

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ
Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра
Освітній рівень

на тему: «Управління фінансовими і матеріальними ресурсами закладу охорони
здоров'я (на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»),
м. Старокостянтинів)»

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»
Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 073 «Менеджмент»
Шифр і назва спеціальності

Освітня програма «Бізнес-адміністрування»
Назва освітньої програми

Шифр ДРБА.019077.01.08.ПЗ

Виконав: студент 2 курсу група БАмз-19-1

Підпис

Кравчук О.А.

Ініціали, прізвище

Керівник

Підпис, дата

Баксалова О.М.

Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

Підпис, дата

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри _____

Підпис, дата

Тюріна Н.М.

Ініціали, прізвище

_____ 202__ р.

АНОТАЦІЯ

Кравчук О.А. Управління фінансовими і матеріальними ресурсами закладу охорони здоров'я (на прикладі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД. Керівник роботи – к.е.н., доцент кафедри економіки, менеджменту та адміністрування Баксалова О. М. Дипломна робота магістра: 126 с., 18 рисунок, 10 таблиць, 33 джерел посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: УПРАВЛІННЯ, ФІНАНСОВІ РЕСУРСИ, МАТЕРІАЛЬНІ РЕСУРСИ, МЕТОДИКА, ОКУПНІСТЬ, ЕФЕКТИВНІСТЬ.

Досліджено теоретико-методичні засади управління фінансовими та матеріальними ресурсами закладів охорони здоров'я. Розглянуто Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я. Визначено особливості управління матеріальними ресурсами закладу охорони здоров'я.

Розглянуто особливості функціонування центрів надання первинної медичної санітарної допомоги. Проаналізовано фінансово-економічні показники роботи досліджуваного підприємства, а також стан матеріально-технічного забезпечення.

Запропоновано вдосконалену методику нарахування заробітної плати працівникам. Здійснено розрахунок окупності придбання нової одиниці медичної техніки.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	5
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ ТА МАТЕРІАЛЬНИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1 Еволюція підходів до управління в охороні здоров'я.....	7
1.2 Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я.....	19
1.3 Управління матеріальними ресурсами лікувального закладу.....	30
Висновки до першого розділу.....	44
2 АНАЛІЗ ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «СТАРОКОСТЯНТИНІВСЬКИЙ ЦПМСД».....	46
2.1 Загальна характеристика та основні напрями роботи підприємства...	46
2.2 Аналіз фінансово-економічних показників підприємства.....	54
2.3 Аналіз матеріальних ресурсів підприємства.....	61
Висновки до другого розділу.....	67
3 УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ І МАТЕРІАЛЬНИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КНП «СТАРОКОСТЯНТИНІВСЬКИЙ ЦПМСД».....	69
3.1 Вдосконалення методики нарахування заробітної плати працівникам.....	69
3.2 Визначення ефективності придбання нової медичної техніки.....	81
Висновки до третього розділу.....	83
ВИСНОВКИ.....	85
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	88
ДОДАТКИ.....	93

ВСТУП

Сучасна соціально-економічна та демографічна ситуації в економіці України визначають необхідність постановки перед державою нових завдань, які можливо вирішити за умови розробки нових організаційно-методичних засад фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. Визначальним чинником забезпечення доступними та якісними медичними послугами населення є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає перехід до оплати діяльності постачальників медичної допомоги на основі конкретних результатів їх роботи, потребує принципової зміни характеру відносин між постачальником послуг та їх замовником - розпорядником бюджетних коштів.

Особливого значення набуває проблематика формування інструментарію управління фінансовими ресурсами, які на основі інтегрування фінансів закладів з системою ринкових зв'язків, забезпечать узгодженість методів фінансового менеджменту та його відповідність сучасним реаліям.

Розвитку теорії та практики управління фінансовими та матеріальними ресурсами в закладах охорони здоров'я присвячені праці вітчизняних та зарубіжних науковців: Лессард Л., Коллінс С., Віллер Дж., Жанг Х., Горина В.П., Загорського В.С., Мальованого М.І.

Метою роботи є обґрунтування теоретичних аспектів та розробка прикладних рекомендацій щодо ефективного управління фінансовими і матеріальними ресурсами закладу охорони здоров'я.

Досягнення зазначеної мети обумовило необхідність актуалізації та розв'язання наступних завдань:

- дослідити і розвинути теоретико-методичні засади підходів до управління в охороні здоров'я;
- дослідити підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я;

- визначити особливості управління матеріальними ресурсами закладу охорони здоров'я;
- провести аналіз фінансово-економічної, управлінської роботи та матеріально-технічного забезпечення КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»;
- вдосконалити існуючу методику нарахування заробітної плати працівникам КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»;
- розрахувати термін окупності нового медичного обладнання.

Об'єкт дослідження – процес управління фінансовими та матеріальними ресурсами комунального некомерційного підприємства.

Предмет дослідження – сукупність теоретико-методичних та прикладних аспектів управління фінансовими та матеріальними ресурсами закладу охорони здоров'я.

Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі були використані такі методи: систематизації, узагальнення, порівняння, балансовий, аналітичний, структурно-логічний, прогнозний, графічний, економіко-математичний та ін. методи.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ ТА МАТЕРІАЛЬНИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Еволюція підходів до управління в охороні здоров'я

Історія виникнення та розвитку теорій управління налічує понад сім тисяч років. Досвіду управління набули ще жреці, які вели торгівельні операції, ділове листування та комерційні розрахунки. У часи фараонів був виданий кодекс законів управління, який містив порядок контролю і відповідальність за виконання певної роботи. До середини XIX століття практично ніхто не замислювався над тим, як управляти ними системно. Ідея системного управління на науковій основі почала формуватися саме в середині XIX століття. Причиною тому були зміни, які внесла промислова революція у виробничий процес. Остаточно ідея управління як наукової дисципліни, професії та галузі досліджень сформувалася в США. У широкому розумінні менеджмент -це вміння досягати поставлених цілей, використовуючи працю, інтелект та мотиви поведінки інших людей. Центральною фігурою сучасного менеджменту є менеджер, тобто управлінець ринкової орієнтації, який активно впроваджує ефективні умови господарювання, нововведення та досягнення науково-технічного прогресу, виважено враховує зміни у відносинах, своєчасно впливає на кон'юнктуру і динаміку попиту та пропозиції, вміло перебудовує виробничо-господарську діяльність з урахуванням вимог ринку.

На сьогодні у світовій практиці охорони здоров'я та медичного забезпечення існують чотири основні моделі системи охорони здоров'я. Хоч національні системи охорони здоров'я базуються на поєднанні різних джерел формування сукупного бюджету, у кожній країні переважає один з механізмів фінансування.

Залежно від того, який механізм превалює, система охорони здоров'я різних країн належить до однієї з чотирьох моделей.

Модель переваги споживачів при приватній системі характеризується значними ризиками. Усі суб'єкти у такій моделі (страхові компанії, надавачі та споживачі медичних послуг) взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоч і забезпечується через роботодавців шляхом добровільних внесків. Страхування здоров'я частини населення, яка не застрахована за місцем роботи, забезпечується урядом. Розмір внеску приватного медичного страхування розраховується з середньої вартості надання послуг. Різні страхові компанії мають різні переліки оплачуваних послуг для різних категорій застрахованих. Медичну допомогу надають здебільшого приватні лікарі та приватні лікарні. У приватних системах медичного страхування зазвичай використовується шкала індивідуальних показників ризиків. Тому це найбільш ненадійний вид страхування, який суперечить системі соціальної солідарності. У таких випадках страхові внески кожної окремої людини коригуються на фактор ризику, що відображає стан її здоров'я. Найбільш характерним прикладом такої моделі є система охорони здоров'я США. Розмір внесків визначається виходячи з можливості їх сплати населенням, а доступ до послуг – виходячи з потреб у них.

До Європейських країн, системи охорони здоров'я фінансуються за рахунок страхових внесків, належать Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди та Швейцарія. Соціально-орієнтована система забезпечує:

- ефективного надання медичних послуг;
- стабільне фінансування сектора охорони здоров'я;
- регулювання прав пацієнтів як споживачів послуг;
- об'єднання ризиків та взаємну підтримку;
- надання послуг відповідно до потреб населення, а розподіл фінансового тягаря відповідно до можливостей населення;
- реалізацію цілей державної політики охорони здоров'я, зберігаючи при цьому певний рівень незалежності від уряду.

Недоліками такої системи є проблеми зі стримуванням витрат, можливість зростання вартості медичних послуг, високий рівень адміністративних витрат.

Модель Беверіджа. У даній моделі фінансування здійснюється переважно за рахунок державного бюджету, тобто внески збираються через загальну податкову систему – на центральному, регіональному чи місцевому рівнях. При цьому застосовується не тільки стандартне адміністрування, але й сучасні методи управління. Рішення щодо загального обсягу фінансування приймається в процесі планування витрат державного бюджету в цілому. Страхові фонди у рамках системи охорони здоров'я, що функціонує відповідно до цієї моделі є нецільовими, проте всі громадяни охоплюються страхуванням, яке забезпечує їм утримання уніфікованого обсягу медичних послуг. Відповідальність за справедливий географічний розподіл бюджету між надавачами медичних послуг несуть переважно регіональні органи охорони здоров'я. У моделі Беверіджа можуть застосовуватися різноманітні підходи до фінансування системи охорони здоров'я, але головна роль у забезпеченні фондами належить державному сектору.

Ця модель характерна для систем охорони здоров'я Великої Британії, Греції, Португалії, Іспанії. Разом з тим, фінансування охорони здоров'я в таких країнах як Велика Британія, Фінляндія проводиться з двох джерел – основна частина з податків, решта – з фондів соціального страхування. Найсуттєвішим недоліком державної системи охорони здоров'я є бюрократичність адміністрування, а також значна залежність від структури та обсягу коштів державного бюджету, що виділяється на охорону здоров'я. Така система характеризується відсутністю зацікавленості в економії всіх видів ресурсів та стимулів до підвищення якості медичної допомоги і задоволення потреб споживачів.

Система Семашка фінансується виключно з державного бюджету, базується на загальних податках, контролюється державою через систему централізованого планування та характеризується відсутністю приватного сектору. Недоліками цієї моделі є бюрократичні та адміністративно-командні методи управління охороною здоров'я та відсутність економічних важелів управління. Модель Семашка була прийнята в країнах Східної Європи, зокрема і в Україні. На сьогодні системи

охорони здоров'я більшості цих країн перебувають на різних етапах переходу до системи соціального страхування чи до комбінованої системи. У період переходу України до ринкової економіки вітчизняна галузь охорони здоров'я зазнала певних змін та відчутно занепала. Реформа охорони здоров'я вимагає детального аналізу існуючої системи та чіткого бачення нової концепції, виходячи з реальних економічних, культурних, політичних особливостей України. Потрібно також враховувати світовий досвід і позитивні сторони існуючої системи.

Далі доцільно розглянути матеріальні, фінансові, трудові ресурси охорони здоров'я та медичних організацій.

Економічні ресурси (economic resources) – це вид ресурсів, необхідних для виробництва благ – товарів і послуг. Економічні ресурси також можуть бути використані для виробництва інших благ. Економічній діяльності сприяють природні ресурси (наземні, копалини, підводні), людські ресурси, їх здатності і кваліфікація, товари виробничого призначення або вироблені людиною засоби виробництва і т.д. Один з основних видів економічних ресурсів – це фінансові ресурси.

Матеріальні ресурси охорони здоров'я – це ресурси в матеріально-речовій формі, що дозволяють надавати медичні послуги та виробляти медичні товари, це сукупність засобів і предметів праці, якими володіє і користується охорона здоров'я як галузь соціального сектора економіки. Матеріальні ресурси організацій охорони здоров'я можна поділяються на основні і оборотні фонди.

До основних фондів відносяться будівлі, споруди, ліжковий фонд, виробнича інфраструктура, лабораторне обладнання, транспорт.

Основні фонди переносять свою вартість у вартість вироблених медичних послуг по частинах. Ця частина характеризується як фізичний знос медичного обладнання (або будівлі), який дорівнює величині амортизаційних відрахувань за рік (від первісної вартості), що становить в середньому 5,6% для будівель; 10 12% – для медичного обладнання. Кількість медичного та лабораторного обладнання, ліжковий фонд залежать від профілю і потужності установи (організації) охорони здоров'я.

Оборотні фонди організацій охорони здоров'я є предмети одноразового використання, тобто лікарські препарати, м'який інвентар, продукти харчування для пацієнтів, грошові кошти, касові залишки, кошти в розрахунках та ін.

Оборотні фонди переносять свою вартість у вартість вироблених медичних послуг цілком за рік. Інакше кажучи, якщо предмети і матеріали мають термін придатності до року, то вони відносяться до оборотних фондів.

Для вітчизняної охорони здоров'я характерним був високий рівень зносу основних фондів, що досягав в 1990-2000 рр. в середньому: будівлі – 27%; обладнання – 58,5; транспорт – 62%. Динаміка показників поновлення наявних фондів за десятиліття до 2000 р склала 3,6% при наявних нормативах їх поновлення: будівлі – 3%; обладнання – 12,5; транспорт – 20%.

У цей період склалося критичне становище з оснащенням, обладнанням і транспортом: при наявності рівня зносу апаратури, що досягає 58,5%, оновлення становило в межах 9,4%; транспорту – відповідно 62% (знос) і 8,7% (оновлення). У відповідно до вартості основних фондів (у цінах 1997 р.) їх фактичне недофінансування досягало п'ятикратного розміру, що свідчило про необхідність збільшення вкладень фінансових коштів в галузь охорони здоров'я. В цілому оновлення будівель закладів охорони здоров'я здійснювалося уповільненими темпами, вартісні показники їх поновлення досягали 20% від необхідного нормативу. За десять років (1990-2000 рр.) Було зведено лише 3500 (10%) будівель. В кількісному відношенні число зведених будинків послідовно зменшувалася в середньому вдвічі за кожне п'ятиріччя (1984-1989 рр., 1990-1994 рр., 1995-1999 рр.). Чисельність реконструйованих приміщень також мала тенденцію до зменшення в порівнянні з будівництвом нових будівель медичного призначення, в установах охорони здоров'я до 2000 р. близько третини (з 35 тис.). Експлуатованих автомобілів, налічувалось які виробили свій повний ресурс 2600 автомобілів з носилками та 2700 – не мають носилок, 1700 – легкових автомобілів, 1400 – вантажних, 270 – автобусів. Знос легкових та санітарних автомобілів з носилками становив 48%, знос вантажного транспорту досяг 75%.

Скорочення потужності ліжкового фонду закладів охорони здоров'я в 2000 р. відбувалося поступово по територіях в цілому, і в залежності від рівня наданої допомоги і профілів ліжок. Для цього періоду був характерний нерівномірний рівень забезпеченості ліжками населення, скорочення кількості кошторисних ліжок становило від 0,3%, до 61,7%. Зросла кількість ліжок в адміністративних центрах за рахунок скорочення дільничних лікарень. Ліквідовувалися фельдшерсько-акушерські пункти, які тепер намагаються відновити в сільській місцевості на новому рівні оснащеності. Аналіз стану ресурсної бази охорони здоров'я свідчив про те, що погано керований розвиток охорони здоров'я в умовах обмеженого фінансування галузі призвело до зростання диспропорцій умов надання допомоги між територіями і всередині них, виснаження ресурсів, концентрації лікувальних установ в адміністративних центрах, а, отже, до зниження і погіршення якості медичної допомоги. Була необхідна термінова розробка стратегії розвитку галузі, а також вибір пріоритетів для прийняття додаткових заходів.

Медична реформа визначила основні напрямки оновлення галузі:

- розвиток первинної медичної допомоги;
- розвиток профілактичного напрямки медичної допомоги;
- забезпечення населення високотехнологічної медичною допомогою;
- управління основними напрямками охорони здоров'я та раціональне використання наявних ресурсів;
- імунізація населення в рамках національного календаря щеплень;
- виявлення і лікування інфікованих вірусом гепатиту С, В і імунодефіциту;
- обстеження новонароджених дітей;
- диспансеризація груп ризику;
- надзвичайно актуальною в 2020 році стала боротьба з коронавірусною інфекцією.

Базові напрямки у роботі менеджера:

- 1) Встановлює цілі, визначає конкретні завдання та шляхи їх вирішення.

2) Організовує роботу закладу як систему. Аналізує види діяльності, виявляє та групує проблеми, ставить завдання, доручає конкретним співробітникам їх виконання.

3) Менеджер підтримує мотивацію праці і комунікації всередині медичної установи. Формує команду з людей, відповідальних за певні роботи шляхом прийняття кадрових рішень, а також рішень, що підвищують якість праці і життя співробітників. При цьому здійснюються постійні зв'язки менеджера з підлеглими, начальниками, колегами.

4) Менеджер створює систему контролю. Визначає одиниці вимірювання, фіксуючи показники, зорієнтовані на роботу всього закладу і водночас на роботу конкретного співробітника. Аналізує й оцінює досягнуті результати, повідомляючи про них своє керівництво, підлеглих та колег.

5) Менеджер сприяє зростанню ділової кар'єри людей, забезпечуючи умови, завдяки яким стає можливим просування по службових сходах членів закладу.

Фінансова система медичних закладів – це сукупність фінансових коштів та система внутрішніх та зовнішніх економічних відносин, пов'язаних з формуванням, розподілом та використанням грошей та інших активів в процесі господарської діяльності. Фінанси медичного закладу виконують такі основні функції:

– ресурсозабезпечуючу. Ця функція полягає в систематичному формуванні фінансових ресурсів у необхідному обсязі з різних альтернативних джерел фінансування для забезпечення поточної господарської діяльності медичного закладу і реалізації стратегічних цілей розвитку медичної допомоги.

– розподільчу. Ця функція полягає в розподілі загальної суми фінансових ресурсів у розрізі окремих цільових фондів, що забезпечують фінансування окремих напрямків медичної допомоги та окремих програм розвитку охорони здоров'я.

– контрольну. Функція контролю полягає в забезпеченні виконання фінансових планів, цільового та ефективного використання фінансових ресурсів для виконання прийнятих рішень.

Фінансовий менеджмент – це процес управління формуванням, розподілом та використанням фінансових ресурсів, оптимізація обігу грошових коштів для досягнення цілей, що стоять перед медичним закладом.

У процесі своєї діяльності медичний заклад вступає у зовнішні та внутрішні фінансові відносини.

