціального положення.

Пакет «Екстрена медична допомога» передбачає безоплатні послуги:

- цілодобовий прийом звернень за самозверненням від осіб, які потребують екстреної меддопомоги, за зверненням лікуючого лікаря та при самотійному зверненні пацієнта до підрозділу ЕМД

- цілодобове консультування пацієнтів диспетчером чи старшим лікарем ЦОД

- оцінка стану здоров'я пацієнтів, визначення попереднього діагнозу та потреби в госпіталізації
- надання екстреної меддопомоги на місці виклику та під час транспортування до лікувального закладу
- надання допомоги пацієнтам з особливо небезпечними інфекційними захворюваннями, зокрема з підозрою чи підтвердженими випадками гострої респіраторної хвороби COVID-19
- надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій [41].

Підприємство обов'язково проходить чергову акредитацію - офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам.

Акредитація закладу проводиться після отримання ним ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, ліцензії на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів, крім активних фармацевтичних інгредієнтів [28].

Інформацію щодо специфікації та умов закупівлі за Програмою медичних гарантій у межах пакету «Екстрена медична допомога» оприлюднює НСЗУ на своєму сайті [21].

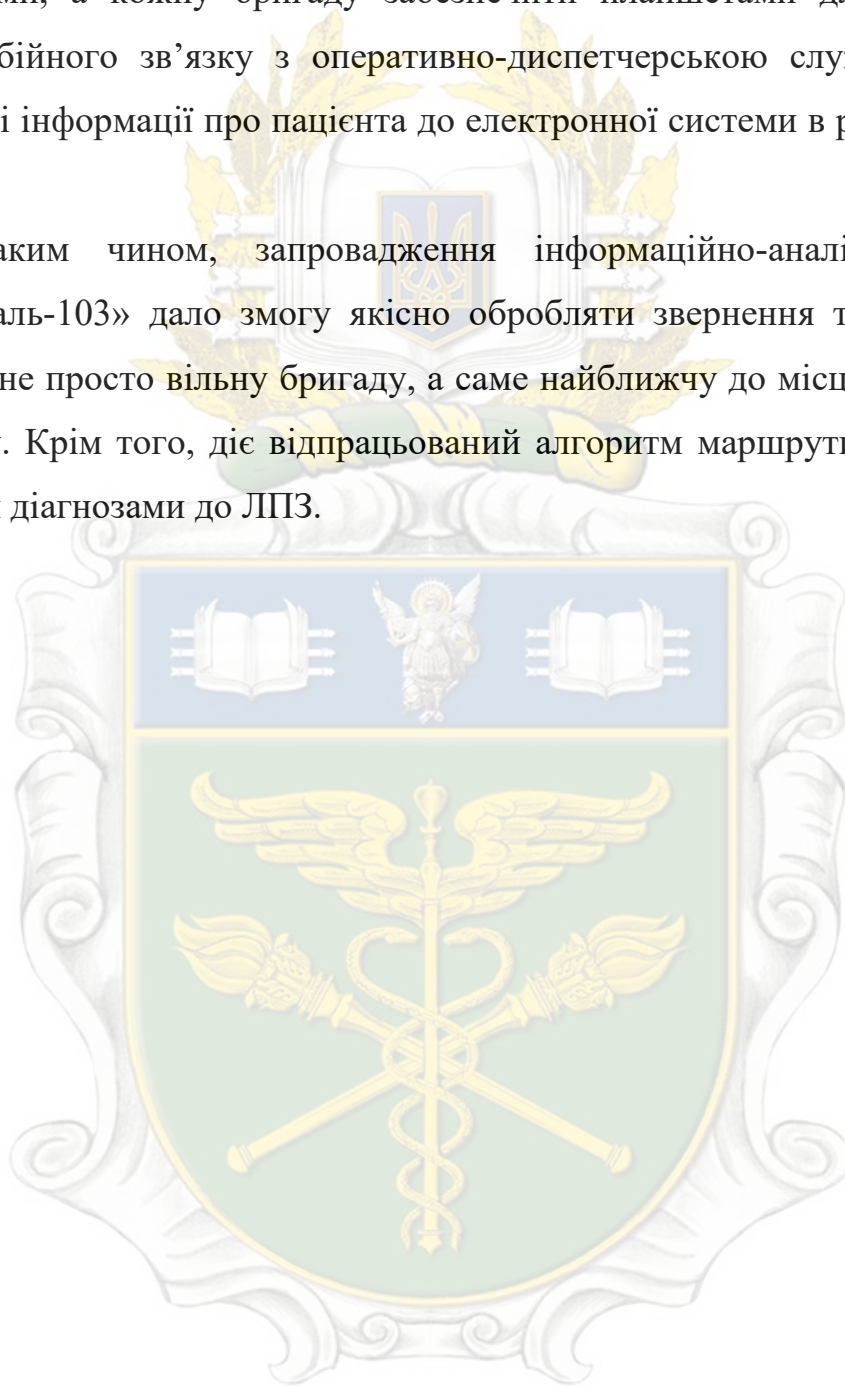
Таким чином, ми бачимо, що система надання ЕМД у Вінницькій області впродовж останніх років перебуває в стані реформування. На другому етапі реформи, який стартував 1 квітня 2020 року, система зазнала низки змін. Основні зусилля були спрямовані на:

