

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

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра
 Освітній рівень

на тему: «Удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я на
 інноваційних засадах

(на прикладі КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД», м.Могилів-Подільський)»

ДРБА.013474.02.20.00

Галузь знань	<u>07 Управління та адміністрування</u> Шифр і назва галузі знань
Спеціальність	<u>073 Менеджмент</u> Шифр і назва спеціальності
Освітня програма	<u>Бізнес-адміністрування</u> Назва освітньої програми

Виконала студентка 2 курсу, _____ Н.П. Череватова
 група МО (в,мб) з-2

Керівник: док.екон.наук, проф. каф. ЕМА _____ І.В. Бабій

Нормоконтролер _____

До захисту допускаю _____
 Зав. кафедри ЕМА, канд.екон.наук, проф. _____ Н.М. Тюріна
 _____ грудня 2020 р.

Хмельницький, 2020

АНОТАЦІЯ

Череватова Н. П. «Удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах (на прикладі КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД», м.Могилів-Подільський)». Керівник роботи док.е.н., проф. кафедри ЕМА Бабій І.В. Дипломна робота магістра: 131 с., 30 рисунків, 20 таблиць, 42 джерела посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: УПРАВЛІННЯ, СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ, УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД.

Досліджено теоретико-методичні основи управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах. Розглянуто особливості сучасної системи управління закладами охорони здоров'я. Проаналізовано доцільність застосування системного підходу до управління закладами охорони здоров'я. Узагальнено проблеми удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах.

Виконано аналіз результативності управління комунальним некомерційним підприємством «Могилів-Подільський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Визначено та обґрунтовано запровадження CRM-системи Доктор Елекс у діяльність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД», що дозволить значно удосконалить систему управління медзакладом на інноваційних засадах; забезпечить гармонійну співпрацю усього персоналу; впровадить контроль за процесом лікування; дозволить швидко знаходити потрібну інформацію; підвищить якість обслуговування пацієнтів.

(підпис та ПІБ)

_____ 202__ р.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	5
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ІННОВАЦІЙНИХ ЗАСАДАХ	7
1.1 Особливості сучасної системи управління закладами охорони здоров'я	7
1.2 Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я	16
1.3 Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах	25
Висновки до першого розділу	41
2 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «МОГИЛІВ- ПОДІЛЬСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- САНІТАРЕОЇ ДОПОМОГИ»	43
2.1. Правовий статус підприємства, мета та предмет функціонування	43
2.2 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства	50
2.3 Аналіз статутного капіталу, майна та фінансування підприємства	54
2.4 Аналіз системи управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»	63
2.5 Аналіз загальної поточної та ймовірної прогнозованої результативності управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»	74
Висновки до другого розділу	86
3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «МОГИЛІВ- ПОДІЛЬСЬКИЙ МЦ ПМСД	88
3.1 Впровадження CRM-системи для удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я та налагодження комунікації з його пацієнтами	88
3.2 Організаційні основи розробки та імплементації CRM-системи у	98

діяльність закладу охорони здоров'я	
3.3 Розрахунок економічної ефективності запровадження CRM-системи Доктор Елекс	114
Висновки до третього розділу	120
ВИСНОВКИ	122
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	127
ДОДАТКИ	131

ВСТУП

Розвиток медицини є одним з основних показників сталого розвитку країни. Інші сфери діяльності не можуть повноцінно розвиватися, якщо система охорони здоров'я знаходиться на низькому рівні. Без ефективної боротьби з епідеміями і захисту населення від хвороб люди не зможуть бути особливо зацікавленими в другорядних потребах, якщо на першому місці стоятиме потреба у збереженні здоров'я. З поширенням ринкових механізмів у пострадянських системах господарювання все більшої актуальності набуває впровадження ефективних інструментів управління закладами соціальної сфери.

Дослідження управління підприємствами висвітлено в наукових працях багатьох вітчизняних та зарубіжних учених, окремі особливості управління в системі охорони здоров'я відображено в працях Адама Сміта, Томаса Роберта Мальтуса, Карла Маркса, Джона Мейнарда Кейнса, Давида Рікардо, Уеслі Клера Мітчела, Джоани Робінсон та ін. Проте необхідні додаткові дослідження, деталізація та розкриття сучасних особливостей управління закладами охорони здоров'я в умовах реформування медичної сфери України.

Метою роботи є розвиток теоретичних основ управління закладом охорони здоров'я та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах.

Основними завданнями дипломної роботи є:

- дослідити та розвинути теоретико-методичні засади управління закладом охорони здоров'я на основі системного підходу;
- провести комплексний аналіз фінансово-господарської діяльності КНП «Могилів-Подільський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»;
- розробити практичні рекомендації щодо удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах КНП «Могилів-Подільський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Об'єкт дослідження – процеси управління діяльністю закладом охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти управління закладом охорони здоров'я.

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

Магістерська робота загальним обсягом 131 сторінок складається зі вступу, трьох розділів, висновків, та містить список використаних джерел із 42 найменувань. Магістерська робота ілюстрована 30 рисунками і містить 20 таблиць.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ІННОВАЦІЙНИХ ЗАСАДАХ

1.1 Особливості сучасної системи управління закладами охорони здоров'я

Специфіка управління в охороні здоров'я обумовлена перш за все тим, що це особлива сфера, яка значно відрізняється від інших видів діяльності. Заклади охорони здоров'я мають особливі характеристики, які вимагають модифікації загальних принципів управління або зміни акцентів.

По-перше, результатом діяльності медичної установи є послуга, що визначає характер взаємодії зі споживачами – прямий контакт та залучення його в процес надання послуги.

Це, в свою чергу, знаходить вираз у багатоваріантності способів управління, що використовуються в охороні здоров'я.

По-друге, медичні послуги відносяться до соціальних послуг.

Визначаючи сутність і зміст управління щодо системи охорони здоров'я, науковці виділяють наступні структурні елементи: зміст управління, мета, завдання, об'єкт, рівні управління, функції і методи управління.

Сутність управління в охороні науковці розглядають з трьох позицій:

– як синонім менеджменту – наука управління, регулювання та контролю фінансових, трудових та матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я [3, с. 87];

– як вплив на людину, процеси і об'єкти – система спрямованих дій на організаційну структуру (інтелектуальні, фінансові, сировинні, матеріальні ресурси) з метою найбільш ефективного її функціонування [4, с. 98; 5, с. 39–42];

– як процес, що включає міжособистісні та технічні аспекти, за допомогою яких визначаються і реалізуються цілі організацій охорони здоров'я шляхом

використання людських, матеріальних ресурсів, а також різних технологій [6, с. 3–27].

В якості мети управління охороною здоров'я окремі науковці визначають, як правило, скорочення захворюваності і смертності населення [3; 6], однак є і точка зору, що сприймають цільову функцію управління охороною здоров'я як підтримання і зміцнення здоров'я населення, скорочення захворюваності, збільшення тривалості життя [5], що, на наш погляд, більш точно відображає орієнтири соціальної держави.

Цікавим видається поділ цільової функції управління охороною здоров'ям в залежності від форми власності керуючого суб'єкта, за переконанням Б. А. Райзберг, Н. Б. Кузьміної і Ю. В. Шиленко [5, с. 39-42]:

- мета управління державним сектором – забезпечення населення суспільними послугами охорони здоров'я на засадах їх загальнодоступності;

- мета управління недержавним сектором – забезпечення потреб платоспроможної частини населення, зниження навантаження на державний сектор при одночасному досягненні беззбитковості та нормативної прибутковості підприємницьких організацій.

Слід зазначити, що не всі автори виділяють мету управління охороною здоров'я [4; 7, с. 115-119], а відповідно і завдання, серед яких більшість відзначають підвищення якості та доступності послуг охорони здоров'я, підвищення раціональності використання ресурсів [3; 6].

В якості об'єктів управління охороною здоров'я називаються як тільки лікувально-профілактичні установи [3], що, на наш погляд, є досить однобічно, так і виробники медичних препаратів та апаратури, підприємці, ресурси охорони здоров'я [5], що більш повно відображає структуру системи охорони здоров'я.

Рівні системи управління охороною здоров'я визначаються науковцями по часовому принципу [4; 7]: стратегічне, тактичне та оперативне, але існує розподіл по суб'єктам всередині процесу управління [5]: суб'єкти першого, другого та третього ієрархічного рівня.

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, розрізняють три вихідних типи моделей охорони здоров'я: система Беверіджа, система Бісмарка і ринкова система [8, с.41–71].

В Україні у даний час в організації та управлінні системою охорони здоров'я застосовуються моделі Беверіджа і Бісмарка, що реалізується в обов'язковому медичному страхування і патерналістській спрямованості державних видатків на охорону здоров'я.

Незважаючи на істотні відмінності в організації систем управління охорони здоров'я, в процесі управління застосовуються методи, як властиві класичній теорії управління, так і обумовлені функціями управління в охороні здоров'я.

Багато науковців виділяють чотири класичні функції управління [4; 6]: планування; організацію; мотивацію; контроль, до яких деякі дослідники додають функції аналізу та координації [9, с. 92-95]. Однак, на наш погляд, такий уніфікований розгляд функцій управління в охороні здоров'я тягне ігнорування специфіки галузі, її функціональних відмінностей від інших сфер діяльності, хоча і дозволяє повністю здійснювати процес управління.

Вважаємо за доцільне, поділ функцій управління охорони здоров'я на загальні і приватні. Подібний підхід можна зустріти в роботах О. А. Зайцева, А. А. Радугіна, К. А. Радугіна, Н. І. Рогачової [10] і Л. Ю. Трушкіна, Р. А. Тлепцєрішева, А. Г. Трушкіна, Л. М. Дем'янової [3]. Крім того, в роботі О. А. Зайцева та інших функції управління розподілені відповідно до розглянутих раніше рівнів управління, що видається більш систематизованим баченням системи управління охороною здоров'я.

Що стосується методів управління, то думки більшості вітчизняних вчених співпадають. Практично всі автори, що приділяють увагу методам управління, виділяють три групи методів: організаційно-розпорядчі (адміністративні); соціально-психологічні; економічні. Винятком є виділення правових методів в роботі О. П. Щепина та Л. А. Габуєвої [11, с. 115-119], що, на нашу думку, виправдано, оскільки одним з методів, що застосовуються суб'єктом управління, є

нормативно-правове регулювання на різних рівнях, яке регламентує зміст всіх інших методів.

Беручи до уваги моделі організації системи охорони здоров'я, що засновані на мірі участі держави в забезпеченні населення медичними послугами, і підходи вітчизняних науковців в області вивчення теоретичних основ управління охороною здоров'я, можна сформулювати наступні висновки:

по-перше, в існуючих визначеннях нечітко позначаються мета і завдання управління;

по-друге, відсутній єдиний підхід до складу об'єктів і суб'єктів управління охороною здоров'я;

по-третє, дискусійними є функції та методи управління.

У класичному розумінні управління – це «свідома цілеспрямована взаємодія з боку суб'єктів, органів на людей і економічні об'єкти, що здійснюється з метою спрямування їх дії та отримання бажаних результатів»[12, с. 552; 13, с. 256].

Як зазначає Л. І. Васильцева, «цілі систем охорони здоров'я в сучасному суспільстві включають: поліпшення стану здоров'я населення; розвиток здорового способу життя громадян; запобігання хворобам і травмам, яких можна уникнути за сучасного стану знань; розвиток системи охорони здоров'я, здатної функціонувати в рамках реальних фінансових обмежень і використовувати ресурси найбільш ефективним чином для досягнення цілей охорони здоров'я »[14, с. 111].

Отже, управління охороною здоров'я має бути підпорядковане основній меті – збільшення тривалості життя населення.

Різноманітність завдань, що виділяються авторами, на наш погляд, обумовлено охопленням медичних, соціальних і економічних показників, результуючих функціонування галузі.

На рис. 1.1 представлені складові ефективності в охороні здоров'я.

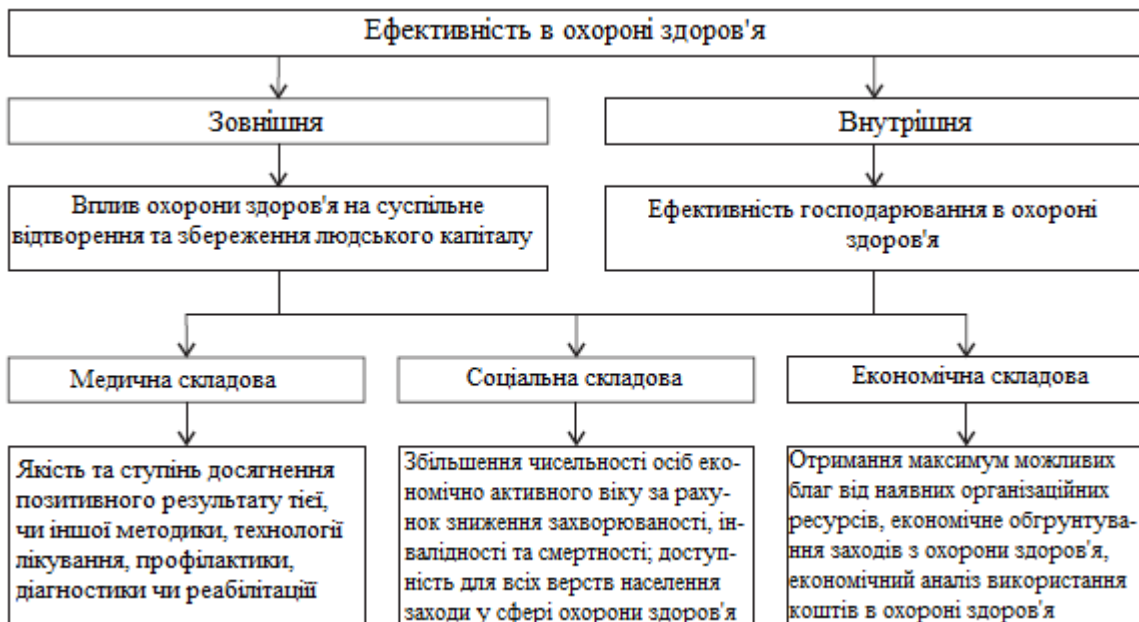


Рисунок 1.1 – Складові ефективності в охороні здоров'я

З рисунку 1.1 видно, що завдання управління охороною здоров'я повинні містити медичну, соціальну та економічну складові.

Об'єктами управління в системі охорони здоров'я є як сам процес формування і розподілу фондів грошових коштів галузі, так і відносини (взаємодія) між суб'єктами управління з приводу створення, розподілу і споживання медичних послуг.

Суб'єктами управління в охороні здоров'я є державна, муніципальна та приватна системи охорони здоров'я, а також фізичні та юридичні особи, які здійснюють споживання медичних послуг через обов'язкове медичне страхування (ОМС), добровільне медичне страхування (ДМС) і на ринку медичних послуг.

На рис. 1.2 схематично представлені теоретичні положення сучасної системи управління охороною здоров'я в нашій державі.

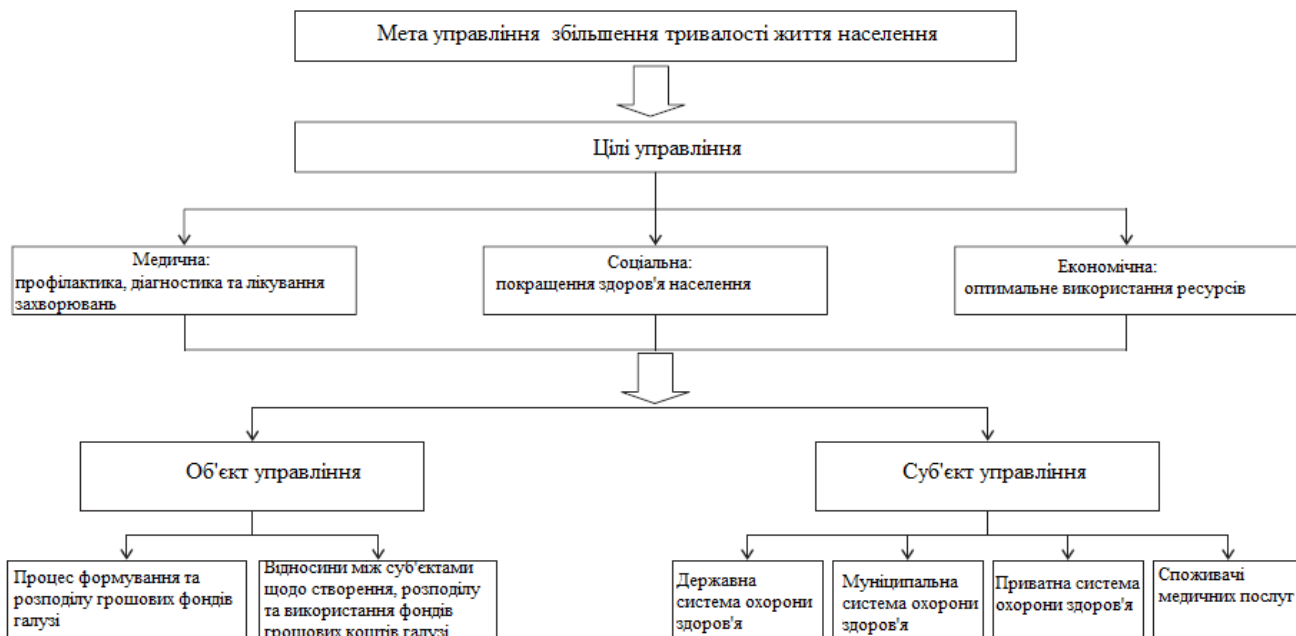


Рисунок 1.2 – Сучасна система управління охороною здоров'я

На підставі вищевикладеного найбільш точним є сприйняття управління як процесу, що дає змогу побачити цільову спрямованість, послідовність дій з управління і ґрунтується на суб'єктно-об'єктних підходах.

Таким чином, управління охороною здоров'я можна визначити як цілеспрямований вплив з боку суб'єктів управління на створення, розподіл та споживання медичних послуг за допомогою вирішення взаємопов'язаних медичних, соціальних і економічних завдань охорони здоров'я з метою збільшення тривалості життя населення.

Проведений аналіз функцій та методів управління охороною здоров'я дозволив з певною часткою умовності розподілити класичні функції управління, зміст яких враховує особливості галузі та методів, що застосовуються в даному процесі за рівнями управління.

Так, для стратегічного управління найбільш характерні функції прогнозування і планування, які дозволяють здійснювати цілепокладання і встановлювати прогнозні (планові) значення показників, при цьому основними методами на даному рівні будуть правові та організаційно-розпорядчі.

В процесі тактичного управління здійснюються функції організації, координації та контролю, які реалізуються за допомогою організаційно-розпорядницьких та економічних методів.

Оперативне управління передбачає переважну реалізацію функції мотивації, полягає в спонуканні об'єктів управління до досягнення спільної мети управління, в даному випадку – збереження та зміцнення здоров'я громадян і підвищення тривалості їх життя. Основними на даному рівні є методи економічного і соціально-психологічного стимулювання.

Незалежно від рівня, дані функції і методи управління застосовуються у всіх моделях організації системи управління охороною здоров'я, оскільки в більшості випадків існують змішані моделі, які передбачають використання як платного і безкоштовного медичного обслуговування, так і елементів конкурентної ринкової моделі.

На рис. 3 представлений взаємозв'язок функцій і методів в залежності від рівня і моделі, що застосовується в управлінні охороною здоров'я.

Державні установи протягом багатьох років домінують в системі охорони здоров'я України. Через них держава здійснює політику в галузі охорони здоров'я громадян.

Вважаємо, що було б необачно розглядати державну форму надання медичних послуг як застарілу та визначати її як антипод ринку. Державний сектор – найважливіша, незамінна сфера реалізації особливої системи соціальних цінностей, притаманних сучасному суспільству, невід'ємна складова системи охорони здоров'я населення. Завдання сьогодні полягає в тому, щоб виробити такі підходи до управління державними організаціями, які дозволять цьому сектору в сучасних умовах реалізувати свій потенціал і можливості в досягненні цілей, які держава ставить в сфері охорони здоров'я.

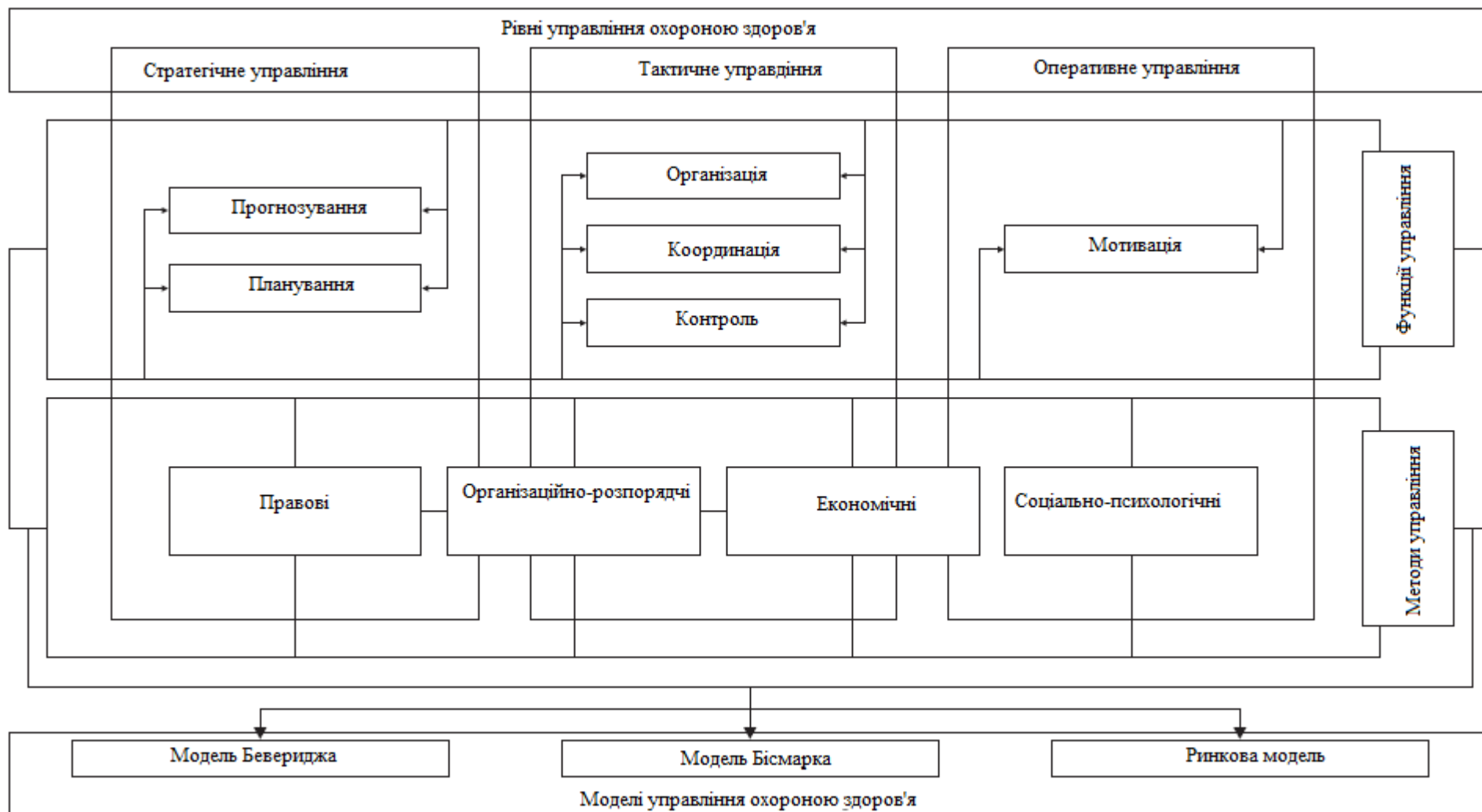


Рисунок 1.3 – Взаємозв'язок функцій та методів управління охороною здоров'я залежно від рівня управління та моделі, що застосовується

В умовах формування ринкових відносин зростання витрат на функціонування медичних установ у зв'язку зі збільшенням обсягу їх діяльності та диверсифікацією запитів населення, з одного боку, і неможливість постійно збільшувати державні асигнування на охорону здоров'я, з іншого боку, неминуче породжують нові форми організації медичного обслуговування. Найбільш показовим проявом нових тенденцій в управлінні охороною здоров'я виступають приватні організації, що фінансуються не державою, а засновниками.

Крім джерела фінансування, приватні організації відрізняються від державних тим, що:

- управління ними допускає велику гнучкість, зокрема, керівники користуються більшою свободою в прийнятті рішень, і процес управління, відповідно, має більш персоніфікований характер;
- прийняття управлінських рішень диктується перш за все економічними параметрами, проявляється особлива чутливість до витрат, тобто в приватних організаціях строго дотримується принцип прямого взаємозв'язку між доходами і витратами.

Муніципальна система охорони здоров'я включає в себе муніципальні органи управління охороною здоров'я, а також лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, фармацевтичні підприємства та організації, аптечні установи, установи судово-медичної експертизи, освітні установи, що знаходяться в муніципальній власності та є юридичними особами і здійснюють свою діяльність відповідно до законодавства України.

Фінансування діяльності підприємств, установ і організацій муніципальної системи охорони здоров'я здійснюється за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів, цільових фондів, призначених для охорони здоров'я громадян, та інших джерел, не заборонених законодавством України.

Таким чином, на нашу думку, трактування поняття «управління охороною здоров'я», базується на суб'єктно-об'єктних підходах, враховує цільову спрямованість та інтегральне завдання функціонування галузі, а також визначає управління охороною здоров'я як процес цілеспрямованого впливу з боку

суб'єктів управління на виробництво, розподіл і споживання медичних послуг за допомогою рішення взаємопов'язаних медичних, соціальних та економічних завдань охорони здоров'я з метою збільшення тривалості життя населення.

В результаті дослідження існуючих моделей організації системи управління охороною здоров'я, з урахуванням наукових поглядів на функції і методи управління запропонована схема взаємозв'язку функцій і методів залежно від рівня управління і моделі, що застосовується для організації системи охорони здоров'я.

1.2 Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я

Упродовж останнього десятиріччя питання пошуку шляхів удосконалення державного управління системою охорони здоров'я, вироблення державної політики у цій сфері та надання медичних послуг були предметом наукових досліджень вітчизняних науковців М. М. Білинської, В. Д. Долота, Л. І. Жаліло, Н. П. Кризини, В. М. Лехана, Я. Ф. Радиша, І. В. Рожкової, В. М. Рудого, І. М. Солоненка, Н. Д. Солоненко та ін. [18–25].

Разом з тим наукових досліджень, у яких із позицій системного підходу розглядається процес управління закладами охорони здоров'я як одного з важливих напрямів вироблення державної політики у сфері охорони здоров'я, не проводилося.

Спостерігається невизначеність законодавства, що регулює діяльність органів державної влади та органів місцевого самоврядування в управлінні сферою охорони здоров'я. Вивчення цього питання потребує застосування комплексного підходу, а також уточнення понятійного апарату з питань державної політики в галузі охорони здоров'я.

Наука управління постійно розвивається, утворюючи багато шкіл та напрямів. У середині минулого століття в наукових роботах з управління

організаціями спостерігаються якісні зрушення, що було пов'язано з використанням методології системного підходу до управління підприємствами.

Системний підхід – це напрям методології спеціального наукового пізнання та соціальної практики, в основу якого покладено дослідження об'єктів як систем [26]. Система – сукупність елементів, які перебувають у зв'язку та відношеннях між собою, що утворюють визначену цілісність, єдність.

З погляду системного підходу будь-яка система (об'єкт) розглядається як сукупність взаємопов'язаних елементів, має вхід, вихід, зв'язок із зовнішнім середовищем та зворотний зв'язок.

У науковій літературі системний підхід розглядається також як кібернетичний. Кібернетичний підхід полягає в обґрунтуванні інформаційної сутності управління, у визнанні універсальності законів управління для систем різної природи, у виявленні та організації механізмів зворотного зв'язку, що діють в системах управління, в оптимізації поведінки системи на основі зворотних зв'язків та відповідно до заздалегідь визначених цілей [27].

Найбільш відомими теоріями організації виробництва є класичні теорії Ф.Тейлора і А.Файоля [28; 29] і неокласичні – Дж.Хікса, Р.Джулета, Е.Дейла[30].

Сучасні теорії організації управління виходять із зростаючої ролі людини в процесі виробництва та в суспільстві. На думку Дж.Хікса і Р.Джулета, основними факторами, що впливають на організацію виробництва, є: системний підхід; динамічний характер процесу; багатовимірна структура з великою кількістю рівнів; багатостороння мотивація; стохастичний характер поведінки (стохастичною називають поведінку, наслідки якої (події) є недетермінованими (результат яких неможливо передбачити); мультидисциплінарність; велика кількість перемінних; адаптація до змін тощо.

У свою чергу, модель системного підходу має кілька базових принципів.