Зовнішні фінансові відносини – зв'язки з органом вищого рівня управління (обласними та міськими органами управління охорони здоров'я), з бюджетами всіх рівнів та позабюджетними фондами, податковою адміністрацією, інфраструктурою товарного та фінансового ринків (постачальниками ліків, медичного обладнання, банками, страховими компаніями), іншими лікувальними установами.

Внутрішні фінансові відносини – зв'язки між окремими структурними підрозділами, персоналом, власниками (засновниками) лікувально – профілактичної установи тощо.

Фінансова діяльність медичного закладу має такі характеристики:

1) Фінансова діяльність є головною формою ресурсного забезпечення економічного розвитку та поточної діяльності медичного закладу. Майже всі завдання з розширення та вдосконалення медичної допомоги населенню потребують фінансових ресурсів.

2) Фінансова діяльність медичного закладу має підпорядкований характер щодо мети та завдань, що стоять перед медичним закладом.

3) Операції, пов'язані з фінансовою діяльністю, здійснюються регулярно і мають систематичний характер.

4) Форми та обсяги фінансової діяльності медичного закладу залежать від його організаційно-правової форми діяльності, форми власності на майно та рівня і напрямку спеціалізації медичної допомоги.

5. Операції, пов'язані з фінансовою діяльністю, створюють специфічні види ризиків, що об'єднується поняттям «фінансовий ризик».

6. Фінансова діяльність забезпечує стабільність розвитку медичного закладу.

7. Фінансовий стан на кожному етапі розвитку медичного закладу є основним показником успішності його господарської діяльності.

Завданням фінансового менеджменту медичного закладу є:

– економічне обґрунтування прийнятих рішень для забезпечення народногосподарської ефективності лікувально-профілактичних закладів в охороні здоров'я;

– визначення витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг у поліклініці і стаціонарі і розрахунок економічної ефективності профілактичних та лікувальних заходів в охороні здоров'я;

– розробка ефективної системи оплати праці медичних працівників з урахуванням обсягу виконаної роботи та її кінцевих результатів;

– забезпечення формування достатнього обсягу фінансових ресурсів відповідно до плану розвитку системи охорони здоров'я та підвищення якості медичної допомоги населенню;

– забезпечення найефективнішого використання фінансових ресурсів з позицій народногосподарської ефективності з урахуванням медичних, соціальних та економічних аспектів за основними напрямками діяльності та структурними підрозділами медичного закладу згідно з певними пріоритетами надання медичної допомоги;

– оптимізація грошового обміну та підтримання достойної платоспроможності і фінансової стабільності медичного закладу;

– мінімізація фінансового ризику щодо окремих фінансових операцій і медичного закладу в цілому;

– забезпечення прибутковості госпрозрахункової діяльності при наданні медичних послуг та інших видів підприємництва.

Визначені завдання досягаються шляхом виконання функцій фінансового менеджменту як управлінської системи:

– аналіз та планування фінансової діяльності, розробка системи планів та бюджетів за основними напрямками діяльності, структурними підрозділами та медичному закладу в цілому;

- розробка фінансової політики медичного закладу на основі загального напрямку розвитку медичної допомоги;
- створення організаційних структур, що забезпечують прийняття та реалізацію управлінських рішень з усіх аспектів фінансового менеджменту медичного закладу;
- формування ефективної інформаційної системи, що забезпечує прийняття управлінських рішень з усіх аспектів фінансового менеджменту; рішень, планування реалізації прийнятих рішень
- запровадження ефективного процесу управління фінансами, враховуючи процес прийняття рішень, планування реалізації прийнятих рішень, організацію регулюючих заходів та ефективного фінансового контролю;
- здійснення контролю за фінансово-економічною діяльністю;
- проведення аналізу фінансово-економічної діяльності медичного закладу за щорічним звітом, балансом витрат і прибутків (щоквартально), сплачених рахунків та поточної заборгованості (щомісяця);
- здійснення щорічної інвентаризації основних фондів, витратних матеріалів та засобів, обігових активів, грошових коштів та документів, бланків суворої звітності (щомісяця), розрахунків (щоквартально).

Залежно від об'єкту фінансового управління виділяють такі напрямки діяльності фінансового менеджменту – управління активами, управління капіталом, управління грошовими потоками, управління Фінансовим и ризиками.

Система інформаційного забезпечення фінансового менеджменту лікувально-профілактичного закладу є частиною (підсистемою) інформаційного забезпечення медичного закладу в цілому, що створюється з метою систематичного цілеспрямованого підбору показників, необхідних для підготовки, прийняття, контролю та планування управлінських рішень з усіх аспектів фінансової діяльності медичного закладу.

Для ефективного використання інформації у процесі фінансового управління необхідно, щоб вона відповідала таким вимогам:

– цінність. Цінність інформації визначається в її можливості сприяти досягненню певної мети чи вирішенню певних завдань;

– змістовність. Змістовність визначає, наскільки змінюється інформаційна обізнаність суб'єктів управління (головного лікаря, фінансового менеджера) про об'єкт управління;

– зрозумілість. Зрозумілість інформації має значення для тих категорій працівників, для кого вона передбачена;

– повнота та достовірність. Повнота визначає завершеність кола показників, необхідних для проведення аналізу. Достовірність – це властивість інформації правдиво віддзеркалювати реальний стан та результати фінансової діяльності медичного закладу;

– своєчасність. Своєчасність – це відповідність інформації періоду її використання;

– порівнюваність фінансових показників. Це можливість проведення порівняльного закладу окремих активів і результатів фінансової діяльності медичного закладу в часі;

– ефективність. Ефективність щодо фінансових показників означає, що витрати на формування та розрахунок показників не повинні перевищувати ефект про її використання;

– релевантність (вибірковість) визначає високий рівень використання інформації у процесі управління фінансовою діяльністю підприємства. Інформаційна система фінансового менеджменту повинна забезпечити необхідною інформацією управлінський персонал, а також задовільнити інтереси широкого кола зовнішніх користувачів.

Інформаційне забезпечення фінансового менеджменту формується із зовнішніх і внутрішніх джерел.

Система фінансово-економічних показників, що формується із зовнішніх джерел, поділяється на три основні групи:

Показники, що характеризують загально-економічний та галузевий рівні розвитку:

- темпи зміни валового національного продукту;
- індекс інфляції;
- облікова ставка Національного Банку України;
- ставки податку (на додану вартість, прибуток), відрахування в обов'язкові державні фонди;
- офіційні курси окремих валют;
- індекс цін та рівень доходів населення.

До галузевих показників, що характеризують рівень розвитку охорони здоров'я та стан здоров'я населення, належать:

- рівень фінансування охорони здоров'я в цілому по країні, окремих регіонах зокрема та на душу населення;
- показники фінансування охорони здоров'я по окремих статтях витрат (заробітна плата, медикаменти, харчування, обладнання) та обсяг позабюджетних надходжень;
- демографічні показники (народжуваність, смертність, тривалість життя), показники захворюваності, інвалідності, фізичного розвитку;
- показники обсягу та якості наданої медичної допомоги (кількість пролікованих хворих, виконаних ліжкоднів, поліклінічних відвідувань тощо);
- середньогалузеві показники економічної ефективності використання матеріально-технічної бази лікувальних закладів.
- показники діяльності інших аналогічних медичних закладів та контрагентів-постачальників медикаментів, медичного обладнання, виробники послуг (з ремонту, обслуговування). Джерелом цієї інформації є статистичні звіти медичних закладів, а для контрагентів – результати публікації в засобах масової інформації, рекламні матеріали у вигляді прайс-листів, буклетів.

Нормативна інформація. Джерелом цієї інформації є закони України, декрети, постанови Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України, накази обласних та міських департаментів охорони здоров'я, постанови податкових адміністрацій та інших органів влади в межах їхньої компетенції. Ця

інформація враховується у процесі підготовки фінансових рішень з різних аспектів господарської діяльності.

Система фінансово-економічних показників, які формуються з внутрішніх джерел, поділяється на:

- показники фінансового стану та результатів фінансової діяльності медичного закладу, які містяться в балансі підприємства, звіті про фінансові результати та їх використання, звіті про фінансово-майновий стан підприємства;

- показники, що характеризують фінансову та господарську діяльність окремих структурних підрозділів медичного закладу. Система показників цієї групи використовується для поточного та оперативного управління фінансовою та господарською діяльністю структурних підрозділів медичного закладу. Джерелом формування цих показників є система управлінського обліку, яка доповнює фінансовий та бухгалтерський облік;

- власні нормативно-планові показники, які пов'язані з необхідністю здійснення оперативного поточного контролю за ходом фінансово-господарської діяльності, для аналізу досягнутого рівня розвитку медичної допомоги шляхом його порівняння з плановими нормативами.

1.2 Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я

Сучасна соціально-економічна та демографічна ситуації в економіці України визначають необхідність постановки перед державою нових завдань, які можливо вирішити за умови розробки нових організаційно-методичних засад фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. Визначальним чинником забезпечення доступними та якісними медичними послугами населення є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає перехід до

оплати діяльності постачальників медичної допомоги на основі конкретних результатів їх роботи, потребує принципової зміни характеру відносин між постачальником послуг та їх замовником — розпорядником бюджетних коштів.

Обов'язковою умовою запровадження орієнтованих на результат договорів стратегічної закупівлі медичних послуг, а разом з ними і орієнтованих на результат методів оплати діяльності постачальників є надання останнім достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для отримання права укладати контракти та гнучко і незалежно від інших сторін організувати свою власну діяльність з досягнення встановлених цими договорами результатів.

Запровадження такої моделі взаємовідносин потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я управлінської та фінансової автономії. З урахуванням світового досвіду автономію передбачається забезпечити шляхом реорганізації таких закладів охорони здоров'я у повноцінні суб'єктів господарювання — казенні та комунальні некомерційні підприємства [1]. Все це зумовлює необхідність перегляду характеру фінансових відносин та визначає нові вимоги до управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я.

Особливого значення набуває проблематика формування інструментарію управління фінансовими ресурсами, які на основі інтегрування фінансів закладів з системою ринкових зв'язків, забезпечать узгодженість методів фінансового менеджменту та його відповідність сучасним реаліям.

Розвитку теорії та практики управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я присвячені праці вітчизняних та зарубіжних науковців: Лессард Л. [2], Коллінс С. [3], Віллер Дж. [4], Жанг Х. [5] Горина В.П. [6], Загорського В.С. [7], Мальованого М.І. [8]. Не зважаючи на ґрунтовність праць науковців, основними завданнями управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я має стати створення відповідного інструментарію, який забезпечить формування оптимальної структури за всіма джерелами їх фінансування відповідно до діючого законодавства.

Сучасний стан економіки України характеризується стрімким розвитком процесів інтеграції та глобалізації, які обумовлюють реформування всіх сферах

суспільного життя. Значною мірою це стосується і сфери охорони здоров'я, яка формує індивідуальні цінності людини та є основою для збільшення тривалості життя українців. У результаті ключовими аспектами є двоякий характер питань фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я та забезпеченості доступності медичних послуг для кожної людини.

Існуюча в державі модель фінансування закладів охорони здоров'я не відповідає сучасним вимогам інституційного суспільства та нівелює спроби керівництва до пошуку оптимальних управлінських моделей та раціональних методів формування і використання фінансових ресурсів. Система охорони здоров'я України споживає загальних витрат біля 8% від ВВП країни, що перевищує показники деяких країн ЄС. Однак за обсягами державних витрат на фінансування охорони здоров'я Україна продовжує значно поступатися переважній більшості країн Європейського регіону. Такий стан речей вимагає не тільки збільшення фінансування, але й ефективного використання фінансових ресурсів. Відповідно до статті 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом.

Надходження фінансових ресурсів до системи охорони здоров'я протягом 2010—2015 років здійснювалось із трьохосновних джерел: державні кошти, які включають Зведений бюджет і соціальне страхування; приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства; кошти міжнародних донорських організацій.

Варто відмітити, що протягом 2010—2011 років частка державних коштів у фінансуванні охорони здоров'я зменшувалася від 56,3% у 2010 р. до 55,3% у 2011 р. Однак у 2012 р. вона зросла майже на 2% у порівнянні з показниками 2011 р. Протягом 2013-2014 років відбулося зменшення частки державних коштів у фінансуванні охорони здоров'я з 56,2 % до найнижчого рівня за останні шість років 48,7% у 2015 р. В основному, це відбулося за рахунок подальшого зменшення обсягів фінансування, що направлялися на охорону здоров'я з державного бюджету

з 15% у 2013 р. до відповідно, 12 % у 2014 р. та 10,3% у 2015 р. Також слід відмітити зменшення загальних обсягів фінансування, що направлялися на охорону здоров'я з місцевих бюджетів.

У середньому в країнах-членах ЄС частка державних видатків у структурі загальних витрат на охорону здоров'я становила 76%, в Україні у 2015 році державні видатки в цій сфері становили лише 48,7% [9]. Слід відмітити, що частка надходжень до системи охорони здоров'я з приватних джерел фінансування поступово збільшувалась упродовж 2010-2015 рр. з 43,2% до 50,9%. У 2015 році зазначені витрати досягли найвищого рівня (50,9%) за останні шість років, причому 97% з них становили витрати на охорону здоров'я. Витрати на охорону здоров'я роботодавців та некомерційних організацій, що обслуговують упродовж 2010-2015 років становили відповідно 3-6% та 0,02-0,07%.

Таблиця 1.1 - Розподіл видатків Державного бюджету на охорону здоров'я

КПКВ	КФКВ	Найменування згідно з відомчою і програмною класифікаціями видатків та кредитування державного бюджету	2017 рік	2018 рік	Відхилення, тис. грн
2300000		Міністерство охорони здоров'я України	16446488,2	26543770,0	10097281,8
2301000		Апарат Міністерства охорони здоров'я України	16367949,0	18168580,8	1800631,8
2307000		Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками	78539,2	109 670,7	31131,5
2307010	0763	Керівництво та управління у сфері лікарських засобів та контролю за наркотиками	-	109 670,7	109 670,7
2308000		Національна служба здоров'я України	-	8 265 518,5	8 265 518,5
2308010	0763	Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	-	211 000,9	211 000,9
2308020	0763	Надання первинної медичної допомоги населенню	-	8 054 517,6	8 054 517,6
2310000		Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	58727073,3	60 419 481,9	1692408,6

Доцільно зазначити, що з метою пошуку оптимальної структури джерел фінансування охорони здоров'я в 2017 році прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [10], яким регламентовано застосування нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я. Цим Законом визначено державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських

засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій.

Новий механізм фінансування буде впроваджено поступово, на первинному рівні — з 2018 року, на інших рівнях — до 2020 року. Кошти для впровадження нового механізму фінансування закладів охорону здоров'я передбачено Законом «Про Державний бюджет України на 2018 рік» (таблиця 1.1). Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я у 2018 році заплановані в обсязі 86 млрд. грн., що становить 9,1% від державного бюджету та 2,6% від ВВП.

Державний бюджет України 2018 р. орієнтований на проведення реформ. Заклади охорони здоров'я первинної ланки у 2018 р. переходять на новий принцип оплати — за кожного реального пацієнта держава компенсуватиме справедливий тариф. Щоб забезпечити ці тарифи, видатки Державного бюджету на первинну ланку зростуть у 2018 році на 36,9 % та становитимуть 13,28 млрд. грн. Фінансування вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги зросте на 10,8% та становитиме 53,9 млрд грн.

На придбання ліків та вакцин через міжнародні організації передбачено 5,95 млрд. грн. Фінансування програми лікування громадян за кордоном заплановано в обсязі 389,9 млн. грн. [11].

В умовах реформування в Україні системи фінансування охорони здоров'я створюються передумови застосування більш високих вимог до прийняття фінансових рішень, які розкривають для закладів охорони здоров'я в статусі казенних та комунальних неприбуткових підприємств нові можливості формування та використання фінансових ресурсів.

Розвиток підходів до управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я тісно пов'язаний з трансформаційними процесами, що відбуваються під впливом світових тенденцій.

В науковій літературі дієві механізми управління фінансовими ресурсами розкрито у розрізі двох підходів: статичного та динамічного.

Статичний підхід передбачає врахування обсягів фінансових ресурсів, які оцінюються на конкретну дату та відображаються у активів чи власного капіталу і зобов'язань.

Динамічний підхід передбачає управління рухом фінансових ресурсів, оскільки він є першочерговим джерелом їх ефективного формування та використання.

Останніми роками науковцями та практиками доведено, що в умовах глобальних економічних перетворень основою успішного функціонування суб'єктів господарювання є фінансовий потік. Це обумовлено рядом причин.

По-перше, виокремлення об'єктом фінансового менеджменту фінансових ресурсів зужує коло його можливостей, оскільки визначені завдання не зводяться лише до їх формування та використання.

По-друге, процеси формування та використання фінансових ресурсів відображають тільки дві функції фінансового менеджменту як спеціальної сфери управління — управління активами та управління капіталом, та враховують методи управління інвестиціями, фінансовими ризиками та антикризове фінансове управління.

По-третє, обсяги та рух фінансових ресурсів є елементами управління фінансовими потоками в їх динамічному та статичному станах. Конструктивний аналіз поглядів науковців щодо сутності фінансових ресурсів [1] свідчить, що найбільш сучасним до обґрунтування їх сутності є підхід, який базується на взаємозв'язку між фінансовими ресурсами та джерелами формування, а також максимально враховує особливості управління їх динамічним станом (фінансовими потоками).

За результатами проведеного аналізу доцільно виокремити ряд сучасних характерних рис фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я:

— фінансові ресурси для забезпечення ефективності функціонування закладу охорони здоров'я повинні постійно відновлюватися та підтримуватися на достатньому рівні;

— формуються в результаті законодавчо визначених пропорцій між державними та недержавними джерелами фінансування;

— на стадії перерозподілу ВВП матеріалізуються у суспільне благо охорони здоров'я;

— обсяги їх надходжень до закладу охорони здоров'я визначаються повною залежністю від кількості пацієнтів;

— формуються у процесі надання медичних послуг різного спектру і складності, що ускладнює їх вимірювання та прогнозування;

— фінансові ресурси можуть трансформуватися у різні види економічних ресурсів, призначених для акумулювання його економічних вигод та приймають участь у забезпеченні діяльності закладу охорони здоров'я в прямій формі фінансування, не утворюючи грошових фондів;

— фінансові ресурси піддаються впливу ризиків, оскільки їх формування та використання пов'язане з усіма видами ризиків, що асоціюються з активами;

— оптимальні обсяги фінансових ресурсів в закладах охорони здоров'я можуть забезпечуватися шляхом ефективного управління їх статичним і динамічним станами;

— рух фінансових ресурсів зумовлює зміну обсягів активів, власного капіталу та зобов'язань у просторі і часі, що визначає зміст фінансових потоків;

— формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я здійснюється під впливом фінансових відносин, які характерні для конкретного етапу розвитку економіки.