- покращення матеріально-технічної бази
- розбудову та комп'ютеризацію центрів ЕМД
- створення умов для покращення доїзду бригад ЕМД до місця виклику

- забезпечення центрів навчання медичних працівників належним обладнанням

Вдалося оновити автопарк санітарних автомобілів та обладнати їх GPS-трекерами, а кожную бригаду забезпечити планшетами для налагодження безперебійного зв'язку з оперативно-диспетчерською службою центру та передачі інформації про пацієнта до електронної системи в режимі реального часу.

Таким чином, запровадження інформаційно-аналітичної системи «Централь-103» дало змогу якісно обробляти звернення та направляти на виклик не просто вільну бригаду, а саме найближчу до місця виклику вільну бригаду. Крім того, діє відпрацьований алгоритм маршрутизації пацієнтів з різними діагнозами до ЛПЗ.



РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ "ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ "ВІННИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"

3.1 Напрямки вдосконалення системи організації надання екстреної медичної допомоги на підприємстві

Оскільки проведений аналіз продемонстрував зниження ділової активності підприємства, збитковість його діяльності та низьку рентабельність, то розробка пропозицій, щодо вдосконалення системи організації надання екстреної медичної допомоги підприємства буде спрямована на збільшення доходності підприємства та на зменшення його витрат.

Запропоновано наступні пропозиції:

1. Проведення реорганізації підприємства з метою ліквідації неефективних підрозділів.

Аналізуючи структуру підприємства (додаток В) та посадові інструкції керівництва філій та керівництва відділень було виявлено, що посадові обов'язки вказаних керівників дублюються.

В зв'язку з цим пропонується реорганізація підприємства з метою ліквідації філій та переведенням керівників відділень в безпосереднє підпорядкування медичному директору.

Перелік штатних посад, які підлягають скороченню наведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1 - Перелік штатних посад, які запропоновано до скорочення на кожній філії КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР»

№ п/п	Філія	Перелік скорочуваних посад філії				
		Директор	Головний фельдшер	Бухгалтер	Технічний персонал	Всього
1	Бершадська	1	1	1	2	5
2	Вінницька	1	1	1	6	9
3	Гайсинська	1	1	1	3	6
4	Жмеринська	1	1	1	5	8
5	Липовецька	1	1	1	2	5
6	Могилів-Подільська	1	1	1	4	7
7	Тульчинська	1	1	1	3	6
8	Хмільницька	1	1	1	4	7
	ВСЬОГО	8	8	8	29	53

Дана реорганізація дозволить зменшити витрати підприємства шляхом скорочення таких штатних посад:

- директор філії - повноваження та обов'язки розподіляються між медичним директором підприємства та завідувачами відділень;
- головний фельдшер - повноваження та обов'язки розподіляються між старшими фельдшерами відділень;
- бухгалтер філії - повноваження та обов'язки передаються в бухгалтерію підприємства;
- технічний персонал філії - повноваження та обов'язки розподіляються між технічним персоналом станцій.