Принцип цілісності, тобто неможливості звести властивості системи до суми властивостей елементів, які її складають, і неможливості відділити елементи від властивостей цілого; залежність кожного від його місця, функції всередині цілого.

Принцип структурності, тобто можливість опису системи через встановлення її структури, мережі зв'язків і взаємовідношень системи; зумовленість поведінки системи не стільки поведінкою її окремих елементів, скільки властивостями її структури.

Принцип взаємозалежності структури і зовнішнього середовища, за яким система формує і виявляє свої властивості в процесі взаємодії із зовнішнім середовищем та є при цьому провідним активним компонентом взаємодії.

Принцип ієрархічності, де кожний компонент системи, у свою чергу, розглядається як система, а досліджувана система в цьому разі є одним із компонентів більш широкої, глобальної системи.

Принцип множинності опису кожної системи, за яким кожна система є складною, її адекватне пізнання потребує побудови множини різноманітних моделей, кожна з яких описує тільки певний аспект системи.

У галузі охорони здоров'я організація процесу надання медичної послуги будується на системі виробничих відносин, ієрархічних зв'язках та на системі правил, прав, відповідальності, обов'язків тощо.

Модель системного підходу до управління медичним закладом може бути представлена у вигляді схеми (рис. 1.4).

Взявши за основу принцип множинності опису кожної системи, розглянемо заклад охорони здоров'я з різних аспектів діяльності, формуючи різні варіанти входів і виходів.

Отже, розглянемо наступну модель: вихід – надання медичної послуги, вхід – ресурси та інформація.

Застосування системного підходу починається з проведення маркетингових досліджень і формування параметрів виходу (надання медичної послуги): яку послугу надавати, з якими показниками якості, які витрати на її надання, у які терміни, хто буде споживачем послуги, за якою ціною тощо.

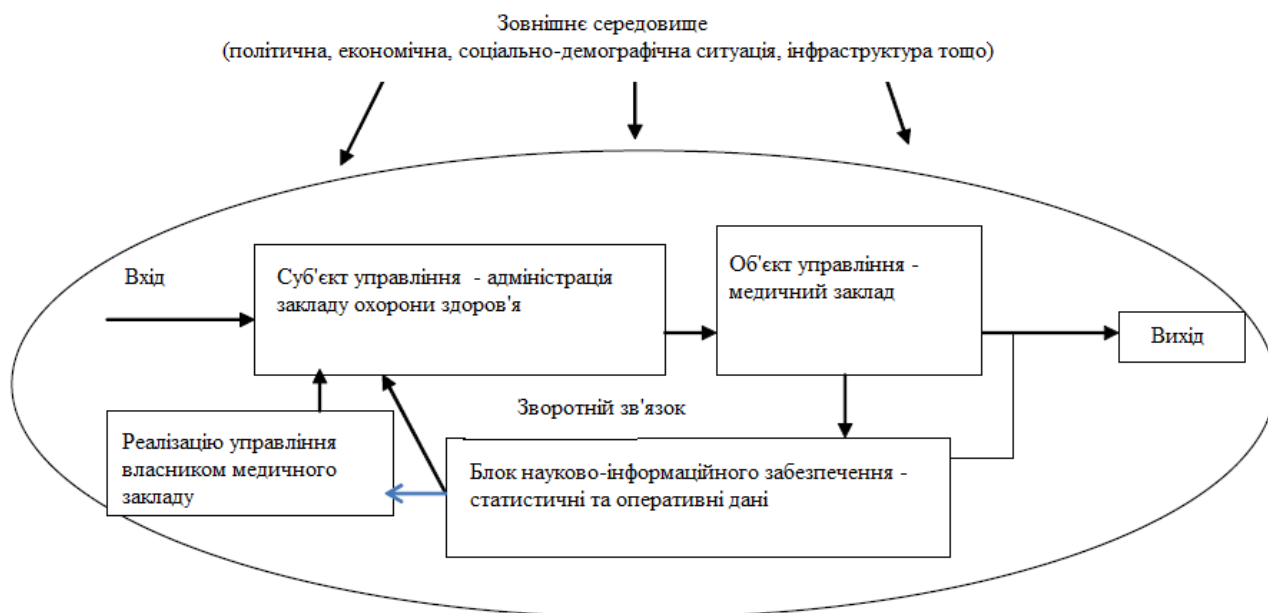


Рисунок 1.4 – Модель системного підходу до управління медичним закладом

На всі ці запитання відповідь потрібно надати одночасно. Медична послуга має бути конкурентоспроможною.

Потім необхідно визначити параметри входу: які потрібні ресурси і яка інформація. Потреба в ресурсах та інформації прогнозується після вивчення організаційно-технічного рівня системи (рівень кваліфікації персоналу, якість обладнання, технології, організація праці, управління) та параметрів зовнішнього середовища (політичної, економічної, соціально-демографічної, культурної ситуації та інфраструктури конкретного об'єкта).

Зворотний зв'язок є комунікативним каналом від отримувачів послуги до її надавачів. У разі зміни вимог користувачів до медичних послуг, параметрів ринку, появи нових технологій система має відреагувати на ці зміни і внести відповідні зміни в параметри функціонування. Реакція системи відображається в плануванні, зміні функцій усередині організації. Організація є основною складовою і забезпечує взаємодію між підсистемами та всією системою. Організація об'єднує ресурси (людей, матеріальні засоби, фінанси) і визначає правила (права та відповідальність).

Особливістю системи надання медичних послуг є відсутність виробництва в технічному розумінні цього слова.

Процес надання медичної послуги є комбінацією з праці медичного персоналу і медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги. Під обладнанням ми розуміємо будь-які матеріальні речі, що необхідні для надання медичної послуги.

Медичні послуги складаються з двох великих підгруп: індивідуальних і загального користування. Під індивідуальною медичною послугою будемо розуміти будь-який контакт споживача по слуги з її надавачем, який здобув медичну освіту, обізнаний з медичних питань, діяльність якого приносить пряму користь виключно користувачеві.

Медичні послуги загального користування – це будь-який контакт споживача з надавачем, який здобув медичну освіту, обізнаний з медико-санітарних питань, діяльність якого приносить пряму користь суспільству в цілому.

Слід зауважити, що перша модель системи управління наданням медичних послуг, включає:

- здійснення управління власником закладу;
- суб'єктом управління є адміністрація закладу;
- об'єктом управління є медичний персонал закладу;
- блоком науково-інформаційного забезпечення є інформаційно-аналітичний відділ;
- вхід: медичний персонал, обладнання, інформація;
- вихід: надання медичної послуги, інформація.

Для забезпечення конкурентоспроможності медичної послуги необхідно звернути увагу на таке:

- результати проведених маркетингових досліджень мають гарантувати кращі світові досягнення під час надання конкретної медичної послуги (параметри виходу мають бути якісними);
- вхід системи має бути високої якості:

кваліфікований, добре навчений персонал, з позитивними психоемоційними характеристиками. У процесі оцінювання персоналу необхідно враховувати його професійні складові (спеціальність, освіта за фахом, наявність наукового ступеня, додаткова освіта, спеціальна підготовка, володіння обладнанням, комп'ютером, знання іноземних мов, систематичне підвищення рівня професійних знань) та особисті якості (усна мова – здатність чітко викладати свої думки під час спілкування із співробітниками та відвідувачами), уміння самостійно працювати з документами, знання основ діловодства, уміння приймати самостійні рішення, організаційні здібності;

сучасне обладнання, що відповідає сучасним параметрам якості надання медичних послуг;

гарний стан будівель та приміщень;

– зовнішнє середовище має сприяти нормальному перебігу процесів у системі.

Ця модель описує медичний заклад як систему, що складається з медичного персоналу та обладнання будівлі, інформації. Чим вищий їх рівень якості, тим більша вірогідність отримання якісної медичної послуги.

Друга модель системи управління наданням медичних послуг передбачає:

- здійснення управління власником закладу;
- суб'єктом управління є керівний склад закладу;
- об'єктом управління є медичний персонал закладу;
- блоком науково-інформаційного забезпечення є інформаційно-аналітичний відділ;
- вхід: хвора людина (з порушеними параметрами життєдіяльності);
- вихід: здорова людина (з відновленими параметрами життєдіяльності).

Ця модель передбачає добре організовану роботу об'єкта управління, оскільки вхід (хворий) має змінні параметри й ефективність роботи об'єкта управління буде залежати від:

- якості виміру параметрів хворого;
- часу, що витрачений на вимір параметрів;

- часу, що витрачений на інтерпретацію параметрів (установлення діагнозу);
- часу, від установлення діагнозу до початку лікування;
- часу, витраченого на лікування;
- кількості повторних вимірів параметрів;
- відповідності кінцевих вимірів параметрів установленим стандартам;
- наявності інформації про хворого до його звернення до закладу (особисті параметри).

Таким чином, стає очевидним, що постійне, систематичне спостереження за станом здоров'я людини є необхідною умовою для отримання швидкого та якісного результату: нормалізації параметрів життєдіяльності організму. Потрібно врахувати, що ці параметри індивідуальні і змінюються з віком, залежать від впливу зовнішнього середовища тощо. Параметри життєдіяльності організму можуть відрізнятися від стандартизованих показників, що викладені в підручниках із медицини. Тільки систематичні спостереження за здоров'ям споживача можуть дати точну відповідь. Систематичний нагляд за параметрами життєдіяльності організму необхідно проводити протягом певного часу і чим довший проміжок спостереження, тим кращу інтерпретацію результатів можливо отримати. Усе це бажано робити одному лікарю, який спостерігає за станом здоров'я пацієнта.

Разом з цим можна описати медичний заклад як систему з інших точок зору. Це приведе до більш широкого висвітлення всіх аспектів функціонування закладу охорони здоров'я та системи надання медичних послуг.

З метою запобігання проблемам функціонування медичного закладу необхідне чітке розуміння того, що будь-який медичний заклад складається з підсистем, які є самостійними системами, меншими за структурами: реєстратура, приймальне відділення, діагностичні відділи, лабораторія, рентгенологічний відділ, лікувальні відділення, операційний блок та ін. Отже, медичний заклад є складною системою.

У функціонуванні складного об'єкта існують небезпечні моменти. Небезпека полягає в тому, що складні системи схильні до неупорядкованості, тобто мають відцентрові тенденції. Наприклад, діагностичні відділення часто беруть на себе лікувальні функції, які не належать до них за функціональними обов'язками. Окремі фахівці бажають взяти на себе всі функції медичного закладу.

Негативним тенденціям, пов'язаним з неупорядкованістю складних систем, запобігти можна, застосовуючи екстраполяцію поведінки системи, тобто поширенням висновків, отриманих щодо однієї частини якоїсь системи, на іншу частину тієї самої системи, скороченням циклу управління, створенням нормативної бази взаємодії між підсистемами медичного закладу.

Отже, управління медичними закладами як складними системами необхідно проводити в кілька етапів.

На першому етапі слід сформулювати мету, визначивши бажані показники, наприклад збільшення переліку медичних послуг, що надаються в лікувальній установі через відкриття відділення нових методів діагностики, які потрібно опанувати під час прийняття управлінського рішення.

На другому етапі потрібно визначити об'єкт, виділивши його із середовища, з'ясувати управляючий вплив та реакцію на нього, виявити обмеження. На цьому етапі виникає проблема керованості системи – здатності системи змінюватися під впливом управлінських дій.

На третьому етапі необхідно провести структурний синтез моделі: визначення структури, зв'язків.

На четвертому етапі проводиться ідентифікація параметрів моделі: чітке розуміння складових системи, які функції передбачається виконувати, чи є для цього необхідні матеріальні, людські, фінансові можливості, які додаткові функції вони могли б виконати за певних умов.

На п'ятому етапі – планування експерименту – застосовуються є різні види моделювання для прогнозування отриманого результату і зменшення вірогідності отримання небажаних результатів.

На шостому етапі проводиться синтез управління: підготовка виконавчих дій, нормативних документів і чіткий їх розподіл між виконавцями.

Останній, сьомий, етап – безпосереднє здійснення управління: організація виконавчих дій, контроль за ними, за необхідності їх коригування.

Таким чином, узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна зробити такі висновки.

Управління закладом охорони здоров'я, який є складною системою, має ґрунтуватися на загальних принципах теорії систем.

Застосування системного підходу до управління закладом охорони здоров'я дає змогу покращити процеси керівництва, а відтак позитивно впливає на розвиток системи охорони здоров'я в цілому.

Чим вищий рівень якості складових системи управління надання медичних послуг (медичний персонал, обладнання, будівлі, інформація тощо), тим більша вірогідність отримання якісної медичної послуги.

Надання медичної послуги залежить від двох важливих факторів: людських ресурсів та обладнання. Під час надання медичних послуг людський фактор є вирішальним.

Описуючи медичний заклад як відкриту систему можливо створити моделі, які висвітлюють її в різних аспектах.

Кожна підсистема лікувального закладу має бути керована, пов'язана з іншими відповідними нормативними документами. Відсутність цих документів є ознакою некерованої системи.

Серед напрямів подальших досліджень зазначеної проблематики на особливу увагу, з нашого погляду, заслуговують питання формування інноваційних підходів розвитку методів управління закладами охорони здоров'я, що базуються на основі системного підходу для покращення якості надання медичних послуг населенню.

1.3 Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах

Специфіка функціонування у сфері охорони здоров'я вимагає особливого підходу з огляду на особливості продукту, що випускається на ринок, – медичної послуги. Соціальна значущість медичного бізнесу диктує застосування особливих методів менеджменту і маркетингу. З кожним роком у країні стабільно збільшується сектор комерційних медичних послуг, і населення все більше адаптується до їх платності. Однак менталітет значної частини населення досі не дає змоги прийняти платну медицину як факт.

Слід розуміти, що результатом інноваційної діяльності в охороні здоров'я є розвиток медичних технологій, наукових досліджень і передового досвіду, спрямованих на отримання якісно нової ідеї оздоровлення, лікування, управління процесами в медичній галузі, отримання нових медичних товарів, технологій або послуг, що мають конкурентні переваги.

Інноваційний процес в охороні здоров'я являє собою послідовний ланцюг подій, у результаті яких інновація перетворюється з ідеї на конкретний продукт, технологію або послугу і поширюється в практичному використанні для досягнення загальномедичних цілей. Інновацій стосуються не тільки надання медичних послуг, а й організації командної роботи, тому викликають потребу в реінжинірингу процесів функціонування медичного закладу [33].

Одним із перспективних підходів до управління організаціями сфери охорони здоров'я слід розглядати процесно-орієнтований. Управління, засноване на ньому, розширює свої кордони і включає додаткові завдання: реінжиніринг медичних бізнес-процесів може здійснюватися успішно лише тоді, коли попередньо створені необхідні умови і відсутні проблеми, пов'язані з людським чинником; збереження вузькопрофесійними об'єднаннями своєї відособленості; недостатня обізнаність керівництва про широкий спектр наявних альтернатив і недостатні фінансові ресурси ускладнюють поширення клієнтоорієнтованих

сучасних процесних технологій; можливості для інновацій і докорінних змін забезпечуються за допомогою вибору відповідних комбінацій нових інформаційних технологій, з якими повною мірою знайомі лише деякі клініки; методичні аспекти моделювання бізнес-процесів повинні відповідати вимогам стратегічного управління, враховувати специфічні особливості кожного конкретного закладу і спиратися на принципи проектного управління, такі як командна робота, системний підхід, процесний підхід, система менеджменту якості, система збалансованих показників і принцип постійного поліпшення.

На кожному функціональному рівні, у кожному відділенні установи для керівників повинні бути поставлені свої цілі й зафіксовані свої критерії ефективності, що, на жаль, поки що не зроблено в багатьох закладах охорони здоров'я. Недостатня чіткість у баченні суті діяльності часто не дає змоги менеджменту медичної установи виділити ключові цілі, сформувані ієрархію пріоритетів, спланувати розвиток послуг і супутній сервіс. Застосування управління з орієнтацією на бізнес-процеси в медичному секторі не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи для розвитку.

Однак проведення технологій такого плану в установах охорони здоров'я ускладнюється низкою чинників, що перешкоджають широкому впровадженню процесного підходу до менеджменту, зокрема небажання співробітників виходити за рамки своєї вузької спеціалізації.

Проблеми, що виникають у ході проведення реінжинірингу, можуть бути вирішені завдяки орієнтації на задоволення потреб пацієнта і медичного персоналу. Багато медичних установ відчувають нестачу в ресурсах, необхідних для розроблення якісно нових моделей роботи, внаслідок чого швидше за потребою, ніж на переконання, вважають за краще реінжинірингу бізнес-процесів технологію безперервного вдосконалення.

Управління комерційними установами охорони здоров'я носить більш гнучкий характер порівняно з державними, зважаючи на відсутність підзвітності фінансуючим органам. Сьогодні приватні медичні установи становлять сильну

конкуренцію державному сектору завдяки можливості забезпечити не тільки високу якість послуг, а й високий сервіс.

Інновації у системі управління закладами охорони здоров'я – це результат інноваційної діяльності, що реалізується у вигляді забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження новітніх прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення і лікарських засобів, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування (медичні інновації), розроблення програмних засобів опрацювання інформації, створення нових моделей функціонування закладів охорони здоров'я і розвитку персоналу; має вплив на поліпшення здоров'я населення та економічних показників суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я. Розкриття поняття «інновації» зумовлене практичним застосуванням у контексті здійснення інноваційного розвитку. Характеристики інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я наведено в табл. 1.

Питання трансформації економічних засад інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я мають бути спрямовані на формування зрозумілих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [34, с. 107].

Інноваційний розвиток закладів охорони здоров'я доцільно охарактеризувати як нову модель організації та забезпечення доступного медичного обслуговування населення, що ґрунтується на інноваціях, характеризується ухваленням стратегічних рішень в інноваційній діяльності на всіх ієрархічних рівнях національної економіки. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – динамічний процес структурного вдосконалення сфери завдяки втіленню новітніх знань задля поліпшення якості надання медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я з орієнтацією на інноваційні перетворення. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – це вагома та витратна для держави справа, яка потребує постійного вдосконалення з метою поліпшення її функціонування та

забезпечення виконання своїх соціальних функцій, що можливо за рахунок упровадження низки загальнонаціональних заходів та програм [33].

Таблиця 1.1 – Характеристика інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я

Критерія	Характеристика
Елементи соціальної функції	<ul style="list-style-type: none"> – створення системи стратегічного управління інноваційним розвитком закладами охорони здоров'я України; – збільшення обсягу наукових розробок за рахунок коштів комерційних структур; – проведення соціологічних та статистичних досліджень із метою оцінки потреб суспільства в інноваціях, зокрема лікарських засобах; – державний контроль забезпечення необхідними якісними медичними послугами всього населення; – визначення законодавчо чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватися у державних закладах охорони здоров'я безкоштовно та за відповідного фінансування цих закладів; – створення зв'язків між фінансуванням державних закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їхньої роботи; – підвищення рівня фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок розроблення та реалізації механізму державно-приватного партнерства; – нормативне розроблення українських медичних стандартів згідно з міжнародними стандартами якості надання медичних послуг; – впровадження обов'язкового медичного страхування громадян
Ознаки інноваційної діяльності сфери охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – основним предметом є впровадження, використання та комерціалізація результатів наукових досліджень і розробок у виробництві та соціальній сфері; – об'єктом виступають нематеріальні блага – результати інтелектуальної діяльності, які доводяться до стану інноваційного продукту та впроваджуються як інновації; – результати мають довгостроковий характер; – властивий високий ступінь непередбачуваності наслідків та результатів, що свідчить про її ризиковий характер; – передбачає фінансування робіт із реалізації інноваційного проекту щодо впровадження та використання результатів наукових досліджень і розробок, тобто супроводжується інвестуванням грошових коштів у нематеріальні об'єкти, що фактично становить інший елемент предмета інноваційної діяльності; – викликає позитивні соціально-економічні зміни; – одним із результатів її здійснення є підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я та продукції чи медичних послуг, що ними випускається чи надається на основі реалізації інновацій

Важливим у цьому напрямі є вирішення проблем кадрової політики вдосконалення інноваційної політики для підвищення ефективності використання інноваційного потенціалу закладів охорони здоров'я, реалізацію напрямів їхньої інноваційної діяльності представлено на рис. 1.5.

У медичній галузі під інноваціями слід розуміти цілеспрямовані перетворення в галузі, у т. ч. в її організаційній структурі та економічному механізмі, спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів та якості надання медичної допомоги, а також найбільше задоволення потреби населення в послугах охорони здоров'я. Задля досягнення зазначеної мети необхідне вирішення таких завдань [34, с. 107]:

- створення концепції і стратегії інноваційного розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях управління;
- формування інноваційного організаційно-економічного механізму в охороні здоров'я;
- вдосконалення нормативної правової бази інноваційного розвитку охорони здоров'я, у тому числі в частині наукового забезпечення;
- формування та функціонування інноваційного механізму діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління багато в чому визначається державною політикою в галузі охорони здоров'я. Найважливішими напрямками державної політики в галузі інноваційного розвитку охорони здоров'я є [35, с. 167]:
 - формування регіональної інноваційної системи охорони здоров'я для реалізації стратегічних національних пріоритетів країни та регіону;
 - формування інноваційної інфраструктури охорони здоров'я та ефективне управління майновим комплексом;

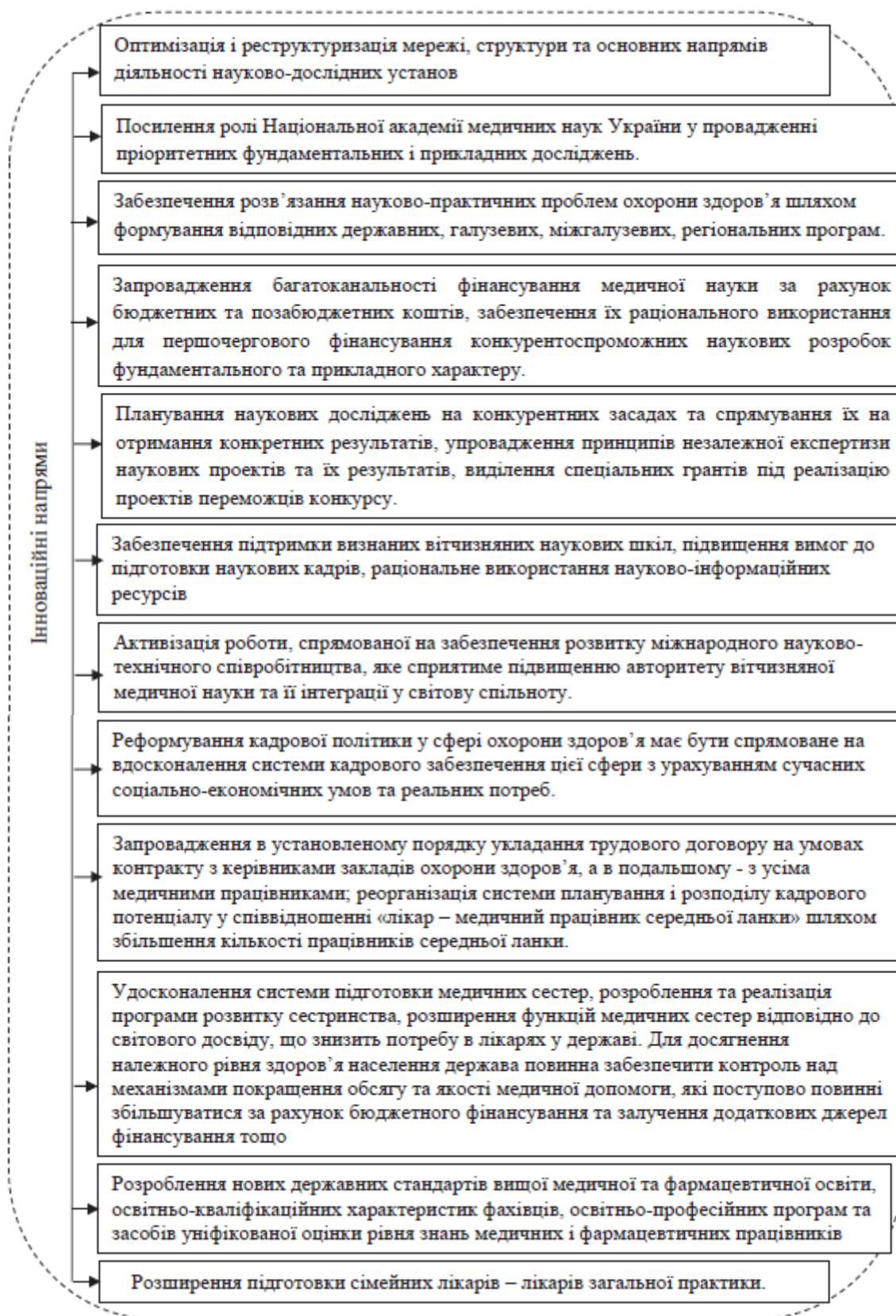


Рисунок 1.5 – Інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором з використанням [31-36]

– формування інноваційного механізму фінансово-економічних відносин та економічної політики, спрямованої на ефективне використання бюджетних (позабюджетних) коштів. Перехід від фінансування «утримання закладів» до фінансування діяльності установ охорони здоров'я, націленої на досягнення результату;

– удосконалення механізму взаємодії між учасниками інноваційного процесу в охороні здоров'я (органи управління охороною здоров'я, заклади охорони здоров'я, освітні та наукові установи, територіальні фонди обов'язкового медичного страхування (ОМС), страхові медичні організації (СМО), органи виконавчої і законодавчої влади);

– орієнтація діяльності органів управління охороною здоров'я та установ охорони здоров'я на кінцевий результат;

– управління інноваційною діяльністю в системі охорони здоров'я (установах охорони здоров'я) на основі системного підходу (як вже зазначалося у попередньому підпункті), який робить можливим комплексне вивчення інноваційної системи як єдиного цілого з вивченням його структурних компонентів (підсистеми, елементи), взаємозв'язків і фінансово-економічних відносин, виявленням ролі кожного структурного компонента в інноваційній діяльності.

Діяльність медичної галузі необхідно організовувати, орієнтуючись на розвиток інновацій у сфері охорони здоров'я, вдосконалюючи існуючі бізнес-процеси, розробляючи й упроваджуючи проекти створення нових медичних проектів на основі інструментів проектного менеджменту (рис. 1.6).

Таким чином, в основі інноваційного підходу до управління закладами охорони здоров'я лежать системні перетворення в галузі, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативно-правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дають змогу, з одного боку, підвищити якість і доступність медичної допомоги, а з іншого – підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я.

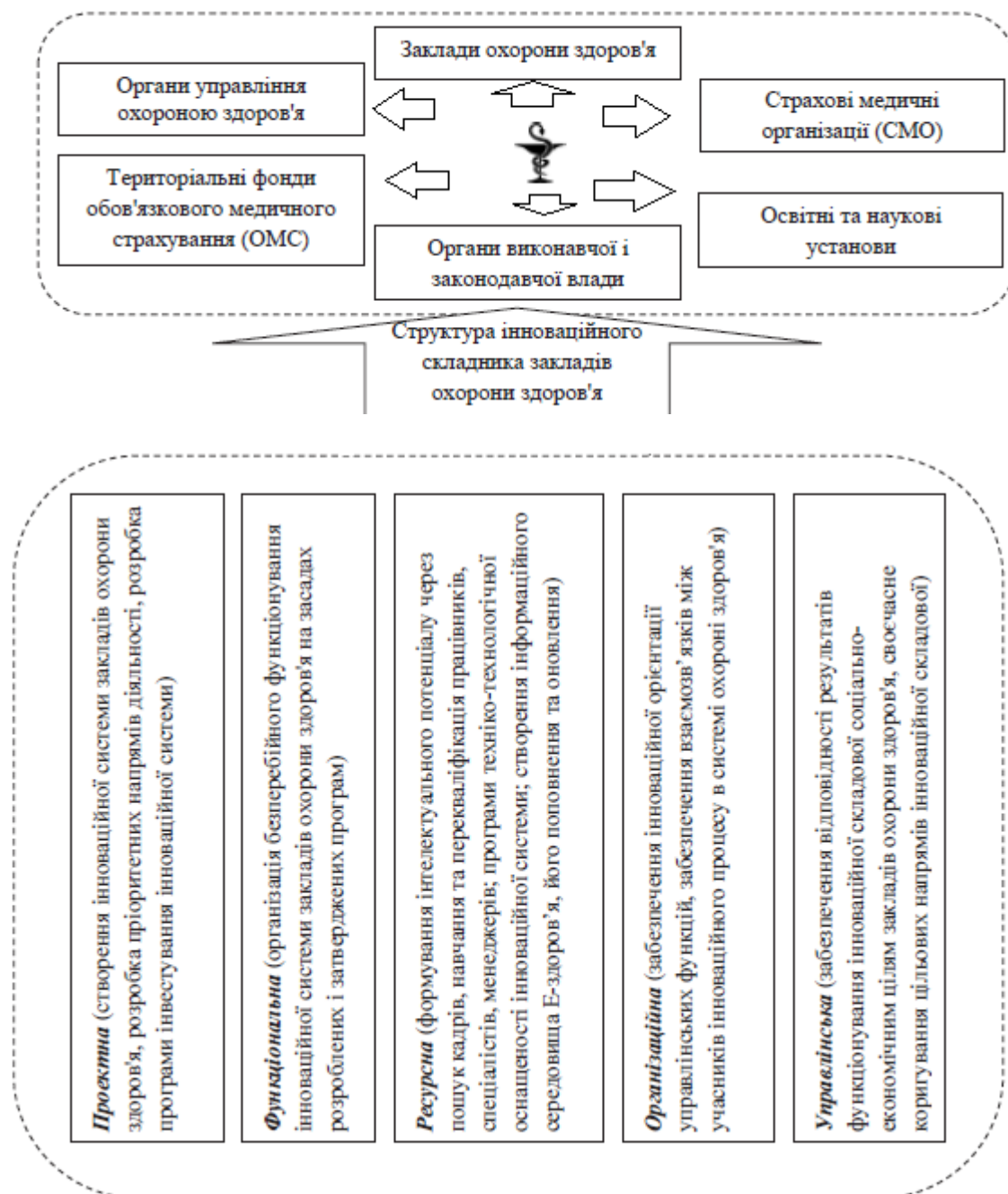


Рисунок 1.6 – Схема моделі взаємодії учасників інноваційного процесу в системі охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором з використанням [31-36]

Застосовувати проектне управління до медичної галузі необхідно для розвитку системи охорони здоров'я та установ охорони здоров'я, у тому числі державно-приватного партнерства, ефективного управління інвестиціями і

спрямованих на досягнення бажаного результату з погляду показників здоров'я населення, якості роботи закладів охорони здоров'я [31, с. 123].