У закладах охорони здоров'я фінансові ресурси відображають сукупність коштів, які акумулюються за рахунок визначених діючим законодавством джерел фінансування, в активах для забезпечення поточних і майбутніх економічних вигод, змінюються у просторі і часі під впливом фінансових відносин, що виникають у процесі надання медичних послуг населенню.

Представлене трактування відображає роль фінансових ресурсів в умовах інтегрування різних напрямів діяльності закладів охорони здоров'я, формує наукове бачення про необхідність узгодженого управління їх статичним і

динамічним станами. Тому раціональне формування та використання фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я вимагає формулювання відповідної термінології, яка складе основу для забезпечення ефективного управління їх рухом — фінансовими потоками.

Тому можна зробити висновок, що розробка дієвого інструментарію управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я вимагає обґрунтування організаційних структур їх функціонування та руху між складовими фінансових потоків (таблиця 1.2).

Таблиця 1.2 – Класифікація фінансових ресурсів та фінансових потоків у закладах охорони здоров'я

Ознака класифікації	Види фінансових ресурсів	Вид фінансового потоку
За способом формування	– державні; – приватні	– державні; – приватні
За джерелами формування	– кошти державного бюджету – кошти місцевого бюджету – кошти власних надходжень	– загальнодержавні; – муніципальні; – приватні
За методами надходження	– сформовані з використанням фіскальних методів – сформовані в результаті надання медичних послуг – сформовані на благодійних засадах – сформовані в межах грантових програм	– регламентовані; – системо утворюючі; – благодійні; – грантові
За характером формування	– кошти, отримані за надані медичні послуги, що передбачені програмою медичних гарантій; – кошти, отримані за надані медичні послуги, що не передбачені програмою медичних гарантій; – кошти, отримані за державними програмами охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій; – кошти, отримані за державними програмами громадського здоров'я; – кошти, отримані за місцевими програмами громадського здоров'я; – кошти, отримані за державними програмами розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я; – кошти, отримані за місцевими програмами розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я; – кошти, отримані за медичні послуги, що надані певних категоріям осіб, які фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів	– гарантовані; – загальнодержавного призначення; – для забезпечення громадського здоров'я; – розвитку; – інші
За напрямками використання	– вкладені в необоротні активи; – вкладені в оборотні активи	– капітальні; – поточні
За формами фінансового забезпечення	– бюджетні кошти; – кошти страхових фондів; – кошти від надання платних послуг; – кошти міжнародних донорських організацій	– бюджетні; – страхові; – комерційні; – донорські

Формування фінансових ресурсів в закладах охорони здоров'я відбувається за результатами надходження різних видів коштів, які в результаті цільового використання, визначають існування вхідних та вихідних фінансових потоків.

Фінансові потоки, що циркулюють у закладах охорони здоров'я при здійсненні діяльності трансформуються у зворотному напрямку до потоку медичних послуг. Фінансовий потік є головним чинником, що дає змогу інтегрувати всіх учасників фінансових відносин для забезпечення досягнення поставлених завдань та цілей розвитку.

Гармонізація фінансових потоків та потоків послуг виступає головним резервом підвищення ефективності функціонування закладів охорони здоров'я.

Потік — це економічний процес, який відбувається безперервно в часі та вимірюється в одиницях за деякий період часу [13]. Рух фінансових ресурсів через процеси формування та використання зумовлює виникнення вартісних потоків між елементами системи. Істотною їх ознакою є існування в часі та просторі.

Таким чином, потік фінансових ресурсів проявляється не у статиці, а в динаміці. Статичність потоку фінансових ресурсів означає тимчасове призупинення їх руху і виступає одним з етапів його загальної динаміки. Між статичними величинами запасів та динамічними характеристиками потоків існує тісний взаємозв'язок, оскільки потік характеризує процес зміни запасу, а запас відбиває результат зміни і нагромадження потоку.

Харрис Л. зазначав, що «...існує фундаментальна відмінність між двома класами змінних: запасами та потоками. Ділення на запаси і потоки зв'язано із вимірюванням змінних у часі» [14]. Формування ринкової моделі управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я потребує нових підходів та методологічного їх обґрунтування.

Враховуючи результати контент-аналізу поняття «фінансовий потік» фінансовий потік закладу охорони здоров'я доцільно визначати як спрямований рух фінансових ресурсів, пов'язаний з формуванням у певному часовому періоді потоку медичних послуг. Представлене трактування дозволяє сформулювати ряд

характерних рис фінансових потоків закладів охорони здоров'я, які відповідають сучасним умовам. А саме:

- фінансовий потік характерний для закладів охорони здоров'я, які в сучасних умовах функціонують у статусі неприбуткового підприємства або комерційного підприємства;
- фінансовий потік у медичних закладах охорони здоров'я відображає рух грошових коштів;
- фінансовий потік виникає разом з потоком послуг у часі та просторі;
- фінансовий потік може виникати перед потоком послуг, одразу з ним або після нього за результатами надання послуг;
- виникнення фінансового потоку не завжди забезпечує ефективність управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я (чистий фінансовий потік може мати від'ємне та додатне значення);
- фінансовий потік створює умови для забезпечення розвитку закладу охорони здоров'я.

Розкрита економічна сутність та виокремлені характерні риси фінансових потоків у подальшому дають можливість обґрунтувати концептуальні положення управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я.

В сучасних умовах фінансові потоки виконують ініціативну роль у функціонуванні закладів охорони здоров'я та виконання ними встановлених функцій. Вони не тільки ініціюють потоки медичних послуг, алей обслуговують і сприяють їх оптимізації. Доцільно констатувати, що в основі створення, функціонування і розвитку закладів охорони здоров'я знаходиться ідея упорядкованості фінансових потоків, які відображають поточні та майбутні доходи і витрати.

Разом з цим, для кожного закладу охорони здоров'я фінансові потоки необхідно представляти з достатнім ступенем деталізації та у тісній узгодженості з потоками медичних послуг. Причому, чим більш розгалужені потоки медичних послуг, тим більш складними будуть відповідні їм фінансові потоки, і тим більш трудомістким буде процес управління фінансовими ресурсами.

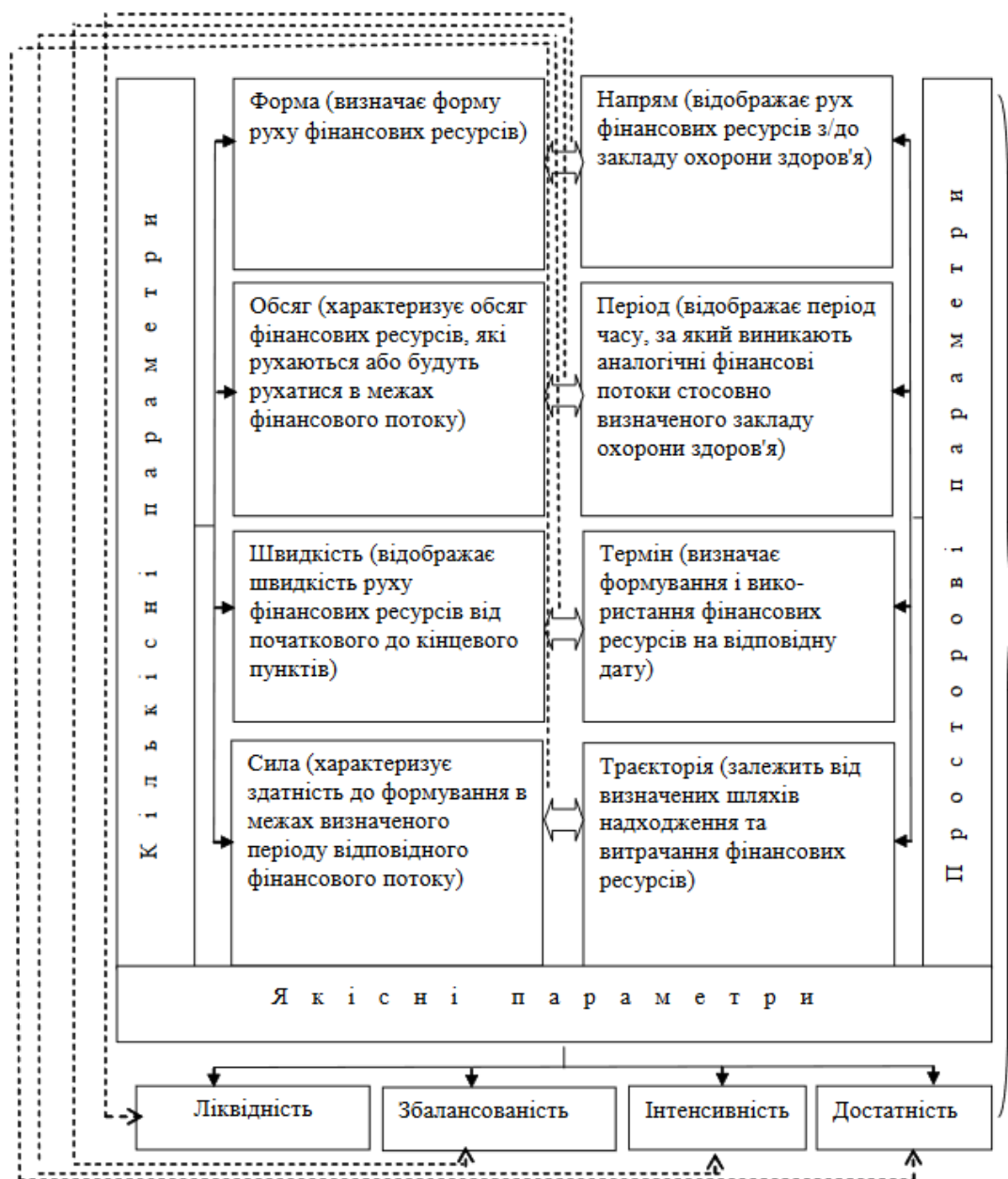


Рисунок 1.1 – Параметри фінансового потоку закладу охорони здоров'я

В результаті ефективність управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я залежить від уявлення про види, склад фінансових потоків в розрізі різних видів медичних послуг, особливостей фінансування згідно з державними та місцевими програмами, можливостей їх оперативного фінансового планування.

Сучасний стан закладів охорони здоров'я України, їх обмеженість у фінансових ресурсах, вимагає на стадіях планування, організації і контролю надання медичних послуг першочергового врахування параметрів фінансових

потоків, а на їх основі — визначення можливих обсягів наданих послуг. Параметри фінансового потоку характеризують фінансовий потік у відповідний момент часу з різних сторін.

Сучасними науковцями параметрам фінансових потоків приділяється достатньо уваги. Їх називають властивостями, характерними рисами, параметрами, характеристиками, параметричними характеристиками. Разом з цим, дослідниками представляється різний склад параметрів, не визначаються взаємозв'язки, що існують між ними, а отже, не враховується повною мірою їх частковий і сукупний вплив на управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я.

Узагальнюючи результати проведеного аналізу, для закладів охорони здоров'я доцільно виділяти певні параметри фінансових потоків. Такий підхід дозволяє зробити висновок про те, що в межах управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я доцільно параметри фінансових потоків поділяти на кількісні, просторові та якісні (рисунок 1.1).

1.3 Управління матеріальними ресурсами лікувального закладу

Інтенсивне використання принципів управління матеріальними ресурсами в економіці розпочалося приблизно до початку 1960-х років виробники і споживачі продукції не приділяли уваги створенню спеціальних систем, що давали б змогу оптимізувати процеси управління матеріальними ресурсами.

Економічні перетворення, що здійснюються в Україні, нерозривно пов'язані з пошуком принципово нових методів організації та управління медичною сферою. Це потребує адекватних змін у структурі планування матеріально-технічного забезпечення виробництва медичних послуг і, відповідно, зумовлює необхідність удосконалення системи облікової інформації, потрібної для прийняття управлінських рішень. Ефективність господарської діяльності медичних закладів

значною мірою залежить від оцінки та раціонального використання виробничих запасів.

Інтенсивне використання принципів управління матеріальними ресурсами в економіці розпочалося порівняно недавно. Приблизно до початку 1960-х років виробники і споживачі продукції не надавали великого значення створенню спеціальних систем, що дозволяють оптимізувати процеси управління матеріальними ресурсами [9].

Необхідність проведення досліджень у сфері просування матеріалопотоку по каналах розподілу, скорочення витрат на утримання складського господарства, транспортування сировини та матеріалів, реалізації готової продукції виникла в результаті значного зростання витрат на утримання запасів і транспортування продукції/послуг [10].

У зв'язку з цим в економіці сформувалася нова наука щодо управління матеріальними ресурсами на виробництві – логістика.

Результати проведених у Великобританії досліджень свідчать, що у вартості продукту, який потрапляє до кінцевого споживача, понад 70% становлять витрати, пов'язані зі зберіганням сировини і матеріалів, транспортуванням, пакуванням тощо. Поступово прийшло усвідомлення того, що в цій сфері існує суттєвий нереалізований потенціал зниження витрат і покращання якості постачань, а отже, й підвищення конкурентоспроможності підприємств. Так, у США у 1990-ті роки витрати на логістику оцінювались у розмірі 15-23% валового національного доходу [12].

Логістика – це мистецтво управління матеріалопотоком і потоком продукції від джерела до споживача.

Згідно зі словником, логістика – це наука про планування, контроль і управління транспортуванням, складуванням, іншими матеріальними та нематеріальними операціями, які здійснюються у процесі доведення сировини і матеріалів до виробничого підприємства, внутрішньої переробки сировини, матеріалів і напівфабрикатів, доведення готової продукції/послуг до споживача

відповідно до інтересів і вимог останнього, а також передання, зберігання і обробки відповідної інформації [16].

Найбільш важливою і значною частиною активів підприємства/закладу є запаси – вони займають особливе місце у складі майна та домінуючі позиції у структурі витрат медичних підприємств/закладів, при визначенні результатів їх господарської діяльності та при висвітленні інформації про його фінансовий стан. У собівартості продукції/послуг частка витрат сировини і матеріалів становить близько 50%.

Відомо, що метою управління матеріальними ресурсами є формування у фахівців теоретичних знань і практичних навичок щодо управління матеріальним потоком у закладі охорони здоров'я, насамперед: організації та управління забезпеченням ресурсами виробництва та їх розподілом, розміщення та управління запасами, транспортування і реалізації готової продукції/послуги від виробника до споживача.

В Україні логістичні системи почали знаходити застосування у практичній діяльності різних підприємств. Вони розглядаються як ефективний мотивований підхід щодо управління матеріалопотоком з метою зниження витрат виробництва.

В охороні здоров'я методи логістики ще не набули належного впровадження. Наприклад, Законом України від 5 липня 2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу», який набув чинності з 1 січня 2013 р., передбачається створення єдиної системи екстреної медичної допомоги в Україні.

У рамках цієї системи шляхом реорганізації та об'єднання всіх існуючих підрозділів служб швидкої медичної допомоги, медицини катастроф і санітарної авіації створюється єдина потужна оперативно-диспетчерська служба. Вся інформація з території надходитиме в один центр, а не в декілька, як раніше. Єдина диспетчерська служба буде оснащена сучасною технікою, яка контролюватиме пересування бригад, їхнє місцеперебування для оперативного забезпечення і чіткого контролю вчасного приїзду бригади швидкої допомоги. Реформування системи екстреної медичної допомоги не передбачає скорочення виїзного персоналу та кількості виїзних бригад, відбудеться лише оптимізація

управлінського і допоміжного персоналу – за рахунок централізації частини функцій в єдиній обласній структурі. Кошти на утримання дублюючих структур будуть спрямовані на посилення оснащення виїзних бригад, підвищення якості підготовки персоналу.

Запропонована модель вже працює у пілотних регіонах відповідно до наказу МОЗ України від 22 червня 2011 р. № 370 «Про заходи щодо впровадження Єдиної системи екстреної медичної допомоги на території Вінницької, Донецької, Дніпропетровської областей та міста Києва», що передбачає системні організаційні зміни у регіональних системах охорони здоров'я і потребує удосконалення методів організації та управління матеріальними ресурсами у цій сфері діяльності на основі логістики.

Логістична система стає основою економічної стратегії закладів і підприємств, використовується як знаряддя в конкурентній боротьбі й розглядається як управлінська логіка для реалізації планування, розміщення та контролю за фінансовими і трудовими ресурсами.

Виділяють такі переваги логістичної системи:

- 1) необхідний асортимент запасів у потрібному місці і в потрібний час;
- 2) координація внутрішнього і зовнішнього транспорту, що гарантує своєчасне постачання;
- 3) раціональне розміщення складського господарства й ефективне використання пакувальних матеріалів;
- 4) синхронізація запасів і транспорту;
- 5) висока якість обслуговування споживача.

Процес управління матеріальними ресурсами необхідно розглядати у двох аспектах: організаційному і технологічному.

Організаційний – організація управління просуванням матеріального потоку і забезпечення збуту вже готової продукції/послуги.

Технологічний напрямок – вдосконалення технологій транспортних перевезень, складського господарства, інформаційного забезпечення, планування

та контролю, а також оптимізація витрат на ефективне функціонування кожного з цих підрозділів.

Розподіл – вид діяльності, який включає реалізацію, транспортування продукції, рекламу і надання послуг покупцям.

Фізичне забезпечення – частина логістичної системи, яка здійснює просування сировини і матеріалів від постачальника або джерела сировини до установи.

Фізичний розподіл – охоплює ту частину логістики, яка пов'язана з реалізацією готової продукції/послуги, а саме доставкою її від продавця до покупця.

У логістичних рішеннях беруть участь:

- постачальники;
- виробники продукції/послуги;
- транспортні агенти;
- урядові організації;
- споживачі;
- комерційні оптові посередники.