2. Проведення реорганізації складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

В 2019 році була розпочата парамедична реформа регламентована Постановою КМУ від 21.08.2019 № 764 [25], яка внесла зміни до Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги. Вимоги до освіти та функцій членів бригади, поділ бригад за складом стали іншими [49].

Нововведення КМУ планує реалізувати у два етапи:

- перший — із 28.08.2019, коли Постанова № 764 набрала чинності

- другий — із 01.01.2025, що передбачають нові пункти постанови КМУ «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги» від 21.11.2012 № 1114 та коли втратять чинність деякі пункти Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, затвердженого Постановою № 1114 [26].

Раніше бригади поділялися на лікарські та фельдшерські. За потреби могли утворюватися з числа лікарських бригад спеціалізовані лікарські бригади за спеціалізацією психіатрія, кардіологія, неврологія, педіатрія, неонатологія тощо.

Згідно з Постановою № 764 до лікарських та фельдшерських додалися ще й бригади парамедиків. Лікарські тепер не поділяються за спеціалізаціями. А от із 01.01.2025 поділ бригад за складом зникне взагалі (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 - Поділ бригад за складом згідно з Постановою № 764

Вид бригади	Склад бригади	До 27.08.2019	28.08.2019 — 31.12.2024	Із 01.01.2025
Лікарська	Лікар, фельдшер, медична сестра, водій	+	+	-
Лікарська спеціалізована	Лікар, фельдшер, медична сестра, водій	+	-	-
Фельдшерська	Фельдшер, медична сестра, водій	+	+	-
Парамедична	Парамедик, екстрений медичний технік	-	+	+

У будь-якому разі базовий склад бригади повинен складатися не менше ніж з одного парамедика і екстреного медичного техніка. Керівникові бригади підпорядковуються всі її працівники, і саме він несе персональну відповідальність за її роботу [36].

Для підсилення бригади парамедиків до її роботи можуть залучити також:

- ще одного парамедика
- екстреного медичного техніка
- лікаря

- стажера
- студента, що проходить виробничу практику
- лікаря-інтерна
- лікаря-резидента
- іншу особу, яка успішно пройшла підготовку з домедичної допомоги та отримала підтвердний документ

Рішення про підсилення бригади приймає керівник центру екстреної медичної допомоги [5].

В зв'язку з прийнятою реформою пропонується двоетапна реорганізація складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги з метою поступового скорочення лікарських ставок.

З показників роботи підприємства (додатки Є, Ж, З) можна визначити кількість лікарських ставок на підприємстві, які були в 2019-2022 рр.:

В 2019 рік – 238 лікарських ставок.

В 2020 рік – 242 лікарських ставок.

В 2021 рік – 239 лікарських ставок.

В 2022 рік – 214 лікарських ставок.

Згідно запропонованого плану поступового скорочення лікарських ставок лікарських ставок в 2024 році має залишитися 128, а в 2025 році – 20 лікарських ставок відповідно.

Дана реорганізація дозволить зменшити витрати підприємства шляхом скорочення лікарських ставок, та привести склад бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги у відповідність до вимог «Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги».

3. Реєстрація на базі навчально-тренувального відділу провайдерів послуг БПР.

Аналіз показників роботи підприємства (додатки Е, Є, Ж) продемонстрував стабільне зростання кількості медичних та немедичних працівників, які пройшли навчання (табл. 3.3).

Суттєве зростання кількості навчених немедичних працівників пов'язано з початком військових дій та великою кількістю запитів на навчання військових.

Всі вказані навчання проводилося безкоштовно. В зв'язку з цим пропонується ввести оплату за проходження навчання для всіх категорій медичних та немедичних працівників (окрім військових).

Таблиця 3.3 – Динаміка медичних та немедичних працівників, які пройшли навчання в НТВ за 2019-2022 рр.

Найменування показника	Рік				Відхилення		
	2019	2020	2021	2022	2020 / 2019	2021 / 2020	2022 / 2021
Кількість навчених медичних працівників	466	692	924	952	226	232	28
Кількість навчених немедичних працівників	505	382	800	4840	-123	418	4040
Кількість навчених немедичних працівників (без врахування військових)	357	370	735	1134	13	365	399

Також в Україні з 1 січня 2022 року набрала чинності Постанова КМУ від 14 липня 2021 року № 725 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» [27]. Відповідно до вимог вказаної постанови, працівники сфери охорони здоров'я після здобуття вищої освіти та отримання сертифіката лікаря-спеціаліста, провізора-спеціаліста або диплома про закінчення закладу фахової передвищої освіти зобов'язані здійснювати безперервний професійний розвиток (БПР) [17].