Успіх інноваційного управління залежить від спроможності створити для нововведень стимулюючі внутрішні і зовнішні рамкові умови. Інноваційний процес вимагає стратегічного планування й орієнтованого на ринок управління [35, с. 167]. Особливості проектного управління роблять його однією з найбільш поширених методологій управління насамперед тому, що вона являє собою ідеальну систему управління будь-якими змінами, дає змогу швидко й адекватно реагувати на зовнішні та внутрішні відхилення [36, с. 28].

В умовах мінливості зовнішнього середовища визначені нами суб'єкти взаємодії повинні розробляти та впроваджувати стратегію інноваційного розвитку. Пропонована модель забезпечить органічну взаємодію багатопланового комплексу прискорених технічних, технологічних, організаційних, економічних та індивідуальних перетворень, формування науково-технічного потенціалу, достатнього для освоєння і застосування нових технологій надання медичних послуг, практична реалізація яких забезпечить усім учасникам новий рівень конкурентоспроможності.

Функціонування сучасної системи охорони здоров'я України в умовах ринкових відносин та досить обмежених у закладах охорони здоров'я первинної ланки наявних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів вимагає розроблення заходів для зростання ефективності їх використання.

У зв'язку із цим виникають проблеми організаційно-економічного характеру, одними з яких є планування й управління процесами розроблення та впровадження медичних інновацій, спрямованих на задоволення споживачів якістю нових технологій медичної допомоги та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

Безумовно, орієнтуючись на максимально оптимальні якісні кінцеві результати, увага при цьому повинна також акцентуватися на раціоналізації використання наявних ресурсів.

Якість має ставати метою управління даним процесом під час розроблення та впровадження будь-якої нової медичної технології в рамках комплексного інтегрованого інноваційного циклу.

Для реалізації цих завдань необхідне розроблення практичних рекомендацій для керівництва закладів охорони здоров'я з чітким і науково обґрунтованим алгоритмом дій щодо управління впровадженням сучасних інноваційних технологій у діяльність медичних організацій.

Складність розроблення таких заходів зумовлена недостатністю рекомендацій загального характеру щодо конкретних технологій управління даним процесом у закладах охорони здоров'я в умовах ринкового середовища, тому нами запропоновано механізм розроблення та реалізації конкурентних стратегій у системі управління закладами охорони здоров'я.

Він передбачає вивчення умов, за яких вибрана стратегія забезпечує конкурентні переваги підприємства на ринку медичних послуг: адекватності організаційної структури і введення у закладах системи стратегічного управління; розроблення матриці розподілу функцій між підсистемами закладу та визначення взаємозалежності між ними; формування творчого мислення у виконавців програми; здатності фахівців кожної підсистеми визначати альтернативні варіанти досягнення необхідних результатів; визначення реальної оцінки конкурентів; наявності достатнього ресурсного потенціалу; сучасності технологічного і достатнього рівня доступу до інформаційного середовища е-здоров'я.

Розроблення конкурентних стратегій дає можливість закладам охорони здоров'я отримати стійкі конкурентні переваги шляхом ведення інтенсивної конкурентної боротьби, задовольняти потреби споживачів медичних послуг на основі інноваційних технологій краще, ніж це роблять конкуренти.

Варто зазначити, що в основу моделі системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) покладено застосування комплексного підходу до надання медичної допомоги, який базується на принципах усебічної продовженої, координованої, профілактичної медичної допомоги та зміцнення здоров'я, орієнтованих на

потреби пацієнта, його родини і громади. Практика сімейної медицини в моделі розглядається як усебічний системний підхід до охорони здоров'я, коли лікар загальної практики – сімейний лікар (ЗП-СЛ) виступає як координатор, керуючий різними біопсихосоціальними системами і чинниками з активним системним залученням усіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси для того, щоб забезпечити позитивний вплив на здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади.

Модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД була сформована, орієнтуючись на основні складові елементи громадсько орієнтованої первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб громад, а саме:

- забезпечення доступу пацієнтам до ПМСД та всієї необхідної для них інформації, що включає швидке реагування на потреби пацієнта, надання медичної допомоги поза робочі години, доступну інформацію як про пацієнта, так і про дані лабораторних досліджень, Інтернет-сервіс, групові візити пацієнтів, рівну допомогу для громад різних культур і віросповідань;

- холістичний підхід, або допомога, орієнтована на пацієнта, що включає всебічну медичну допомогу як для хронічних, так і гострих станів, запобігання захворюваності та проведення скринінгів, хірургічні втручання в межах компетенції лікарів ЗП-СЛ, доступ до високотехнологічної діагностичної і лабораторної діагностики;

- сучасні технології управління ПМСД, професійний менеджмент, що включає використання фінансового менеджменту для практики ПМСД, збільшення заробітної плати (за критеріями роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік і аудит, оптимізацію кадрового забезпечення, обслуговування медичного устаткування, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами;

- використання медичних інформаційних систем, що включає електронні медичні записи, електронні рахунки та звіти, електронні рецепти, підтримку з

боку доказової медицини, електронний реєстр хворих, веб- сторінку закладу охорони здоров'я, портал пацієнта, єдиний інформаційний медичний простір;

– просування здорового способу життя, охорона здоров'я, що включає популяційний менеджмент, заохочення і просування здорового способу життя, запобігання захворюваності, лікування хронічних захворювань, заохочення хворих до змін способу життя та їх санітарну просвіту;

– координація медичної допомоги, що включає використання ресурсів громади, формування взаємовигідних відносин, роботу у відділенні невідкладної допомоги, забезпечення стаціонарного лікування, психологічну допомогу, координацію акушерсько-гінекологічної допомоги, координацію вузькоспеціалізованої допомоги, підтримку діяльності з боку фармацевтів, реабілітаційну і фізіотерапевтичну допомогу, консиліумний розгляд випадків, транспортне забезпечення;

– якість і безпека діяльності, що включає практику застосування найкращої доказової медицини, керування лікуванням, зворотний зв'язок щодо вивчення задоволеності пацієнтів, аналіз клінічної діяльності, підтримку належної якості, управління ризиками, відповідність діяльності чинному законодавству;

– командна медична практика, що включає лідерство провайдера/конкуренцію надавачів медичних послуг, формування спільної місії та бачення, ефективні комунікації, окреслення завдань відповідно до професійних умінь і навичок, активну й повноцінну роботу сімейних медсестер, активне залучення пацієнтів, формування додаткових можливостей для родин пацієнтів.

Тобто основні складники системної моделі громадсько орієнтованої ПМСД становлять єдину організаційно-функціональну структуру, об'єднану за базовим принципом охорони здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади, коли лікарі ЗП-СЛ виступають у ролі координаторів медичного забезпечення з активним залученням усіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього відповідну підготовку, необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси.

У міжнародній практиці в рамках упровадження інноваційних методів профілактики, лікування та діагностики особлива увага приділяється процесу вибору необхідної медичної технології. Наприклад, в умовах Національної системи охорони здоров'я Великобританії вибір тієї чи іншої медичної технології визначається на основі наявних доказів її клінічної ефективності та економічної доцільності [32, с. 101].

Клінічна ефективність медичної технології визначається за допомогою застосування підходів доказової медицини, причому рішення про застосування профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів приймається виходячи з наявних доказів їхньої ефективності і безпеки, які піддаються порівнянню, узагальненню й широкому поширенню для використання в інтересах пацієнтів.

Економічна доцільність медичної технології визначається за допомогою аналізу ефективності витрат (cost-effectiveness analysis), аналізу рентабельності (cost-benefit analysis) та/або аналізу корисності витрат (cost-utility analysis).

У більшості розвинених країн світу на національному рівні організуються центри і розробляються програми з оцінки медичних технологій (ОМТ) – це систематична оцінка властивостей, впливів або інших наслідків технологій в охороні здоров'я. Основною метою ОМТ є поінформоване ухвалення рішень в охороні здоров'я, у тому числі рішень, прийнятих на рівні індивідуального пацієнта, на рівні постачальника медичних послуг і медичних організацій, або на регіональному, національному та міжнародному рівнях [32, с. 101].

Інноваційні проекти часто вимагають певних фінансових витрат. Світова тенденція розглядати економічну доцільність розподілу фінансових ресурсів призвела до створення бюджетування, орієнтованого на результати (БОР, або performance-based budgeting) [33]. За такого підходу планування витрат здійснюється в безпосередньому зв'язку з кінцевими бажаними результатами.

Впровадження інноваційних технологій, у тому числі й у первинній ланці охорони здоров'я, а саме нових методів профілактики, діагностики та лікування, організаційних технологій тощо, включає у себе три основних етапи: придбання первинної інформації (знань і технічних навичок) про технології; організацію

впровадження технології з рішенням матеріально-технічних, юридичних, фінансових і кадрових питань надання послуги або продукту; і після впровадження – підтримку організаційних заходів, таких як отримання державного замовлення на медичні послуги з урахуванням запровадженої технології, маркетинг-технології тощо. На першому етапі спеціаліст або організація набувають первинні знання про інновації, а також технічні навички, необхідні для впровадження технології.

У процесі аналітичного вивчення показників діяльності закладів ПМСД та медико-демографічних індикаторів здоров'я населення, релевантних до оцінки ефективності впровадження інноваційних організаційних, медичних, освітніх технологій у первинну ланку системи охорони здоров'я, були визначені дві групи критеріїв як кінцевих результатів надання медичної допомоги.

Так, до критеріїв якості діяльності закладів охорони здоров'я ПМСД віднесено: визначення потреби пацієнтів у необхідних медичних послугах; раціональне використання ресурсів; профілактичну спрямованість у роботі; безперервність нагляду за членами сімей; ефективність лікування; впровадження сучасних медичних технологій; своєчасне та ефективне надання медичних послуг; розширення обсягу спеціалізованої допомоги в практиці сімейної медицини.

До критеріїв ефективності надання медичної допомоги населенню віднесено: зменшення захворюваності у вікових групах; зниження смертності; відсутність ускладнень у перебігу хвороби протягом року; одужання; зміну способу життя; зменшення втрат у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю; зменшення виходу на первинну інвалідність; подовження «здорових років життя»; стійку ремісію; перерозподіл пацієнтів у групах здоров'я.

Разом із тим викликає науковий інтерес класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій, відповідно до якої можна визначити такі рівні:

I рівень – початковий, базовий;

II рівень – стандартизований;

III рівень – комплексний, розвинутий, орієнтований на модернізацію;

IV рівень – реалізуючий інновації, здатний до динамічного та самостійного розвитку.

Дана класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій дає змогу всебічно оцінити досягнення закладу охорони здоров'я у цій галузі за основними напрямками: лікувально-діагностичний процес, систему організаційно-управлінського та інформаційного забезпечення, а також дає можливість медичним організаціям виявляти сильні та слабкі моменти свого інноваційного розвитку, розробляти і здійснювати необхідні заходи щодо активізації інноваційної діяльності за пріоритетними напрямками [32, с. 101; 33; 34, с. 107].

Основними джерелами розроблення медичних інновацій у нашій країні є вищі медичні навчальні заклади, науково-дослідні установи, інноваційна активність яких оцінюється кількістю патентів, винаходів, ноу-хау, публікацій.

Однак варто зазначити, що для практичної охорони здоров'я більш важливими показниками стають показники ефективності впровадження нових медичних технологій у клінічну практику, питома вага закладів охорони здоров'я, що здійснюють технологічні медичні інновації, тобто розроблення й упровадження нових або вдосконалених медичних товарів, робіт, послуг, технологічних процесів, та інші види інноваційної діяльності.

Враховуючи це, для оцінки реального інноваційного розвитку практичних закладів охорони здоров'я доцільним убачається орієнтуватися не на загальноприйняті показники оцінки результативності фундаментальних досліджень (кількість патентних заявок і виданих патентів, індекс публікаційної активності співробітників тощо), оскільки їх кількість не впливає на показники здоров'я населення й ураховується в загальному індексі інноваційного розвитку регіону.

Разом із тим для практичної охорони здоров'я важливі, насамперед, медико-демографічні показники, на динаміку яких має вплинути впровадження інновацій, а також кількісні та економічні показники ефективності впровадження медичних технологій у клінічну практику.

Так, має цільову практичну спрямованість розроблений комплекс із 34 показників [36, с. 28], що складається з медико-демографічних показників, об'ємних (кількісних) показників інноваційного розвитку, ресурсотехнологічних та економічних коефіцієнтів, який може, на нашу думку, успішно використовуватися для оцінки ефективності впровадження інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічної мережі.

Одним із ключових компонентів успішного впровадження інноваційних медичних технологій є розроблення основних принципів та технологій застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, медичних інформаційних систем як окремого напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

Рациональне використання інноваційних медичних інформаційних систем суттєво впливає на підвищення якості та доступності медичних послуг населенню, у тому числі за рахунок зручного моніторингу та аналізу показників якості медичної допомоги, планування та управління ресурсами як первинної ланки, так і системи охорони здоров'я у цілому.

Без застосування сучасного комп'ютерного та програмного забезпечення практично неможливо забезпечити повноцінний моніторинг стану здоров'я населення, формувати потоки пацієнтів і керувати ними та ресурсними базами, здійснювати зворотний зв'язок та оперативний контроль над дотриманням нормативів та стандартів лікування, забезпечувати перехід від постатейного бюджетування до сучасних методів економічного управління у сфері охорони здоров'я. Впровадження інформаційних систем є значним інформаційним та фінансовим підґрунтям для керівників закладів охорони здоров'я на шляху до розширення автономізації та роботи в нових економічних умовах.

Висновки до першого розділу

Завдяки огляду теоретико-методичних основ управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах ми дійшли таких висновків.

1. Тракткування поняття «управління охороною здоров'я», базується на суб'єктно-об'єктних підходах, враховує цільову спрямованість та інтегральне завдання функціонування галузі, а також визначає управління охороною здоров'я як процес цілеспрямованого впливу з боку суб'єктів управління на виробництво, розподіл і споживання медичних послуг за допомогою рішення взаємопов'язаних медичних, соціальних та економічних завдань охорони здоров'я з метою збільшення тривалості життя населення.

В результаті дослідження існуючих моделей організації системи управління охороною здоров'я, з урахуванням наукових поглядів на функції і методи управління запропонована схема взаємозв'язку функцій і методів залежно від рівня управління і моделі, що застосовується для організації системи охорони здоров'я.

2. Управління закладом охорони здоров'я, який є складною системою, має ґрунтуватися на загальних принципах теорії систем. Застосування системного підходу до управління закладом охорони здоров'я дає змогу покращити процеси керівництва, а відтак позитивно впливає на розвиток системи охорони здоров'я в цілому. Чим вищий рівень якості складових системи управління надання медичних послуг (медичний персонал, обладнання, будівлі, інформація тощо), тим більша вірогідність отримання якісної медичної послуги. Надання медичної послуги залежить від двох важливих факторів: людських ресурсів та обладнання. Під час надання медичних послуг людський фактор є вирішальним.

Описуючи медичний заклад як відкриту систему можливо створити моделі, які висвітлюють її в різних аспектах. Кожна підсистема лікувального закладу має бути керована, пов'язана з іншими відповідними нормативними документами. Відсутність цих документів є ознакою некерованої системи. Серед напрямів

подальших досліджень зазначеної проблематики на особливу увагу, з нашого погляду, заслуговують питання формування інноваційних підходів розвитку методів управління закладами охорони здоров'я, що базуються на основі системного підходу для покращення якості надання медичних послуг населенню.

3. Інновації стосуються не тільки надання медичних послуг, а й організації колективної роботи, що вимагає реінжинірингу процесів функціонування медичної установи. Доведено, що застосування управління, орієнтованого на бізнес-процеси в медичній сфері, не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи його розвитку. Проте виявлено низку чинників, які перешкоджають широкому впровадженню інновацій до управління, зокрема небажання співробітників виходити за межі вузької спеціалізації. Встановлено, що раціональне використання інноваційних медичних інформаційних систем має значний вплив на поліпшення якості та доступності медичних послуг для населення, у тому числі шляхом зручного моніторингу та аналізу показників якості охорони здоров'я, планування та управління ресурсами як первинної, так і системи охорони здоров'я загалом.

2 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРЕОЇ ДОПОМОГИ»

2.1 Правовий статус підприємства, мета та предмет функціонування

Комунальне некомерційне підприємство «Могилів-Подільський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Могилів-Подільської міської ради (далі – підприємство, КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД») є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним підприємством, що надає первинну медичну допомогу та здійснює управління медичним обслуговуванням населення міста Могилів-Подільський в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та статутом, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Підприємство створене за рішенням 23 сесії Могилів-Подільської міської ради 7 скликання від «22» березня 2018 року №613 (зі змінами внесеними рішенням 24 сесії міської ради 7 скликання від 29.05.2018 року № 628), що є засновником КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», є правонаступником усіх прав та обов'язків комунальної установи «Могилів-Подільський міський Центр первинної медико-санітарної допомоги».

Підприємство засновано на комунальній власності територіальної громади міста Могилів-Подільський. Засновником та власником КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» є територіальна громада міста Могилева-Подільського, від імені якої виступає Могилів-Подільська міська рада (засновник). Представником засновника є виконавчий комітет Могилів-Подільської міської ради (орган управління).

Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, а також рішеннями Могилів-Подільської міської ради, рішеннями виконавчого комітету Могилів-Подільської міської ради та розпорядженнями міського голови та іншими нормативно-правовими актами і статутом.

Розподіл отриманих доходів (прибутків) підприємства або їх частини серед засновників (учасників), працівників комунального некомерційного підприємства (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб забороняється.

Не вважається розподілом доходів підприємства використання підприємством власних доходів (прибутків) виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених його статутом.

Місцезнаходження підприємства:

24 000, Вінницька область, м. Могилів-Подільський, вул. Полтавська, 89/2.

Основною метою створення КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території міста Могилів-Подільський, але не обмежуючись вказаним населеним пунктом, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» є:

- медична практика з надання первинної та інших видів медичної допомоги населенню;
- забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку;

- організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- проведення профілактичних щеплень;
- планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів;
- консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя;
- взаємодія з суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;
- організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку;
- забезпечення дотримання міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- упровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів;
- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

- направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;
- участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;
- участь у державних та регіональних програмах щодо організації пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку та відповідно до фінансового бюджетного забезпечення галузі охорони здоров'я;
- участь у державних та регіональних програмах щодо скринінгових обстежень, профілактики, діагностики та лікування окремих захворювань у порядку визначеному відповідними програмами та законодавством; у
- участь у визначенні проблемних питань надання первинної медичної допомоги у місті та шляхів їх вирішення;
- надання рекомендацій органам місцевого самоврядування щодо розробки планів розвитку первинної медичної допомоги міста;
- медична практика;
- визначення потреби структурних підрозділів підприємства та населення у лікарських засобах, виробках медичного призначення, медичному обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;
- моніторинг забезпечення та раціональне використання лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та транспортних засобів;
- забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників підприємства;
- зберігання, перевезення, придбання, пересилання, відпуск, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, замісників їх аналогів, труйних та сильнодіючих речовин (засобів) згідно з вимогами чинного законодавства України;
- залучення медичних працівників для надання первинної медико-санітарної допомоги, в тому числі залучення лікарів, що працюють як фізичні особи-

підприємці за цивільно-правовими договорами, підтримка професійного розвитку медичних працівників для надання якісних послуг;

- закупівля, зберігання та використання ресурсів, необхідних для надання медичних послуг, зокрема лікарських засобів (у т.ч. наркотичних засобів та прекурсорів), обладнання та інвентарю;

- координація діяльності лікарів із надання первинної медичної допомоги з іншими суб'єктами надання медичної допомоги, зокрема закладами вторинної та третинної медичної допомоги, санаторіїв, а також з іншими службами, що опікуються добробутом населення, зокрема соціальна служба, та правоохоронними органами;

- надання платних послуг із медичного обслуговування населення відповідно до чинного законодавства України;

- надання елементів паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей;

- надання будь-яких послуг іншим суб'єктам господарювання, що надають первинну медичну допомогу на території міста;

- організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;

- інші функції, що випливають із покладених на підприємство завдань.

КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» може бути клінічною базою вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

Підприємство є юридичною особою публічного права. Права та обов'язки юридичної особи підприємство набуло з дня його державної реєстрації. КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» користується закріпленим за ним комунальним майном, що є власністю територіальної громади м. Могилів-Подільський на праві оперативного управління.

КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого органом управління, самостійно організовує виробництво продукції (робіт, послуг) і реалізує її за цінами (тарифами), що визначаються в порядку, встановленому законодавством.

Для здійснення господарської некомерційної діяльності підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством.

КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» має самостійний баланс, рахунки в Державному казначействі України, установах банків, круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами.

Підприємство має право укладати угоди (договори), набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути особою, яка бере участь у справі, що розглядається в судах України, міжнародних та третейських судах.

КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» за погодженням з міським головою визначає свою організаційну структуру, чисельність працівників і штатний розпис. За рішенням свого засновника затверджує структуру та штатну чисельність підприємства.

КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

Відповідно до власного статуту КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» має право:

– звертатися у порядку, передбаченому законодавством, до центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств і організацій, незалежно від форм власності та підпорядкування, для отримання інформації та матеріалів, необхідних для виконання покладених на нього завдань;

– самостійно планувати, організовувати і здійснювати свою статутну діяльність, визначати основні напрями свого розвитку відповідно до своїх завдань і цілей, у тому числі спрямовувати отримані від господарської діяльності кошти на своє утримання та матеріально-технічне забезпечення;

– укладати господарські угоди з підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та підпорядкування, а також фізичними особами відповідно до законодавства, здійснювати співробітництво з іноземними організаціями відповідно до законодавства;

– самостійно визначати напрями використання грошових коштів у порядку, визначеному чинним законодавством України, враховуючи норми статуту;

– забезпечувати своєчасну сплату податків та інших відрахувань згідно з чинним законодавством України;

– залучати підприємства, установи та організації для реалізації своїх статутних завдань у визначеному законодавством порядку;

– співпрацювати з іншими закладами охорони здоров'я, науковими установами та фізичними особами-підприємцями;

– надавати консультативну допомогу з питань, що належать до його компетенції, спеціалістам інших закладів охорони здоров'я за їх запитом;

– за рішенням свого засновника створювати структурні підрозділи підприємства відповідно до чинного законодавства України;

– здійснювати інші права, що не суперечать чинному законодавству.

Керівництво КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» здійснює бухгалтерський облік, веде фінансову та статистичну звітність згідно з законодавством України .

КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» планує свою діяльність з метою реалізації єдиної комплексної політики в галузі охорони здоров'я (зі свого напрямку) в місті (мети та предмету діяльності).

Керівництво підприємства намагається створювати для працівників належні і безпечні умови праці, забезпечувати додержання чинного законодавства України про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального

страхування, розробляти та реалізовувати кадрову політику, контролювати підвищення кваліфікації працівників.

Діяльність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» спрямовується на забезпечення своєчасної сплати податкових та інших обов'язкових платежів з урахуванням статутної діяльності та відповідно до чинного законодавства України, а також акумулювання власних надходжень та витрачання їх з метою забезпечення своєї діяльності відповідно до чинного законодавства України та статуту.

Економічну результативність роботи КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» розглянемо у наступному параграфі дипломоної роботи.

2.2 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства

Розпочнемо аналітичний огляд результатів діяльності КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» з характеристики величини та динаміки основних його техніко-економічних показників (табл 2.1), що були нами розраховані з використанням звітності підприємства (Додаток А).

Разом доходи КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» протягом 2017–2019 років постійно зростали з 10 258,238 тис.грн 2016 року та 14 032,000 тис. грн 2017 року до 17 769,000 тис. грн 2019 року.

Натомість середня кількість працівників підприємства щороку скорочувалася 2018 року на 14 осіб, а 2019 року на 2 особи.

Продуктивність праці персоналу КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» в межах розрахункового періоду була досить високою і постійн зростала: на 49,14 тис.грн/ос. 2018 року та 40,12 тис. грн. 2019 року.

Хоча чисельність персоналу підприємства, як зазначалося рануше, в період є 2017 по 2019 роки скоротилася на 16 осіб фонд заробітної плати штатних

працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» збільшився майже вдвічі з 6 330,00 тис.грн 2017 року та 12 066,00 тис. грн 2019 року.

Відповідно зазнала зростання середньомісячна заробітна плата працівників підприємства. В 2017 році вона становила 4,55 тис.грн/ос., 2018 року – 8,62 тис.грн/ос., 2019 року 10,06 тис.грн/ос.

Таблиця 2.1 – Основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Показник	Од.вим.	Рік			Абс.відх.	
		2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Разом доходи	тис.грн	10 258,238	14 032,000	17 769,000	3 773,76	3 737,00
Середня кількість працівників	ос.	116	102	100	-14	-2
Продуктивність праці персоналу	тис.грн/чол.	88,43	137,57	177,69	49,14	40,12
Фонд заробітної плати штатних працівників	тис.грн	6 330,00	10 553,60	12 066,00	4 223,60	1 512,40
Середньомісячна заробітна плата працівників	тис.грн/ос.	4,55	8,62	10,06	4,07	1,43
Разом витрати	тис.грн	10 621,940	13 374,000	18 355,000	2 752,06	4 981,00
Витрати на 1 грн. доходу	грн	1,04	0,95	1,03	-0,08	0,08
Чистий прибуток (збиток)	тис.грн	-363,702	658,000	-586,000	1 021,70	-1 244,00
Рентабельність (збитковість)	%	-3,42	4,92	-3,19	8,34	-8,11

Якщо порівняти динаміку основних показників з праці персоналу КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» можна помітити певну закономірність (рис. 2.1).

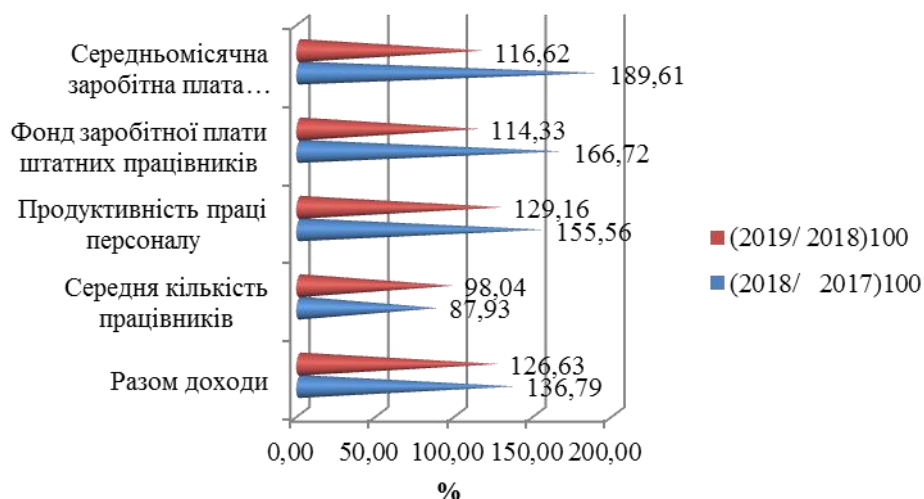


Рисунок 2.1 – Динаміка доходів та показників з праці персоналу
КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Значне збільшення фонду заробітної плати працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» зумовлено ймовірно зростанням доходів підприємства та скороченням кількості його персоналу.