Виділяють такі логістичні принципи управління матеріальними ресурсами:

1) системний підхід: усі ланки системи управління мають працювати як єдиний злагоджений механізм;

2) врахування витрат протягом усього логістичного ланцюга;

3) гуманізація технологічних процесів, створення сучасних умов праці;

4) здатність логістичної системи адаптуватися до умов невизначеності навколишнього середовища, тобто її гнучкість;

5) процес управління поєднує управління матеріальним потоком і потоком інформації, що з ним пов'язаний;

6) логістична система пов'язана з управлінням матеріалами та управлінням розподілу.

Виділяють шість правил системи управління матеріальними ресурсами:

1) вантаж – потрібна продукція (товар/послуга);

- 2) якість – необхідна якість;
- 3) кількість – у необхідній кількості;
- 4) час – має бути поставлений у потрібний час;
- 5) місце – у потрібному місці;
- 6) витрати – з мінімальними витратами.

Логістична функція – це сукупна група логістичних операцій, спрямованих на реалізацію цілей логістичної системи.

Функції логістичної системи:

- 1) Формування господарських зв'язків, пов'язаних із постачанням продукції (товарів) або наданням послуг, їх розвиток, раціоналізація.
- 2) Визначення обсягів і напрямків матеріальних потоків.
- 3) Прогнозні оцінки потреби у перевезеннях.
- 4) Визначення послідовності просування товарів/послуг через місця складування та оптимізація коефіцієнта плинності при організації товаропросування.
- 5) Розвиток, розміщення та організація складського господарства.
- 6) Управління запасами у сфері їх обігу.
- 7) Здійснення перевезень у пункти призначення (транспортні підприємства).
- 8) Управління складськими операціями.

Комплекс логістичних функцій підпорядкований єдиній меті. Критерієм ефективності реалізації цих функцій є ступінь досягнення кінцевої мети діяльності управління матеріальними ресурсами, що відображено у правилах логістики.

Функціональні сфери системи управління матеріальними ресурсами: запаси; транспортування продукції; кадри, що обслуговують виробництво; складування і складська обробка; інформація.

Фактори, що впливають на розміри матеріалопотоку:

- нецінові детермінанти ринкового попиту: смаки і переваги споживачів; кількість споживачів на ринку; грошові доходи споживачів тощо;
- нецінові детермінанти пропозиції: технологія виробництва; ціна на взаємозамінюючі ресурси; податки і дотації; чисельність продавців на ринку тощо.

Економічна реформа, розвиток в Україні ринкових відносин у медицині зумовили перебудову матеріально-технічного забезпечення закладів та підприємств охорони здоров'я засобами виробництва послуг і предметами виробничо-технічного призначення.

Розвиток і використання прогресивних форм матеріально-технічного забезпечення, самостійність закладів та підприємств у визначенні потреби в засобах виробництва, встановлення зв'язків із постачальниками, децентралізація планування, впровадження елементів маркетингу в систему обігу засобів виробництва викликають зміни в організаційній структурі управління матеріальними ресурсами у сфері охорони здоров'я [18].

В управлінні матеріальними ресурсами беруть участь:

- постачальники продукції/послуг.
- транспортні компанії.
- дистриб'ютори.
- споживачі.

Потреба в системі управління матеріальними ресурсами виникає як у приватному, так і у державному секторах охорони здоров'я.

У приватному секторі споживач формує попит на продукцію/послугу виробника. Виробник є постачальником продукції/послуги. Він домовляється із транспортним агентством про перевезення вантажів (продукції, товарів) з підприємства на ринок. Уряд регулює процес постачання матеріалів і сировини за допомогою правової бази, забезпечує значну частину транспортної інфраструктури, керує послугами.

Управління матеріальними ресурсами в конкретному закладі чи підприємстві може здійснюватися як централізовано, так і, навпаки, децентралізовано. Управлінська відповідальність може бути розподілена між різними організаційними підрозділами чи сконцентрована в одного керуючого розподілом.

Підрозділ «управління матеріалами» або «управління логістикою» несе відповідальність за забезпечення ресурсами процесу виробництва у потрібний момент і в певній кількості. Керуючий матеріалами (або логістикою) відповідає за

такі проблеми: транспорт і перевезення; контроль запасів та виробничих планів; управління продажем і замовленнями; обслуговування споживачів та складські операції на регіональних складах; управління складським господарством; дослідження у сфері управління матеріалами та вдосконалення логістичної системи в цілому; контроль за процесом постачання і відповідний йому інформаційний потік і систему зв'язку.

Комерційна служба на підприємстві чи закладі щодо забезпечення матеріальними ресурсами тісно пов'язана з іншими функціональними підрозділами: маркетингом, виробництвом, бухгалтерією і фінансами. Найбільш значний вплив на систему забезпечення матеріалами здійснює стратегія і тактика маркетингу. Тактика маркетингу впливає на затратні показники логістики (поглиблення асортименту виготовленої продукції/послуги, запровадження сервісного обслуговування споживачів та маркетингової тактики продажу тощо).

Функції підрозділу управління матеріалами (чи управління логістикою) на підприємстві:

- 1) Розвиток і формування логістичної системи.
- 2) Розробка тактики логістичної системи відповідно до ринкової стратегії підприємства.
- 3) Адміністрування та координація взаємопов'язаних функцій.

Управління запасами – це певний вид виробничої діяльності, об'єктом якої є створення і зберігання запасів.

На практиці розроблено багато методів, прийомів і стратегій управління запасами. Вибір їх залежить від особливостей виробництва, складу використовуваних показників для цілей управління, характеру взаємодії з постачальниками матеріальних ресурсів, організації збуту готової продукції, наявності кваліфікованих спеціалістів у галузі управління, їх технічного оснащення тощо.

Варто звернути увагу на переваги та недоліки основних систем управління запасами, наведені в таблиці 1.3.

Основна відмінність між цими моделями полягає в наступному. У моделі з фіксованим обсягом виробляється чергове замовлення на постачання, коли запас матеріалу знижується до визначеного рівня. Це може відбутися в будь-який момент, залежно від швидкості споживання матеріалу. Що ж стосується моделі з фіксованим періодом, то в ній здійснюється розміщення чергового замовлення через заздалегідь визначений (контрольний) період часу.

Таблиця 1.3 – Порівняльна характеристика основних моделей управління запасами

Модель	Переваги	Недоліки
З фіксованим обсягом замовлення	Менший рівень максимально бажаного замовлення. Економія витрат на утримання запасів на складі за рахунок скорочення площ під запаси	Постійний контроль за наявністю запасів на складі
З фіксованим часовим інтервалом між замовленнями	Відсутність постійного контролю за наявністю запасів на складі	Високий рівень максимально бажаного замовлення. Підвищення витрат на утримання запасів на складі за рахунок збільшення площ під запаси

Необхідно зазначити, що різниця між залежною і незалежною потребою, або попитом (*independent/dependent demand*), полягає в наступному. Коли ми говоримо про незалежну потребу, йдеться про потребу в різних виробках, що не залежать один від іншого. Управління запасами при залежному попиті використовується в багатьох галузях і на багатьох підприємствах чи закладах, що працюють за замовленнями (це означає, що різна продукція/послуги виготовляються партіями на одному виробничому устаткуванні). У процесі управління запасами при залежному попиті використовується система MRP (система планування матеріальних потреб).

Зрозуміло, що перехід до ринкової системи економіки потребує наукового нормування матеріальних ресурсів в охороні здоров'я. Об'єктивною розрахунковою базою як планів соціально-економічного розвитку, так і планів галузі та закладів є науково обґрунтовані нормативи і розраховані на їхній основі

норми витрат матеріальних ресурсів. Наводимо декілька дефініцій, пов'язаних із нормуванням [23].

Норма – керівний початок, правило, зразок.

Норма – величина, перемінна в часі. Її зміна зумовлена змінами в розвитку тієї галузі людської діяльності, для якої вона встановлена.

Нормування – це процес установа норми.

Нормування витрати матеріальних ресурсів – це регламентація використання предметів праці.

Цей процес припускає глибоке знання економічної сутності, ролі та значення різних видів норм і нормативів у плануванні виробництва і його матеріально-технічного забезпечення.

Нормування використання матеріальних ресурсів припускає:

– розробку норм їх споживання у виробництві при випуску продукції/послуги;

– коригування діючих норм;

– затвердження і доведення норм до виробничих ділянок і персоналу.

Нормування витрати матеріальних ресурсів включає:

– вивчення впливу умов виробництва, що визначають витрату матеріальних ресурсів на одиницю продукції/послуги, що випускається, з метою оптимального вибору матеріалів, упровадження прогресивної технології, вибору найбільш раціональної організації виробництва;

– визначення витрати матеріальних ресурсів, необхідних для виконання певної роботи, виходячи зі сформованого організаційного і технічного рівня виробництва;

– забезпечення максимальної економії матеріальних ресурсів (при обов'язковому дотриманні необхідної якості продукції/послуги і робіт) за рахунок використання сучасного устаткування та інструмента.

Нормування матеріальних ресурсів є вкрай необхідним завданням для успішного функціонування медичного підприємства/закладу будь-якого рівня. Від

нормування залежать фінансові результати діяльності, оскільки через нього визначається необхідна кількість матеріальних ресурсів для виробництва тощо.

Визначення потреби закладу/підприємства у сировині та інших видах матеріальних ресурсів здійснюється за певними нормами їх витрати. Ці норми розробляються самими підприємствами/закладами або ж на їх замовлення галузевими науково-дослідними установами. Застосовувана система норм витрати матеріальних ресурсів охоплює значну кількість різноманітних норм; забезпечення зручності практичного користування ними досягається шляхом їх класифікації за певними ознаками (таблиця 1.4).

Таблиця 1.4 – Класифікація норм витрати матеріальних ресурсів

Класифікаційні ознаки	Види норм витрати
Призначення	Норми витрати за видами матеріальних ресурсів – сировини, матеріалів, пального тощо
Масштаб дії	Групові (на однакові види продукції/послуги) Індивідуальні
Період дії	Річні (для поточного планування) Перспективні
Ступінь деталізації об'єктів нормування	На послугу (процес) На медичне втручання в цілому
Ступінь деталізації нормованих ресурсів	Специфіковані (на вид ресурсів із конкретними їх параметрами) Зведені (на вид ресурсів за звуженою номенклатурою)

Нормування витрати окремих видів матеріальних ресурсів передбачає дотримання певних його наукових принципів.

Найважливішими з цих принципів мають бути: прогресивність, технологічна й економічна обґрунтованість, динамічність і забезпечення зниження норм.

Норма витрати того чи іншого виду матеріальних ресурсів становить гранично допустиму величину витрати на виготовлення продукції/послуги в умовах конкретного виробництва з урахуванням необхідності застосування найпрогресивнішої технології та сировини (матеріалів) найвищого гатунку. Вона має власну структуру, тобто співвідношення окремих елементів, які у своїй

сукупності утворюють загальну величину витрати певного виду матеріальних ресурсів на одиницю виготовленої продукції. Для більшості матеріалів структура норми витрати може бути розрахована за формулою 1.1:

$$N_B = R_x + Q + q \quad (1.1)$$

де, R_x – корисна або чиста витрата матеріалу;

Q – технологічні відходи і втрати;

q – інші організаційно-технічні відходи і втрати, що виникають у процесі транспортування, зберігання тощо.

Якість норми витрати тим вища, чим менші в її складі неминучі технологічні та інші відходи і втрати сировини (матеріалів).

У практиці господарювання використовують три основні методи нормування витрати матеріальних ресурсів:

- аналітично-розрахунковий;
- дослідно-лабораторний;
- звітно-статистичний.

Найбільш прогресивним вважається аналітично-розрахунковий метод, що базується на глибокому аналізі й техніко-економічному обґрунтуванні усіх елементів норми з використанням найновіших досягнень техніки і технології виробництва.

Дослідно-лабораторний метод зводиться до визначення норм витрати шляхом проведення низки дослідів і досліджень. Його використовують в основному для нормування витрати допоміжних матеріалів та інструмента.

Суть звітно-статистичного методу нормування полягає у встановленні норм витрати виходячи зі звітних даних про фактичне витрачання ресурсів за минулі роки та очікуваного (можливого) деякого зниження норм у наступні роки. Його практичне застосування допустиме як виняток для орієнтовних розрахунків, а

також у процесі нормування витрати малоцінних і рідко використовуваних матеріалів.

Виробничі запаси створюються на підприємстві для забезпечення безперервного процесу виробництва і реалізації продукції. У складі виробничих запасів найбільшу питому вагу мають сировина, матеріали й покупні напівфабрикати.

Норматив оборотних коштів щодо цих запасів визначається за формулою 1.2:

$$H = O \cdot N \quad (1.2)$$

де, H – норматив оборотних коштів для сировини, матеріалів і покупних напівфабрикатів (тис. грн);

O – одноденні витрати сировини, матеріалів, напівфабрикатів (тис. грн);

N – норма оборотних коштів (днів).

Одноденне витрачання сировини, матеріалів і покупних напівфабрикатів визначається за кошторисом витрат на виробництво IV кварталу планового року без відрахування поворотних відходів. Розмір одноденних витрат за номенклатурою сировини, що споживається, матеріалів і покупних напівфабрикатів розраховується діленням суми їх витрат у IV кварталі планового року на 90.

Норма оборотних коштів стосовно сировини, матеріалів і покупних напівфабрикатів включає такі елементи:

- транспортний запас;
- час для прийняття, розвантаження, сортування, складування матеріалів;
- технологічний запас;
- поточний (складський) запас;
- гарантійний (страховий) запас.

Поставки від кількох постачальників можуть суттєво відрізнитися за обсягом і за величиною інтервалів між окремими партіями, що залежить від різних причин

– особливостей транспортування, періодичності випуску тих чи інших матеріальних цінностей постачальниками, умов конкретних договорів на постачання тощо. У такому разі середній інтервал між поставками розраховується як середньозважена величина. Для її визначення обсяг кожної поставки сировини й матеріалів множать на інтервал у днях до наступної поставки і суму.

Отже, норми є важливою умовою раціонального використання ресурсів, а також знаряддям ефективного впливу на економію матеріальних ресурсів.

Як зазначено вище, основним принципом наукового нормування матеріальних ресурсів є прогресивність норм, які виступають важливою умовою безупинного зниження суспільно необхідних витрат на виробництво продукції.

Базою для розробки прогресивних норм є:

- передова техніка;
- маловідходна технологія.

Прогресивні норми витрати матеріальних ресурсів впливають на вдосконалення матеріально-технічних умов виробництва. Це досягається заміною застарілої техніки, впровадженням нових технологічних процесів, удосконаленням організації виробництва і матеріально-технічного постачання.

Результат впровадження цих норм у виробництво медичних послуг має виражатися в конкретній економії матеріальних ресурсів, у прирості випуску продукції/послуги та зниженні її собівартості у такий спосіб:

1) Ефективне використання матеріальних ресурсів, зниження норм їхньої витрати забезпечує можливість додаткового випуску продукції/послуги. Тобто зменшення витрати сировини і матеріалів на одиницю продукції/послуги (чи на одиницю виконаної роботи) дозволяє при незмінній кількості засобів виробництва випустити більшу кількість кінцевої продукції/послуги (це особливо помітно в умовах серійного і масового виробництва).

2) Зменшення витрати основних і допоміжних матеріалів на одиницю продукції/послуги, що випускається, дозволяє так само знизити витрати електроенергії, інструмента і допоміжних матеріалів (використовуваних при обслуговуванні й експлуатації обладнання) на одиницю продукції/послуги, що

випускається. Тобто у сукупності загальне зниження витрат матеріальних ресурсів на одиницю продукції/послуги, що випускається (виконуваної роботи), впливає на величину собівартості продукції/послуги.

3) Через собівартість продукції/послуги зниження норм витрат матеріальних ресурсів позитивно впливає на показники виробничо-господарської діяльності підприємств/закладів (прибуток від реалізації продукції/послуги, рентабельність виробництва).

Таким чином, раціональне та економне витрачання окремих елементів оборотних фондів підприємств/закладів має неабияке економічне значення, оскільки зумовлюється постійним збільшенням абсолютного споживання сировини, матеріалів, енергії для виробництва продукції/послуг в медичній сфері, переважаючою часткою матеріальних витрат у її загальній вартості.

Економія матеріальних ресурсів, що характеризується зниженням абсолютної та питомої витрати окремих видів ресурсів, дає змогу з такої самої кількості сировини й матеріалів виготовляти більше продукції/послуг без додаткових затрат суспільної праці, підвищувати ефективність виробництва в цілому на кожному підприємстві/закладі. Тому актуальність цієї теми не викликає сумніву і потребує подальшого дослідження як з теоретичної, так і з практичної сторони.

Висновки до першого розділу

Сучасна соціально-економічна та демографічна ситуації в економіці України визначають необхідність постановки перед державою нових завдань, які можливо вирішити за умови розробки нових організаційно-методичних засад фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. Визначальним чинником забезпечення доступними та якісними медичними послугами населення є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Запровадження

нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає перехід до оплати діяльності постачальників медичної допомоги на основі конкретних результатів їх роботи, потребує принципової зміни характеру відносин між постачальником послуг та їх замовником — розпорядником бюджетних коштів.

Обов'язковою умовою запровадження орієнтованих на результат договорів стратегічної закупівлі медичних послуг, а разом з ними і орієнтованих на результат методів оплати діяльності постачальників є надання останнім достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для отримання права укладати контракти та гнучко і незалежно від інших сторін організувати свою власну діяльність з досягнення встановлених цими договорами результатів.

Особливого значення набуває проблематика формування інструментарію управління фінансовими ресурсами, які на основі інтегрування фінансів закладів з системою ринкових зв'язків, забезпечать узгодженість методів фінансового менеджменту та його відповідність сучасним реаліям.

Раціональне та економне витрачання окремих елементів оборотних фондів закладів має неабияке економічне значення, оскільки зумовлюється постійним збільшенням абсолютного споживання сировини, матеріалів, енергії для виробництва продукції/послуг в медичній сфері, переважаючою часткою матеріальних витрат у її загальній вартості.

Економія матеріальних ресурсів, що характеризується зниженням абсолютної та питомої витрати окремих видів ресурсів, дає змогу з такої самої кількості сировини й матеріалів виготовляти більше продукції/послуг без додаткових затрат суспільної праці, підвищувати ефективність виробництва в цілому на кожному підприємстві/закладі. Тому актуальність цієї теми не викликає сумніву і потребує подальшого дослідження як з теоретичної, так і з практичної сторони.