З метою забезпечення здійснення безперервного професійного розвитку діє система безперервного професійного розвитку медичних та

фармацевтичних працівників, яка призначена для збереження інформації про провайдерів, заходів БПР, обліку балів БПР.

Згідно Наказу МОЗ від 22 лютого 2019 року № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» [18], кожний працівник сфери охорони здоров'я зобов'язаний набирати за календарний рік щонайменше 50 балів БПР.

Сертифікати про нарахування балів БПР видаються провайдерами заходів безперервного професійного розвитку - юридичними особами, які провадять діяльність з організації та проведення заходів безперервного професійного розвитку [37].

Оскільки навчальні заходи, за які нараховується бали БПР цінуються значно вище, пропонується реєстрація на базі навчально-тренувального відділу провайдера послуг БПР.

Наявність провайдера послуг БПР дасть можливість отримувати більшу оплату за проходження навчання для всіх категорій медичних працівників.

Описані заходи з реорганізації навчально-тренувального відділу дозволять збільшити дохід підприємства.

Таким чином, проведення реорганізації підприємства з метою ліквідації неефективних підрозділів дозволить зменшити витрати підприємства шляхом скорочення зайвих штатних посад. Проведення реорганізації складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги дозволить зменшити витрати підприємства шляхом скорочення лікарських ставок, та привести склад бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги у відповідність до вимог «Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги». Реєстрація на базі навчально-тренувального відділу провайдера послуг БПР дозволить збільшити дохід підприємства.

3.2 Оцінка ефективності наданих пропозицій

На першому етапі оцінки ефективності розроблених пропозицій спрогнозуємо тенденції прибутковості підприємства виходячи з поточних показників діяльності (табл. 2.7).

Розрахуємо лінійне рівняння тренду та спрогнозуємо значення показника у трьох наступних роках.

Лінійне рівняння тренду побудуємо за допомогою Microsoft Excel.

Загальний вигляд рівняння: $y(x) = a + b * x$, де x - рік, y - прибуток підприємства.

За допомогою функції ЛИНЕЙН вираховуємо коефіцієнти.

Коефіцієнт $a = 38402,6$, коефіцієнт $b = -77684867$

Кінцева функція має вигляд: $y(x) = 38402,6 * x - 77684867$

Спрогнозуємо прибуток підприємства в 2023, 2024 та 2025 роках:

$$y(2023) = 38402,6 * 2023 - 77684867 = 3593,1 \text{ (тис. грн)}$$

$$y(2024) = 38402,6 * 2024 - 77684867 = 41995,7 \text{ (тис. грн)}$$

$$y(2025) = 38402,6 * 2025 - 77684867 = 80398,3 \text{ (тис. грн)}$$

На другому етапі оцінки ефективності розроблених пропозицій порахуємо вплив кожної з пропозицій на прибутковість підприємства.

1. Проведення реорганізації підприємства з метою ліквідації неефективних підрозділів.

Таблиця 3.4 - Економія витрат в результаті ліквідації філій КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР»

Посада	К-сть	Показники 1 працівника			Показники всіх працівників		
		З/П	ЄСВ	Разом	З/П	ЄСВ	Разом
Директор	8	24844	5465,68	30309,68	198752	43725,44	242477,4
Головний фельдшер	8	19875	4372,5	24247,5	159000	34980	193980
Бухгалтер	8	22360	4919,2	27279,2	178880	39353,6	218233,6
Технічний персонал	29	14906	3279,32	18185,32	432274	95100,28	527374,3
ВСЬОГО	53	81985	18036,7	100021,7	968906	213159,3	1182065

Розрахунок економії витрат в результаті впровадження даної пропозиції наведено в табл. 3.4.

Таким чином, економія витрат в результаті ліквідації філій складе 1182,1 тис. грн. на 1 рік.