Разом з тим, на рисунку 2.1 ми бачимо, що зростання продуктивності праці персоналу КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» 2018 року становило 55,56 %, 2019 року – 29,16 %, а збільшення фонду заробітної плати штатних працівників 2018 року складало 66,72%, 2019 року – 14,33 %, середня заробітна плата зросла на 89,61% та відповідно 16,62 %. Тобто помітно, що темпи зростання величини заробітної плати, зарплатного фонду персоналу підприємства в 2019 році приблизно співпадають з темпами збільшення продуктивності праці його працівників, та 2018 року ці показники значно перевищують темпи продуктивності. Проте розуміємо, що зарплата медиків, вважається, загалом невисокою, тому таке її збільшення є необхідним.

Витратність та доходність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» протягом розрахункового періоду змінювалася порізно. Разом витрати підприємства останні три роки постійно зростали. В 2017 році вони становили 10 621,940 тис.грн, в 2018 – 13 374,000 тис. грн., 2019 року – 18 355,000 тис. грн.

Витрати на 1 грн. доходу в 2018 році зменшилися на 0,08 грн, через рік збільшилися практично на ту ж величину. Загалом ми бачимо перевищення витрат над доходами, що підтверджує величина чистого прибутку (збитку) КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД». В 2017 та 2019 роках підприємство було збитковим, лише 2018 року КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» стало прибутковим. Тому в ці роки рентабельність 2018 року становила 4,92%, в 2017 році збитковість була на рівні 3,42 % та 2019 року – 3,19 %.

Щодо темпів показників доходу та витрат КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» протягом 2017–2019 років, то вони відображають зміни абсолютних показників підприємства (рис. 2.2).

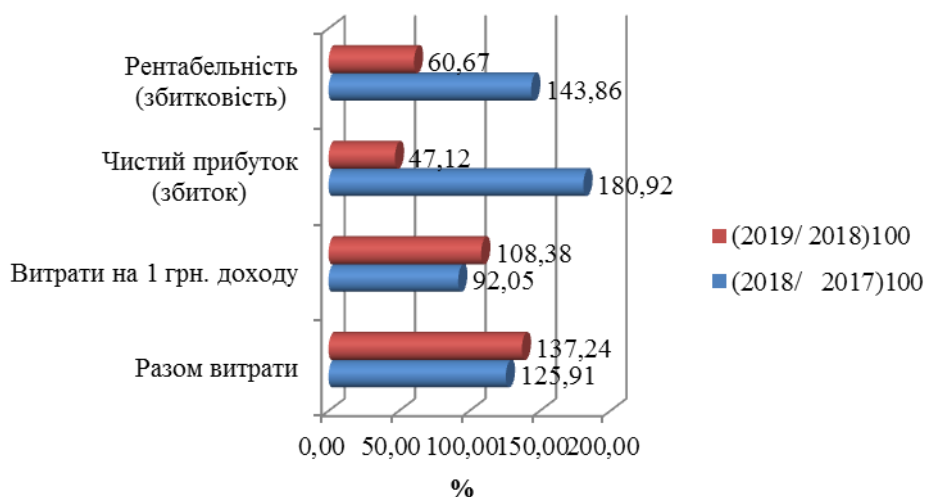


Рисунок 2.2 – Динаміка доходу та витрат КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Разом витрати КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» 2018 року збільшилися на 25,91 %, 2019 року зросли вже на 37,24 %. Витрати на 1 грн. доходу 2018 року скоротилися майже на 8 %, 2019 року знову зросли на 8 %.

Цікаво, що чистий прибуток 2018 року збільшився на 80,92 %, а через рік зменшився майже на 53%. Рентабельність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» 2018 року зросла на 43,86 %, наступного року скоротилася майже на 40 %.

Досить важливим для нормального функціонування будь-якого закладу є належне матеріально-технічне забезпечення, ситуацію з цією базою для КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» розглянемо у наступному параграфі роботи.

2.3 Аналіз статутного капіталу, майна та фінансування підприємства

Майно КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» є комунальною власністю і закріплюється за ним на праві оперативного управління. Майно підприємства становлять необоротні та оборотні активи, основні засоби та грошові кошти, а також інші цінності, передані йому засновником, вартість яких відображається у самостійному балансі.

Величина необоротних, оборотних активів та власного капіталу КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з 2017 по 2019 року змінювалася порізно (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Активи та пасиви КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», тис. грн

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Необоротні активи	1 627,000	1 532,000	1 107,000	-95,00	-425,00
Оборотні активи	254,000	1 097,000	1 710,000	843,00	613,00
Власний капітал	1 878,000	2 629,000	2 816,000	751,00	187,00
Поточні зобов'язання	3,000	0,000	1,000	-3,00	1,00

З таблиці 2.2 бачимо, що 2018 року необоротні активи КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» зменшилися на 95 тис.грн та 2019 року теж скоротилися на 425 тис.грн. Оборотні активи, власний капітал та поточні зобов'язання продемонстрували висхідну динаміку. Оборотні активи збільшилися 2018 року на 843,00 тис.грн та 2019 року на 613,00 тис.грн. Власний капітал

зріс на 751 тис. грн 2018 року та 187 тис. грн 2019 року. Поточні зобов'язання, на жаль, теж до 219 року дещо збільшилися.

Динаміка зміни вартості активів та пасивів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» була негативною для необоротних активів, що 2018 року зменшилися майже на 6 %, а 2019 року – майже на 28 % та позитивною для оборотних активів та власного капіталу (рис. 2.3).

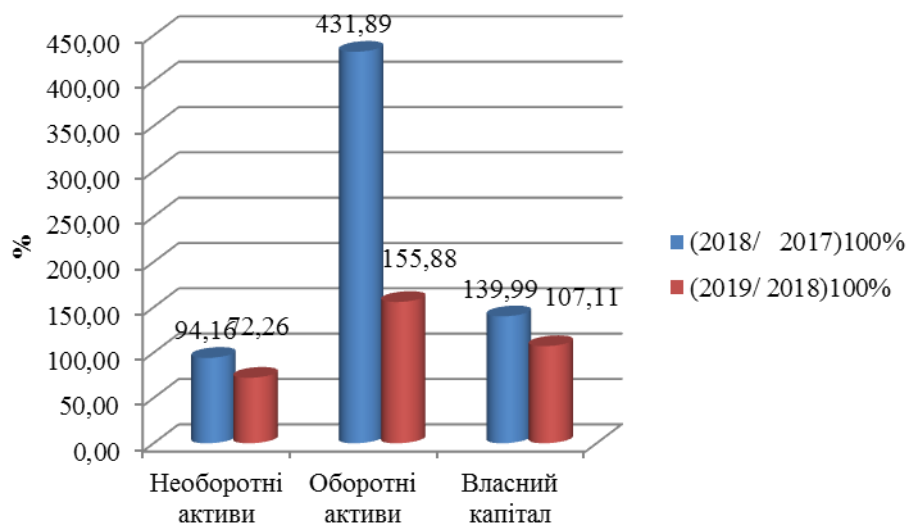


Рисунок 2.3 – Динаміки зміни вартості активів та пасивів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Оборотні активи протягом 2017–2019 років зростали на 331,89 % та 55,88 % відповідно, власний капітал збільшувався меншими темпами на 39,99 % та 7,11 %.

КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» не має право відчужувати або іншим способом розпоряджатись закріпленим за ним майном, що належить до основних фондів без попередньої згоди засновника. Підприємство не має права безоплатно передавати належне йому майно третім особам (юридичним чи фізичним особам) крім випадків, прямо передбачених законодавством. Усі питання, які стосуються відмови від права на земельну ділянку, що знаходиться на балансі КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» або її відчуження, вирішуються виключно засновником.

Джерелами формування майна та коштів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» є:

- комунальне майно, передане підприємству відповідно до рішення про його створення;
- кошти місцевого бюджету (бюджетні кошти);
- власні надходження підприємства: кошти від здачі в оренду (зі згоди засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг);
- цільові кошти;
- кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- кредити банків;
- майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб;
- майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі;
- майно та кошти, отримані з інших джерел, не заборонених чинним законодавством України;
- інші джерела, не заборонені законодавством.

Вилучення майна КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» може мати місце лише у випадках, передбачених чинним законодавством України.

Статутний капітал Підприємства становить: 3171986,59 грн. (три мільйона сто сімдесят одна тисяча дев'ятсот вісімдесят шість гривень 59 коп.).

Підприємство може одержувати кредити для виконання статутних завдань під гарантію засновника.

Підприємство має право надавати в оренду майно, закріплене за ним на праві оперативного управління, юридичними та фізичними особами відповідно до

чинного законодавства України та локальних нормативних актів органів місцевого самоврядування.

Підприємство самостійно здійснює оперативний, бухгалтерський облік, веде статистичну, бухгалтерську та медичну звітність і подає її органам, уповноваженим здійснювати контроль за відповідними напрямками діяльності підприємства у визначеному законодавством порядку.

Власні надходження КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» використовуються відповідно до чинного законодавства України.

Раніше вже зазначалося, що величини необоротних активів крайні три роки постійно зменшувалася, що відбувалося переважно за рахунок скорочення вартості основних засобів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3 – Аналіз матеріально-технічної бази КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД», тис. грн

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп зміни, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/ 2017)100	(2019/ 2018)100
Разом доходи	10 258,238	14 032,000	17 769,000	3 773,762	3 737,000	136,79	126,63
Середня кількість працівників	116	102	100	-14	-2	87,93	98,04
Основні фонди, всього	1 627,000	1 532,000	1 107,000	-95,000	-425,000	94,16	72,26
Первісна вартість	3 359,000	2 686,000	2 493,000	-673,000	-193,000	79,96	92,81
Знос	1 732,000	1 154,000	1 386,000	-578,000	232,000	66,63	120,10
Фондоозброєність	14,026	15,020	11,07	0,99	-3,95	107,09	73,70
Фондовіддача	6,305	9,159	16,05	2,85	6,89	145,27	175,25
Ступінь зношеності основних засобів, %	51,56	42,96	55,60	-8,60	12,63	83,32	129,40

Величина основних фондів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» протягом 2017–2019 років постійно зменшувалася (1 627,000 тис. грн 2017 року, 1 627,000 тис. грн 2018 року, 1 107,000 тис. грн 2019 року), що стосувалося їх первісної вартості, то першого розрахункового року вона становила 3 359,000 тис. грн, наступного року – 2 686,000 тис. грн, 2019 року – 2 493,000 тис. гривень. Знос основних фондів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» залишається досить великим. Першого розрахункового року знос основних фондів

підприємства був 1 732,000 тис. грн, другого – 1 154,000 тис. грн, третього – 1 386,000 тис. гривень.

Так як показник фондоозброєності розраховується, як відношення вартості основних фондів та чисельності персоналу, то для КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» він 2018 року був найвищим, адже цього періоду відбулося найбільше за три роки звільнення працівників.

Інша ситуація спостерігається з фондовіддачею, яка розраховується як відношення величини доходів підприємства та вартості його основних фондів. Фондовіддача КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» постійно зростає, проте, на жаль, це не свідчить про ефективніше використання основних засобів підприємства, це зумовлено значним зростанням доходів підприємства. Тому ступінь зношеності основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» 2017 року становила 51,56 %, 2018 року – 42,6 %, 2019 року – 55,60 %, тобто більше половини.

Якщо розглянути структуру основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», то побачимо, що їх скорочення відбувалося практично за усіма складовими (табл. 2.4).

Вартість земельних ділянок протягом 2017–2018 року залишалася незмінною. Будинки, споруди, передавальні пристрої 2017 року становили 66,33 тис. грн, а 2018 року зменшилися до 62,00 тис. гривень. Машини та обладнання першого розрахункового року складали 533,64 тис. грн, другого – 402,98 тис. гривень. Транспортні засоби протягом 2017–2018 років скоротилися на 5,24 тис. гривень. Інструменти, прилади, інвентар (меблі) також зменшилися 2017 року порівняно з 2018 роком на 0,44 тис. гривень. Малоцінні необоротні матеріальні активи протягом 2017–2018 років дещо зросли (2,19 %).

Тому, разом величина основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» до 2018 року скоротилася на 37,57 відсотка.

Таблиця 2.4 – Основні засоби КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Показник	Рік		Абс.відх.	Темп росту, %
	2017	2018	2018-2017	(2018/ 2017)100
Земельні ділянки	848,748	848,748	0,00	100,00
Будинки, споруди, передавальні пристрої	66,33	62,00	-4,33	93,47
Машини та обладнання	533,64	402,98	-130,66	75,52
Транспортні засоби	23,55	18,30	-5,24	77,73
Інструменти, прилади, інвентар (меблі)	3,15	2,71	-0,44	86,03
Тварини та багаторічні насадження	5,98	5,98	0,00	100,00
Малоцінні необоротні матеріальні активи	141,99	145,09	3,10	102,19
Білизна, постільні речі, одяг та взуття	3,96	3,96	0,00	100,00
Разом	1 627,34	1 489,77	-137,57	91,55

Слід зазначити, що структура основних засобів КНП «Могилів-Подільський» протягом розрахункового періоду не змінилася, це видно на рисунках 2.4–2.5.

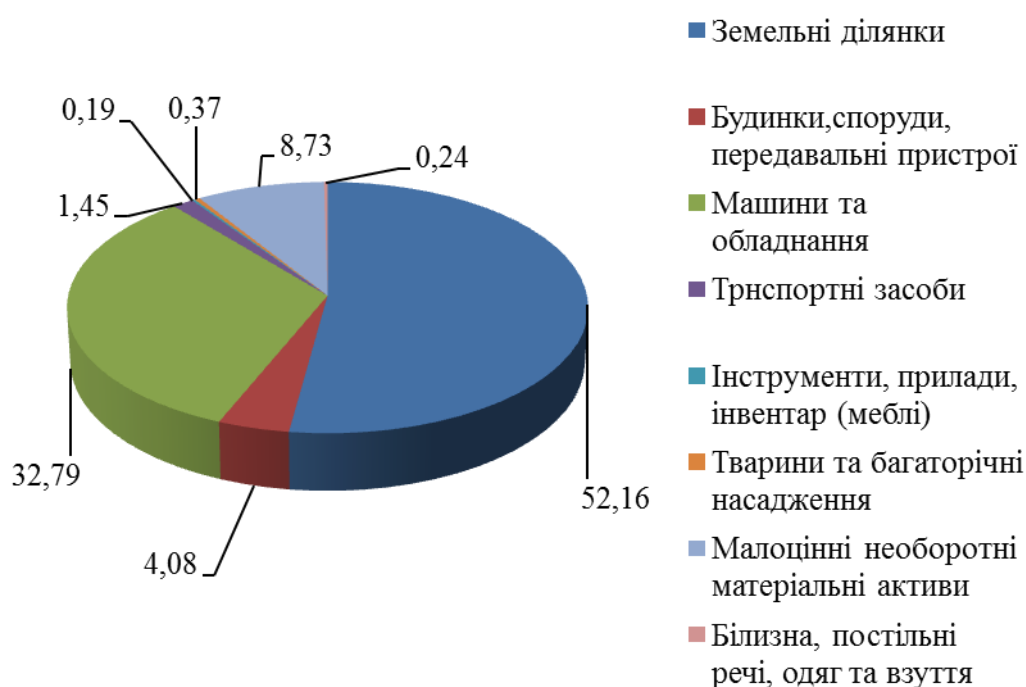


Рисунок 2.4 – Структура основних засобів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» у 2017 р., %

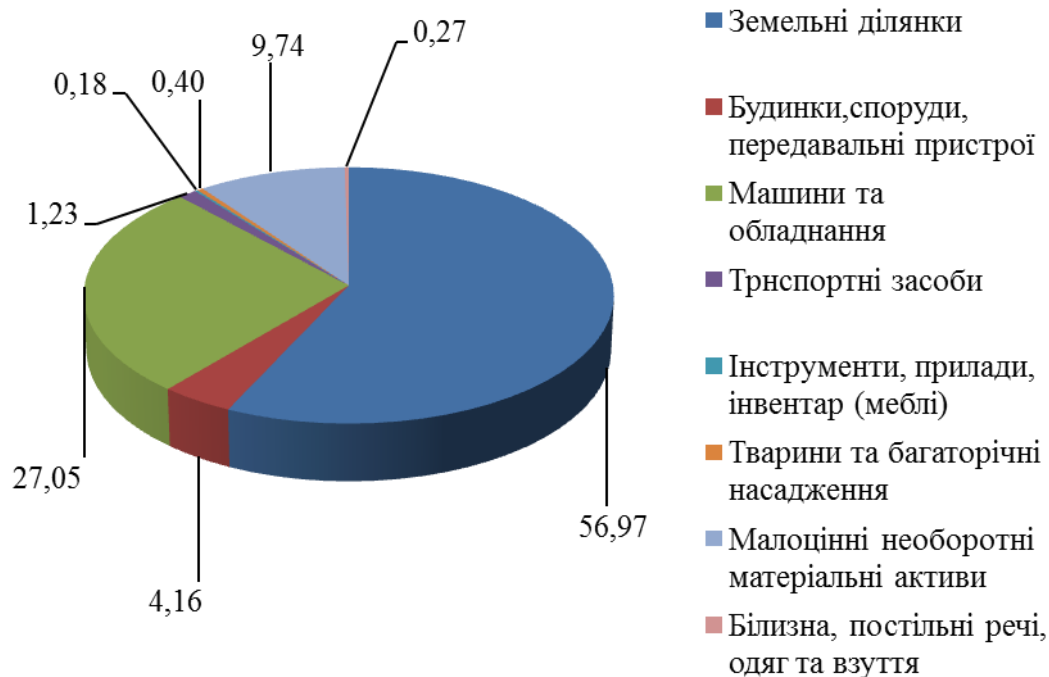


Рисунок 2.5 – Структура основних засобів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» у 2018 р., %

Питома вага будинків споруд та передавальних пристроїв збільшилася на 0,08 %, машин та обладнання скоротилася майже на 6 %, транспортних засобів зменшилася на 0,22 %, інструментів, приладів зросла на 0,01 %, малоцінних, необоротних матеріалів зросла маже на 1,0 відсоток (рис. 2.6).

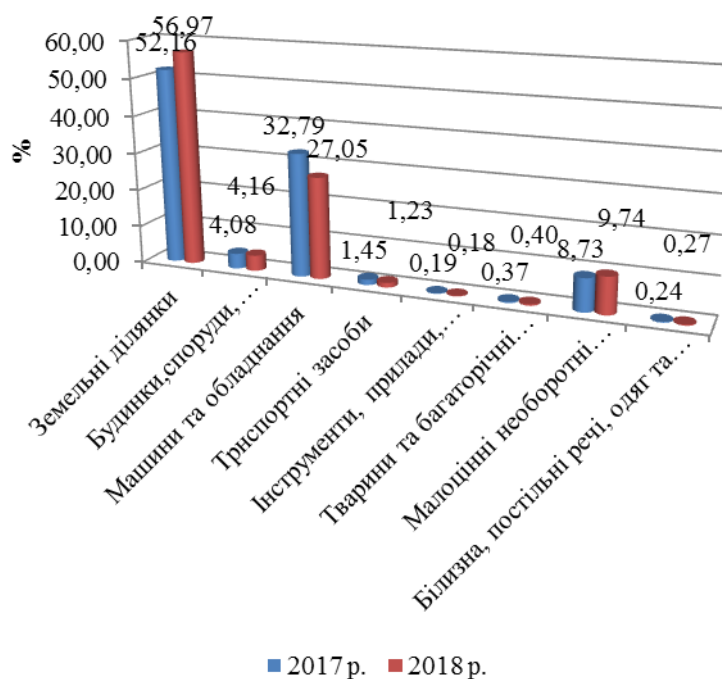


Рисунок 2.6 – Динаміка зміни структури основних засобів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Щодо фінансових результатів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» слід зазначити, що через реорганізацію підприємства 2018 року порядок ведення його звітності дещо змінювався протягом 2017–2019 років, тому порівнювати показники різних років дуже важко і не завжди доречно.

З таблиці 2.5 видно, що з 2017 року доходи та витрати КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» спочатку зросли до 2018 року, а потім скоротилися у 2019 році.

Таблиця 2.5 – Фінансові результати КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Показник	Рік			Абс. відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	9 831,395	7 376,000	15 575,000	-2 455,395	8 199,000
Інші операційні доходи	426,843	6 656,000	2 194,000	6 229,157	-4 462,000
Разом доходи	10 258,238	14 032,000	17 769,000	3 773,762	3 737,000
Разом витрати	10 621,940	13 374,000	18 355,000	2 752,060	4 981,000
Чистий прибуток (збиток)	-363,702	658,000	-586,000	1 021,702	-1244,000

Якщо говорити про чистий результат підприємства, то його загальний збиток за три роки лише зріс з 363,702 тис. грн до 586,400 тис. грн.

Щоб проаналізувати найбільші коливання у структурі фінансових результатів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» розглянемо динаміку їх складових на рисунку 2.7

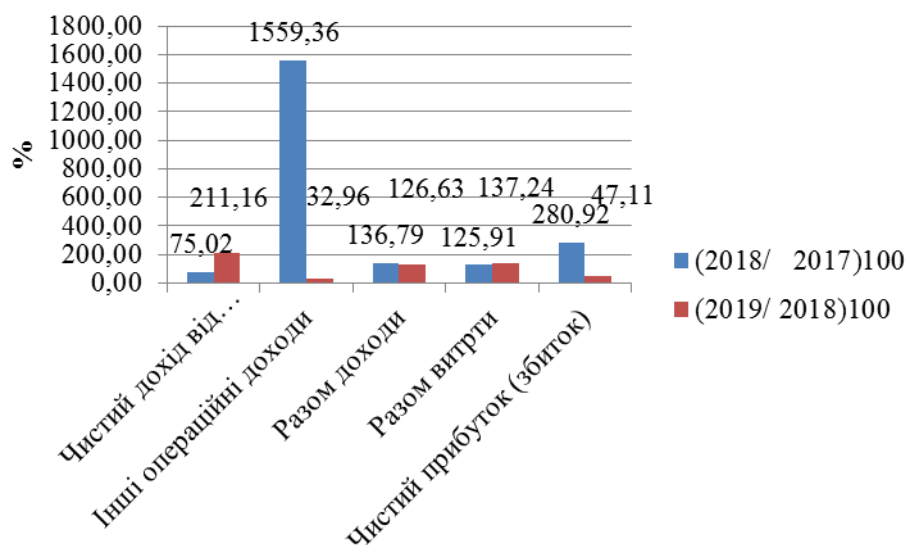


Рисунок 2.7 – Динаміка складових фінансових результатів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Приріст збитку 2019 року склав 47,11 %, адже витрати зросли на 25,91 %, а доходи скоротилися на 25,00 %, темпи зростання витрат перевищують темпи зменшення доходу, доходи підприємства не встигають покривати його витрати. Тому важливо у подальшому нарощувати доходи і значно скорочувати витрати.

2.4 Аналіз системи управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Для того, щоб проаналізувати існуючу систему управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» спочатку слід розглянути його організаційну структуру, яка включає:

- адміністративно-управлінський відділ;
- денний стаціонар, фізіотерапевтичний кабінет;
- лікувально-профілактичні підрозділи: амбулаторія загальної практики – сімейна медицина №1, амбулаторія загальної практики – сімейна медицина №2, амбулаторія загальної практики – сімейна медицина №3, денний стаціонар, фізіотерапевтичний кабінет, клініко-діагностична лабораторія;
- клініко-діагностична лабораторія;
- допоміжний підрозділ: господарсько-обслуговуючий персонал.

Структура КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» затверджується за рішенням засновника (територіальна громада міста Могилів-Подільськ, від імені якої виступає Могилів-Подільська міська рада). Порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів підприємства затверджуються головним лікарем, який, крім того, затверджує функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників.

Управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» здійснює засновник відповідно до статуту підприємства.

Поточне керівництво КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» здійснює керівник підприємства – головний лікар, який призначається на посаду і звільняється з неї за розпорядженням міського голови. Строк найму, права, обов'язки і відповідальність головного лікаря, умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом.

Засновник (територіальна громада міста Могилева-Подільського, від імені якої виступає Могилів-Подільська міська рада):

- визначає головні напрями діяльності підприємства, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання;

- затверджує статут підприємства та зміни до нього;

- затверджує фінансовий план підприємства та контролює його виконання;

- погоджує створення філій, представництв, відділень та інших відокремлених підрозділів підприємства (філії). Такі філії діють відповідно до положення про них, погодженого із засновником та затвердженого наказом керівника підприємства.

- погоджує підприємству договори про спільну діяльність, за якими використовується нерухоме майно, що перебуває в його оперативному управлінні, кредитні договори та договори застави;

- здійснює контроль за ефективністю використання майна, що є власністю Могилів-Подільської територіальної на праві оперативного управління;

- приймає рішення про реорганізацію та ліквідацію підприємства, призначає комісію, комісію з припинення, затверджує ліквідаційний баланс;

- місцевий орган виконавчої влади укладає з підприємством договори про надання медичного обслуговування за рахунок коштів місцевого бюджету.

Головний лікар КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»:

- діє без довіреності від імені підприємства, представляє його інтереси в органах юридичними та фізичними особами, підписує від його імені документи та видає довіреності і делегує право підпису документів іншим посадовим особам підприємства, укладає договори, відкриває в органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки;

- самостійно вирішує питання діяльності підприємства за винятком тих, що віднесені законодавством та статутом підприємства до компетенції засновника;

- організовує роботу підприємства щодо надання населенню медичної допомоги згідно з вимогами нормативно-правових актів;

- несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану і плану розвитку підприємства, результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності підприємства, якість послуг, що

надаються підприємством, використання наданого на праві оперативного управління підприємству майна спільної власності територіальних громад і доходу згідно з вимогами законодавства, статуту підприємства та укладених підприємством договорів;

– користується правом розпорядження майном та коштами підприємства відповідно до законодавства та статуту підприємства. Забезпечує ефективне використання і збереження закріпленого за Підприємством на праві оперативного управління майна;

– у межах своєї компетенції видає накази та інші акти, дає вказівки, обов'язкові для всіх підрозділів та працівників підприємства;

– забезпечує контроль за веденням та зберіганням медичної та іншої документації;

– у строки і в порядку, встановленому законодавством, повідомляє відповідні органи про будь-які зміни в даних про підприємство, внесення яких до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань є обов'язковим;

– подає в установленому порядку засновнику квартальну, річну, фінансову та іншу звітність підприємства, зокрема щорічно до 01 лютого надає засновнику бухгалтерську та статистичну звітність, інформацію про рух основних засобів, за запитом засновника надає звіт про оренду майна, а також інформацію про наявність вільних площ, придатних для надання в оренду;

– приймає рішення про прийняття на роботу, звільнення з роботи працівників підприємства, а також інші, передбачені законодавством про працю рішення в сфері трудових відносин, укладає трудові договори з працівниками підприємства. Забезпечує раціональний добір кадрів, дотримання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку. Створює умови підвищення фахового і кваліфікаційного рівня працівників згідно із затвердженим в установленому порядку штатним розписом.

– забезпечує проведення колективних переговорів, укладення колективного договору в порядку, визначеному законодавством України;

– призначає на посаду та звільняє з посади своїх заступників і головного бухгалтера підприємства, призначає на посади та звільняє керівників структурних підрозділів, інших працівників;

– забезпечує дотримання на підприємстві вимог законодавства про охорону праці, санітарно-гігієнічних та протипожежних норм і правил, створення належних умов праці;

– вживає заходів до своєчасної та в повному обсязі виплати заробітної плати, а також передбачених законодавством податків, зборів та інших обов'язкових платежів;

– несе відповідальність за збитки, завдані підприємству з вини головного лікаря підприємства в порядку, визначеному законодавством;

– затверджує положення про структурні підрозділи підприємства, інші положення та порядки, що мають системний характер, зокрема:

положення про преміювання працівників за підсумками роботи підприємства;

порядок надходження і використання коштів, отриманих як благодійні внески, гранти та дарунки;

порядок приймання, зберігання, відпуску та обліку лікарських засобів та медичних виробів;

– за погодженням із засновником та відповідно до вимог законодавства має право укладати договори оренди майна;

– вирішує інші питання, віднесені до компетенції головного лікаря підприємства згідно із законодавством, його статутом, контрактом між засновником і головним лікарем підприємства.

Головний лікар КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» та головний бухгалтер несуть персональну відповідальність за додержання порядку ведення і достовірність обліку та статистичної звітності у встановленому законодавством порядку.

У разі відсутності головного лікаря КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» або неможливості виконувати свої обов'язки з інших причин, обов'язки

виконує заступник головного лікаря чи інша особа згідно з функціональними (посадовими) обов'язками.

Штатну чисельність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» головний лікар визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану підприємства, погодженого з міським головою.