Таким чином, розкрито економічну сутність та виокремлені характерні риси фінансових ресурсів, які є базою для обґрунтування концептуальних положень управління ними в закладах охорони здоров'я. Разом з цим, у сучасних умовах для кожного закладу охорони здоров'я фінансові потоки необхідно представляти з

достатнім ступенем деталізації та у тісній узгодженості з потоками медичних послуг.

Параметри фінансового потоку характеризують фінансовий потік у відповідний момент часу з різних сторін. Вони служать індикаторами ефективності й стабільності функціонування закладу охорони здоров'я, відображають раціональність системи фінансування та оптимальність сформованої моделі управління фінансовими ресурсами.

Перспективи подальших досліджень мають бути спрямовані на обґрунтування раціональних способів забезпечення діяльності медичних закладів відповідними фінансовими ресурсами з урахуванням ключових перспектив розвитку; розкриття механізмів поточного та перспективного фінансового планування; розробка дієвих методик оцінки ефективності формування та використання фінансових ресурсів; формування процедур контролю у медичних закладах вхідних та вихідних фінансових потоків.

2 АНАЛІЗ ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «СТАРОКОСТЯНТИНІВСЬКИЙ ЦПМСД»

2.1 Загальна характеристика та основні напрями роботи підприємства

Комунальне некомерційне підприємство «Старокостянтинівський Центр ПМСД Старокостянтинівської районної ради Хмельницької області» є лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає первинну медичну допомогу в порядку та на умовах, встановлених законодавством України і власним Статутом, та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Старокостянтинівського району, вживає заходи з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги:

1) Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

2) Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.

3) Надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

4) Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної

(спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

5) Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.

6) Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань.

7) Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.

8) Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.

9) Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.

10) Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.

11) Призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.

12) Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.

13) Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я.

14) Взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

Основною метою створення КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території Старокостянтинівського району й уклало декларації з лікарями ЦПМСД, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

В зв'язку з реформування медичної сфери в Україні, 2018 рік для КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» був роком перетворення. Сесією районної ради заклад перетворений в комунальне некомерційне підприємство та зареєстрований в Єдиному державному реєстрі 27.08.2018р. Отримана ліцензія на впровадження господарської діяльності з медичної практики (Наказ МОЗ України від 08.11.2018 року № 2045).

Традиційно в Україні галузь охорони здоров'я орієнтується на лікування захворювань, а не на їх попередження. Більшість ресурсів спрямовані на лікування хвороби, і лише невелика їх частина передбачає збереження здоров'я.

Одним з основних завдань КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є переорієнтація від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і попередження захворювань.

Українці можуть вільно обирати сімейного лікаря і педіатра для своїх дітей та підписувати з ним прямі угоди з чітко прописаним обсягом послуг, гарантованих і оплачених державою. У випадку, якщо пацієнта не задовольняє сімейний лікар, він може його поміняти. Сімейні лікарі видають довідки в дитячий садок, школу. Прив'язка до місця проживання скасована.

Мета КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» — лікар кожній родині.

Сімейний лікар повинен стати агентом сім'ї в системі охорони здоров'я, направляти, слідкувати за здоров'ям та забезпечувати всю первинну діагностику.

Головним завданнями надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя.

Робота КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» ґрунтується на принципах:

- доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання;
- безпечності, що полягає у наданні послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;
- результативності, що проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та принципів доказової медицини;
- своєчасності;
- економічної ефективності, що досягається шляхом надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;
- недискримінації, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;
- орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

Цілі КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»:

- зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі;

- заключити якомога більше декларацій з пацієнтами.

Оціночними індикаторами є:

- кількість прикріпленого населення;
- кількість пролікованих хворих;
- кількість лікарських відвідувань;
- забезпечення повноти охоплення профілактичними щепленнями;
- кількість заключених декларацій.

Найбільший ризик для реалізації цілей та задач для досліджуваного КНП є те, що частина населення залишиться пасивна до вибору лікаря.

Принципи управління ризиками:

- заохочення пацієнтів підписувати декларації з лікарями;
- активна та вмотивована робота команди медзакладу.

Старокостянтинівський центр ПМСД надає первинну медико-санітарну допомогу населенню району в амбулаторіях та вдома, яке складає: 61610 чоловік: (у 2019р. населення складало 62296 чоловік). З них (рисунок 2.1):

- в сільській місцевості – 27303 особи (2019р. – 27873 чоловік);
- міських жителів – 34307 особа (2019р. – 34423 чоловік);
- дитячого населення – 11971 (2019р. – 12166 чоловік) (рисунок 2.2).

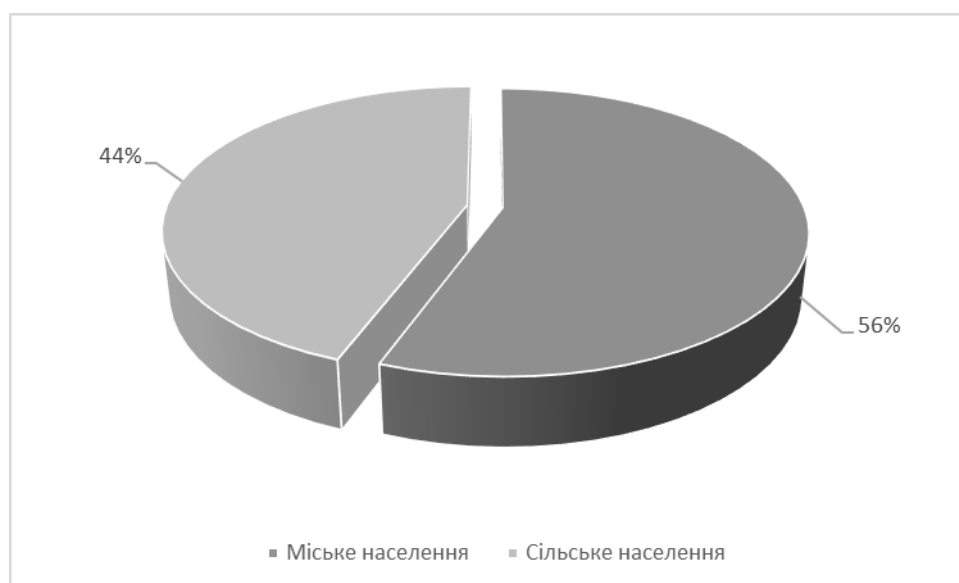


Рисунок 2.1 – Структура населення Старокостянтинівської ОТГ



Рисунок 2.2 – Структура дорослого та дитячого населення Старокостянтинівської ОТГ

Зменшення населення на 1186 чоловік (1,91%) відбулось за рахунок проживаючих в сільській місцевості на 570 осіб (2,05%); міське зменшилось на 116 особи (0,34%).

Обслуговується сімейними лікарями – 36899 (58,5%) (в порівнянні в 2019р. – 36708 – 57,4%):

- в т.ч. сільського населення 16121 (56,8%), (2019р. – 16405 – 56,8%);
- в т.ч. дітей – 6468 (52,3 %), (2019р. – 6439 – 51,0%).

Таким чином, населення (всі категорії), яке обслуговується сімейними лікарями на рівні минулого року (з незначним зростанням).

До складу Старокостянтинівського ОТГ входять наступні структурні підрозділи:

- амбулаторії ЗПСМ (всього 12 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини);
- фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП - 9), фельдшерські пункти (ФП - 17).

Кількість штатних посад Підприємства становить 274,25 одиниць, в т.ч. (рисунок 2.3):

- лікарі – 54,5 од.;
- фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою – 129,25 од.;
- молодший медичний персонал – 17,0 од.;
- інші – 59,5 од.

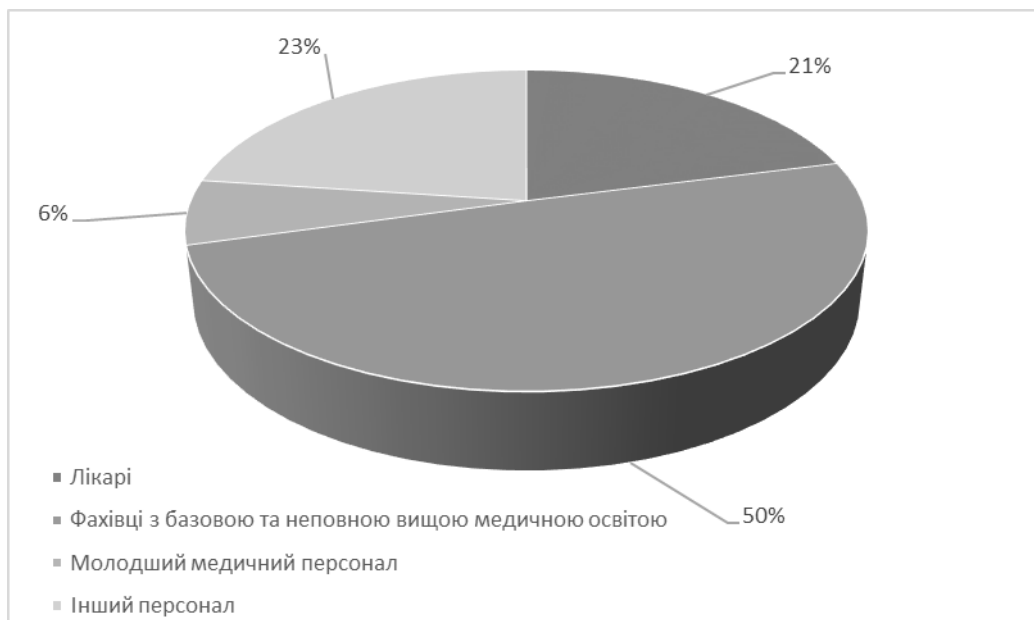


Рисунок 2.3 – Структура персоналу КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»

Як видно з рисунку 2.3 половину штатів займають фахівці з базовою або неповною вищою освітою. Лікарі займають 21 % від усіх штатів. На сьогодні у КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» існує проблема нестачі саме лікарів.

Кількість відвідувань пацієнтів Старокостянтинівським Центром ПМСД (рисунок 2.4):

- за 2018 рік – 173523 осіб;
- за 2019 рік – 146343 осіб.



Рисунок 2.4 – Відвідування пацієнтами КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2018-2019 рр.

Як видно з рисунку 2.4, у 2019 році відвідування пацієнтами досліджуваного КНП значно знизилось, відбулось це за рахунок епідеміологічної ситуації і відвідування центру ПМСД відбувалось лише за реальною потребою пацієнтів, а консультації лікарями здійснювались дистанційно, в телефонному режимі. Виходячи із цієї ситуації, керівництвом КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» було прийнято рішення закупити всім лікарям робочі мобільні телефони, які налагодили б комунікацію із пацієнтами в робочий час.

Таким чином, аналізуючи загальні показники роботи КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» варто відміти, що основними проблемами на сьогодні залишаються такі:

- знаходиться в орендованому приміщенні;
- орендовані приміщення, які потребують капітального ремонту;
- неоптимізований штатний розпис.
- відсутність єдиного стандарту в наданні медичних послуг.
- недостатня підготовка кадрів у використанні сучасних інформаційних технологій.
- наявний значний відсоток лікарів передпенсійного та пенсійного віку.

2.2 Аналіз фінансово-економічних показників підприємства

Охорона здоров'я визначається одним із пріоритетних напрямків державної політики та одним із основних факторів національної безпеки країни.

Перспективність розвитку суспільства визначається станом здоров'я людини та державними витратами на охорону здоров'я.

Здоров'я людини є непересічною цінністю, має важливе значення у житті кожного з нас, становить ключовий аспект національної безпеки, визначає можливості досягнення індивідуального і суспільного добробуту та благополуччя, перспективи стійкого розвитку будь-якої країни в цілому і кожної територіальної одиниці окремо.

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, підготовленими на основі кращого світового досвіду, лише розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини дасть змогу істотно вплинути на поліпшення демографічної ситуації, досягнути справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів.

У більшості держав світу на частку первинної медико-санітарної допомоги припадає до 80 відсотків загального обсягу медичних послуг, а питома вага чисельності лікарів загальної практики-сімейної медицини серед лікарів галузі охорони здоров'я становить 30-50 відсотків.

Первинна медико-санітарна допомога є на сьогодні частиною спеціалізованої амбулаторної допомоги, тому управління первинною допомогою без застосування економічних важелів практично неможливе.

Рівень фінансування комунального некомерційного підприємства «Старокостянтинівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» (далі – Підприємство) на цей час не дає можливості для належного функціонування.

Ця Програма розроблена на виконання, Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», Цивільного кодексу України, Господарського кодексу

України, Бюджетного кодексу України, Закону України від 07.07.2011 року №3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», Закону України від 06.04.2017 року №2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 року №148 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів та з метою подальшого розвитку сімейної медицини шляхом формування, збереження і зміцнення здоров'я людей в Старокостянтинівському ОТГ, раннього виявлення захворювань та їх ефективного лікування.

Існуючі проблеми охорони здоров'я є непростими для вирішення і мають багатоаспектний комплексний характер, що обумовлює необхідність оновлення політики охорони здоров'я, розробки і реалізації нових стратегій та програм.

КНП «Старокостянтинівський Центр ПМСД» створений для надання первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Основними шляхами розв'язання проблем є:

- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги;
- удосконалення надання невідкладної медичної допомоги населенню району;
- укріплення та оновлення матеріально-технічної бази амбулаторій загальної практики-сімейної медицини;
- поліпшення забезпечення кваліфікованими медичними кадрами;
- фінансування закупівлі сучасного медичного обладнання та матеріальній мотивації праці медичних працівників;
- забезпечення належного фінансування потреб первинної ланки.

Затвердження Програми дасть можливість залучити додаткові бюджетні кошти для вирішення проблемних питань первинної медико-санітарної допомоги району та забезпечить покращення медичного обслуговування як дорослого, так і дитячого населення на первинному рівні, збереження здоров'я населення району, попередження захворюваності, зниження смертності населення шляхом

формування та налагодження ефективного функціонування системи надання доступної й якісної медичної допомоги в тому числі в сільській місцевості, зокрема.

Виконання Програми здійснюється згідно з затвердженим планом фінансової підтримки з урахуванням змін до чинного законодавства.

Проаналізуємо основні фінансові показники КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» за 2019-2020 рр.

Таблиця 2.1 – Основні фінансові показники КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2019-2020 рр.

№ п/п	Показник	2019рік	2020рік	Абсолютне відхилення	Темп зростання, %
1	Кошти отримані від НСЗУ	30258,8	29853,1	-405,7	-1,3
2	Кошти місцевих бюджетів	1548,9	2266,9	718	46,4
3	Кошти на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв	1549,5	1305,6	-243,9	-15,7
4	Кошти отримані від оренди майна	16,8	11,4	-5,4	-32,1
5	Інші операційні доходи	370	930,4	560,4	151,5
6	Інші доходи	164,2	754,1	589,9	359,3
7	Усього доходів	33918,2	35121,5	1203,3	3,5
8	Витрати на оплату праці	18667,1	18749,5	82,4	0,4
9	Відрахування на соціальні заходи	4125,3	3911,4	-213,9	-5,2
10	Витрати на комунальні послуги та енергоносії	1549,5	1305,6	-243,9	-15,7
11	Витрати на утримання закладу	3710	5976,9	2266,9	61,1
12	Інші операційні витрати (розшифрувати)	1850	4319,4	2469,4	133,5
13	Усього витрати	29901,9	34262,8	4360,9	14,6
14	Валовий прибуток (збиток)	4016,3	858,7	-3157,6	-78,6

Відобразимо динаміку фінансових показників у вигляді діаграм, у яких протягом досліджуваного періоду відбулись значні зміни. Розмір коштів, отриманих від НСЗУ, витрати на оплату праці, відрахування на соціальні заходи змінились на 1,3 %; 0,4 %; 5,2 % відповідно.

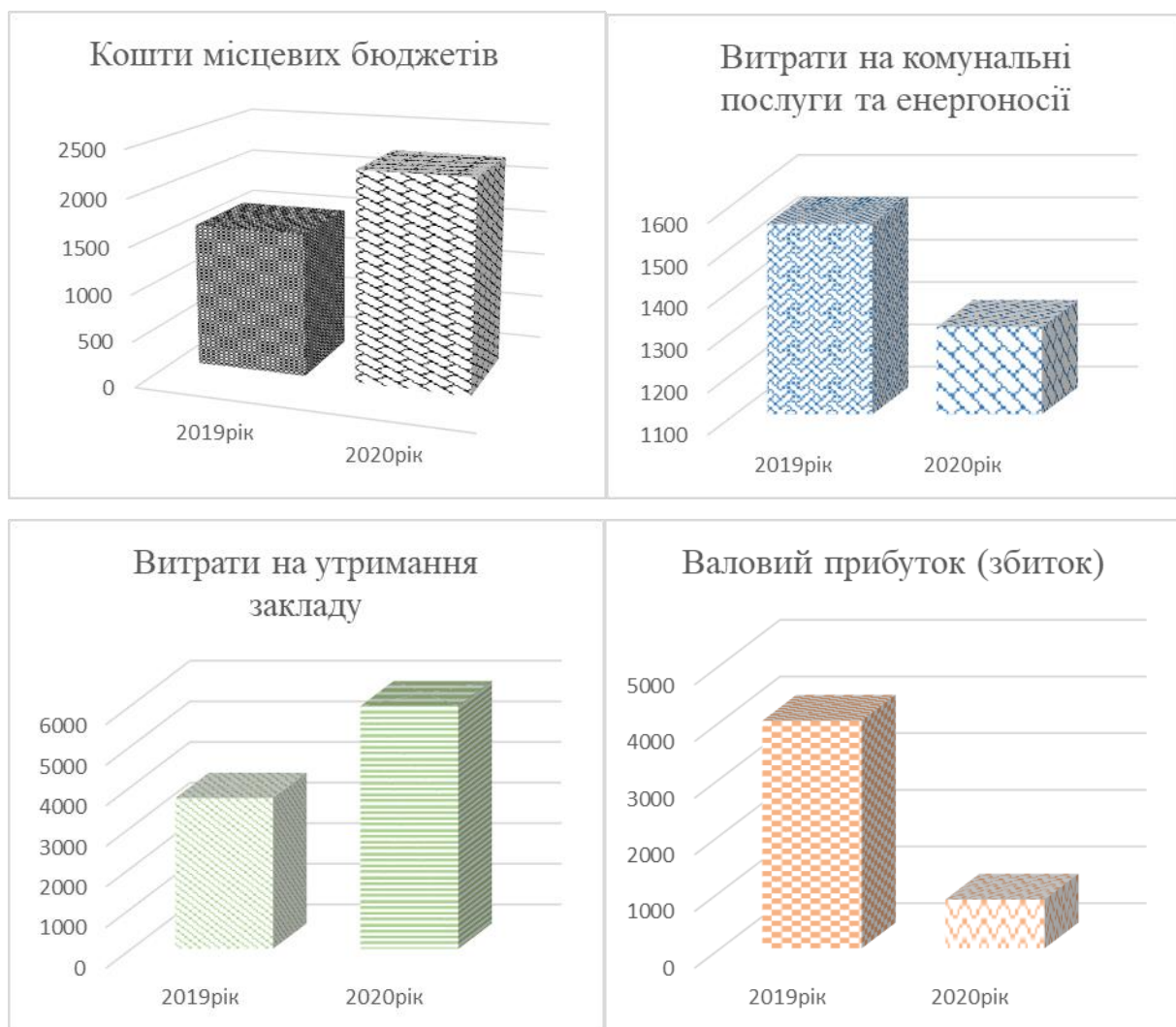


Рисунок 2.5-2.8 – Динаміка фінансових показників, 2018-2019 рр.