2. Проведення реорганізації складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Розрахунок економії витрат в результаті впровадження даної пропозиції почнемо з розрахунку економії від скорочення однієї лікарської ставки.

Оклад лікаря = 24844 грн. (20000 грн. на руки)

ЄСВ = $24844 * 22\% = 5465$ грн.

Загальні витрати на одного лікаря = $24844 + 5465,68 = 30309$ грн.

Розрахунок економії витрат в результаті впровадження даної пропозиції наведено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5 – Розрахунок економії витрат в результаті скорочення лікарських ставок КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР»

Рік	Кількість скорочених лікарських ставок	Витрати на 1 лікаря (грн.)	Разом витрат (грн.)
2024	86	30309	2606574
2025	108	30309	3273372

Таким чином, економія витрат в результаті ліквідації філій складе 2606,6 тис. грн. в 2024 році та 3273,4 тис. грн. в 2025 році відповідно.

3. Реєстрація на базі навчально-тренувального відділу провайдера послуг БПР.

Спрогнозуємо тенденції кількості навчаних медичних та немедичних працівників виходячи з поточних показників (табл. 3.3).

Розрахуємо лінійне рівняння тренду та спрогнозуємо значення показника у трьох наступних роках.

Лінійне рівняння тренду побудуємо за допомогою Microsoft Excel.

Загальний вигляд рівняння: $y(x) = a + b * x$, де x - рік, y - кількість навчаних працівників.

Спочатку за допомогою функції ЛИНЕЙН вираховуємо коефіцієнти для медичних працівників.

Коефіцієнт $a = 219$, коефіцієнт $b = -441856$

Кінцева функція має вигляд: $y(x) = 219 * x - 441856$

Спрогнозуємо кількість навчаних медичних працівників в 2023, 2024 та 2025 роках:

$$y(2023) = 219 * 2023 - 441856 = 1181 \text{ (осіб)}$$

$$y(2024) = 219 * 2024 - 441856 = 1400 \text{ (осіб)}$$

$$y(2025) = 219 * 2025 - 441856 = 1619 \text{ (осіб)}$$

Далі за допомогою функції ЛИНЕЙН вираховуємо коефіцієнти для немедичних працівників.

Коефіцієнт $a = 269,6$, коефіцієнт $b = -544078$

Кінцева функція має вигляд: $y(x) = 269,6 * x - 544078$

Спрогнозуємо кількість навчаних немедичних працівників в 2023, 2024 та 2025 роках:

$$y(2023) = 269,6 * 2023 - 544078 = 1323 \text{ (осіб)}$$

$$y(2024) = 269,6 * 2024 - 544078 = 1593 \text{ (осіб)}$$

$$y(2025) = 269,6 * 2025 - 544078 = 1862 \text{ (осіб)}$$

Враховуючи, що провайдер розпочне свою діяльність з 01.01.2024 року, проведемо розрахунок додаткового доходу в результаті впровадження даної пропозиції (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 – Очікуваний додатковий дохід в результаті реєстрації провайдера послуг БПР

Категорія	Ціна курсу (грн.)	2024		2025	
		К-сть	Сума (грн.)	К-сть	Сума (грн.)
Медичні працівники	1500	1400	2100000	1619	2428500
Немедичні працівники	700	1593	1115100	1862	1303400
ВСЬОГО			3215100		3731900

Таким чином, додатковий дохід в результаті реєстрації провайдера послуг БПР складе 3215,1 тис. грн. в 2024 році та 3731,9 тис. грн. в 2025 році відповідно.

На третьому етапі оцінки ефективності розроблених пропозицій порахуємо прибутковість підприємства з урахуванням впливу всіх пропозицій (табл. 3.7).

Таблиця 3.7 - Прогноз прибутковості КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» з урахуванням впливу всіх пропозицій

Найменування показника	Рік		
	2023	2024	2025
Прогноз прибутковості (тис. грн.)	3593,1	41995,7	80398,3
Ефект від першої пропозиції (тис. грн.)	0,0	1182,1	1182,1
Ефект від другої пропозиції (тис. грн.)	0,0	2606,6	3273,4
Ефект від третьої пропозиції (тис. грн.)	0,0	3215,1	3731,9
Прибуток разом (тис. грн.)	3593,1	48999,5	88585,7
Збільшення прибутку за рахунок пропозицій (тис. грн.)	0,0	7003,8	8187,4
Збільшення прибутку за рахунок пропозицій (%)	0,0	16,7	10,2

Отже, в результаті розрахунків, ми бачимо, що за рахунок впливу пропозицій прогнозований прибуток збільшиться на 7003,8 тис. грн. (16,7%) в 2024 році та на 8187,4 тис. грн. (10,2%) в 2025 році відповідно.