Працівники КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» також мають право брати участь в управлінні підприємством через загальні збори трудового колективу, професійні спілки, які діють у трудовому колективі, наглядову раду, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи підприємства, а також з питань соціально-культурного і побутового обслуговування. Представники первинної профспілкової організації, представляють інтереси працівників в органах управління підприємства відповідно до законодавства.

Підприємство зобов'язане створювати умови, які б забезпечували участь працівників у його управлінні.

Трудовий колектив КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» складається з усіх працівників, які своєю працею беруть участь у його діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди) або інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з підприємством.

До складу органів, через які трудовий колектив реалізує своє право на участь в управлінні КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД», не може обиратися головний лікар підприємства. Повноваження цих органів визначаються законодавством.

Виробничі, трудові та соціальні відносини трудового колективу з адміністрацією КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» регулюються колективним договором.

Право укладання колективного договору надається головному лікарю КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД», а від імені трудового колективу – уповноваженому ним органу. Сторони колективного договору звітують на загальних зборах колективу не менш ніж один раз на рік.

Питання щодо поліпшення умов праці, життя і здоров'я, гарантії обов'язкового медичного страхування працівників підприємства та їх сімей, а також інші питання соціального розвитку вирішуються трудовим колективом відповідно до законодавства, статуту підприємства та колективного договору.

Джерелом коштів на оплату праці працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» є кошти, отримані в результаті його господарської некомерційної діяльності. Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами. Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати.

Умови оплати праці та матеріального забезпечення головного лікаря КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» визначаються контрактом, укладеним із засновником.

Працівники КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» провадять свою діяльність відповідно до статуту, колективного договору та посадових інструкцій згідно з законодавством.

Основні показники з праці персоналу КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» за 2017–2019 роки (табл. 2.6).

Облікова кількість штатних працівників підприємства на кінець четвертого кварталу 2017 року становила 116 осіб, через рік у цей період на ньому працювало 102 осіб, 2019 року чисельність працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» скоротилася до 100 осіб. Слід зазначити, що найбільше зменшення штату персоналу протягом 2017–2019 років відбувалося за рахунок жінок, частка яких у структурі персоналу підприємства є переважаючою.

Кількість прийнятих штатних працівників підприємства на кінець четвертого кварталу 2018 року зменшилася на 9 осіб, до кінця четвертого кварталу 2019 року – збільшилася на 6 осіб.

Таблиця 2.6 – Кількість штатних працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» за четвертий квартал звітних років, осіб

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Облікова кількість штатних працівників на кінець звітнього періоду, у т.ч.:	116	102	100	-14	-2
чоловіки	14	9	8	-5	-1
жінки	102	93	92	-9	-1
Кількість прийнятих штатних працівників, у т.ч.:	2	4	1	2	-3
чоловіки	1	0	1	-1	1
жінки	1	4	0	3	-4
Кількість звільнених штатних працівників, у т.ч.:	5	12	1	7	-11
чоловіки	5	4	1	-1	-3
жінки	0	8	0	8	-8
Коефіцієнт обороту з прийому, %	1,72	3,92	1,00	2,20	-2,92
Коефіцієнт обороту з звільнення, %	4,31	11,76	1,00	7,45	-10,76
Коефіцієнт плинності, %	1,72	7,84	1,00	6,12	-6,84

Кількість звільнених штатних працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» була найбільшою 2018 року. До кінця 2017 року було звільнено 5 осіб, 2018 року – 12 осіб, 2019 року – 1 особу.

Деякі коливання спостерігалися протягом 2017–2019 років також у структурі персоналу КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» (рис. 2.8).

В 2017 році кількість жінок у загальній чисельності персоналу КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» становила 87,93 %, чоловіків було 12,07 % відповідно. Через рік жінок на підприємстві стало більше – 91,18 %, чоловіків зменшилося до 8,82 % осіб. Наступного року жінок знову стало трохи більше, їх чисельність серед працівників збільшилася майже на 9,0 %, а кількість чоловіків серед персоналу КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» зменшилася до 8,0 відсотків.

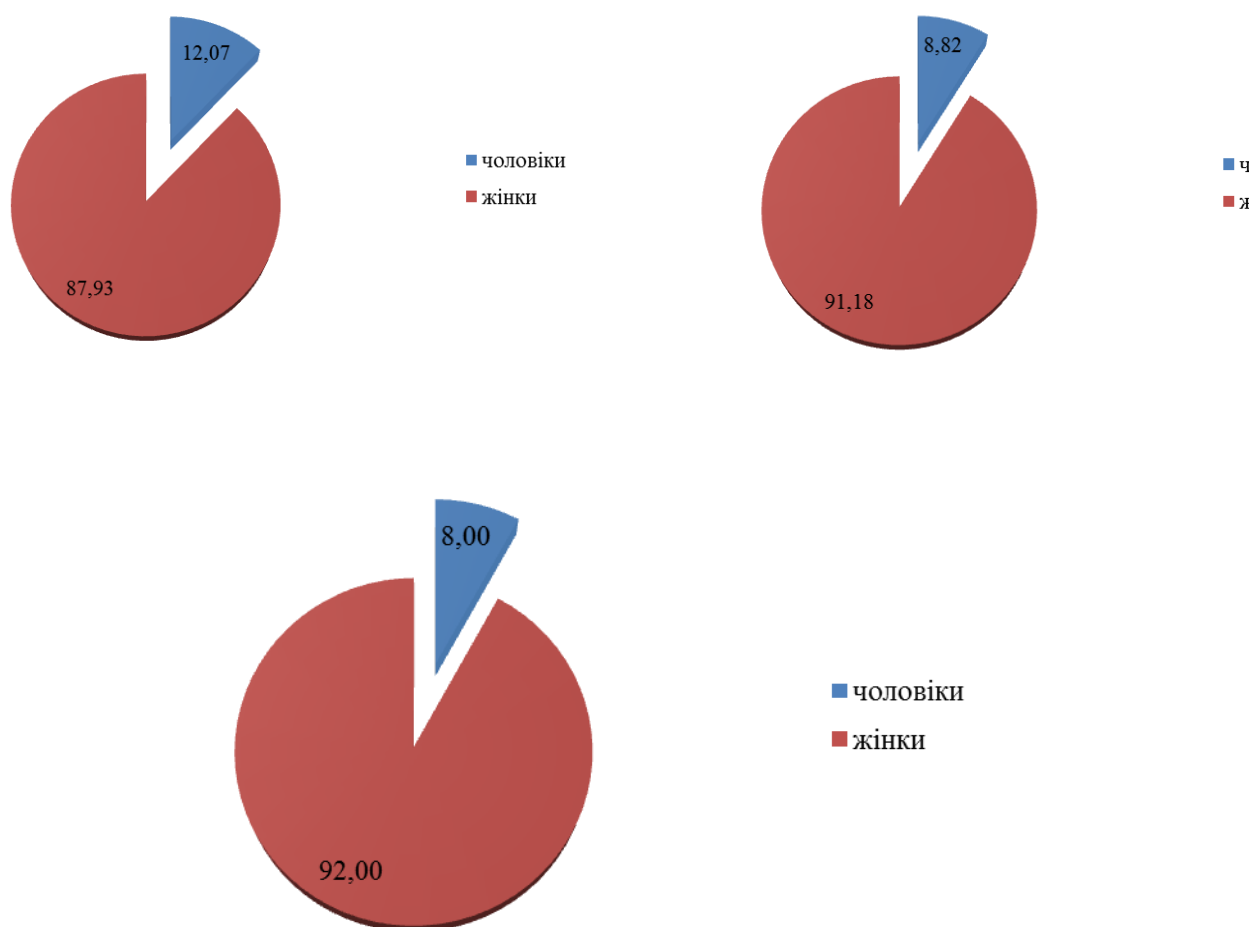


Рисунок 2.8 – Структура штатних працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» у 2017-2019 рр.,%

Загалом, якщо проаналізувати динаміку руху кадрів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» в період з 2017 по 2019 рік побачимо, що приріст звільнених працівників значно перевищує кількість прийнятих, ситуація дещо стабілізувалася лише 2019 року (рис. 2.9).

Якщо ж порівняти 2019 рік з 2017, то, як зазначалося раніше облікова кількість штатних працівників на кінець звітної періоду зменшилася на 16,0%.

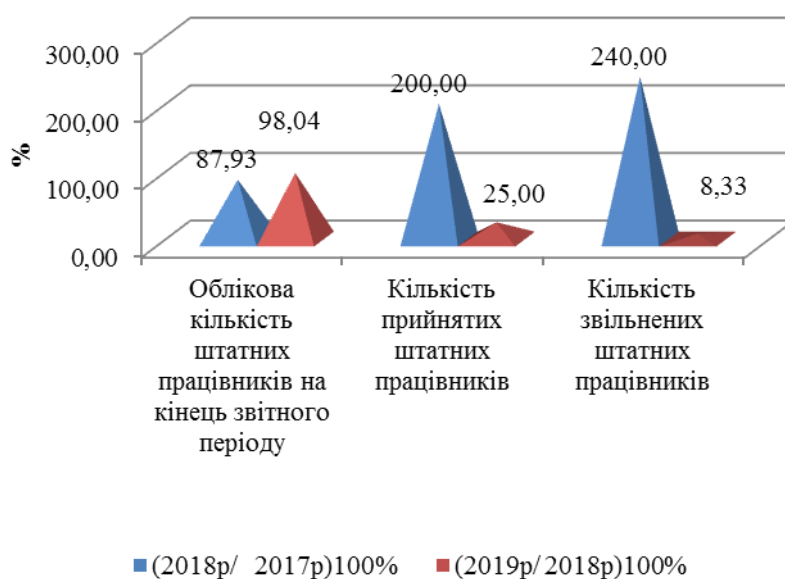


Рисунок 2.9 – Динаміка руху кадрів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Обрахувавши динаміку основних показників-коефіцієнтів з руху кадрів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД», підтверджуємо попередні висновки (рис. 2.10).

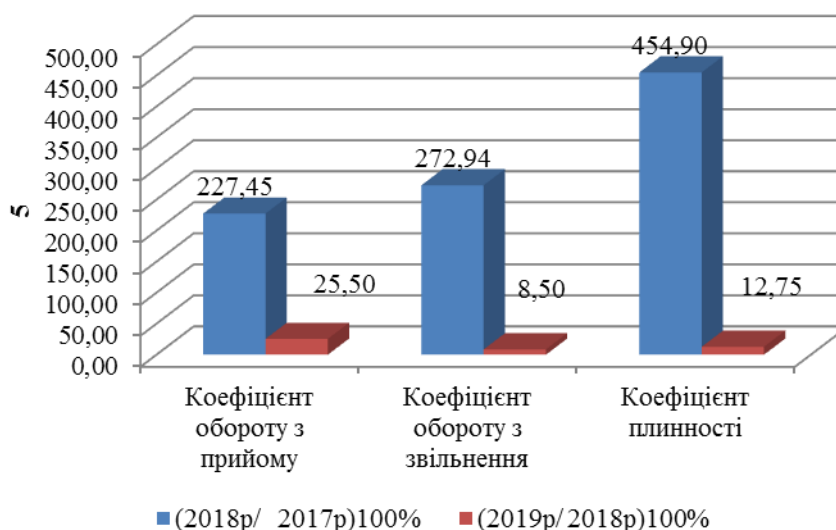


Рисунок 2.10 – Динаміка коефіцієнтів з руху кадрів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Найвищими темпами протягом 2017-2018 років зростає коефіцієнт плинності кадрів (354,90 %), 2019 року він зазнає значного зменшення. Така ж ситуація спостерігається з коефіцієнтами обороту з прийому та звільнення.

Щодо фонду оплати праці штатних працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» за четвертий квартал 2017–2019 років наявне коливання його розмірів, що спостерігається для переважної кількості усіх результуючих показників підприємства (табл. 2.7).

Таблиця 2.7 – Склад фонду оплати праці штатних працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» за четвертий квартал звітних років

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп зміни, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Облікова кількість штатних працівників на кінець звітнього періоду	116	102	100	-14	-2	87,93	98,04
Фонд оплати праці штатних працівників, усього	6 330,000	10 553,600	12 066,000	4223,60	1512,40	166,72	114,33
Фонд основної заробітної плати	3 832,800	5 389,200	6 998,400	1556,40	1609,20	140,61	129,86
Фонд додаткової заробітної плати	2 043,200	5 164,400	5 067,600	3121,20	-96,80	252,76	98,13
Заохочувальні та компенсаційні виплати	454,000	0,000	0,000	-454,00	0,00	–	–

Фонд оплати праці штатних працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» у четвертому кварталі 2018 року збільшився на 66,72 % порівняно з аналогічним показником 2017 року, 2019 року зріс на 14,33 %, на що найбільше вплинула зміна фонду основної заробітної плати, який четвертого кварталу 2018 року збільшився на 40,61 % відносно 2017 року, 2019 року зріс порівняно з 2018 роком на 29,86 відсотка.

Дещо інша тенденція протягом 2017–2019 років спостерігається з фондом додаткової заробітної плати та величиною заохочувальних та компенсаційних виплат. Фонд додаткової заробітної плати штатних працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» у четвертому кварталі 2018 року збільшився на 152,76 %, а 2019 року скоротився на 1,87 відсотків.

Величина заохочувальних та компенсаційних виплат штатних працівників КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» у четвертому кварталі 2018 року зменшилася на 454,00 тис. грн та скоротилася до нуля 2019 року.

Таким чином, облікова кількість штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» на кінець звітного періоду 2018 року скоротилася майже на 12 %, а фонд оплати праці штатних працівників збільшився майже на 67 відсотків. Наступного року облікова кількість штатних працівників підприємства на кінець звітного періоду зменшилася на близько 2 %, а фонд оплати праці штатних працівників зріс на 14,33 відсотків.

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. У період реформування галузі охорони здоров'я в Україні досить складно забезпечити стабільне функціонування медзакладу. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» зростали практично паралельно, його персонал постійно скорочувався, разом з тим зарплатний фонд, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу зростали. Матеріально-технічна база КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» постійно зменшується. Рентабельність підприємства – коливається.

Все це, звичайно, не може не вплинути на результативність управлінської діяльності персоналу КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД». Далі детальніше розглянемо загальні демографічні показники, показники смертності, кількість відвідувань лікарів, показники роботи параклінічних служб підприємства тощо.

2.5 Аналіз загальної поточної та ймовірної прогнозованої результативності управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

На нашу думку, для виконання аналізу результативності управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» обов'язково слід взяти до уваги основні тенденції, що стосуються демографічних показників м. Могилів-Подільський (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 – Демографічні показники м. Могилів-Подільський

Показник	Рік				Абс.відх.		
	2016	2017	2018	2019	2016-2017	2017-2018	2019-2018
Чисельність міського населення	31 242,00	31 056,00	30 847,00	30 585,00	-186,00	-209,00	-262,00
Доросле населення (18р. і старше)	24 524,00	25 093,00	24 899,00	24 682,00	569,00	-194,00	-217,00
Підлітки	1 311,00	886,00	861,00	900,00	-425,00	-25,00	39,00
В т.ч. юнаки	675,00	446,00	437,00	440,00	-229,00	-9,00	3,00
Діти 0-14 років	5 407,00	5 077,00	4 226,00	5 003,00	-330,00	-851,00	777,00
Жінки фертильного віку	9 274,00	10 464,00	7 896,00	7 920,00	1 190,00	-2 568,00	24,00
Особи працездатного віку	20 665,00	19 158,00	25 460,00	19 125,00	-1 507,00	6 302,00	-6 335,00
Народилось в місті	370,00	253,00	236,00	247,00	-117,00	-17,00	11,00
Показник народжуваності в місті	11,80	8,10	7,70	8,00	-3,70	-0,40	0,30
Померло	335,00	391,00	333,00	344,00	56,00	-58,00	11,00
Показник смертності	11,40	12,60	10,80	11,20	1,20	-1,80	0,40
Природний приріст населення (абс.)	15,00	-138,00	-97,00	-97,00	-153,00	41,00	0,00
Природний приріст населення (показник)	0,40	-4,50	-3,10	-3,20	-4,90	1,40	-0,10

Як бачимо з таблиці 2.8, чисельність міського населення щороку скорочується. В 2016 році населення становило 31 242,00 осіб, до 2019 року цей показник скоротився до 30 585,00 осіб.

Кількість дорослого населення (18р. і старше) протягом чотирьох останніх років постійно змінювалася: у 2018 році – збільшилася на 569,00 осіб, через рік

зміна показника становила – 194,00 особи, в 2019 році осіб, які мають 18р. і старше зменшилася до 217,00.

Чисельність підлітків КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» протягом розрахункового періоду практично постійно зменшувалася: 2016 року вона скоротилася на 425,00 осіб, 2015 року зменшилася на 25,00 осіб, через рік дещо збільшилася на 39,00 осіб. Схожа ситуація характерна динаміці чисельності юнаків та дітей 0-14 років.

В 2017 році зростання чисельності жінок фертильного віку склало 1 190,00 осіб, спад 2018 року – 2 568,00 осіб, збільшення 2019 року – 24,00 особи.

Досить нестабільною також є чисельність осіб працездатного віку, їх кількість 2017 року зменшилася на 1 507,00 осіб, через рік зросла на 6 302,00 особу, 2019 року знову зменшилася на 6 335,00 осіб.

Показник народжуваності в місті Могилів-Подільський, як і кількість людей, які народились до 2018 року постійно зменшувалися і лише 2019 року продемонстрували позитивну динаміку.

Показник смертності та кількість померлих в місті до 2017 року збільшилися, через рік зменшилися, 2019 року знову зросли.

Загалом смертність перевищувала народжуваність в місті усі роки крім 2016 року. Тому й природний приріст населення (абс.) та природний приріст населення (показник) були позитивними лише 2016 року та негативними протягом 2017–2019 років.

Про причини такого високого рівня смертності та негативні тенденції зменшення чисельності населення міста Могилів–Подільський дізнаємося завдяки аналізу розгорнутих статистичних даних щодо показників смертності (табл. 2.9).

Завдяки даним таблиці 2.9 ми бачимо, що в середньому лише 20 % людей протягом 2016–2019 років помирали в стаціонарі.

Таблиця 2.9 – Показники смертності населення м. Могилів-Подільський

Показник	Рік				Абс.відх.		
	2016	2017	2018	2019	2016-2017	2017-2018	2019-2018
Померло дітей від 0-18р.	0	5	0	1	5	-5	1
В т.ч. до року	0	3	0	0	3	-3	0
Малюкова смертність	0	3	0	0	3	-3	0
Померло дорослих всього	355	386	332	343	31	-54	11
Показник смертності	11,4	12,4	10,7	11,2	1	-1,7	0,5
Померло в стаціонарі	95	80	51	76	-15	-29	25
На дому	260	292	281	267	32	-11	-14
Питома вага померлих в стаціонарі	26,8	20,7	15,1	22,4	-6,1	-5,6	7,3
Померло від хвороб органів кровообігу	247	268	221	231	21	-47	10
Питома вага померлих від хвороб органів кровообігу	69,6	69,4	66,6	67,3	-0,2	-2,8	0,7
Померло від новоутворень	54	51	57	57	-3	6	0
Питома вага померлих від новоутворень	15,2	13,2	17,2	16,6	-2	4	-0,6
Померло від хвороб органів дихання	6	13	8	7	7	-5	-1
Питома вага померлих від хвороб органів дихання	7,1	3,4	2,4	2,4	-3,7	-1	0
Померло від травм і нещасних випадків	11	17	19	14	6	2	-5
Питома вага померлих від травм та нещасних випадків	3,1	4,4	5,7	4,1	1,3	1,3	-1,6
Померло від хвороб органів травлення	17	20	20	15	3	0	-5
Питома вага померлих від хвороб органів травлення	4,8	5,2	6	4,4	0,4	0,8	-1,6
Померло від хвороб сечостатевої системи	1	4	1	1	3	-3	0
Питома вага померлих від хвороб сечостатевої системи	0,3	1	0,3	0,3	0,7	-0,7	0
Померло від інших хвороб	19	11	5	18	-8	-6	13
Питома вага померлих від інших хвороб	5,6	2,8	1,5	5,2	-2,8	-1,3	3,7
Померло в працездатному віці	73	72	71	74	-1	-1	3
Питома вага померлих працездатного віку	20,6	18,7	21,5	21,8	-1,9	2,8	0,3
Смертність у працездатному віці	3,5	3,8	2,7	3,9	0,3	-1,1	1,2
Померло від хвороб органів кровообігу	20	20	16	16	0	-4	0
Питома вага померлих від хвороб органів кровообігу	27,4	27,7	22,5	21,6	0,3	-5,2	-0,9
Померло від новоутворень	24	11	19	16	-13	8	-3
Питома вага померлих від новоутворень	32,9	15,3	26,8	21,6	-17,6	11,5	-5,2
Померло від хвороб органів дихання	4	10	5	5	6	-5	0
Питома вага померлих від хвороб органів дихання	5,5	13,9	7	6,8	8,4	-6,9	-0,2
Померло від травм і нещасних випадків	6	11	16	13	5	5	-3
Питома вага померлих від травм та нещасних випадків	8,2	15,3	22,5	17,6	7,1	7,2	-4,9
Померло від хвороб органів травлення	9	10	9	8	1	-1	-1
Питома вага померлих від хвороб органів травлення	12,3	13,9	12,7	10,8	1,6	-1,2	-1,9
Померло від хвороб сечостатевої системи	0	2	1	1	2	-1	0
Питома вага померлих від хвороб сечостатевої системи	0	2,8	1,4	1,4	2,8	-1,4	0
Померло від інших хвороб	9	8	5	15	-1	-3	10
Питома вага померлих від інших хвороб	12,3	11,1	7	20,3	-1,2	-4,1	13,3

Разом з тим майже 70 % усіх смертей пов'язані з хворобами органів кровообігу, приблизно 4,5 % – з травмами та нещасними випадками, решта – з причин інших хвороб (від новоутворень, хвороб органів дихання, хвороб сечостатевої системи та органів травлення). Все це свідчить про невчасне звернення населення за медичною допомогою, брак ранньої діагностики, заходів з упередження можливих хвороб.

Розробка та запровадження заходів щодо запобігання передчасної смертності населення мають враховувати встановлені закономірності. А також мати специфічну спрямованість скринінгового обстеження різних верств населення та заходів із профілактики захворюваності.

Доречним, на нашу думку, буде порівняння попередніх результатів дослідження з статистикою відвідування КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» (табл. 2.9).

Таблиця 2.9 – Відвідування КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Показник	Рік				Абс.відх.			Відносне відх		
	2016	2017	2018	2019	2016-2017	2017-2018	2019-2018	2017/2016 ·100	2018/2017 ·100	2019/2018 ·100
Відвідування в поліклініку всього	127456	125863	112162	67964	-1593	-13701	-44198	98,75	89,11	60,59
Число відвідувань на 100 жителів	407,96	405,3	363,6	222,2	-2,66	-41,7	-141,4	99,35	89,71	61,11
Число відвідувань на дому	26200	26985	19982	2215	785	-7003	-17767	103,0	74,05	11,08
Направлено пацієнтів в ЛПЗ ІІІ рівня надання медичної допомоги	192	200	407	379	8	207	-28	104,1	203,5	93,12

З таблиці бачимо, що відвідування лікарів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» протягом 2016-2019 років скоротилося майже вдвічі. Якби це не супроводжувалося значним зростанням смертності населення міста Могилів-Подільський можна було б говорити про позитивні тенденції покращення стану здоров'я містян. Особливо показовим є 2019 рік, коли показник смертності почав суттєво зростати, а кількість візитів до поліклініки зменшилася майже на 40 відсотків.

Крім того проаналізуємо результати роботи параклінічних служб КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» (табл. 2.10).

Таблиця 2.10 – Робота параклінічних служб КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Показник	Рік				Абс.відх.		
	2016	2017	2018	2019	2016-2017	2017-2018	2019-2018
Число лабораторних обстежень	123 025	109 082	123 584	122 829	-13943	14502	-755
В т.ч. біохімічних	7 347	6 764	8 892	9 188	-583	2128	296
Число аналізів на 100 відвідувань в поліклініку	94,6	86,7	110,2	180,7	-7,9	23,5	70,5
Число функціональних обстежень	5 262	5 636	5 507	6 145	374	-129	638
в т.ч. показник на 100 амб. відвідувань	4,3	4,5	4,9	9	0,2	0,4	4,1
Виконано ЕКГ	4 773	5 366	5 475	5 847	593	109	372
Питома вага ЕКГ обстежень	90,7	95,2	94,4	95,2	4,5	-0,8	0,8
Передано ЕКГ по системі "Телекард" в ВОКЛ	41	127	90	72	86	-37	-18
Виклики ШД	1 017	840	502	1 591	-177	-338	1089
В т.ч. до хронічних хворих	708	645	343	746	-63	-302	403
Виклики, які обслуговувалися лікарями протягом дня по ШД	502	278	244	310	-224	-34	66
Первинний вихід на інвалідність	79	90	75	58	11	-15	-17
Зареєстровано випадків туберкульозу	5	21	16	19	16	-5	3
Виявлено при профоглядах	3	11	9	6	8	-2	-3
Зареєстровано пізно	1	5	4	4	4	-1	0
Зареєстровано онкозахворювань	91	113	121	97	22	8	-24
Захворюваність на 10 тис.дорослого населення	34,1	46,6	48,6	39,3	12,5	2	-9,3
Виявлено з зовнішньою локалізацією	40	48	43	29	8	-5	-14
Виявлено хворих в 3-4 стадії	15	19	21	23	4	2	2
Виявлено при профоглядах	33	35	41	35	2	6	-6
Кількість обст не МБТ	54	25	15	56	-29	-10	41
Підлягало огляду жінок	13 858	14 034	13 927	13 231	176	-107	-696
Оглянуто	9 820	11 241	11 688	10 629	1421	447	-1059
Питома вага оглянутих	75,3	80	83,9	80,3	4,7	3,9	-3,6
В т.ч. цитологічно	6 259	5 588	7 046	5 988	-671	1458	-1058
Підлягало огляду чоловіків	10 888	11 059	10 972	11 333	171	-87	361
Оглянуто	7 993	8 132	5 170	4 310	139	-2962	-860
Питома вага оглянутих	74,8	73,5	47,1	38,4	-1,3	-26,4	-8,7
Підлягало огляду на ЦД	18 659	18 664	18 073	24 682	5	-591	6609
Оглянуто на ЦД	7 347	6 764	8 892	9 188	-583	2128	296
Питома вага оглянутих	39,4	36,2	49,2	37,2	-3,2	13	-12
Виявлено захворювань	90	112	68	111	22	-44	43
Число оглянутих на глаукому	1 261	913	1 282	1 168	-348	369	-114
Виявлено захворювань	1	0	1	6	-1	1	5

За даними таблиці 2.10 можна зробити висновки, що ситуація з діагностикою, профілактикою захворюваності, а відтак і з лікуванням населення буде лише погіршуватися.

До прикладу, в 2019 році кількість лабораторних обстежень скоротилася на 755, з 100% осіб, які підлягали огляду лише 80,3 % жінок та 38,4% чоловіків були оглянуті. Виклики ж швидкої допомоги вказаного періоду порівняно з попереднім збільшилися втричі.

Поряд із цим кількість лікарів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» для населення м. Могилів-Подільський є недостатньою (табл. 2.11).

Таблиця 2.11 – Медичні кадри КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2017-2018	2019-2018
Лікарі, у т.ч.	23	22	22	-1	0
вищої категорії	5	3	5	-2	2
I категорії	6	6	8	0	2
II категорії	5	4	5	-1	1
жінок	17	17	17	0	0
вищої категорії	5	3	5	-2	2
I категорії	3	3	4	0	1
II категорії	4	3	4	-1	1
із загальної кількості - лікарі з організації і управління охорони здоров'я (соціал-гігієністи), у т.ч.	2	2	2	0	0
вищої категорії	0	0	0	0	0
I категорії	1	1	1	0	0
II категорії	0	0	0	0	0
терапевти, усього	4	3	3	-1	0
вищої категорії	0	0	0	0	0
I категорії	2	2	2	0	0
II категорії	0	0	0	0	0
педіатри, у т.ч.	3	4	4	1	0
вищої категорії	2	1	2	-1	1
I категорії	1	1	1	0	0
II категорії	0	0		0	0
загальної практики-сімейний лікар, у т.ч.	14	13	13	-1	0
вищої категорії	3	2	3	-1	1
I категорії	2	2	4	0	2
II категорії	5	4	5	-1	1
Із загальної кількості лікарів-працюють на основній роботі в закладах, які підпорядковані обласним, міським та іншим органам виконавчої влади	23	22	22	-1	0

Відповідно до Наказу МОЗ «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», що визначає оптимальний обсяг практики для сімейного лікаря складає 1800 пацієнтів, терапевта – 2 000 пацієнтів, педіатра – 900.

Так, згідно з даними табл. 2.8 кількість дітей міста Могилів-Подільський 2019 року складала 5 003,00 осіб, а педіатрів поліклініки – 4. Тобто за міністерською нормою лише 3800 дітей могли обслуговуватися у поліклініці.