Розмір коштів від місцевих бюджетів значно збільшився в поточному році (на 46,4 %). Витрати на комунальні послуги та енергоносії зменшилися на 15,7 % у 2020 році у порівнянні з попереднім роком, а витрати на утримання закладу, навпаки, збільшилися на 61,1 %. Валовий прибуток зменшився на 78,6 %.

Стосовно забезпеченості кадрами, то КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» має недостатню кількість лікарів, оскільки за досліджуваний період відбулось зменшення кількості штатних лікарів. Пов'язано це з великим

перевантаженням лікарів, навантаження додалось внаслідок пандемії. Лікарі віддали перевагу приватній клініці, яку нещодавно відкрили в м.Старокостянтиніві, де навантаження на лікарів значно нижче, а зарплата залишається приблизно на такому самому рівні. Проаналізуємо детальніше трудові ресурси КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» за 2019-2020 рр.

На дослідженому підприємстві 54,5 штатних посад лікарів, з них зайнято 46,5 штатних посад, тобто 85,3%. Для порівняння ці показники у 2019 році були 44,75 та 82,1% відповідно. Щодо фізичних осіб, які займають штати, то у 2020 році їх кількість була рівна 31 (56,8%), а у 2019 році 35 осіб працює на підприємстві (64,22%) .

Кількість штатних посад лікарів на 10 тис. населення – 8,8, кількість фізичних осіб лікарів на 10 000 населення – 5,03, укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами – 56,8%.

Проаналізуємо сімейних лікарів КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД». Штатних посад сімейних лікарів на КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» - 27,5. З них зайнятих штатних посад - 22,5. А фактично 12 осіб займають посади сімейних лікарів на підприємстві. Для порівняння у 2019 році працювало 18 лікарів.

Кількість штатних посад сімейних лікарів на 10 тис. населення – 4,4, кількість фізичних осіб сімейних лікарів на 10 000 населення – 1,9 (2019р. – 2,9), укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами – 43,6% (2019 – 65,5%);

Щодо дільничних педіатрів, то також у 2020 році відбулось зменшення кількості педіатрів. На підприємстві 9,5 штатних посад дільничних педіатрів, а зайнятих штатних посад – 8,25 (у 2019р. – 8,75), фізичних осіб – 6 (у 2019р. – 7).

Кількість штатних посад дільничних педіатрів на 10 тис. населення – 1,5, кількість фізичних осіб дільничних педіатрів на 10 000 населення – 1,0 (2019р. – 1,1), укомплектованість штатних посад дільничних педіатрів фізичними особами – 63,1% (2018р. – 71,8%);

Розглянемо укомплектованість дільничних терапевтів. На підприємстві 11,0 штатних посад дільничних педіатрів. На підприємстві працює 8 осіб (у 2019р. – 7). Кількість штатних посад дільничних терапевтів на 10 тис. населення – 1,8 (у 2019р. – 1,7), кількість фізичних осіб дільничних терапевтів на 10 000 населення – 1,3 (у 2019р. – 1,1), укомплектованість штатних посад дільничних терапевтів фізичними особами – 72,7% (2019р. – 63,6%).

Також на підприємстві існує проблема з великою кількістю лікарів пенсійного віку. Це 16 чоловік загалом, що є 48,5% всіх лікарів. Як правило, люди старшого віку важко адаптуються під нові умови праці та використання сучасних інформаційних систем.

Проаналізуємо також середній медичний персонал. Від укомплектованості середнього медичного персоналу також залежить якість надання послуг клієнтам.

На КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» 127,25 штатних посад (у 2019 – 134,25), зайнятих штатних посад – 111,25 – 87,4% (2019р. – 122,0 – 90,9%), а фізичних осіб працює 112 – 88%. (2019 – 122 – 90,8%). Як бачимо з приведених розрахунків, за всіма категоріями відбулось зменшення кількості лікарів.

Оскільки КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», як і всі інші заклади охорони здоров'я стало самостійним підприємством, доцільно розглянути та проаналізувати платні послуги, які надає підприємство.

У таблиці 2.2 представлено затверджені тарифи на платні медичні послуги комунального некомерційного підприємства «Старокостянтинівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Старокостянтинівської районної ради Хмельницької області.

Як бачимо з таблиці 2.2 перелік платних послуг є невеликим і його доцільно збільшувати, оскільки саме додаткові платні медичні послуги будуть приносити додатковий дохід підприємству.

Вцілому, за останні два роки КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» швидко адаптувалося до нових умов функціонування закладів охорони здоров'я та має позитивні тенденції по багатьох напрямках роботи, про що свідчить аналіз фінансово-економічних показників роботи підприємства. Поряд з цим і існує ряд

проблемних місць, які будуть досліджені та проаналізовані далі в дипломній роботі.

Таблиця 2.2 - Тарифи на платні медичні послуги КНП

№ з/п	Найменування послуги	Од. вимірювання	Тариф, грн.
1	2	3	4
1	Стажування лікарів - інтернів, які закінчили недержавні вищі медичні заклади освіти, закінчили державні вищі медичні заклади освіти на умовах контракту, прийняті на роботу в недержавні заклади охорони здоров'я, повторно проходять інтернатуру, бажають отримати другу спеціальність в інтернатурі		
1.1	Стажування лікарів-інтернів		897,90
2	Проведення профілактичних щеплень особам, які виїжджають за кордон за викликом, для оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах, у туристичні подорожі тощо, за власним бажанням або на вимогу сторони, що запрошує		
2.1	Щеплення одне щеплення, 10 хвилин	Щеплення одне щеплення, 10 хвилин	19,85
3	Медичне обслуговування закладів відпочинку всіх типів, спортивних змагань, масових культурних та громадських заходів тощо		
3.1	Супровід масових заходів із застосуванням невідкладної допомоги (вартість ліків відшкодовується додатково згідно відомостей використаних ліків) одна година, відомість використаних ліків	одна година, відомість використаних ліків	127,64
4	Медична допомога хворим удома, зокрема із застосуванням телемедицини (діагностичне обстеження, процедури, маніпуляції, консультивання, догляд)		
4.1	Проведення внутрішньовенних краплинних введень лікарських засобів медичними працівниками Центру	одна процедура, 1 год. 15 хв	86,96
4.2	Проведення ін'єкцій (внутрішньовенних, внутрішньом'язових, підшкірних) медичними працівниками Центру	одна процедура, 15 хвилин	25,01

«Старокостянтинівський ЦПМСД»

2.3 Аналіз матеріальних ресурсів підприємства

SWOT-аналіз - це процес встановлення зв'язків між найхарактернішими для підприємства можливостями, загрозами, сильними сторонами (перевагами), слабкостями, результати якого в подальшому можуть бути використані для формулювання і вибору стратегій підприємства. Він проводиться з метою дослідження підприємства як господарюючої системи у певному ринковому середовищі.

SWOT-аналіз — це своєрідний інструмент; він не містить остаточної інформації для прийняття управлінських рішень, але дає змогу впорядкувати процес обмірковування всієї наявної інформації з використанням власних думок та оцінок. SWOT-аналіз дає змогу сформувавши загальний перелік стратегій підприємства з урахуванням їхніх особливостей — адаптації до середовища або формування впливу на нього.

Широке застосування та розвиток SWOT-аналізу пояснюються тим, що управління пов'язане з великими обсягами інформації, яку потрібно збирати, обробляти, аналізувати, використовувати, а відтак виникає потреба пошуку, розробки та застосування методів організації такої роботи.

Головною метою проведення SWOT-аналізу є отримання достовірних даних про можливості компанії і загрози просування її на ринку товарів і послуг. Тому, для досягнення цієї мети перед SWOT-аналізом ставляться наступні завдання: -

- виявлення можливостей, які відповідають ресурсам фірми;
- визначення загроз і розробка заходів щодо знешкодження їхнього впливу;
- виявлення сильних сторін фірми й зіставлення їх з ринковими можливостями;
- визначення слабкостей фірми та розроблення стратегічних напрямів їх подолання;
- виявлення конкурентних переваг фірми та формування її стратегічних пріоритетів.

Для здійснення SWOT-аналізу на підприємстві необхідне відповідне інформаційне забезпечення, яке повинно включати: базу даних; методи та моделі, необхідні для SWOT-аналізу; набір організаційних і методичних прийомів, необхідних для підвищення надійності інформаційного забезпечення.

Проведемо SWOT-аналіз для КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – SWOT-аналіз КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»

Сильні сторони підприємства	Слабкі сторони підприємства
<ul style="list-style-type: none"> – Впровадження МІС, мережу Інтернет; – Компактна і ефективна структура мережі ПМСД; – Наявність автотранспорту; – Достатнє комплектування комп'ютерною та офісною технікою; – Великий відсоток підписаних декларацій між лікарями та пацієнтами. 	<ul style="list-style-type: none"> – Знаходиться в орендованому приміщенні; – Орендовані приміщення, які потребують капітального ремонту; – Неоптимізований штатний розпис; – Відсутність єдиного стандарту в наданні медичних послуг; – Недостатня підготовка кадрів у використанні сучасних інформаційних технологій; – Наявний відсоток лікарів передпенсійного віку.
Зовнішні можливості	Зовнішні загрози
<ul style="list-style-type: none"> – Підтримка місцевої влади; – Підтримка НСЗУ; – Позитивне ставлення більшості населення до сімейних лікарів. 	<ul style="list-style-type: none"> – Частина населення залишиться пасивна до вибору лікаря; – Конкурентний ПМСД району, який функціонує більше 3 років; – Конкуренція з боку приватних медичних установ.

Основними проблемами на сьогодні у КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» залишається те, що підприємство знаходиться в орендованому приміщенні, які не можна оснащувати енергозберігаючими технологіями, а самі приміщення потребують капітального ремонту. Також проблемою є неоптимізований штатний розпис та відсутність єдиного стандарту в наданні медичних послуг. Недостатня підготовка кадрів у використанні сучасних інформаційних технологій та наявний відсоток лікарів передпенсійного віку

свідчить про те, що працівникам молодшого віку легше освоїти сучасні технології, які є вимогою медичної реформи. Також на підприємстві відсутній ІТ-фахівець, який допомагав би освоїти таким кадрам сучасну техніку.

Наступним етапом нашого дослідження є оцінка стану матеріальних ресурсів на підприємстві. Для цього ми проаналізуємо, яке матеріально-технічне забезпечення було придбано та на яку суму коштів впродовж 2016-2019 рр. Дані представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Оновлення матеріально-технічної бази КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД», 2016-2019 рр.

2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Глюкометр -13 Стіл пеленальний з м'яким покриттям -3 Опромінювач бактерицидн.-2 Інгалятор компресорний-10 Ваги напольні-1 Столик інструментальний - 2 Лоток нирко-подібний - 4 Пінцет - 4 Шпатель для язика - 10 Ростомір - 2 Штатив - 2 Сумка медичної сестри - 1 Медичний диспенсер - 10 Медичний дозатор піктьов.-2 Лампа бактерицидна -1 Медичний утилізатор - 2 Юлайзер маска для дитини - 8 Юлайзер маска для дорослих-6 Термометр для холодил.- 1 Лампа бакт. - 3 Вимірювач АТ ВК - 23 Термометр Ігар - 51 Індикатор повітр.стер.- 4	Лампа бактерицидна F-15 TV G13-2, Лампа TUV 30 ВО-бактерицидна люмінесцентна-10, Термометр клінічний «Medicare»- 150, Вимірювач артеріального тиску «Medicare»- 30, Жгут багаторазовий дорослий «Mid Comfort»-15, Апарат Глюко Dr. Auto-2, Вимірювач АТ - 30, Термометр клінічний -162, Джгут багаторазовий - 65,Інгалятор Парамед-1, Тонometr Dr. А-20, Тонometr Gamma-1, Тонometr механічний -1,	Холодильник для зберігання лікарських засобів-1, Лампа бактерицидна ДБ-30-1, Термометр клінічний «Medicare»-111, Вимірювач артеріального тиску «Medicare»-15, Системний блок б/в Lenovo Think Centre M58 7359 QWX-1, Ноутбук HP 250 G6 Black FreeDOS-1, Ноутбук Asus X542UF-2, Ноутбук Acer Extensa EX2540-30 LY-8шт., Ноутбук Acer ES1-533-1, Комп'ютер в комплекті Samsung 794MB SL (системний блок-Logic Power, мишка, клавіатура)-1, БФП Canon MF232W-3, БФП Epson xp-342-1, Принтер Panasonic KX MB 1500UC-1, Пульсоксиметр портативний-3, Отоофтальмоскоп -3, Електрокардіограф Біомед ВЕ300 -1, Ліхтарик діагностичний-5, Молоток неврологічний-3, Гігromетр-8, Ваги медичні (для дорослих)-1, Транспортний засіб (велосипед) -1	Електрофорез-2, Інгалятор-небулайзер-1, Ваги медичні для немовлят -1, Ноутбук Dell Inspiron3567 -28, Комп'ютер в комплекті -5, Багатофункціональний пристрій-18, Отоофтальмоскоп (набір великий, діагностичний) -8, Система для контролю рівня глюкози в крові Акку-Чек Актив -90, Пульсоксиметр портативний - 27, Молоток неврологічний -23, Ліхтарик діагностичний -35, Термометр д/холодильника ТС-7м -24, Гігromетр ВІТ-1 -5, Гігromетр ВІТ-2 -12, Тонometr Gamma Optima -1, Сумка укладка для фельдшера з тонометром, глюкометром -2, Штативні стійки -2, Фотометр «МБА-540» -1, Ваги медичні RGZ-161 -1, Ваги для новонарод-жених -1, Холодильник для зберігання лікарських засобів -4, Манжета до тонометра -30, Груша до тонометра-10, Набір діагностичний Basic Set-отоскоп і офтальмоскоп -25, Вага напольна -1, Лампа бактерицидна -2, Опромінювач бактерицидний (ОБН35) -35.

Проаналізуємо яку суму коштів КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» витратило на оновлення матеріально-технічної бази протягом досліджуваного періоду у вигляді діаграми (рисунок 2.9).

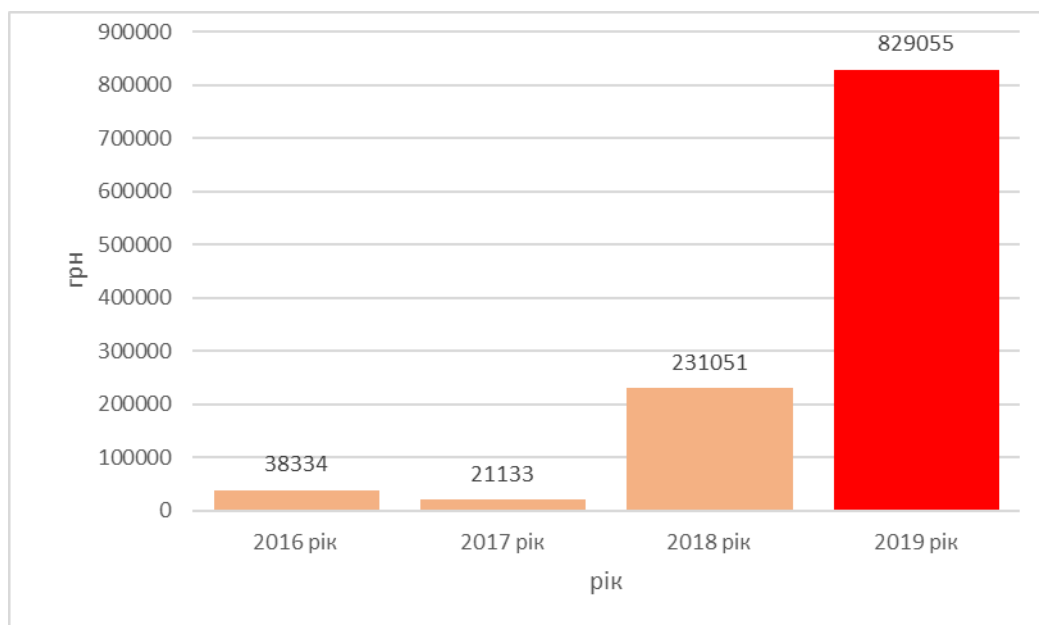


Рисунок 2.9 - Придбання обладнання КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» у грошовому еквіваленті, 2016-2019 рр.

Як бачимо із рисунку 2.9 в 2018-2019 рр. було витрачено набагато більшу суму коштів на закупівлю обладнання. Це свідчить про те, що стан матеріально-технічної бази покращується, здійснюються закупівлі сучасних обладнань, як для кабінетів, так і для лікарів індивідуально. На сьогодні КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» Забезпечено усіма необхідними засобами, приладами для надання первинної медико-санітарної допомоги. Звичайно, це сталося внаслідок переходу підприємства в самостійний господарюючий об'єкт.

На сьогодні КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» оновило автопарк сучасними автомобілями для можливості надання медичної допомоги населенню, що повністю задовольняє потреби підприємства. Також підприємство має 100% забезпечення лікарів комп'ютерною технікою. Позитивним фактором при оцінюванні стану матеріального-технічного забезпечення підприємства є те, що

кожен лікар отримав одиницю мобільного засобу з щомісячним поповненнями для налагодження комунікації лікаря з пацієнтами. На сьогодні кожен клієнт має можливість отримати консультацію в телефонному режимі, що є важливим та необхідним сьогодні в час пандемії.