Таким чином, ми можемо відмітити, що запропоновані пропозиції - проведення реорганізації підприємства з метою ліквідації неефективних підрозділів, проведення реорганізації складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та реєстрація на базі навчально-тренувального відділу провайдера послуг БПР - є ефективними.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Провівши аналіз моделей надання екстреної медичної допомоги в розвинених країнах і визначивши позитивні та негативні аспекти кожної з моделей, можна підсумувати, що система екстреної медичної допомоги в Україні повинна бути соціально спрямованою, націленою на людину та її потреби у збереженні життя та здоров'я. Зміни у системі екстреної медичної допомоги України – це досить важкий та тривалий процес у результаті яких система надання екстреної медичної допомоги в Україні поступово набуде рис, які притаманні таким службам у країнах Європейської спільноти.

Система ЕМД України впродовж останніх років перебуває в стані трансформації. На другому етапі реформи системи екстреної медичної допомоги, який стартував 1 квітня 2020 року, екстрена медична допомога зазнала низки змін. Значні зусилля спрямували:

- на покращення матеріально-технічної бази;
- розбудову та комп'ютеризацію центрів ЕМД;
- створення умов для покращення доїзду бригад ЕМД до місця виклику;
- забезпечення центрів навчання медичних працівників належним обладнанням.

Підібрати оптимальну модель надання екстреної медичної допомоги в Україні можна буде лише в умовах повноцінного забезпечення мережі всіх служб, що дотичні до проведення рятувальних операцій та надання домедичної та екстреної медичної допомоги – ДСНС, поліції, а також первинної ланки (амбулаторії сімейної медицини, фельдшерсько-акушерські пункти, служби екстреної медичної допомоги), належно створених відділень невідкладної медичної допомоги та третинного рівня надання медичної допомоги. Необхідно сформулювати власну модель, враховуючи природно-географічні характеристики території, соціальний стан, техніко-економічні важелі, а також рівень суспільної свідомості населення

Не віддаючи переваги якійсь із моделей організації системи екстреної медичної допомоги, Україна намагається побудувати свою власну систему. Головним завданням є створення єдиної служби, яка буде забезпечувати максимально ефективний та оперативний порятунок життів та збереження здоров'я українських громадян.

У систему КНП «ТМО «ВОЦЕМДМК ВОР» входить центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Управління системою екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на підприємстві полягає в контролі за виконанням протоколів надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному та госпітальному етапах, затверджених МОЗ України, та забезпечення умов для своєчасного надання допомоги.

Створення центральної оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Вінницькій області покращило обробку виклику та реагування, удосконалило комунікацію між диспетчером ОДС центру та бригадою ЕМД, швидке реагування на виклики забезпечується автоматизованим вибором найближчої бригади.

Запровадження інформаційно-аналітичної системи «Централь-103» дало змогу якісно обробляти звернення та направляти на виклик не просто вільну бригаду, а саме найближчу до місця виклику вільну бригаду. Крім того, відпрацьований алгоритм маршрутизації пацієнтів з різними діагнозами до ЛПЗ.

Вдалося істотно оновити автопарк санітарних автомобілів та обладнати їх GPS-трекерами, а кожну бригаду забезпечити планшетами для налагодження безперебійного зв'язку з оперативно-диспетчерською службою відповідного центру та передачі інформації про пацієнта до електронної системи в режимі реального часу.

По результатах проведеного аналізу фінансового стану підприємства був зроблений висновок, про зниження ділової активності підприємства, збитковість його діяльності та його невисоку рентабельність.

Тому розробка пропозицій, щодо покращення діяльності підприємства буде спрямована саме на збільшення доходності підприємства та зменшення витрат.