Негативні тенденції, щодо скорочення чисельності персоналу стосуються також середнього медичного персоналу (табл. 2.12).

Таблиця 2.12 – Чисельність середнього медичного персоналу КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2017-2018	2019-2018
Середній медичний персонал, у т.ч.	62	53	54	-9	1
вищої категорії	37	35	36	-2	1
I категорії	7	4	2	-3	-2
II категорії	2	3	4	1	1
акушерки	2	2	2	0	0
вищої категорії	1	1	1	0	0
I категорії	0	0	0	0	0
II категорії	0	0	0	0	0
медичні сестри усіх закладів	49	47	48	-2	1
вищої категорії	33	32	33	-1	1
I категорії	7	4	2	-3	-2
II категорії	1	2	3	1	1
лаборанти (фельдшери-лаборанти)	3	3	3	0	0
вищої категорії	2	2	2	0	0
I категорії	0	0	0	0	0
II категорії	1	1	1	0	0
медичні статистики	7	1	1	-6	0
Із загальної кількості середніх медичних працівників-жінок	59	50	51	-9	1
вищої категорії	34	32	33	-2	1
I категорії	7	4	2	-3	-2
II категорії	2	3	4	1	1
Із загальної кількості медичних сестер-медичні сестри загальної практики - сімейної медицини	31	35	35	4	0
вищої категорії	20	23	25	3	2
I категорії	3	3	0	0	-3
II категорії	1	2	3	1	1

Такі висновки підтверджує інформація про штати КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» (табл. 2.13).

Таблиця 2.13 – Штати КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Показник	Кількість посад у цілому закладі		у тому числі в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації		Кількість штатних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах, осіб
	штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	
2017 рік					
Лікарі, усього	30,3	26,3	30,3	26,25	23
у тому числі					
керівники закладів та їх заступники	2	2	2	2	2
терапевти, усього	4	3,5	4	3,5	4
загальної практики-сімейної медицини	18	16,5	18	16,5	14
педіатри, усього	4,25	3,75	4,25	3,75	3
статистики	1	0	1	0	0
Спеціалісти з вищої немедичною освітою	1	1	1	1	1
Середній медперсонал, усього	58,5	56,3	58,5	56,25	57
у тому числі за спеціальностями:					
медичні сестри	46,5	46	46,5	46	46
акушерки	2	1,75	2	1,75	2
лаборанти клінічних лабораторій	3	3	3	3	3
медичні статистики	4	4	4	4	4
Молодший медперсонал	9	9	9	9	9
Інший персонал	19,5	17,8	19,5	17,75	18
Усього посад	118	110	118	110,3	108
Крім того, медичні сестри загальної практики-сімейної медицини	30	30	30	30	30
2018 рік					
Лікарі, усього	25,5	21	25,5	21	22
у тому числі					
керівники закладів та їх заступники	2	2	2	2	2
терапевти, усього	3	2	3	2	3
загальної практики-сімейної медицини	16,5	13,3	16,5	13,25	13
педіатри, усього	3,5	3,25	3,5	3,25	4
статистики	0,5	0,5	0,5	0,5	0
Спеціалісти з вищої немедичною освітою	1	1	1	1	1
Середній медперсонал, усього	50,5	50,3	50,5	50,25	51
у тому числі за спеціальностями:					
медичні сестри	44,5	44,5	44,5	44,5	45
акушерки	2	1,75	2	1,75	2
лаборанти клінічних лабораторій	3	3	3	3	3
медичні статистики	1	1	1	1	1
Молодший медперсонал	6	6	6	6	6
Інший персонал	15,5	15,3	15,5	15,25	17
Усього посад	98,5	93,5	98,5	93,5	97
Крім того, медичні сестри загальної практики-сімейної медицини	33,5	33,5	33,5	33,5	34
2019 рік					
Лікарі, усього	23	21,3	23	21,25	22
у тому числі					
керівники закладів та їх заступники	3	3	3	3	3
терапевти, усього	2	2	2	2	3
загальної практики-сімейної медицини	14	13	14	13	12
педіатри, усього	3,5	3,25	3,5	3,25	4
статистики	0,5		0,5		

Закінчення таблиці 2.13

Спеціалісти з вищої немедичної освітою	1	1	1	1	1
Середній медперсонал, усього	50,5	50,5	50,5	50,5	51
у тому числі за спеціальностями:					
медичні сестри	44,5	44,5	44,5	44,5	45
акушерки	2	2	2	2	2
лаборанти клінічних лабораторій	3	3	3	3	3
медичні статистики	1	1	1	1	1
Молодший медперсонал	6	6	6	6	6
Інший персонал	15,5	15,3	15,5	15,25	16
Усього посад	96	94	96	94	96
Крім того, медичні сестри загальної практики-сімейної медицини	32,5	32,5	32,5	32,5	33

Бачимо з таблиці, що протягом 2017–2018 року практично за усіма посадами КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» бракувало укомплектування. В 2019 році ситуація значно покращилася, хоча й досі залишається проблема належного кадрового забезпечення закладу.

Для того, щоб спрогнозувати зміни чисельності населення міста Могилів-Подільський та передбачити ймовірні результативність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» нами був використаний інструмент побудови лінії тренду з використанням поліноміальної функції(рис. 2.11).

Найбільш надійною лінія тренду є, якщо її величина вірогідності апроксимації (R^2) дорівнює або близька до 1. Під час вибору лінії тренду для даних її величина вірогідності апроксимації (R^2) обчислюється автоматично. За потреби можна відобразити це значення на діаграмі. Трендова модель адекватна досліджуваному процесу і відображає тенденцію його розвитку в часі при значеннях R^2 , близьких до 1.

Найважливішою проблемою, яка потребує свого рішення при застосуванні методу аналітичного вирівнювання, є підбір математичної функції, за якою розраховуються теоретичні рівні ряду. Якщо вибраний тип математичної функції адекватний основній тенденції розвитку досліджуваного процесу, то синтезована трендова модель може мати корисне застосування при вивченні сезонних коливань, прогнозуванні тощо.

Для обґрунтованого застосування методу аналітичного вирівнювання в аналізі часових рядів важливе розуміння сутності розвитку соціально-економічних явищ у часі, знання їх відмітних ознак.

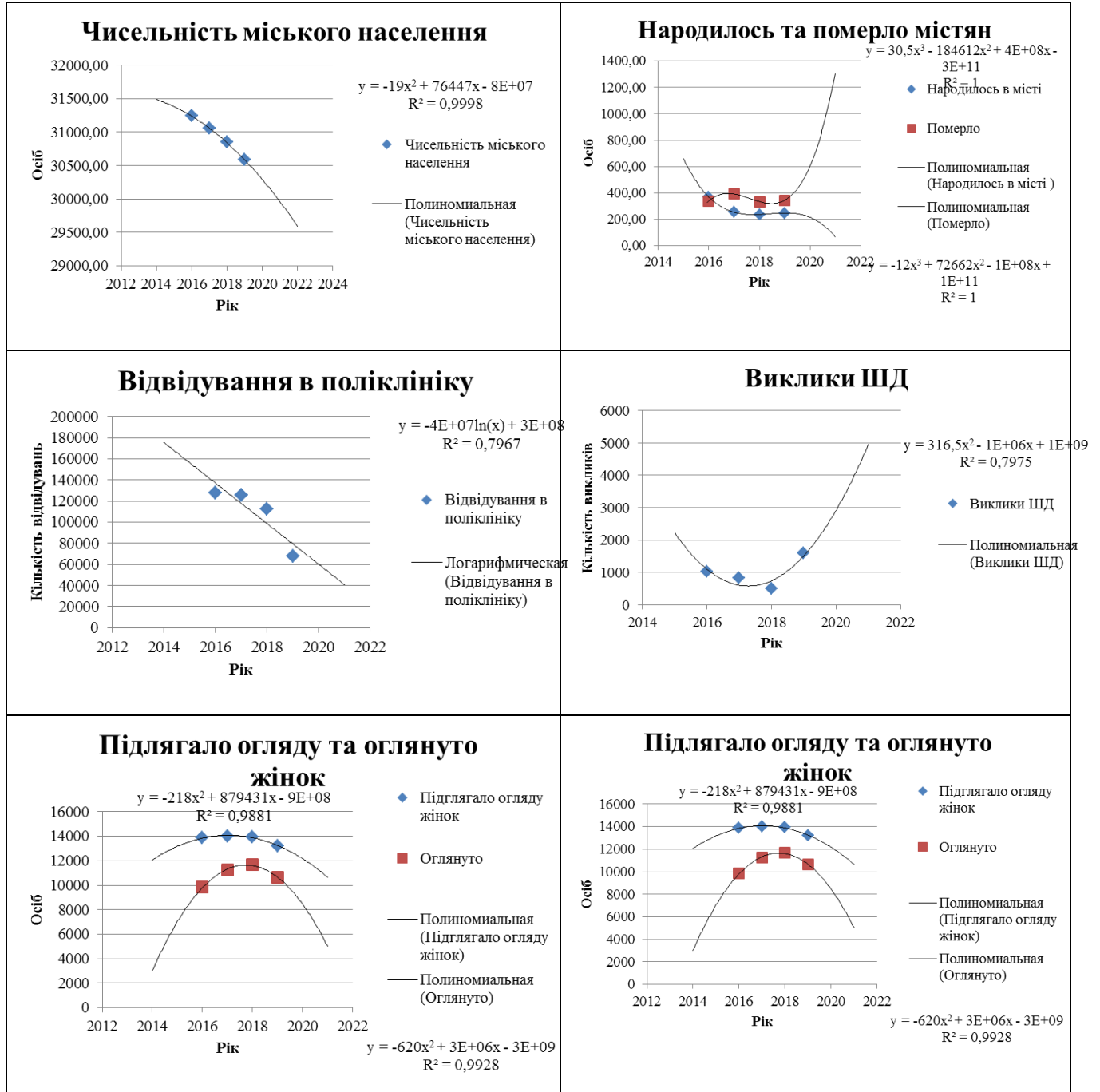


Рисунок 2.11 – Прогнозування зміни чисельності населення міста та результативності роботи КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Поліноміальна лінія тренду є кривою, що застосовуються, якщо дані коливаються. Порядок поліноміальної лінії можна визначити за кількістю коливань даних або за кількістю вигинів (вершин і западин) на кривій. Поліноміальна лінія тренду порядку 2 загалом має лише одну вершину або западину. Лінія порядку 3 має одну або дві вершини або западини. Лінія порядку 4 загалом має до трьох вершин чи западин.

Стосовно прогнозування перспективної ситуації щодо основних трендів зміни міського населення, співвідношення смертності та народжуваності містян, кількості відвідувань поліклініки, викликів швидкої допомоги та кількості фактично оглянутих пацієнтів, слід констатувати наявність виключно негативних прогнозів (рис. 2.11).

Тому можна зробити висновок, що в період реформування системи охорони здоров'я, медичні заклади поставлені в умови, що вимагають максимально ефективної управлінської і фінансово-економічної діяльності, особливо, з використанням інноваційних підходів, спрямованої на усунення негативних чинників – недоступність медичних послуг (у тому числі й фінансові перешкоди) для населення, наявність черг у закладах охорони здоров'я, небажання пацієнта звертатися до лікаря тощо. Ситуацію, що склалася доводять і результати SWOT-аналізу для КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» (табл. 2.14).

Таким чином, впровадження заходів щодо запобігання передчасній смертності має базуватися на основі постійного моніторингу медико-демографічних показників конкретної адміністративної території, що дозволить розробити індивідуалізовану стратегію демографічного розвитку.

Таблиця 2.14 – SWOT-аналіз КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Сильні сторони	Слабкі сторони
<p>Високий рівень підготовки кадрів</p> <p>Значні можливості з надання кваліфіковано медичної допомоги</p> <p>Лідуюча позиція в наданні медичної допомоги міському населенню тощо</p>	<p>Нестабільне, обмежене бюджетне фінансування</p> <p>Висока зношеність основних фондів</p> <p>Недостатнє матеріально-технічне забезпечення</p> <p>Відсутність єдиного інформаційного простору</p> <p>Недоукомплектування штату співробітників та невелика кількість лікарів вищої категорії тощо</p>
Можливості	Загрози
<p>Налагодження самофінансування, збільшення кількості якісних, недорогих медичних послуг</p> <p>Розвиток ринку нових медичних послуг</p> <p>Удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг</p> <p>Можливість збільшення пацієнтопотоків</p> <p>Реформування охорони здоров'я</p> <p>Відсутність значної поточної конкуренції на ринку медпослуг</p> <p>Можливість залучення зовнішніх інвесторів та партнерів тощо</p>	<p>Значні темпи скорочення населення, збільшення смертності, переважання її над народжуваністю</p> <p>Незбалансованість обсягів медичної допомоги та фінансового забезпечення державних гарантій</p> <p>Скорочення обсягів бюджетного фінансування</p> <p>Нарощення пандемії спричиненої коронавірусом</p> <p>Економічна та політична криза</p> <p>Відсутність єдиних прозорих підходів до формування тарифів</p> <p>Відсутність усіх необхідних стандартів надання медичної допомоги</p> <p>Високе безробіття населення, що обслуговується</p> <p>Зростання конкуренції на ринку мед послуг тощо</p>

Крім того, з метою реалізації стратегії запобігання передчасній смертності населення міста Могилів-Подільський доцільним є стабільне, достатнє фінансування профілактичного напрямку діяльності закладів охорони здоров'я, перш за все, ланки первинної медико-санітарної допомоги. Робота КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» – надання медичної допомоги населенню з пріоритетним профілактичним напрямом діяльності – має відбуватися за умов повного забезпечення його ресурсами відповідно до галузевих стандартів.

Основою організаційної діяльності закладу мають бути галузеві стандарти та клінічні протоколи, сучасні скринінгові програми на основі принципів доказової медицини.

Висновки до другого розділу

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. У період реформування галузі охорони здоров'я в Україні досить складно забезпечити стабільне функціонування медзакладу. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» зростали практично паралельно, його персонал постійно скорочувався, разом з тим зарплатний фонд, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу зростали. Матеріально-технічна база КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» постійно зменшується. Рентабельність підприємства – коливається.

Для виконання аналізу результативності управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» були взяті до уваги основні тенденції, що стосуються демографічних показників м. Могилів-Подільський: чисельність міського населення щороку скорочується; показник народжуваності в місті Могилів-Подільський, як і кількість людей, які народились до 2018 року постійно зменшувалися і лише 2019 року продемонстрували позитивну динаміку; показник смертності та кількість померлих в місті до 2017 року збільшилися, через рік зменшилися, 2019 року знову зросли; загалом смертність перевищувала народжуваність в місті усі роки крім 2016 року.

Майже 70 % усіх смертей населення м. Могилів-Подільський пов'язані з хворобами органів кровообігу, приблизно 4,5 % – з травмами та нещасними випадками, решта – з причин інших хвороб (від новоутворень, хвороб органів

дихання, хвороб сечостатевої системи та органів травлення). Все це свідчить про невчасне звернення населення за медичною допомогою, брак ранньої діагностики, заходів з упередження можливих хвороб.

Відвідування лікарів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» протягом 2016-2019 років скоротилося майже вдвічі: в 2019 році показник смертності почав суттєво зростати, а кількість візитів до поліклініки зменшилася майже на 40 відсотків, з 100% осіб, які підлягали огляду лише 80,3 % жінок та 38,4% чоловіків були оглянуті. Виклики ж швидкої допомоги вказаного періоду порівняно з попереднім збільшилися втричі.

Для того, щоб передбачити ймовірну результативність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» нами був використаний інструмент побудови лінії тренду з використанням поліноміальної функції. Прогнозування перспективної ситуації щодо основних трендів зміни міського населення, співвідношення смертності та народжуваності містян, кількості відвідувань поліклініки, викликів швидкої допомоги та кількості фактично оглянутих пацієнтів, продемонструвало наявність виключно негативних прогнозів.

Тому можна зробити висновок, що в період реформування системи охорони здоров'я, медичні заклади поставлені в умови, що вимагають максимально ефективної управлінської і фінансово-економічної діяльності, особливо, з використанням інноваційних підходів, спрямованої на усунення негативних чинників – недоступність медичних послуг (у тому числі й фінансові перешкоди) для населення, наявність черг у закладах охорони здоров'я, небажання пацієнта звертатися до лікаря тощо. Ситуацію, що склалася доводять і результати SWOT-аналізу для КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКИЙ МЦ ПМСД

3.1 Впровадження CRM-системи для удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я та налагодження комунікації з його пацієнтами

Управління відносинами з клієнтами (CRM) – поняття, що охоплює концепції, які використовуються компаніями для управління їхніми взаємовідносинами зі споживачами, включаючи збір, зберігання й аналіз інформації про споживачів, постачальників, партнерів та інформації про взаємовідносини з ними. Сучасна CRM-концепція направлена на вивчення ринку і конкретних потреб клієнтів.

Існує три підходи до автоматизації управління взаємодіями з клієнтами, кожен з яких може бути реалізованим окремо від інших:

- оперативний – автоматизація споживчих бізнес-процесів, що допомагає персоналу з роботи з клієнтами виконувати свої функції;
- аналітичний – аналіз інформації про споживачів із різноманітними цілями;
- колабораційний – програма взаємодії зі споживачами без участі персоналу з роботи з клієнтами.

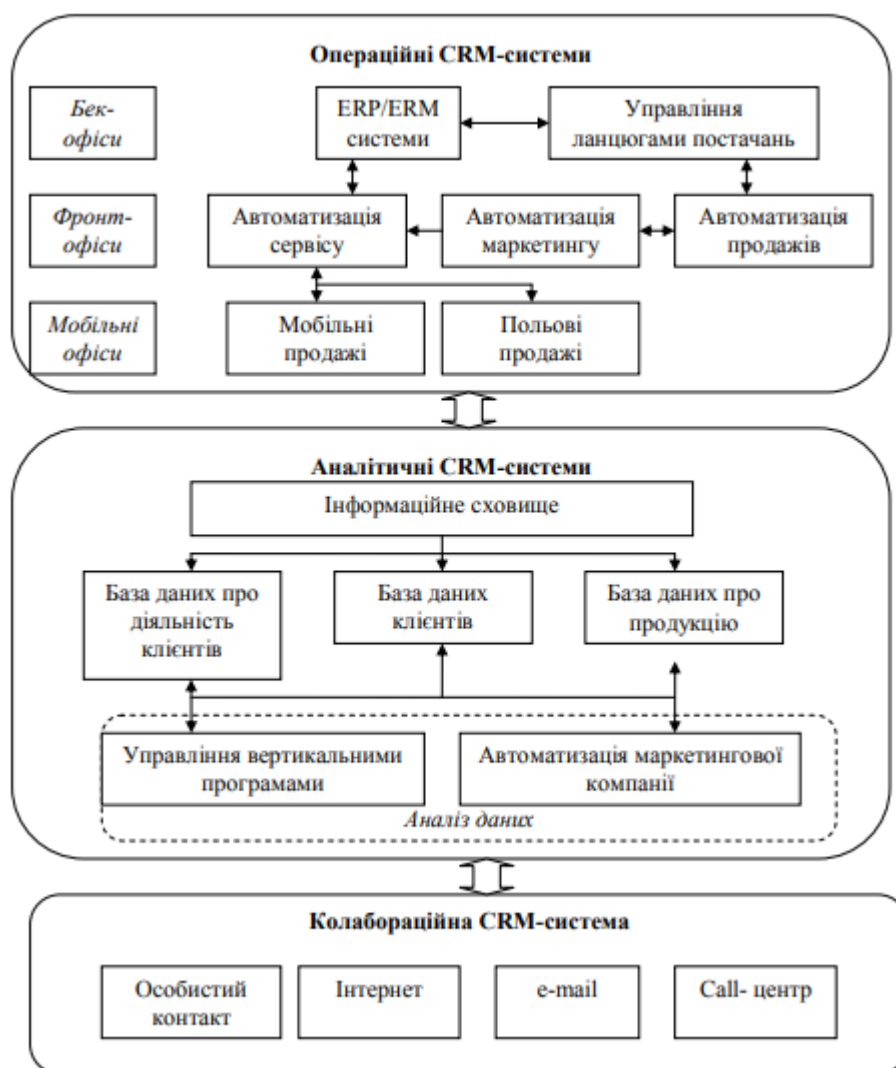


Рисунок 3.1 – Організація і функціонування CRM-систем

Разом з розвитком інноваційних технологій CRM стала функціонувати у віртуальному просторі, поєднавшись з глобальною мережею Internet та здобула ряд інструментів, одна з яких – e-CRM-система. Стандартна оффлайн CRM система – це набір додатків, функцій та інструментів, пов'язаних єдиною бізнес-логікою і інтегрованих в єдине корпоративне інформаційне середовище компанії (рис. 3.2).

E-CRM-система додає до типових функцій такого класу систем можливості індивідуальної взаємодії з клієнтами у віртуальному просторі. Тобто вона привносить переваги та динаміку електронного бізнесу в процеси комунікацій зі реальними та потенційними споживачами.

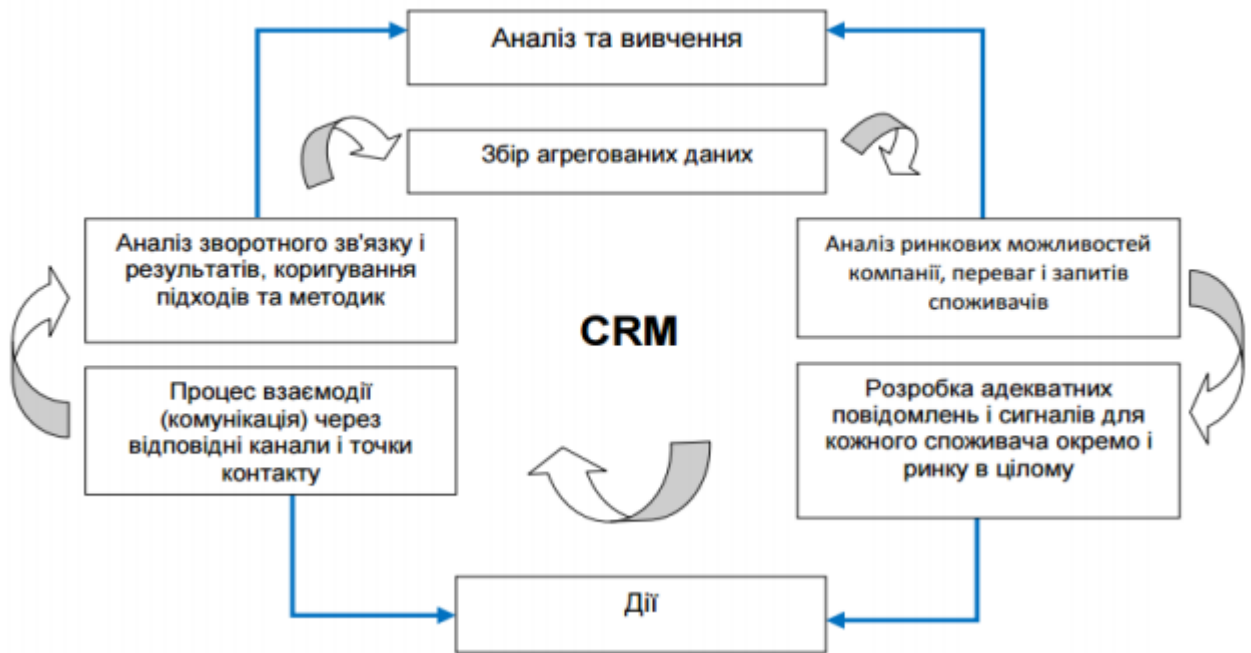


Рисунок 3.2 – Цикл інформаційних процесів в CRM [34]

У відносинах з клієнтами компаніям треба сфокусуватися на їх потребах. Процес відносин між клієнтом та компанією не повинен закінчуватись на продажі, клієнту необхідно отримати відповідне гарантійне та сервісне обслуговування. Усі дії компанії повинні бути направлені на формування лояльності клієнта, яка б призвела до великої вірогідності повторного звернення клієнта до компанії з метою задоволення своїх потреб [35]. CRM-система для правильного та ефективного функціонування має базуватися на ряді принципів (рис. 3.3).

1. Ідентифікація. Визначення того, хто є споживачами компанії дасть змогу зрозуміти купівельну модель кожного окремого клієнта.

2. Інтерактивність. Пропозиція споживачам допомоги в автоматичному режимі, заздалегідь підготованих блоків товарів, даних і послуг, які можуть представляти цінність для конкретного клієнта.

3. Диференціація. Необхідно знайти до кожного споживача індивідуальний підхід, звертаючись до систем цінностей і потреб кожного споживача.

4. Відстеження. Щоб краще розуміти своїх споживачів, необхідна фіксація всіх операцій кожного клієнта.

5. Персоналізація. Створення модулів товарів, інформаційних блоків та компонентів послуг, з яких можна створювати товари та послуги, адаптовані до потреб окремих споживачів.



Рисунок 3.3 – Основні принципи CRM-систем у менеджменті

Сьогодні кількість підприємств, що використовують у своїй діяльності CRM-системи, зростає. Це зумовлено тим, що автоматизовані системи з управління відносинами з клієнтами пропонують низку серйозних переваг, які й обумовлюють актуальність їх використання. Перш за все, головним результатом використання CRM-систем є відчутне зростання продажів. Одночасно знижуються витрати на заходи із залучення клієнтів. В результаті дослідження було виявлено низку переваг, які отримує підприємство при використанні CRM-систем:

- оперативне прийняття рішень завдяки систематизації даних та прискоренню їх обробки;
- раціональне використання робочого часу, оскільки співробітники можуть швидко отримувати всю інформацію без необхідності тимчасових витрат на її пошук;

- продуктивність маркетингових заходів за рахунок індивідуалізації, що є результатом використання інформації про кожного окремого клієнта;
- висока точність звітів;
- вірна розстановка пріоритетів;
- зниження використання паперових документів;
- поліпшення якості обслуговування і, як наслідок, мінімізація втрат клієнтського потоку;
- впорядкування робочих процесів, виключення виконання подвійної роботи співробітниками;
- підвищений захист даних.

При виборі CRM-системи слід орієнтуватися на конкретні умови і особливості функціонування, а також на відповідність вартості користування нею бюджету і потребам бізнесу. Якщо всі ці критерії будуть враховані, система значно полегшить роботу компанії і зробить її більш результативною. Управління взаємовідносинами з клієнтами включає в себе додатки для автоматизації продажів, автоматизації маркетингу, обслуговування клієнтів та управління підтримкою клієнтів, такі як автоматизація електронної пошти. Соціальний менеджмент засобів масової інформації та менеджмент досвіду роботи з клієнтами є одними з нових додатків CRM, доступних на ринку CRM-систем.

CRM-системи для мед закладів – комплексний програмний продукт, головне призначення якого автоматизація всіх основних процесів, пов'язаних із роботою медичних установ загальної і вузької спеціалізації. Автоматизовані медичні інформаційні системи дозволяють швидко й ефективно налагодити електронний документообіг, гнучко вибудовувати роботу з пацієнтами, вести оперативний облік роботи адміністративного персоналу, контролювати всі організаційні і фінансові питання.

За кордоном прийнято використовувати термін HIS (Hospital Information System) – госпітальна інформаційна система для комплексного управління всіма процесами медобслуговування, у тому числі юридичному аспекті. Доповненнями до неї можуть бути специфічні модулі, наприклад, RIS (Radiology Information

System) – радіологічна інформаційна система або PACS (Picture Archiving and Communication System) – система збереження медичних зображень. Окремий вид CRM-системи – лабораторні інформаційні системи (Laboratory Information Management Systems) й аптечні інформаційні системи (AIC). Вони можуть частково або повністю реалізовуватися у вигляді окремих компонентів комплексної медичної інформаційної системи.

Як правило, кожна CRM-системи складається з блоків (рис. 3.4), що відповідають за автоматизацію різних складових діяльності медичної установи.

Серед них:

- реєстратура та електронні медичні картки пацієнтів;
- дані медичних досліджень;
- робочі місця лікаря і медсестри;
- розподіл ресурсів установи, їхній розклад;
- управління фінансами й облік;
- адміністративна інформація і засоби комунікації співробітників;
- лікарські призначення, журнал призначень;
- стандарти надання медичної допомоги та багато іншого.

За допомогою CRM-системи можна вирішити ряд завдань.

1. Управління даними й оптимізація процесів. Інформаційна система дозволяє управляти великими масивами даних про пацієнтів і результати діяльності медичної організації. Вся занесена в CRM-системи інформація зберігається і доступна в будь-який час у будь-якій точці входу в систему. Таким чином уніфікується підхід до пацієнтів, а медична документація оформляється за одним зразком.

2. Злиття даних і звітність. CRM-системи дозволяє створювати електронні структури для лікарень, їхніх філій і окремих кабінетів, об'єднувати кілька закладів у єдину електронну систему. Більшість CRM-системи мають гнучкі алгоритми й інтуїтивно зрозумілі інструменти формування і ведення звітності.