Проаналізуємо рівень забезпеченості КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» медичними приладами за період 2016-2019 рр. (таблиця 3.4-3.5).

Таблиця 3.4 – Забезпеченість КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» медичними приладами, 2016-2017 рр.

Медичний прилад	2016 рік	2017 рік
Доступ до мережі Інтернет: - по амбулаторіях – всього - % від всіх - по лікарях – всього - % від всіх		13-100% 21-64%
Забезпеченість глюкометрами: - амбулаторій – всього - % від всіх - лікарів – всього - % від всіх	48-29% 54-88%	48-29% 54-88%
Забезпеченість амбулаторій вагами: - для дітей – всього - % від всіх - для дорослих – всього - % від всіх	21-161,5% 13-100%	21-161,5% 13-100%
Забезпеченість амбулаторій: - гінекологічними кріслами – всього - % від всіх - отоскопами – всього - % від всіх - офтальмоскопами – всього - % від всіх - тонометрами Маклакова – всього - % від всіх - швидкі тести на вагітність – всього - % від усіх - швидкі тести на тропоніни– всього - % від усіх - швидкі тести на ВІЛ– всього - % від усіх - швидкі тести на вірусні гепатити– всього - % від усіх	100% - - 100%	100% - - 100% 30шт. 30шт. 20шт. 40шт.

Таблиця 3.5 – Забезпеченість КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» медичними приладами, 2018-2019 рр.

Медичний прилад	2018 рік	2019 рік
Забезпеченість глюкометрами		
- амбулаторій: всього - % від всіх	48 – 29	133-80,4
- лікарів: всього - % від всіх	54 - 88	34-100
Забезпеченість електрокардіографами		
- амбулаторій: всього - % від всіх		16 - 115,7
- лікарів: всього - % від всіх		34 - 44,1
Забезпеченість амбулаторій вагами:		
- для дітей – всього - % від всіх	21 - 161,5	22 - 162
- для дорослих – всього - % від всіх	13 - 100	13 - 100
Забезпеченість лікарів		
- отоскопами: всього - % від всіх		25 - 73,5
- офтальмоскопами: всього - % від всіх		34 - 100
- пульсоксиметрами: всього - % від всіх		27 - 79,4
- пікфлуометрами: всього - % від всіх		-
- таблицями для визначення гостроти зору:		34- 100
всього - %		-
- холестеринотрами: всього - % від всіх		

Як бачимо з вищепредставлених таблиць 3.4-3.5, КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» поступово здійснює закупівлю всіх необхідних медичних приладів і прямує до повного забезпечення ними амбулаторій та лікарів. Найбільше позицій було придбано 2019 році.

Таким чином, робимо висновок про те, що реформа позитивно вплинула на стан матеріально-технічного забезпечення, оскільки КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» перейшло у статус автономізованого підприємства і за останні два роки відбулося велике зрушення в цьому напрямку роботи.

Висновок до другого розділу

У другому розділі дипломної роботи було представлено загальну характеристику напрямів роботи КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

Комунальне некомерційне підприємство «Старокостянтинівський Центр ПМСД Старокостянтинівської районної ради Хмельницької області» є лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає первинну медичну допомогу в порядку та на умовах, встановлених законодавством України і власним Статутом, та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Старокостянтинівського району, вживає заходи з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Одним з основних завдань КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» є переорієнтація від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і попередження захворювань.

Мета КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» — лікар кожній родині.

Також у другому розділі було здійснено розрахунок та аналіз основних фінансово-економічних показників, проаналізовано структуру та укомплектованість штатів підприємства, досліджено динаміку відвідуваності даного закладу охорони здоров'я.

Проведений SWOT-аналіз виявив ряд проблем, які присутні у підприємства на сьогодні. Серед них:

- орендоване приміщення;
- орендовані приміщення, які потребують капітального ремонту;
- неоптимізований штатний розпис;
- відсутність єдиного стандарту в наданні медичних послуг;
- недостатня підготовка кадрів у використанні сучасних інформаційних технологій;
- наявний значний відсоток лікарів передпенсійного та пенсійного віку.

Аналіз матеріально-технічного забезпечення дав змогу зробити висновок про позитивну динаміку поступового оновлення КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» медичними приладами та технікою. Протягом 2019 року було витрачено найбільшу суму для оновлення матеріально-технічної бази підприємства протягом 2016-2019 рр.

Вищевідмічені фактори дають змогу зробити висновок про те, що підприємство адаптувалося до нових принципів функціонування закладів охорони здоров'я і має позитивні зміни по більшості результатів роботи. Не лише показники свідчать про позитивну динаміку, але дана позиція відмічена і працівниками закладу і пацієнтами, які відносяться до КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

3 УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ І МАТЕРІАЛЬНИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Вдосконалення методики нарахування заробітної плати працівникам

«Гроші йдуть за пацієнтом» – цей озвучений вектор реформи яскраво ілюструє можливість створення різних підходів до оплати праці таких лікарів. Ще з липня 2018 року запрацювала програма медичних гарантій, однак, питання того, яким чином кошти, отримані медзакладом з НСЗУ, мають бути нараховані лікарю не врегульовано. Виходить, що це внутрішня справа КНП.

Єдине, що існує лише усно сформульований принцип чиновниками з МОЗ і НСЗУ: чим більше декларацій підписав лікар (сімейний лікар, терапевт, педіатр), тим більшу зарплату він отримує. Але законодавчо цей принцип, ще раз підкреслюємо, не закріплено. Виходить наступна ситуація, заробітна плата для медпрацівника, з яким укладені декларації, може бути прописана в різних медзакладах по-різному.

Наприклад, медзаклади-КНП уже використовують наступні варіанти: встановити заробітну плату як певний відсоток від тих коштів, які отримуються з НСЗУ, наприклад, 35%. Скільки це – 35%, 40%, 60% має бути вирішено на основі певних розрахунків (калькуляції вартості послуг) економічного відділу та бухгалтері КНП. Однак, тут треба закласти й певний мінімум, наприклад, мінімальну зарплату або оклад лікаря; встановити зарплату лікаря як “ставка + премія”. Премія, наприклад, нараховується тим лікарям, що мають 600 і більше декларацій (наприклад, як 42% від “понаднормової” кількості декларацій). За такого підходу, по-перше, закладається певний мінімум в оплаті (ставка), по-друге, закладається й певний мінімум обслуговування пацієнтів (600 угод).

Звичайно, що обраний підхід треба закріпити в колективному договорі та відповідними розрахунками (на основі калькуляції медпослуг). Як бачимо, лікарі, що мають однакову кількість декларацій, можуть отримувати різні зарплати в різних КНП. Це залежить від складу непрямих витрат КНП, у т.ч. адміністративних, що позначається на калькуляції собівартості медичних послуг. Також впливають й наявність інших фінансових надходжень, загальний результат діяльності КНП та закладені % у колективному договорі. Додамо, що за тими чутками, що ширяться з МОЗ і НСЗУ підхід «чим більше декларацій, тим більше грошей» буде діяти тільки на початку, щоб лікарі уклали побільше декларацій. Потім буде враховуватися й фактична кількість прийомів за рік.

Повне або часткове копіювання будь-яких матеріалів сайту, цитування, публікація їх анотованих оглядів допускаються лише з письмового дозволу редакції сайту.

Перейдемо безпосередньо до аналізу методики нарахування заробітної плати працівникам КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

Після переходу закладу охорони здоров'я в комунальне некомерційне підприємство, підприємство здійснювало нарахування заробітної платні працівникам відповідно до колективного договору, який був підписаний працівниками (Додаток Б).

Відповідно до Розділу 4 «Оплата праці» колективного договору КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» роботодавець зобов'язується:

Формувати оплату праці на підставі законів та інших нормативно-правових актів України, Генеральної, Галузевої і територіальної угод, цього Колективного договору.

Згідно чинного законодавства забезпечити найнижчий посадовий оклад на рівні мінімальної заробітної плати.

Встановлювати розміри посадових окладів працівників за механізмами, розробленими тарифікаційною комісією та затвердженими загальними зборами трудового колективу із можливістю періодичного перегляду відсотків та коефіцієнтів;

постановами Кабінету Міністрів України:

- від 29.12.2009 №1418 «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я»;

- від 16.02.2011 №123 «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз»;

- від 30.12.2013 №977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу»;

- від 11.05.2011 №524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», а також іншими актами законодавства.

Виплачувати доплати і надбавки до ставок та посадових окладів працівників згідно законодавства.

Проводити оплату відряджень на період проходження курсів спеціалізації, інформації та підвищення кваліфікації згідно законодавства.

Виплачувати винагороду за підсумками роботи згідно затвердженого положення.

Переглядати чинні та запроваджувати за погодженням з профспілковою стороною нові норми праці та виробничих завдань. Повідомляти працівників про запровадження нових і зміну чинних норм праці не пізніше ніж за один місяць до такого запровадження чи зміни.

Здійснювати та контролювати присвоєння кваліфікаційних категорій працівникам згідно ЕТКД робіт і професій.

У разі затримки виплати заробітної плати надавати профспілковій стороні інформацію про наявність коштів на рахунках підприємства.

Здійснювати виплату заробітної плати працівникам мед закладу два рази на місяць – до 24 числа і до 9-го числа наступного місяця.

Заробітну плату виплачувати:

- аванс 15 - 24 числа кожного місяця;

- за другу частину місяця 25- 9 числа наступного місяця.

При цьому, сума заробітної плати, що виплачується за першу половину місяця (аванс), не може бути нижче 50 % посадового окладу працівника та нижче оплати за фактично відпрацьований час з розрахунку посадового окладу працівника.

У разі коли день виплати заробітної плати збігається з вихідним, святковим або неробочим днем виплачувати її напередодні.

Виплачувати заробітну плату за весь час щорічної відпустки не пізніше ніж за три робочих дні до її початку.

У випадку підвищення посадових окладів застосовувати коригуючі коефіцієнти для розрахунку заробітної плати за період щорічних відпусток.

При переведенні працівника на іншу нижчеоплачувану роботу, проводити оплату праці згідно трудового законодавства.

Оплачувати роботу в святкові та неробочі дні понад місячну норму робочого часу у розмірі подвійної годинної або денної ставки понад оклад.

Оплачувати роботу у надурочний час у подвійному розмірі годинної ставки, розмір якої визначається виходячи з норми робочого часу та встановленого посадового окладу. При цьому компенсацію за надурочну роботу шляхом відгулу не допускати.

Забезпечити проведення індексації заробітної плати працівникам Закладу згідно Порядку проведення індексації грошових доходів населення, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 17.07.2003 р. № 1078, а також інших актів законодавства.

Виплачувати в разі порушення строків виплати заробітної плати працівникам компенсацію втрати частини заробітної плати у зв'язку з інфляцією, яку розраховувати відповідно до індексу зростання цін на споживчі товари та послуги у порядку, встановленому чинним законодавством.

Зберігати середній заробіток за основним місцем роботи за медичним і фармацевтичним працівникам, які направляються до закладів післядипломної освіти для підвищення кваліфікації, підготовки і перепідготовки як за основним

місцем роботи, так і за сумісництвом (стаття 122, 207 КЗпП України, постанови КМ України від 28 червня 1997 р. № 695 «Про гарантії і компенсації для працівників, які направляються для підвищення кваліфікації, підготовки, перепідготовки, навчання інших професій з відривом від виробництва» та від 11 травня 2011 р. № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери»).

Забезпечити надання інших передбачених чинним законодавством гарантій і компенсацій у зв'язку з направленням працівників у службові відрядження.

Затверджувати в штатному розписі найменування посад працівників у відповідності з чинною редакцією Класифікатора професій, своєчасно вносити, за необхідності, відповідні зміни до Колективного договору та додатків до нього.

У разі несвоєчасного приведення найменувань професій (посад) у Колективному договорі у відповідність до вимог чинного законодавства, працівники продовжують користуватися пільгами та гарантіями, встановленими для відповідних професій (посад).

Таким чином, нарахування заробітної плати працівникам КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» здійснювалось відповідно до колективного договору, де розмір окладу визначався відповідно до тарифної сітки та із врахуванням вислуги років. Нарахування премій здійснювалось рідко.

Ця система нарахування заробітної плати працівникам досліджуваного підприємства мала ряд недоліків та не влаштувала керівництво закладу, тому потребувала вдосконалення.

Нами запропоновано використовувати вдосконалену методику для нарахування заробітної плати, яка нараховується, згідно посадових окладів, які в свою чергу формуються відповідно до категорій лікарів та персоналу закладу, та преміювань.

Положення про преміювання запроваджується відповідно до статті 97 КЗпП України, Закону України «Про оплату праці» з метою матеріального заохочення працівників.

Дане положення вводиться для стимулювання сумлінного та якісного виконання працівниками своїх посадових обов'язків, ініціативного та творчого підходу до вирішення поставлених завдань, забезпечення належного рівня трудової та виконавчої дисципліни.

Положення запроваджується для посилення матеріальної зацікавленості працівників в досягненні високих кінцевих результатів їх праці.

Дія Положення про преміювання поширюється на всі структурні підрозділи підприємства, на всіх працівників Центру.

Нарахування премії проводиться в межах фонду оплати праці.

Цим Положенням передбачаються наступні види премій:

Премії медичним працівникам виплачуються (завідувачам АЗПСМ, лікарям загальної практики - сімейним лікарям, терапевтам, педіатрам, сестрам медичним загальної практики-сімейної медицини, сестрам медичним дільничним терапевтичного та педіатричного кабінетів, сестрам медичним терапевтичного та педіатричного кабінетів) з коштів отриманих від Національної Служби Здоров'я України за підписання декларацій з пацієнтами (зелений список).

Розмір премії визначається за формулою:

$$P = T \cdot (A \cdot 4 + B \cdot 2,2 + C \cdot 1 + D \cdot 1,2 + E \cdot 2) / 12 \cdot K; \quad (3.1)$$

де P – розмір премії лікаря;

T – тариф за обслуговування одного пацієнта;

A, B, C, D, E – кількість пацієнтів за віковими групами, що подали декларацію про вибір лікаря;

K – відсоток преміювання, який встановлюється комісією з нарахування премій.

Сестрам медичним загальної практики сімейної медицини, сестрам медичним дільничним терапевтичного та педіатричного кабінетів, сестрам медичним

терапевтичного та педіатричного кабінетів премія становить 30% від премії лікаря, з яким працює сестра медична.

За умови достатнього фінансування підприємства, розмір преміювання лікаря та сестри медичної може бути збільшений.

Премія нараховується кожний місяць.

Інші види премій всім працівникам:

- за підсумками роботи за місяць, квартал, рік;
- за виконання особливо важливої роботи та термінових завдань;
- в зв'язку з нагородженням державними нагородами, присвоєнням

почесного звання;

- до професійних свят;
- до ювілейних дат (50, 60-річчям з дня народження).

Премія граничними розмірами не обмежується.

Премія визначається у відсотковому співвідношенні до посадового окладу або у конкретному розмірі у вигляді фіксованої суми.

Всі види премій нараховуються за фактично відпрацьований час, крім випадків до професійних свят та ювілейних дат.

Критерії преміювання. Преміювання працівників проводиться відповідно до особистого внеску в загальні результати роботи підприємства і критеріїв оцінки якості роботи кожного працівника.

В якості основних показників роботи центру, які характеризують кінцеві результати роботи для медичного персоналу встановлено наступні показники:

- кількість підписаних декларацій з пацієнтами;
- відсутність обґрунтованих скарг на якість лікування та культури обслуговування;
- виконання стандартів діагностики, обстеження та лікування;
- впровадження нових методів лікування;
- відсутність порушень в діяльності підрозділу;
- поліпшення показників роботи;

- якісне ведення медичної документації.

Для структурних підрозділів, не зайнятих безпосередньо наданням медичної допомоги, показники для преміювання визначаються з огляду на конкретну діяльність відповідних підрозділів:

У бухгалтерсько-економічних підрозділах:

- ведення планово-фінансової, статистичної звітності відповідно до вимог чинного законодавства;
- своєчасне та якісне подання фінансово-статистичної звітності до відповідних органів;
- кваліфіковане та якісне виконання своїх посадових обов'язків;
- відсутність зауважень до виконання посадових обов'язків у господарсько-виробничих підрозділах;
- технічна справність та безперебійне функціонування мереж, устаткування, обладнання, автомобілів;
- якісне та своєчасне обслуговування та ремонт обладнання тепло-, водо-, електромереж, господарського інвентарю, прибирання території;
- дотримання внутрішнього розпорядку роботи підприємства та трудової дисципліни;
- дотримання правил техніки безпеки, охорони праці та правил протипожежної безпеки.

Порядок преміювання наступний:

Підставою для нарахування премії є результати роботи всього підприємства та його структурних підрозділів, аналіз виконання показників діяльності.

Конкретний розмір премії, з урахуванням особистого внеску кожного працівника визначається:

- для головного лікаря – за погодженням з власником на загальних підставах та додатково на умовах передбачених контрактом;
- для всіх інших працівників – на підставі наказу директора, за поданням керівників структурних підрозділів.

Працівники підприємства можуть бути позбавлені премії частково або повністю у випадках:

- порушення медичної етики і деонтології;
- несвоєчасного і неякісного виконання покладених на них завдань;
- невиконання функціональних обов'язків;
- систематичного запізнення на роботу;
- появи на робочому місці в нетверезому стані, в стані наркотичного сп'яніння;
- прогулу (відсутності на робочому місці без поважних причин менше 3 годин);
- притягнення до дисциплінарної відповідальності за порушення трудової дисципліни, правил внутрішнього трудового розпорядку.

Премія не виплачується працівникам за час перебування у відпустках, тимчасової непрацездатності, навчання на курсах підвищення кваліфікації тощо, крім випадків премії до професійних свят та ювілейних дат.

Працівникам, які прийняті на роботу протягом календарного місяця, премія виплачується за фактично відпрацьований час.

Працівникам, які звільняються з роботи в період, за який проводиться преміювання (місяць, квартал) премія не виплачується, за винятком тих, які звільняються у зв'язку з призовом або вступом до Збройних Сил України, Національної гвардії України, виходом на пенсію, за станом здоров'я.

У разі роботи працівника на умовах неповного робочого дня або тижня, премія нараховується на загальних підставах.

Керівники структурних підрозділів преміюються за показниками діяльності підрозділів.

На рисунку 3.1 та 3.2 представлено фрагмент розрахунку розміру премії працівникам КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» за жовтень та листопад відповідно.