Було запропоновано наступні пропозиції:

1. Проведення реорганізації підприємства з метою ліквідації неефективних підрозділів.
2. Проведення реорганізації складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.
3. Реєстрація на базі навчально-тренувального відділу провайдера послуг БПР.

В результаті оцінка ефективності розроблених пропозицій було встановлено, що за рахунок впливу пропозицій прибуток збільшиться на 7003,8 тис. грн. (16,7%) в 2024 році та на 8187,4 тис. грн. (10,2%) в 2025 році відповідно.

Таким чином, ми можемо відмітити, що запропоновані пропозиції - проведення реорганізації підприємства з метою ліквідації неефективних підрозділів, проведення реорганізації складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та реєстрація на базі навчально-тренувального відділу провайдера послуг БПР - є ефективними.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Англо-американська, франко-німецька та змішана японська моделі надання екстреної медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях / В.М. Якимець [та ін.] // Вісн. морської медицини. 2021. N 2. С. 19-25.
2. Борчук Н.І. Досвід організації екстреної медичної допомоги при катастрофах за кордоном // Мед. новини. 2018. № 7. С. 23 - 25.
3. Бочкарьова Т.А. Аналіз фінансової звітності. Навчальний посібник. Харків: ХНЕУ, 2019. — 80 с.
4. Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. URL: <http://vinemd.org.ua/> (Дата звернення: 05.09.2023)
5. Впровадження парамедичних бригад ЕМД: чи дослухаються в МОЗ до голосу народу? URL: <https://www.vz.kiev.ua/vprovadzhennya-paramedychnyh-brygad-emd-chy-dosluhayutsya-v-moz-do-golosu-narodu/> (Дата звернення: 05.09.2023)
6. Галузовий стандарт вищої освіти. Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 7.110101 "Лікувальна справа", напряму підготовки 1101 "Медицина". URL: [https://testcentr.org.ua/standards/7.110101%20medicine%20\(eqc\).pdf](https://testcentr.org.ua/standards/7.110101%20medicine%20(eqc).pdf) (Дата звернення: 05.09.2023)
7. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)
8. Закон України «Про екстрену медичну допомогу». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)
9. Крилюк В.О. Домедична допомога. Методичний посібник. Київ : Інтерсервіс, 2014. 84 с.
10. Крилюк В.О., Кузьмін В.Ю. Домедична допомога. Алгоритми та маніпуляції. Київ : Ожива, 2017. 120 с.

11. Крилюк В.О., Сурков Д.М., Гурє'в С.О. Домедична допомога в умовах бойових дій. Методичний посібник. Київ : Ожива, 2022. 76 с.
12. Литовка О.М. Організація надання екстреної і невідкладної медичної допомоги в Україні в період реформування // «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. - 2022; Полтава. - С. 69-72.
13. Лукашук Л.П. Трансформація системи екстреної медичної допомоги: що змінюватимуть. URL: <https://www.medsprava1.com.ua/article/1823-transformatsya-sistemi-ekstrenomedichno-dopomogi> (Дата звернення: 05.09.2023)
14. Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога: підручник / І.С. Зозуля, А.О. Волосовець, О.Г. Шекера та ін. — 5-е видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2023. 560 с.
15. Михайловська Н.С. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина». Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. 109 с.
16. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1269282-19#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)
17. Наказ МОЗ України від 12.08.2009 р. №588 «Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0895-09#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)
18. Наказ МОЗ України від 22.02.2019 р. №446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів». URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

19. Наказ МОЗ України від 25.03.2019 р. №668 «Перелік посад професіоналів у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0417-19#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

20. Наказ МОЗ України від 26.03.2021 р. № 583 «Про затвердження Правил виклику бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та Порядку транспортування пацієнтів (постраждалих) бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги у заклади охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-21#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

21. НСЗУ - Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/> (Дата звернення: 05.09.2023)

22. Обласна програма «Розвиток системи екстреної медичної допомоги Вінницької області до 2020 року». URL: <https://www.vin.gov.ua/images/all-news/10-2017/9/pdf.pdf> (Дата звернення: 05.09.2023)

23. Пархоменко Л. С., Краєвська О.О. Нормативно-правові документи, що регламентують надання екстреної медичної допомоги та їх аналіз // «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. - 2022; Полтава. - С. 77-81.