3. Доступність інформації. Вся інформація в CRM-системи доступна для аналізу та обробки – це, по суті, величезний електронний архів. Система дозволяє

надавати доступ до різних розділів різних груп користувачів (наприклад, підтримка окремого порталу для пацієнтів або внутрішнього порталу для лікарів із можливістю спілкування й обміну інформацією).

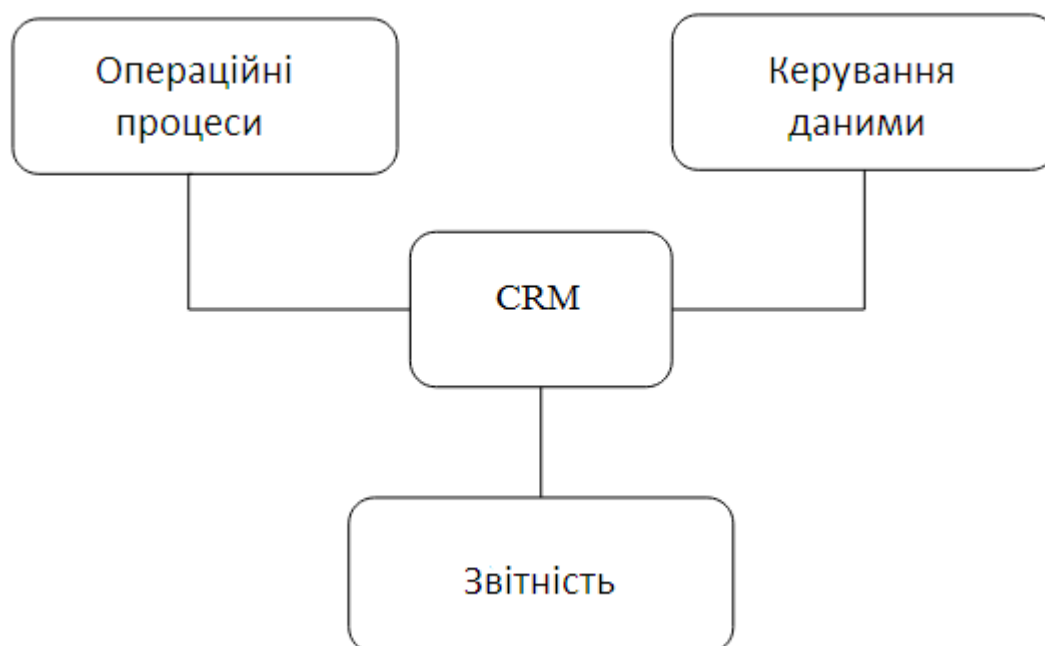


Рисунок 3.4 – Основні блоки CRM-системи

Комплексні медичні інформаційні системи, як правило, складаються з модулів. Це дозволяє зібрати і налаштувати CRM-системи у потрібній конфігурації для установ різного типу і забезпечити необхідний функціонал із можливістю подальшого додавання/видалення модулів. Структура медичної інформаційної системи – окремі компоненти, що можна об'єднати у кілька великих груп:

1. Аналітичні й управлінські компоненти. Модулі та засоби ведення управлінського обліку, інструменти аналізу якості та ефективності медичних послуг. Ці складові CRM-системи дозволяють проаналізувати стан вашої медичної організації, виявити проблемні місця й оптимізувати бізнес-процеси. На рівні користувача – пошук медичних записів по будь-яким критеріям, з урахуванням обмежень за рівнем доступу. Результати аналізу можна вивести на екран у вигляді графіків, таблиць або на друк.

2. Медичні компоненти. Усі модулі, пов'язані з реєстрацією пацієнтів, ведення реєстру електронних медичних карт, облік лікарняних листів, ведення протоколів лікування, інформаційний супровід лікування пацієнтів у різних типах установ (амбулаторія, поліклініка, стаціонар), медична статистика й аналітика, історія хвороби та багато іншого.

3. Фінансово-економічні компоненти. До них відносяться інструменти ведення обліку медикаментів, управління запасами, розрахунок собівартості лікування і тарифів на надання медичних послуг, розрахунок надбавок лікарям, інструменти проведення економічного аналізу діяльності організації і т.д.

4. Компоненти обміну даними. Ведення уніфікованих реєстрів, каталогів і довідників, обмін даними в системі закладів охорони здоров'я, обробка отриманих даних.

5. Загальнотехнічні компоненти. Контроль доступу користувачів і захист бази даних, а також підтримка можливостей інтеграції з іншими системами і програмами.

Якщо медична інформаційна система була вибрана вдало, її впровадження позитивно відобразиться на роботі організації. Але все буде залежати від виду CRM-системи, її функціональних можливостей та специфіки конкретного медзакладу. Неможливо уявити наше життя без сучасної медицини – так які переваги використання CRM-системи отримують різні учасники цього процесу?

1. Позбавляє від заповнення паперів. Не потрібно дублювати записи і вносити інформацію в інші документи: лікарі і персонал, що мають доступ до карти пацієнта, можуть ознайомитися з історією хвороби, ходом лікування, результатами досліджень і т.д. з єдиної бази даних.

2. Підвищення якості обслуговування і зниження впливу людського фактора. Автоматизований документообіг дозволяє зменшити кількість паперової роботи, успішно вести базу клієнтів, спираючись на актуальну інформацію про дослідження і надані послуги. Лікарям набагато простіше ставити діагноз, знижується ризик втрати важливих даних, як це часто буває з результатами

аналізів у паперовому вигляді: їх можуть банально прикріпити до чужої карті, через що доводиться проходити дослідження повторно.

3. Телемедицина. Лікарі отримують можливість проконсультуватися в реальному часі з колегами та іншими фахівцями стосовно правильності постановки діагнозу (особливо, в екстреній ситуації), призначення і корекції лікування, вести дистанційний моніторинг стану хворих і т.п.

4. Узгодженість роботи. Клінікам зручно мати онлайн-реєстратуру, вести загальнолікарняні бази пацієнтів, розподіляти їх по філіях із урахуванням завантаженості і графіка фахівців, маючи при цьому можливість оцінити попит на ті чи інші послуги, а приватним центрам – формувати ціноутворення.

Завдяки CRM-системам пацієнти отримують доступ до своїх даних, можуть оперативно отримувати результати лабораторних аналізів і відстежувати їх разом із лікарем, записуватися до нього на прийом, підтримувати зворотний зв'язок і т.д. Знижується ймовірність підробки і втрати медичних даних, адже пацієнт їх моніторить самостійно. Система попередньої онлайн-запису дозволяє уникнути черги в лікарні.

Відзначимо відразу, що індивідуальна розробка CRM-системи – це, в основному, окремі випадки для комерційних клінік. Більшість медзакладів використовують готові програмні рішення, їхній вибір залежатиме від типу закладу та повсякденних завдань, котрі належить оптимізувати за допомогою CRM-системи. Перш, ніж приступити до вибору конкретної системи, необхідно звернути увагу на два моменти: формат поставки ПЗ і обмеження у бюджеті.

Отримати доступ до можливостей CRM-системи можна трьома способами:

1. Обираємо готове програмне рішення і працюємо на базовому функціоналі, необхідному для виконання всіх поточних завдань. Бажано вибирати системи, розробники яких пропонують скористатися пробним доступом до всіх функцій – так ви можете зрозуміти, чи дійсно вам потрібно стільки модулів, або можна обійтися стандартними, що входять у базовий комплект поставки.

2. Раціонально і з урахуванням потреб медустанови. Йдеться про інтеграцію готового серверного рішення з подальшим доопрацюванням його під

конкретні потреби організації. На практиці користувачі можуть виявити, що звичні алгоритми їхніх дій або прийняття рішень розходяться з тими, що пропонує система. Набагато простіше найняти розробників і переписати/дописати функціонал, ніж перебудовувати роботу всієї організації під конкретне ПЗ.

3. Індивідуально, під нестандартні завдання. Тобто, замовити систему з нуля. Цей варіант може підійти установам з унікальною специфікою роботи. Сучасні комплексні CRM-системи, як правило, пропонують інтеграцію або мають вбудовані модулі, заточені під специфічні завдання (управління лабораторіями, стаціонар, поліклініка, блоки живлення і т.д.). Можливо, потрібно буде доповнити вже існуючу систему новими можливостями, наприклад, додати портал для навчання персоналу або підключити до блоку з укладання договорів сервіс розпізнавання документів? Може виявитися, що постачальник ПЗ не передбачив наявності таких модулів, а підключення сторонніх програм до системи, що містить вразливі персональні дані – досить ризикована затія. Розробка індивідуальної CRM-системи для оптимізації рутинних операцій – рішення, де потрібно зважити всі за і проти. Однак у результаті можна отримати те, що підійде саме конкретній організації.

Усі CRM-системи поставляються у двох варіантах: хмарні (SaaS) платформи та стаціонарні (з установкою на сервер компанії). Використання хмарних сервісів знижує вартість програм, вся підтримка, забезпечення безпеки лежить на відповідальності розробників, а принцип роботи простий: встанови і користуйся. Високий рівень конкуренції і наявність подібних продуктів на ринку сприяють тому, що майже всі пропонують максимально зручний інтерфейс, навчання і підтримку, тестовий доступ до функціонала. Мінус – вони не завжди здатні охопити всі процеси організації.

Перевагою розгортання CRM-системи на базі власного серверного обладнання буде те, що треті особи повністю виключаються з процесу збору та управління даними, набір сервісів розширюється шляхом придбання додаткових модулів, роблячи саму систему і її налаштування більш гнучкими.

Вартість розробки CRM-системи залежатиме від її функціоналу, а також рівня складності. Як правило, функціонал CRM-системи будується навколо створення так званих АРМів – автоматизованих робочих місць, що повторюються в декількох версіях: АРМ лікаря, АРМ реєстратора, АРМ лаборанта і т.д. Створення спеціалізованої системи також передбачає написання специфічного для медичної галузі коду. Відповідальна і трудомістка частина роботи над CRM-системи – розробка механізмів, що забезпечують цілісність даних, підсистеми безпеки, адміністрування, підтримки та зв'язку з медичним обладнанням і т.д. Тому вартість кожного проекту буде оцінюватися і розраховуватися індивідуально. Звертайтеся до нас – у нас є досвід розробки складних систем, і ми підкажемо рішення, яке допоможе автоматизувати роботу вашої організації.

З огляду на великі обсяги медичної інформації, з якими щодня доводиться працювати медичним співробітникам, використання CRM-системи дозволяє істотно знизити непрофільне навантаження на лікарів і персонал, допомагає керівництву в управлінні, прийнятті рішень, налагодженні стосунків із клієнтами і партнерами.

3.2 Організаційні основи розробки та імплементації CRM-системи у діяльність закладу охорони здоров'я

В Україні використання CRM-системи є однією зі складових сучасної електронної системи охорони здоров'я eHealth. МІС дають можливість автоматизувати роботу медичних установ із Центральною базою даних (ЦБД). Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. №411 про «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», підключення та обмін даними з ЦБД можливі тільки за допомогою МІС. Варто зазначити, що українське законодавство дозволяє використання тільки тих систем, що пройшли перевірку МОЗ і були підключені до системи eHealth.

Основні тенденції на ринку CRM-систем України представлено на рисунку 3.5.



Рисунок 3.5 – Основні тенденції на ринку CRM-систем України

Розроблено за [37]

Мінімізація CAPEX (capital expenditure) на IT – зниження капітальних (на придбання та оновлення) витрат на програмне забезпечення, тобто перехід до хмарних сховищ даних. Ця тенденція позбавляє компанії необхідності інвестування у так зване «залізо» – фізичні носії даних, прилади їх обробки та ін.

Мобільна версія – цей зручний віддалений доступ до CRM-системи дозволяє компаніям, продавці яких найчастіше не перебувають на певному робочому місці, отримувати оперативні дані із зовнішнього середовища, встановлювати і контролювати показники збору «лідів», збору даних, якості обслуговування в режимі реального часу. Дані, зібрані на місці, а не такі, що раз в

день переносяться із записників в таблиці, є набагато якіснішими і більш своєчасними.

Останнім часом збільшився попит на інтеграційні рішення, що розширюють функціонал CRM-систем. До таких відносять:

- інтеграція з телефонією – дозволяє отримувати реальні дані про дзвінки, що відбулися, а не ті, які залишають в CRM-системі ваші співробітники;

- інтеграція з сервісом розсилок – дає можливість маркетологам формувати вибірки, відправляти розсилки і, що найважливіше, отримувати в систему дані про статус доставки, відкриття, прочитання і відповідної реакції для кожного конкретного листа (клієнта);

- інтеграція з соцмережами – сьогодні багато компаній вміло ведуть комунікації з клієнтами в соцмережах. Це дозволяє здійснювати кореляцію користувача соцмережі і клієнта компанії з його історією замовлень, історією звернень, історією скарг дає багато інформації про «next best offer».

Однією з найбільш потужних CRM-систем дозволених до впровадження МОЗ України є Doctor Eleks – комплексне рішення, що дозволяє оптимізувати роботу клінік будь-якого розміру і профілю (приватних і державних). Розробник – компанія Eleks (Львів, Україна). Doctor Eleks підтримує електронну медичну карту пацієнта, інструменти редагування шаблонів документів, особистий кабінет лікаря, модуль реєстрації та роботи зі звітністю, фінансами, персоналом. Підсистема розкладів дозволяє формувати графіки роботи співробітників з урахуванням побажань лікарів і пацієнтів. Лабораторна інформаційна система Doctor Eleks може використовуватися як окремий програмний продукт. Серед додаткових можливостей - повноцінний редактор для обробки відео і зображень, що можна додавати в документи. Гнучка технологія побудови звітів, є можливість проводити аудит медичних документів, підтримується модуль PACS, Web-клієнт і багато іншого.

Переваги CRM-системи Doctor Eleks: потужний функціонал, наявність комунікаційного сервера для обміну даними у форматі HL7 із суміжними ІС, зовнішніми лабораторіями, страховими компаніями. Присутній інтеграція з

Toshiba УЗД, підтримується імпорт DICOM-зображень, підключення DICOM-сумісного обладнання та багато іншого. Doctor Eleks підключений до системи eHealth, система пройшла перевірку і рекомендована до використання МОЗ України.

Недоліки CRM-системи Doctor Eleks: навіть якщо вони є (наприклад, не підтримуються електронні напрямки), то ці недоліки компенсуються іншими можливостями.

Ліцензування ПЗ проводиться на основі постійних і тимчасових ліцензій. Послуги з впровадження, інтеграції, техпідтримка по завершенні впровадження оплачуються окремо, як і вартість використання мобільного додатка, веб-послуг і роботи зі страховими компаніями.

Електронна медична картка (ЕМК) є основним компонентом інформаційної системи Доктор Елекс. В ній зберігається вся інформація про пацієнта – реєстраційні дані, результати оглядів лікаря, антропометричні виміри, лабораторні обстеження та різноманітні графічні дані (УЗД, рентген тощо) (рис.3.6).

При введенні даних в ЕМК не потрібно витрачати час на набір тексту на клавіатурі. В системі застосовується унікальна технологія деревовидних шаблонів, яка дозволяє формувати звіти оглядів, використовуючи стандартний набір професійних термінів та виразів. При цьому лікарю чи медсестрі достатньо лише вибрати необхідні слова та вирази з переліку запропонованих у спеціально розроблених шаблонах огляду. Для зручності роботи, в шаблоні налаштовані також відповіді по замовчуванню, інтерактивні підказки та виділення кольором. Правильність та повнота введення інформації контролюється автоматично під час формування медичного документу.

Введення інформації в карту пацієнта за допомогою шаблонів і збереження її в структурованому вигляді забезпечує широкі можливості аналізу даних та полегшує обмін інформацією з іншими медичними установами. Зручна система пошуку даних дозволяє легко знайти необхідну інформацію у великих об'ємах медичної документації. За допомогою підпрограми статистичної обробки даних

можна швидко та легко підготувати всі необхідні звіти із дотриманням вимог Міністерства охорони здоров'я та інших контролюючих органів.

The screenshot shows a software interface for patient information. At the top, there are tabs for 'Інформація', 'Процедури', 'Терапевтичні процедури', 'УЗД 11-14 тижнів вагітності', 'УЗД внутрішніх органів', and 'УЗД печінки, жовчних шляхів'. The 'Інформація' tab is active.

Пацієнт

П.І.Б.: Білецька Інна Соломонівна 1 VIP Стать: Жіноча Д/н: 04.03.2007

Адреса: м. Львів, вул. Наукова, 7г Тел.: 80501234567 E-mail: email@domain.com

Нотатка: Sono ID 23SD1239

Below the patient information is a menu bar with options: 'Новий курс', 'Новий документ', 'Редагувати', 'Редагувати як новий', 'Видалити', 'Історія документу', and 'Друк'. A file explorer shows a folder '[19.03.2007] Ольга' containing a document '[19.03.2007] - Аналіз крові (гр)'.

АНАЛІЗ КРОВІ

Пацієнт: Білецька Інна Соломонівна Номер історії хвороби 23123

Дата народження: 04.03.2007 Вік: 25 років.

Дата та час обстеження: 19.03.2007 14:16

Група крові: Резус крові: Rh - (негативний).

Група крові, вказана в направленні: АВ (IV).

At the bottom of the window are three buttons: 'OK', 'Скасувати', and 'Застосувати'.

Рисунок 3.6 – Електронна медична картка

Система дає можливість легко формувати, редагувати та друкувати різноманітні виписки, довідки, епікризи, а також зберігати копії цих документів у медичній карті пацієнта. Будь-які з цих даних можна експортувати і надавати пацієнтам на мобільних носіях даних у зручному для них форматі, доступному для перегляду на будь-якому комп'ютері.

При потребі, персонал лікарні має доступ до карти пацієнта не лише з комп'ютерів локальної мережі, але і шляхом віддаленого доступу з домашнього комп'ютера. Оскільки медична інформація є суворо конфіденційною, доступ до медичної карти і певних її секцій чітко регламентовано. В системі також ведеться протокол редагування, видалення та друку медичних даних.

Користуючись шаблоном огляду, лікар швидко внесе у електронну картку пацієнта потрібні дані, дотримуючись рекомендованої послідовності обстеження, та уникне одруків і помилок завдяки використанню редактору шаблонів документів. Документи в системі базуються на деревовидних шаблонах, за допомогою яких лікар швидко і без зайвих зусиль введе всі дані в систему. Зручний редактор гарантує прозорість, простоту роботи та реалізацію будь-яких вимог до змісту і вигляду документів (рис. 3.7).

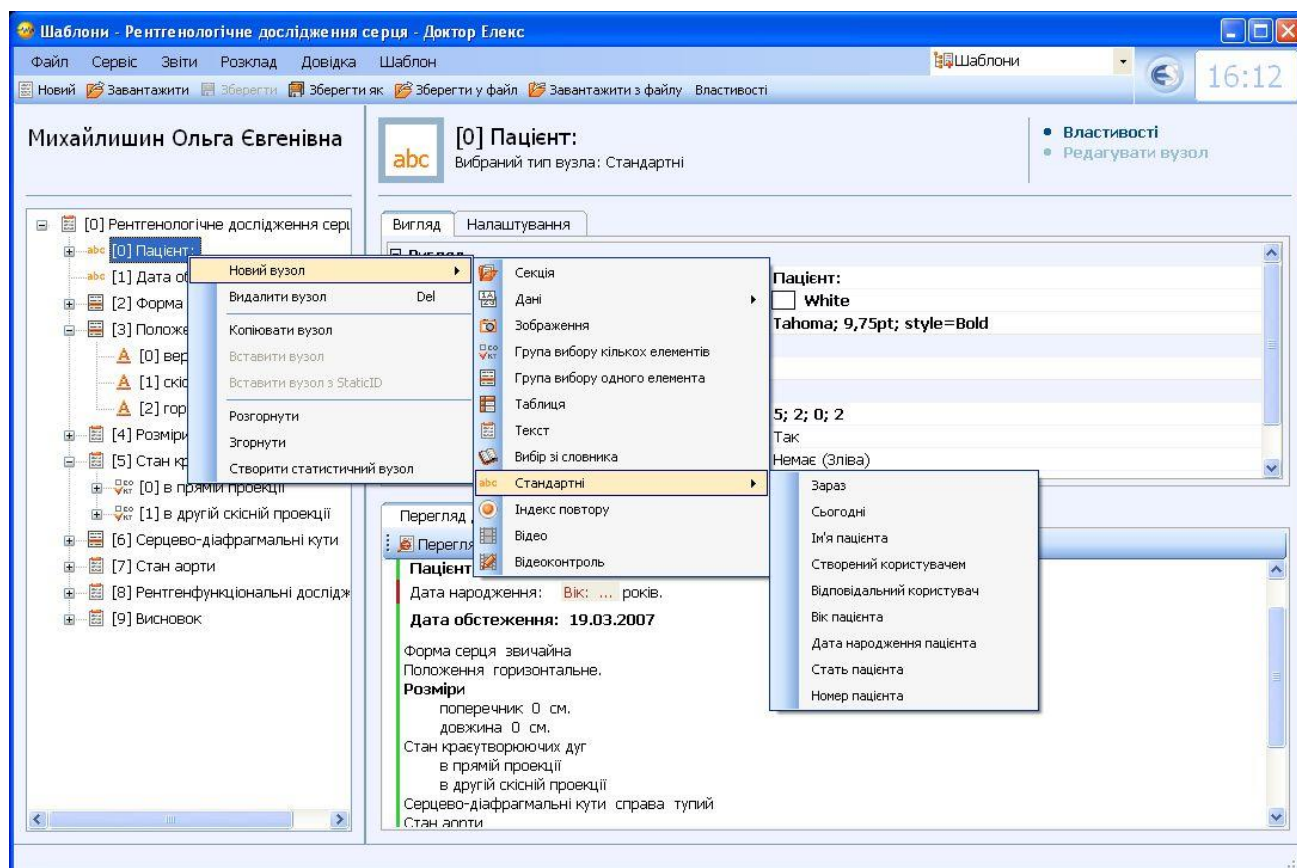


Рисунок 3.7 – Редактор шаблонів документів

Редактор шаблонів документів дає можливість скоригувати чи створити нові шаблони оглядів, лабораторних аналізів та інших документів, якими оперує медична установа.

Шаблони дозволяють:

- легко видозмінювати зміст та вигляд документів залежно від потреб лікаря та установи;

- вибирати потрібні варіанти з переліку можливих відповідей, автоматично формуючи документ;
- під час проведення огляду вводити усі важливі дані (з виділенням кольором незаповнених частин документа);
- задавати норми для лабораторних даних.

Система Доктор Елекс налагоджує роботу реєстратури медичного закладу, заощаджуючи час лікарів та пацієнтів, а оперативне реагування на телефонні дзвінки дозволяє працівникам реєстратури вносити необхідні корективи у розклад роботи лікарів та проводити облік використання кабінетів закладу (рис. 3.8).

Розклад оновлено

Сьогодні	Понеділок, 19 березня 2007 р.							Всі
8	Відеоконтроль	Гнекологія 1	Гнекологія 2	Ембріологія	К2	Операційна	УЗД 1	УЗД 2
8	Саврук Олена Зіновів...	Тураш Інна Парфенті...	Білецька Інна Соломо...	Сидорук Мирослава Б...	Назарук Зоряна Март...	Таранько Рімма Юліа...	Домнічева Анжеліка ...	Назарук Зоряна Март...
15			Кузьмак Вероніка Іоліе...					
30								
45								
9		Кузьмак Вероніка Іоліе...		Назарук Зоряна Март...	Малушенко Людмила ...	Годій Катерина Карлі...	Годій Катерина Карлі...	Білецька Інна Соломо...
15		Білецька Інна Солом...	Можар Наталя Леоні...					
30								
45								
10	Домнічева Анжеліка ...	Радіонова Вікторія Ст...	Сидорук Мирослава Б...	Назарук Зоряна Март...	Шак Ірина Дар'їна (90)	Можар Наталя Леоні...	Назарук Зоряна Март...	
15								
30								
45								
11		Поглод Любов Антон...	Білецька Інна Соломо...	Федан Ліда Зоряна Б...	Голяк Тетяна Профи...	Штибель Ніна Мироні...	Федан Ліда Зоряна Б...	Федан Ліда Зоряна Б...
15								
30								
45								
12	Назарук Зоряна Март...	Домнічева Анжеліка ...	Таранько Рімма Юліа...			Шак Ірина Дар'їна (90)	Назарук Зоряна Март...	Голяк Тетяна Профи...
15				Забелін Богдан Омел...				
30								
45								
13	Тураш Інна Парфенті...	Сидорук Мирослава ...	Саркісян Ганна Тере...		Годій Катерина Карлі...		Саркісян Ганна Тере...	Назарук Зоряна Март...
15								
30								
45								
14	Таранько Рімма Юліа...		Саркісян Ганна Тере...	Вацлавик Леся Роман...	Радіонова Вікторія Ст...	Довгоший Наталя Ізи...		Годій Катерина Карлі...
15								
30								
45								
15	Тураш Інна Парфенті...	Мацула Оксана Вале...		Мацула Оксана Вале...	Довгоший Наталя Ізи...	Мацула Оксана Вале...		Мацула Оксана Вале...
15								
30								
45								

Рисунок 3.8 – Реєстратура

Перевагами використання інтерфейсу реєстратури медичного закладу є:

- відсутність потреби ведення паперового журналу відвідувачів.
- оперативний пошук даних пацієнта по ідентифікаційному номеру, прізвищу чи даті народження для призначення візиту до лікаря.

- узгодження часу візиту пацієнта із розкладом роботи лікаря та інфраструктурою медичного закладу.
- ефективного планування годин прийому лікаря з урахуванням часу відпусток, лікарняних, відряджень, нарад тощо.
- оперативного інформування лікаря про прибуття пацієнта на прийом.
- можливість перегляду історії візитів пацієнта, годин прийому лікаря на наступний день, тиждень чи місяць.

Робоче місце Лікаря спрощує пошук інформації про пацієнта, введення даних огляду та створення для нього будь-яких документів (рис. 3.9).

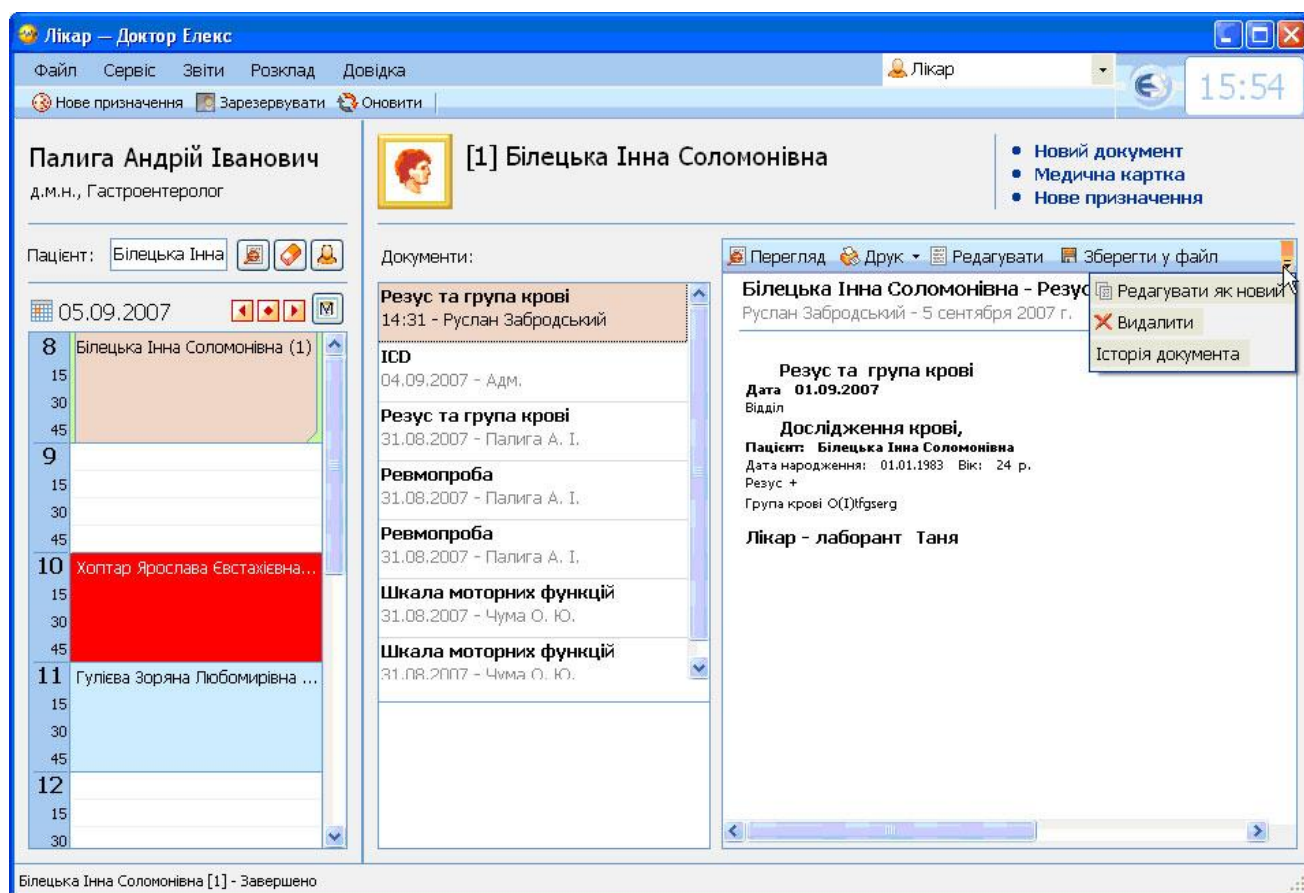


Рисунок 3.9 – Інтерфейс робочого місця лікаря

Окрім того, система дозволяє вводити дані лабораторних досліджень, записувати відео і зображення безпосередньо з медичного устаткування, редагувати ключові кадри та включати їх у документи пацієнтів.