14	АЗПСМ №3	Лік ЗП_СМ	1800	вікова група	0-5	6, 17	18-39	40-64	65+	всього			0,10
15	СТУПАР ДЗВЕНИСЛАВА ТАРАСІВНА			кількість	129	373	586	737	349		2174		
16				коефіцієнт	2,465	1,356	0,616	0,739	1,232				
17	ШАВДЄЄВА ОКСАНА ПАВЛІВНА			всього	317,99	505,788	360,98	544,64	429,97		2159,36	1E+05	10805,44
18				0,3									3241,63
19													
20													14047,07
21													
22	АЗПСМ №2	Лік. Педіат	900	вікова група	0-5	6, 17	18-39	40-64	65+	всього			0,10
23	КОЛЕСНИКОВА ЛІНА ВАЛЕРІВНА			кількість	239	377					616		
24				коефіцієнт	2,465	1,356	0,616	0,739	1,232				
25	ІВАНОВА ІРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА			всього	589,14	511,212	0	0	0		1100,347	55061	5506,14
26				0,3									1651,84
27													7157,98
28													
29	АЗПСМ №2	Лік. Педіат	900	вікова група	0-5	6, 17	18-39	40-64	65+	всього			0,10
30	РУДА ЛЕСЯ ВОЛОДИМИРІВНА			кількість		0	0				0		
31				коефіцієнт	2,465	1,356	0,616	0,739	1,232				
32	МЕЛЬНИЧУК ОКСАНА ОЛЕКСАНДРІВНА			всього	0	0	0	0	0		0	0	0,00
33				0,3									0,00
34													0,00
35													
36	АЗПСМ №2	Лік. Терап.	2000	вікова група	0-5	6, 17	18-39	40-64	65+	всього			0,10
37	БЕГЕБА ГАЛІНА СЕРГІВНА			кількість		2	519	885	431		1837		
38				коефіцієнт	2,465	1,356	0,616	0,739	1,232				
39	ЗАКРИНИЦЬКА ТЕТЯНА ДМИТРІВНА			всього	0	2,712	319,7	654,02	530,99		1507,423	75431	7543,14
40				0,3									2262,94
41													9806,09

Рисунок 3.1 – Методика нарахування премії працівникам КНП
«Старокостянтинівський ЦПМСД», жовтень 2020 року

ВІД ОМІСТЬ													
<i>на виплату премій по підписаних деклараціях за 01.11. 2019р.</i>													
Норма													
6	АЗПСМ №3	Лік ЗП_СМ	900	вікова група	0-5	6, 17	18-39	40-64	65+	всього			0,10
7	НИКІТЧЕНКО ОЛЕНА МИКОЛАІВНА			кількість	117	424	0				541		
8				коефіцієнт	4	2,2	1	1,2	2				
9	ДАНЬКО МИРОСЛАВА ГНАТІВНА			всього	468	932,8	0	0	0		1400,8	43191	4319,13
10				0,3									1295,74
11													
12													5614,87
13													
14	АЗПСМ №3	Лік ЗП_СМ	1800	вікова група	0-5	6, 17	18-39	40-64	65+	всього			0,10
15	СТУПАР ДЗВЕНИСЛАВА ТАРАСІВНА			кількість	130	335	519	688	348		2020		
16				коефіцієнт	4	2,2	1	1,2	2				
17	ШАВДЄЄВА ОКСАНА ПАВЛІВНА			всього	520	737	519	825,6	696		3297,6	1E+05	10167,60
18				0,3									3050,28
19													
20													13217,88
21													
22	АЗПСМ №3	Лік. Педіат	900	вікова група	0-5	6, 17	18-39	40-64	65+	всього			0,10
23	ПРОДАНЕЦЬ АНАТОЛІЙ МИХАЙЛОВИЧ			кількість	44	102					146		
24				коефіцієнт	4	2,2	1	1,2	2				
25	БЛАЖКО ІРИНА РУСЛАНІВНА			всього	176	224,4	0	0	0		400,4	12346	1234,57
26				0,3									370,37
27													1604,94
28													
29	АЗПСМ №2	Лік. Педіат	900	вікова група	0-5	6, 17	18-39	40-64	65+	всього			0,10
30	РУДА ЛЕСЯ ВОЛОДИМИРІВНА			кількість	242	622	3				867		
31				коефіцієнт	4	2,2	1	1,2	2				
32	МЕЛЬНИЧУК ОКСАНА ОЛЕКСАНДРІВНА			всього	968	1368,4	3	0	0		2339,4	72132	7213,15

Рисунок 3.2 – Методика нарахування премії працівникам КНП
«Старокостянтинівський ЦПМСД», листопад 2020 року

В результаті доцільно проаналізувати фонд оплати праці працівників КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» та здійснити аналіз динаміки середньої

заробітної плати по досліджуваному закладу.

На рисунку 3.3 відображено динаміку зміни заробітної плати до та після впровадження нової вдосконаленої методики нарахування заробітної плати.

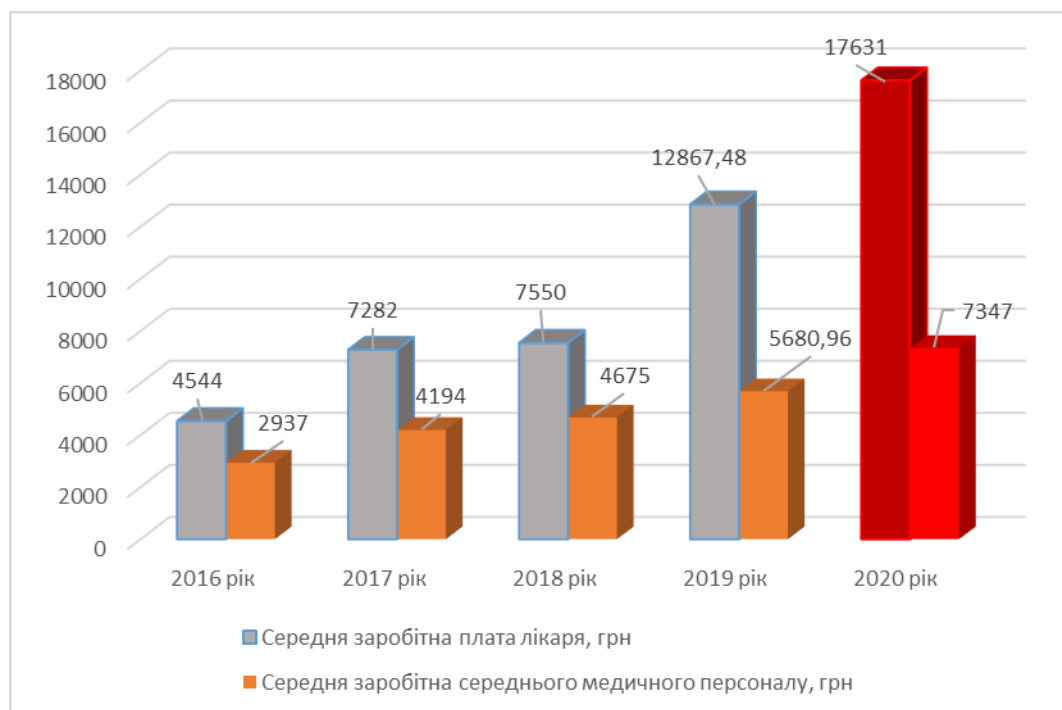


Рисунок 3.4 – Динаміка зміни заробітної плати працівників КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»

Як видно з рисунку 3.4 рівень середньої заробітної плати лікаря КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» зріс на 37 % в листопаді поточного року відповідно до нарахування за новою методикою. А рівень заробітної плати середнього медичного персоналу зріс на 29 %. Ця динаміка є дуже позитивною та впроваджена в роботу закладу.

3.2 Визначення ефективності придбання нового медичної техніки

Для можливості надання УЗД-послуг населенню Старокостянтинівського району необхідно було закупити сучасну ультразвукову систему СХ50. УЗД-апарат коштував при закупівлі 1483900 грн. Він відповідає всім поставленим вимогам і використовується щоденно для проведення великої кількості процедур.

Було здійснено методичку визначення вартості додаткових платних УЗД-послуг та доповнення існуючого переліку платних послуг КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» (Додаток Г). У таблиці 3.6 представлено перелік розрахованих платних УЗД-послуг, які надаються закладом.

Таблиця 3.6 – Платні УЗД-послуги КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»

Найменування послуги	Одиниця вимірювання	Тариф, грн.
Ультразвукові дослідження		
1.1 Комплексно: печінка+жовчний міхур+жовчні протоки+підшлункова залоза+селезінка	40 хв	103,60
Печінка+жовчний міхур+жовчні протоки	15 хв	40,96
1.2 Комплексно: нирки+надниркові залози + сечовий міхур з визначенням залишкової сечі + матка + яєчники	45 хв	113,42
Матка + яєчники	25 хв	65,59
1.3 Ультразвукові дослідження поверхневих структур, м'яких тканин		
Щитовидна залоза	20 хв	52,55
Периферичні судини	20 хв	52,55
Молочні залози	30 хв	77,19
Кістки та суглоби	20 хв	52,55
1.4 Ультразвукові дослідження органів грудної клітини		
Ехокардіографія	30 хв	78,97
1.5 По окремих органах		
Нирки + надниркові залози	15 хв	40,96

Як бачимо з таблиці 3.6 вартість платних УЗД-послуг досить доступна. Наступним кроком є розрахунок терміну окупності придбання нової медичної одиниці техніки.

Платні УЗД-послуги вже здійснювались КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» у жовтні та листопаді поточного року. Проаналізуємо скільки підприємство отримало за цей період. У таблиці 3.7 представлено скільки коштів отримало підприємство від платних УЗД-послуг.

Таблиця 3.7 – Прибуток КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» від платних УЗД-послуг

Найменування	Сума, грн
Жовтень	4975,22
Листопад	16401,88

Як бачимо, дохід від УЗД-послуг значно збільшився, оскільки населення не було про інформовано про можливість отримання такого типу послуг в даному закладі. На основі даних за жовтень-листопад 2020 року, спрогнозуємо який прибуток підприємство буде отримувати в подальші місяці. Для цього використовуємо лінію тренда.

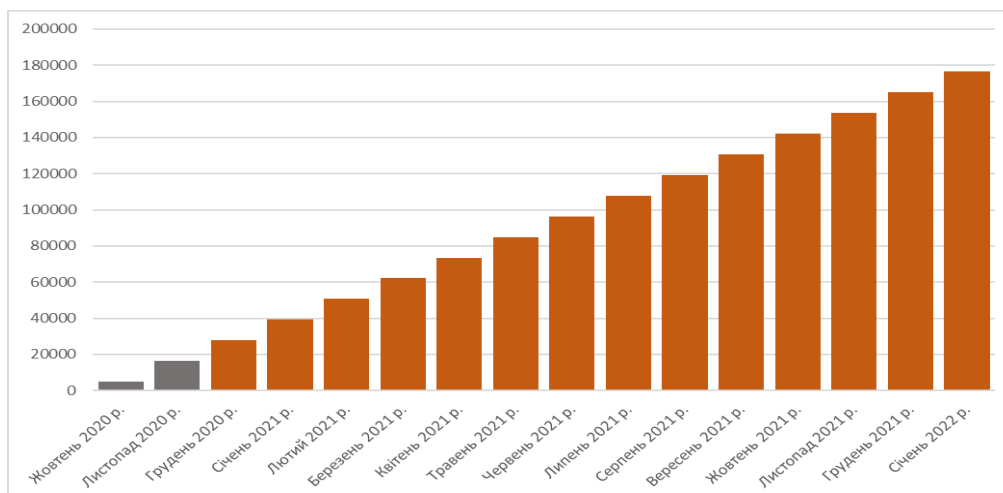


Рисунок 3.5 – Динаміка доходу від платних УЗД-послуг КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД»

На рисунку 3.5 відображено динаміку доходу від платних УЗД-послуг КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

За нашими підрахунками дохід від платних УЗД-послуг буде постійно зростати, оскільки в м. Старокостянтиніві КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» - це єдине місце, де можна отримати таку послугу за таку вартість. Тому прогнозуємо, що вартість УЗД-апарату окупиться до січня 2022 року, тобто окупність рівна 1,3 роки.

Висновки до третього розділу

Після переходу закладу охорони здоров'я в комунальне некомерційне підприємство, підприємство здійснювало нарахування заробітної платні працівникам відповідно до колективного договору, який був підписаний працівниками, де розмір окладу визначався відповідно до тарифної сітки та із врахуванням вислуги років. Нарахування премій здійснювалось рідко.

Ця система нарахування заробітної плати працівникам досліджуваного підприємства мала ряд недоліків та не влаштовувала керівництво закладу, тому потребувала вдосконалення.

В третьому розділі дипломної роботи нами запропоновано використовувати вдосконалену методику для нарахування заробітної плати, яка нараховується, згідно посадових окладів, які в свою чергу формуються відповідно до категорій лікарів та персоналу закладу, та преміювань.

Премії медичним працівникам виплачуються (завідувачам АЗПСМ, лікарям загальної практики - сімейним лікарям, терапевтам, педіатрам, сестрам медичним загальної практики-сімейної медицини, сестрам медичним дільничним терапевтичного та педіатричного кабінетів, сестрам медичним терапевтичного та педіатричного кабінетів) з коштів отриманих від Національної Служби Здоров'я України за підписання декларацій з пацієнтами Як видно з рисунку 3.4 рівень

середньої заробітної плати лікаря КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» зріс на 37 % в листопаді поточного року відповідно до нарахування за новою методикою. А рівень заробітної плати середнього медичного персоналу зріс на 29 %. Ця динаміка є дуже позитивною та впроваджена в роботу закладу.

В третьому розділі дипломної роботи також запропоновано методику визначення вартості додаткових платних УЗД-послуг та доповнення існуючого переліку платних послуг КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

Також було здійснено розрахунок окупності даного медичного обладнання. В результаті прогнозу можемо говорити, що вартість УЗД-апарату окупиться до січня 2022 року, тобто окупність рівна 1,3 роки.

ВИСНОВКИ

Сучасна соціально-економічна та демографічна ситуації в економіці України визначають необхідність постановки перед державою нових завдань, які можливо вирішити за умови розробки нових організаційно-методичних засад фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. Визначальним чинником забезпечення доступними та якісними медичними послугами населення є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає перехід до оплати діяльності постачальників медичної допомоги на основі конкретних результатів їх роботи, потребує принципової зміни характеру відносин між постачальником послуг та їх замовником — розпорядником бюджетних коштів.

Обов'язковою умовою запровадження орієнтованих на результат договорів стратегічної закупівлі медичних послуг, а разом з ними і орієнтованих на результат методів оплати діяльності постачальників є надання останнім достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для отримання права укладати контракти та гнучко і незалежно від інших сторін організувати свою власну діяльність з досягнення встановлених цими договорами результатів.

Особливого значення набуває проблематика формування інструментарію управління фінансовими ресурсами, які на основі інтегрування фінансів закладів з системою ринкових зв'язків, забезпечать узгодженість методів фінансового менеджменту та його відповідність сучасним реаліям.

В першому розділі дипломної роботи розкрито економічну сутність та виокремлені характерні риси фінансових ресурсів, які є базою для обґрунтування концептуальних положень управління ними в закладах охорони здоров'я. Разом з цим, у сучасних умовах для кожного закладу охорони здоров'я фінансові потоки необхідно представляти з достатнім ступенем деталізації та у тісній узгодженості з потоками медичних послуг.

Параметри фінансового потоку характеризують фінансовий потік у відповідний момент часу з різних сторін. Вони служать індикаторами ефективності й стабільності функціонування закладу охорони здоров'я, відображають раціональність системи фінансування та оптимальність сформованої моделі управління фінансовими ресурсами.

Перспективи подальших досліджень мають бути спрямовані на обґрунтування раціональних способів забезпечення діяльності медичних закладів відповідними фінансовими ресурсами з урахуванням ключових перспектив розвитку; розкриття механізмів поточного та перспективного фінансового планування; розробка дієвих методик оцінки ефективності формування та використання фінансових ресурсів; формування процедур контролю у медичних закладах вхідних та вихідних фінансових потоків.

У другому розділі дипломної роботи було представлено загальну характеристику напрямів роботи КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД». Також було здійснено розрахунок та аналіз основних фінансово-економічних показників, проаналізовано структуру та укомплектованість штатів підприємства, досліджено динаміку відвідуваності даного закладу охорони здоров'я.

Проведений SWOT-аналіз виявив ряд проблем, які присутні у підприємства на сьогодні. Серед них орендоване приміщення, орендовані приміщення, які потребують капітального ремонту, неоптимізований штатний розпис, відсутність єдиного стандарту в наданні медичних послуг, недостатня підготовка кадрів у використанні сучасних інформаційних технологій, наявний значний відсоток лікарів передпенсійного та пенсійного віку.

Аналіз матеріально-технічного забезпечення дав змогу зробити висновок про позитивну динаміку поступового оновлення КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД» медичними приладами та технікою. Протягом 2019 року було витрачено найбільшу суму для оновлення матеріально-технічної бази підприємства протягом 2016-2019 рр.

Вищевідмічені фактори дають змогу зробити висновок про те, що підприємство адаптувалося до нових принципів функціонування закладів охорони здоров'я і має позитивні зміни по більшості результатів роботи.

Після переходу закладу охорони здоров'я в комунальне некомерційне підприємство, підприємство здійснювало нарахування заробітної платні працівникам відповідно до колективного договору, який був підписаний працівниками, де розмір окладу визначався відповідно до тарифної сітки та із врахуванням вислуги років. Нарахування премій здійснювалось рідко. Ця система нарахування заробітної плати працівникам досліджуваного підприємства мала ряд недоліків та не влаштовувала керівництво закладу, тому потребувала вдосконалення.

В третьому розділі дипломної роботи нами запропоновано використовувати вдосконалену методику для нарахування заробітної плати, яка нараховується, згідно посадових окладів, які в свою чергу формуються відповідно до категорій лікарів та персоналу закладу, та преміювань.

В третьому розділі запропоновано визначення вартості додаткових платних УЗД-послуг та доповнення існуючого переліку платних послуг КНП «Старокостянтинівський ЦПМСД».

Також було здійснено розрахунок окупності даного медичного обладнання. В результаті прогнозу можемо говорити, що вартість УЗД-апарату окупиться до січня 2022 року, тобто окупність рівна 1,3 роки.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