24. Пожидаєва Т.А., Коробейнікова Л.С., Щербакова Н.Ф. Практикум з аналізу фінансової звітності. Київ : Економіка, 2021. — 227 с.

25. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 № 764 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1114» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/764-2019-%D0%BF#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

26. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1114 «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої)

медичної допомоги» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1114-2012-%D0%BF#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

27. Постанова Кабінету Міністрів України від 14.07.2020 р. №725 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

28. Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 р. №765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

29. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2020 р. №1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

30. Постанова Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 р. №425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо розвитку системи екстреної медичної допомоги у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві та створення оперативно-диспетчерських служб». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/425-2019-%D0%BF#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

31. Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text> (Дата звернення: 05.09.2023)

32. Проігнорований поклик про допомогу призвів до трагедії. URL: <https://swedinfo.ru/novosti-stokgolma/1878-proignorirovannyj-zov-o-pomoshhi-privyol-k-tragedii> (Дата звернення: 05.09.2023)

33. Середня тривалість життя. URL:
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN> (Дата звернення:
 05.09.2023)

34. Сігідов Ю.І., Мороз Н.Ю., Оксаніч Є.А. та ін Аналіз фінансової звітності. Підручник Київ : Кондор, 2020. — 359 с.

35. Статистика відвідування лікарів. URL:
<https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> (Дата звернення:
 05.09.2023)

36. Типове положення про бригаду екстреної медичної допомоги: 4 зміни. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1837-tipove-polojennya-pro-brigadu-ekstreno-shvidko-medichno-dopomogi-4-osnovn-zmni> (Дата звернення:
 05.09.2023)

37. Центр тестування при МОЗ України - БПР. URL:
<https://www.testcentr.org.ua/uk/bpr> (Дата звернення: 05.09.2023)

38. Чорнокнижна А.В. Дослідження зарубіжного досвіду організації екстреної медичної допомоги. Вісник студентського наукового товариства «ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту ДТЕУ. Вінниця: Редакційно-видавничий відділ ВТЕІ ДТЕУ, 2023. Вип. 165. С.431-443.

39. Шульженко Ю.В. Організація надання екстреної і невідкладної медичної допомоги в Україні // «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. - 2022; Полтава. - С. 92-94.

40. Юрченко В.Д., Крилюк В.О., Гудима А.А. Домедична допомога в умовах бойових дій. Методичний посібник. Київ : Середняк, 2014. 80 с.

41. Як реалізовуватиметься Програма медичних гарантій у 2023 році. URL:
<https://www.kmu.gov.ua/news/yak-realizovuvatymetsia-prohrama-medychnykh-harantii-u-2023-rotsi> (Дата звернення: 05.09.2023)

42. Accident and emergency healthcare in France. URL:
<https://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/accident-emergency> (Дата звернення: 05.09.2023)

43. Dick W.F. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system // Prehosp Disaster Med. 2013. Jan-Mar;18(1). P. 29-35.

44. Differences between an EMT and a Paramedic. ByRod-Brouhard. URL: <https://www.liveabout.com/emt-and-paramedic-526010> (Дата звернення: 05.09.2023)

45. Emergency Medicine in Switzerland. URL: <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/emergency-medicine-in-switzerland> (Дата звернення: 05.09.2023)

46. EMS Around the World: Germany Brings the Doctors to the Action. URL: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/emsworld/article/1224765/ems-around-world-germany-brings-doctors-action> (Дата звернення: 05.09.2023)

47. Germany: Ambulance and Emergency Medical Services. URL: <https://trekmedics.org/database/germany-2/> (Дата звернення: 05.09.2023)

48. How much does health care cost in the USA?. URL: <https://www.internationalinsurance.com/resources/healthcare-costs-in-the-usa.php> (Дата звернення: 05.09.2023)

49. Martinez R. New vision for the role of emergency medical services // Ann Emerg Med. 1998. Nov;32(5) P. 594-599.

50. Retrace Health Provides Nurse Video Visits Via. URL: <https://vsee.com/blog/vsee-nurse-video-visit-retrace-health/> (Дата звернення: 05.09.2023)