Робоче місце Лікаря складається з:

- головного меню, спільного для всіх робочих місць;
- вікна вибору та пошуку пацієнта у базі даних;
- списку всіх документів вибраного пацієнта;
- вікна перегляду документів пацієнта;
- розкладу роботи лікаря;
- панелі швидкого створення документів;
- списку документів пацієнтів створених на певну дату.

Лабораторна інформаційна система Доктор Елекс може як входити до складу CRM-система Доктор Елекс, так і використовуватись як окремий готовий продукт, налаштований у відповідності до потреб конкретного медичного закладу.

Ця система може бути корисною для широкого спектру клініко-діагностичних лабораторій – від районних поліклінік до великих централізованих лабораторних служб з віддаленими робочими місцями в пунктах забору матеріалу. Застосування міжнародного стандарту передачі медичних даних HL7 дозволить також вести безперебійний обмін інформацією з іншими лабораторіями України та Європи.

ЛІС Доктор Елекс допомагає автоматизувати всі етапи роботи медичної клініко-діагностичної лабораторії: від збору та обробки інформації до їх аналізу та управління робочими процесами.

Завдяки стандартизації даних в ЛІС є можливість відстежити весь життєвий цикл кожного лабораторного дослідження, а саме: призначення аналізу, забір матеріалу, маркування, пересилку в лабораторію, отримання результатів, інтеграцію даних в електронну карту пацієнта, ведення архіву досліджень тощо. При потребі, ця інформація може бути використана для аналізу ефективності роботи клініки або для з'ясування будь-яких спірних питань.

Важливу роль відіграє також можливість автоматичного прийому результатів досліджень з широкого спектру обладнання клінічних, біохімічних, імунологічних та бактеріологічних лабораторій безпосередньо в електронну медичну карту пацієнта. У випадку критичного відхилення даних від норми,

система автоматично формує відповідне попередження лікарю для забезпечення своєчасного реагування.

Застосування ЛІС – це крок вперед у розвитку вітчизняної лабораторної діагностики. Автоматизована система управління лабораторними даними допоможе суттєво підвищити якість медичного обслуговування та зменшити накладні витрати у вашій клініці, а саме:

- прискорити отримання результатів досліджень;
- мінімізувати кількість помилок та ризик втрати даних завдяки зменшенню впливу «людського фактору»;
- забезпечити відповідність європейським стандартам лабораторної діагностики;
- скоротити кількість рутинних операцій, необхідних для оформлення замовлення та доставки лабораторних даних;
- забезпечити індивідуальні налаштування для кожного закладу або фахівця;
- створити комфортні умови роботи персоналу та обслуговування пацієнтів.

Унікальна ідентифікація пацієнтів та їх лабораторних матеріалів, а також обмежений доступ до електронної бази даних дозволить проводити анонімні дослідження, забезпечивши належне збереження та конфіденційність медичної інформації у відповідності із сучасними Європейськими стандартами.

Використання модулю обробки відео та зображень дає можливість включення зображень у вихідні документи підвищує їхню інформативність.

Редактор відео дозволяє переглянути записаний матеріал, виділити ключові кадри, додати до них опис та включити їх у документ. У разі потреби пацієнт може отримати відеозапис свого обстеження.

Повноцінний графічний редактор дозволяє легко обробити зображення: додати підписи, коментарі та медичні позначки. Працюючи з відео та зображеннями, можливо:

- зберегти лише необхідну частину зображення;

- використовувати спеціальні медичні позначки;
- додавати текст в зображення;
- малювати по зображенню, відмічати певні області.

Технологія побудови звітів з модулю CRM-системи базується на аналізі документів, створених за певним типом шаблонів, а також на основі аналізу певних вузлів шаблону, згідно заданих критеріїв генерації звітів (рис. 3.10).

Кожній спеціальності відповідає свій тип звіту. Окрім того, в системі розроблені всі типи звітів, передбачені вимогами Міністерства Охорони Здоров'я України (форма № 41 та інші). Завдяки гнучкості системи під час створення статистичних вузлів, користувач може об'єднувати вибірку даних з різних документів.

За допомогою автоматично генерованих звітів керівник має можливість, як аналізувати роботу всієї клініки, так і окремих лікарів, молодшого медичного персоналу та лабораторії, а лікар може створювати звіти про свою роботу одним натисканням кнопки.

The screenshot shows the 'Звіти - Доктор Елекс' application window. The main content area displays a report titled 'УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА' (Ultrasound Diagnostics) for 'Звіт про виконану роботу за I квартал 2007 року' (Report on work performed in Q1 2007). The report includes a table with the following data:

№пп	Перелік проведених робіт	Січень	Лютий	Березень	Всього
1	Ультразвукових обстежень всього	0	0	511	588
2	Трансвагінальних обстежень	0	0	233	289
3	Трансабдомінальних обстежень	0	0	10	8
4	Обстеження грудних залоз	0	0	18	22
5	Обстеження щитовидної залози	0	0	6	12
6	Обстеження дітей до 16 років	0	0	13	21
7	Обстеження червоної порожнини	0	0	13	21
8	Обстеження нирок та сечового міхура	0	0	5	10
9	Обстеження селезінки та наднирників	0	0	0	0
10	Обстеження печінки та жовчних шляхів	0	0	2	2
11	Обстеження вагітності в терміні до 9 тижнів	0	0	76	67
12	З них: екстремних вагітностей	0	0	0	0
13	Обстеження вагітності в 2-3 триместрі всього	0	0	117	126
14	З них: обстеження вагітності двома плодами і більше	0	0	10	7
15	Експертне обстеження вагітності	0	0	8	3
16	Виявлено вад, несумілих з життям	0	0	0	0

The interface also shows a sidebar with filters for 'Звіт' (Report) and 'Дати' (Dates), and a list of users under 'Користувачі' (Users). The date '4/4/2007' is displayed at the bottom of the report area.

Рисунок 3.10 – Формування звітів

Форми звітів можна розбивати на потрібну кількість колонок для більш детального аналізу роботи певних працівників. Також в системі автоматизована підготовка річних, квартальних та інших типів звітів.

Завдяки робочому місцю «Аудит документів» керівник медичної установи будь-якого розміру і профілю зможе оперативно отримувати всю необхідну для роботи інформацію, аналізувати діяльність установи, контролювати повноту та правильність введення даних огляду, регламентувати права доступу до документації, вести облік навантаження персоналу та контролювати якість наданих послуг (рис. 3.11).

Підсистема призначена для аудиту всіх документів та дій над ними, що були виконані у медичному закладі.

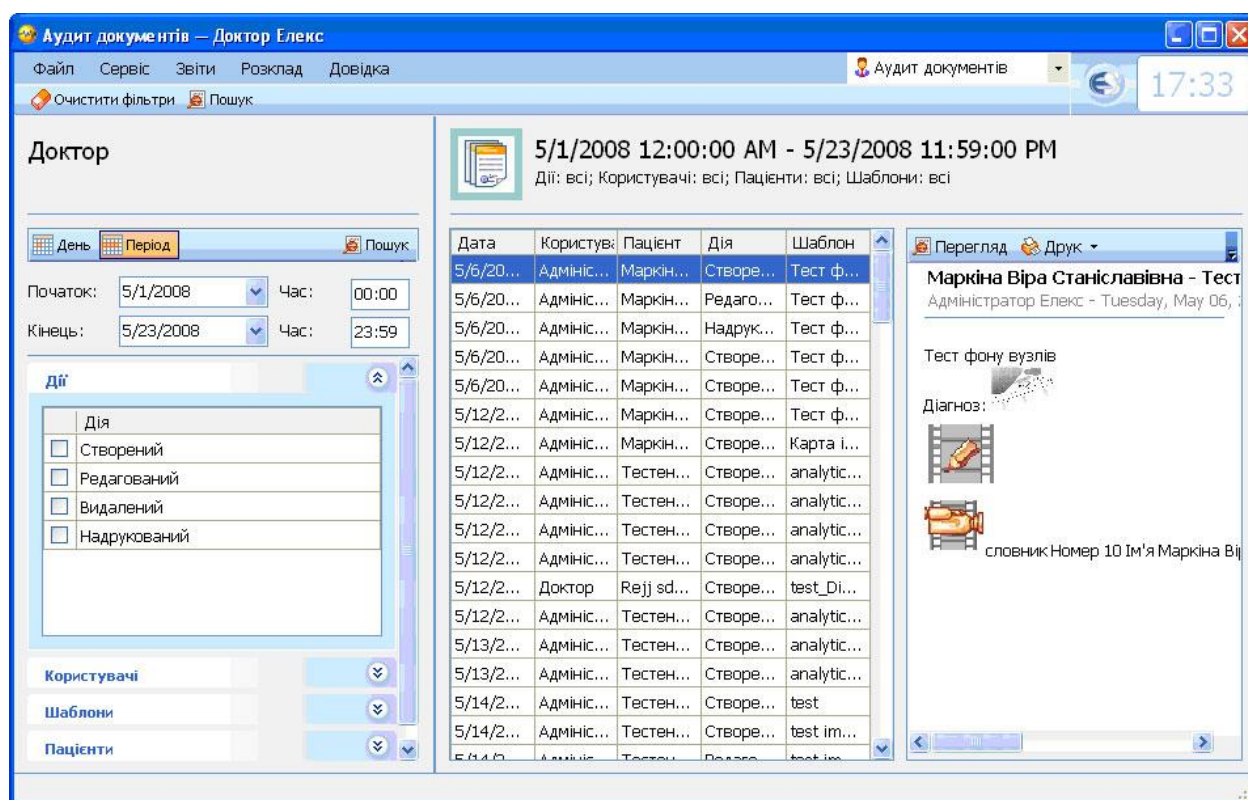


Рисунок 3.11 – Аудит документів

Робоче місце складається з трьох частин:

- пошукових фільтрів;
- списку документів, що відповідають критеріям пошуку;

- вікна перегляду вибраного документа.

Оперативний збір інформації необхідної для аналізу діяльності установи та підготовки статистичних звітів, контроль якості наданих послуг, регламентування прав доступу до документації, облік навантаження персоналу роблять систему Доктор Елекс незамінним інструментом для керівника медичного закладу.

Переваги для керівника:

- можливість редагувати спектр послуг медичного закладу;
- перегляд історії змін ціни та балансів пацієнтів;
- можливість прописувати назви послуг медичного закладу іноземними мовами;
- оперативний перегляд цін на медичні послуги станом на певну дату;
- зручна система впровадження нових тарифних планів;
- можливість відслідковувати несанкціоновані дії над документами;
- оптимізація кількості медичних працівників та моніторинг їх роботи.

Підсистема фінансів медичної інформаційної системи Доктор Елекс автоматизує процеси фінансового документообігу медичної установи за різними схемами оформлення і прийому платежів.

Для кожної наданої послуги автоматично ведеться розрахунок вартості на підставі тарифних планів і системи знижок. Для кожного контрагента задається певний тарифний план, у якому визначається перелік послуг та їх ціни. Знижки нараховуються при проходженні комплексу лікування чи діагностики, можливі також індивідуальні знижки.

Розрахунки за надані послуги можуть здійснюватися шляхом оплати готівкою або кредитною картою (через касовий апарат) , по перерахунку або через страхову компанію.

Підсистема фінансів забезпечує кількісний і фінансовий облік наданих послуг, дозволяє відслідковувати баланс кожного пацієнта, та контрагента, та готувати фіскальні звіти.

Вся інформація може передаватися у програму автоматизації бухгалтерського обліку «1С:Бухгалтерія», шляхом експорту даних у файл.

Зростає економічна ефективність діяльності ЛПЗ на основі автоматизації розрахунків вартості послуг, виписки рахунків, контролю затрат по пацієнту, підрозділу, цілій організації.

Зростає ефективність роботи ЛПЗ в цілому, що забезпечується розвинутими засобами контролю і оцінки роботи підрозділів, лікарів, медперсоналу.

Підсистема фінансів зменшує операційні витрати за рахунок переходу на електронний документообіг, автоматизації обробки фінансових даних та взаєморозрахунків зі страховими компаніями та іншими контрагентами.

Ключові компоненти системи Доктор Елекс дозволяють працювати швидше та ефективніше, забезпечуючи ширші можливості і майже необмежену масштабованість

Логічна архітектура рішення складається із трьох рівнів (3.12):

- рівень бази даних;
- рівень сервера комунікації;
- рівень клієнтської програми.

База даних побудована на основі платформи Microsoft SQL Server 2005/ 2008/ 2012/ 2014. Ця платформа має сертифікат Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, який дозволяє використовувати її для розробки захищеного рішення.

Сервер комунікації імплементований на основі технології Windows Communication Foundation (WCF). WCF – це платформа для розробки систем обміну інформацією з використанням технології .NET. WCF робить можливою побудову безпечних, надійних і транзакційних систем через спрощену програмну модель взаємодії між платформами.

Сервер комунікації взаємодіє із клієнтськими програмами та зовнішніми медичними пристроями за допомогою протоколу TCP/ IP, а також передбачає інтеграцію із зовнішніми системами (фінансовими, готельними, лабораторними тощо) за допомогою прикладного програмного інтерфейсу API.

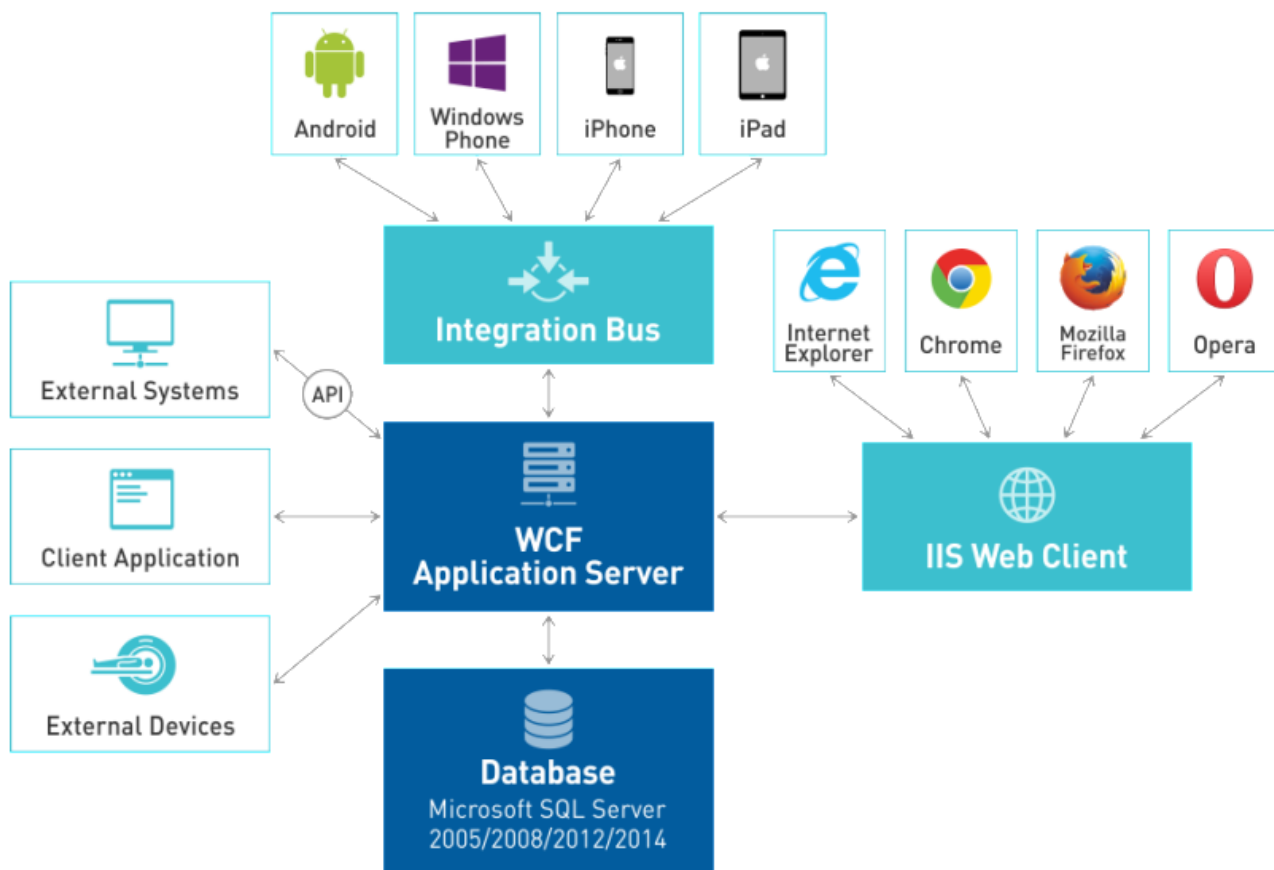


Рисунок 3.12 – Архітектура системи Доктор Елекс

Клієнт системи Доктор Елекс побудований за допомогою технології Microsoft Windows Forms із використанням платформи .Net Framework 3.5. Для безпечної комунікації в мережі використовується інфраструктура безпеки доменів Windows із застосуванням служби Active Directory. Повнофункційна клієнтська програма працює під керуванням операційної системи Microsoft Windows, а веб-клієнт – через web-браузери.

Для взаємодії бази даних із мобільними додатками використовується інтеграційна шина, побудована на базі WCF. Обмін даними здійснюється через протокол HTTP у форматі JSON, що є найкращим рішенням для мобільних платформ, які часто обмежені у ресурсах.

Технічні вимоги для запровадження CRM-системи Доктор Елекс передбачають відповідність таким характеристикам (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Технічні вимоги для запровадження CRM-системи Доктор Елекс

Мінімальні характеристики для 21-50 робочих місць	Рекомендовані характеристики 21-50 робочих місць
Апаратне забезпечення	
Процесор 2-3 ГГц Intel Xeon (від 4 робочих потоків) Оперативна пам'ять 16 Гб Жорсткий диск масив 3×160 Gb SAS\SATA3 in RAID5 або 4×160 Gb SAS\SATA3 in RAID10 + 3x500Gb SAS\SATA3 RAID5 для архіву бази даних (для максимальної швидкодії операційна система повинна знаходитися на окремому диску або окремому масиві) DVD-RW привід Так (для інсталяції та архівів)	Мережа від 100 Мбіт Процесор 2-3 ГГц Xeon (від 8 робочих потоків) Оперативна пам'ять 16-32 Гб Жорсткий диск масив 4×500 Gb SAS\SATA3 RAID (10) + 3x500Gb SAS\SATA3 RAID0 для архіву бази даних (для максимальної швидкодії операційна система повинна знаходитися на окремому диску або окремому масиві)
Програмне забезпечення	
Операційна система MS Windows Server 2008R2/2012R2/2016 Standard (Essential у випадку до 25 р.м.) Система керування базами даних Microsoft SQL Server 2008 R2/2012/2014/2016 Express Edition (при перевищенні ліміту у 10 Гб на розмір бази даних необхідно придбати платну ліцензію)	Операційна система MS Windows Server 2012R2/2016 Standard + клієнтські ліцензії Система керування базами даних Microsoft SQL Server 2012/2014/2016 Standard Edition (PreCore або Server+CAL)

Цінова політика впровадження клієнт-системи Доктор Елекс (ціни дійсні з 1 січня до 31 грудня 2020 року) має два варіанти:

– придбання послуги «Медичний кабінет», що передбачає оплату її вартості за цінами для медичних закладів від 1 до 10 робочих місць (табл. 3.2.).

Таблиця 3.2 – Вартість послуги «Медичний кабінет»

Послуга	Вартість в доларах	Тип оплати
Налаштування та технічна підтримка впродовж 2 років (Включає 10 годин роботи спеціалістів Doctor Eleks, оренду хмари та технічну підтримку строком на два роки. Вартість вказана за одне робоче місце без ПДВ)	400	одноразова
Оренда хмари та підтримка (Вартість вказана за одне робоче місце з врахуванням ПДВ)	100	щорічна

– придбання послуги «Ліцензування програмного забезпечення», що передбачає оплату її вартості за цінами для медичних закладів від 11 робочих місць (табл. 3.3).

Таблиця 3.3 – Вартість послуги «Ліцензування програмного забезпечення»¹

Найменування	Вартість 1 ліцензії в доларах
Клієнтська ліцензія (11-29)	450
Клієнтська ліцензія (30-49)	440
Клієнтська ліцензія (50-99)	425
Клієнтська ліцензія (100+)	400
Клієнтська ліцензія (200+)	350
Клієнтська ліцензія (300+)	300
Клієнтська ліцензія (500+)	250
Клієнтська ліцензія (1000+)	200
Клієнтська ліцензія (2000+)	150

¹ постійна ліцензія (CAPEX) – вартість включає надання права на безстрокове використання системи Доктор Елекс на визначеній кількості робочих місць

3.3 Розрахунок економічної ефективності запровадження CRM-системи Доктор Елекс

Проведемо розрахунок економічної ефективності запровадження клієнт-системи Доктор Елекс.

Капіталовкладення на впровадження проекту становлять вартість ліцензії на використання клієнт-системи Доктор Елекс. Придбати іншу додаткову техніку не потрібно, адже мед заклад нею забезпечений (персональні комп'ютери, принтери тощо). Окрім цього для технічного обслуговування також планується залучити наявний персонал, іншу спеціалізовану техпідтримку за умовами договору з

компанією, що реалізує клієнт-системи Доктор Елекс зобов'язується надавати остання.

Всі капітальні витрати, які пов'язані зі введення нової послуги клієнт-системи Доктор Елекс зведені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Капітальні витрати на впровадження клієнт-системи Доктор Елекс для КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Найменування	Вартість, грн	Тип оплати
Клієнтська ліцензія (11-29)	13 050	одноразово
Впровадження одного робочого місця (20 годин) (одне робоче місце = один комп'ютер, на якому працює МІС Doctor Eleks)	29·8 700=252 300	одноразово
Загальна сума	265 350	одноразово

Нормативний термін експлуатації клієнт-системи Доктор Елекс становить 5 років.

Далі обрахуємо поточні витрати.

Амортизація здійснюється через кумулятивний метод. При цьому методи річну суму амортизації визначають як добуток вартості, що амортизується, і кумулятивного коефіцієнта.

У вигляді формули розрахунок річної суми амортизації ($A_{\text{рік}}$) можна представити так:

$$A_{\text{рік}} = A_{\text{мв}} \cdot k_i,$$

де $A_{\text{мв}}$ – вартість об'єкта, що амортизується грн; k_i — кумулятивний коефіцієнт.

Кумулятивний коефіцієнт за кожен рік розраховують діленням кількості років, що залишаються до кінця строку корисного використання об'єкта, на суму чисел років його корисного використання:

$$k_i = K_p : C_p,$$

де K_p – кількість років до кінця строку корисного використання об'єкта клієнт-системи «Доктор Елекс»;

C_p – сума чисел років корисного використання об'єкта, тобто сума порядкових номерів років, протягом яких функціонує об'єкт.

У нашому випадку кумулятивний коефіцієнт у перший рік становитиме $5/15$. Тобто в чисельнику – число років, що залишилися до кінця строку корисного використання клієнт-системи «Доктор Елекс», а в знаменнику – сума чисел років використання ($1 + 2 + 3 + 4 + 5 = 15$).

Таким чином, кумулятивний коефіцієнт у другий рік становитиме $4/15$, у третій – $3/15$, у четвертий — $2/15$ і в п'ятий — $1/15$.

Річна сума амортизації складе:

– за перший рік експлуатації клієнт-системи «Доктор Елекс»:

$265\,350,00 \text{ грн} \cdot 5/15 = 87\,565,50 \text{ грн}$ (або $7297,13 \text{ грн}$ на місяць);

– за другий рік експлуатації:

$265\,350,00 \text{ грн} \cdot 4/15 = 71\,644,50 \text{ грн}$ (або $5970,38 \text{ грн}$ на місяць);

– за третій рік експлуатації:

$265\,350,00 \text{ грн} \cdot 3/15 = 53\,070,00 \text{ грн}$ (або $4422,50 \text{ грн}$ на місяць);

– за четвертий рік експлуатації:

$265\,350,00 \text{ грн} \cdot 2/15 = 34\,495,50 \text{ грн}$ (або $2624,63 \text{ грн}$ на місяць);

– за п'ятий рік експлуатації:

$265\,350,00 \text{ грн} \cdot 1/15 = 18\,574,50 \text{ грн}$ (або $1547,88 \text{ грн}$ на місяць).

Таким чином, загальні витрати на впровадження CRM-системи Доктор Елекс становитимуть суму підраховану у таблиці 3.5.

Далі порахуємо додатковий дохід, який може отримати лікарня після впровадження CRM-системи Доктор Елекс.

Відповідно до медичної реформи зарплата медика наразі залежить від того, скільки декларацій він підписав з пацієнтами. Поки цей принцип стосується лише лікарів первинки – педіатрів, сімейних лікарів і терапевтів. У майбутньому реформа охопить і інших лікарів.

Таблиця 3.5 – Загальні витрати впровадження CRM-системи Доктор Елекс
КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Найменування	Вартість, грн	Тип оплати
Клієнтська ліцензія (11-29)	13 050	одноразово
Впровадження одного робочого місця (20 годин) (одне робоче місце = один комп'ютер, на якому працює МІС Doctor Eleks)	29·8 700=252 300	одноразово
Особистий кабінет пацієнта: – web-рішення (працює в браузері); – мобільний додаток для пристроїв з ОС iOS (компанії Apple); – мобільний додаток для пристроїв з ОС Android	11 600	щорічно
Особистий кабінет лікаря: – планшет лікаря (за 1 планшет, якщо він належить клініці (для лікарів на виїзді)	5 800·5=29 000	щорічно
– логін лікаря (для встановленого на особистому телефоні лікаря додатку (для телемедичних консультацій)	2 900·3=8 700	щорічно
Річні амортизаційні відрахування	1й рік 87 565,50 2й рік 71 644,50 3й рік 53 070,00 4й рік 34 495,50 5й рік 18574,50	
Загальна сума	265 350	одноразово
	49 300+амортизація	щорічно

Базовий тариф за пацієнта – 370 гривень на рік. Для кожної вікової групи застосовується свій коефіцієнт. Чим частіше людина хворіє, тим більше за його лікування отримає держава:

для пацієнтів у віці 18-39 років буде діяти коефіцієнт 1. Тобто, за них лікар отримає 370 грн;

для новонароджених і до 5 років – 4. Для лікаря це 1480 грн;

для дітей 6-17 років – 2,2. За одну дитину лікар отримає 814 грн;

для людей від 40 до 64 років – 1,2. Це 444 грн;

для людей більш старшого віку – 2. За пенсіонерів лікаря покладено 740 грн.

Припустимо, терапевт набирає 2000 чоловік. Це люди різного віку. Приблизно 40% з них будуть від 18 до 40 років. 41% – від 40 до 64, і ще 19% – старше 64 років. Це співвідношення відображає реальне число дорослого населення за віковими групами в країні.

Крім того були встановлені певні нормативи щодо кількості осіб на кожного медика: для сімейного лікаря ця цифра складає – 1800, для терапевта – 2000, для педіатра – 900.

В КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» в 2019 році працювало 4 педіатра, 13 сімейних лікарів та 3 терапевта.

Педіатри КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» за деклараціями обслуговують приблизно 3600 дітей та заробляють $3600 \cdot 1480 = 5328000$ грн/рік.

Сімейні лікарі та терапевти за деклараціями обслуговують приблизно 19200 дорослих та заробляють $(19200 \cdot 0,4 \cdot 370) + (19200 \cdot 0,41 \cdot 444) + (19200 \cdot 0,19 \cdot 740) = 9036288$ грн/рік.

У загальній сумі завдяки деклараціям лікарня заробляє приблизно $5328000 + 9036288 = 14364288$ грн/рік.

Оскільки розробники обіцяють після впровадження клієнт-системи Доктор Елекс зростання пацієнтотоку всередньому на 20 % (рис. 3.14), то планується, що надходження КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» збільшаться до $14364288 \cdot 1,20 = 17237145,6$ грн/рік

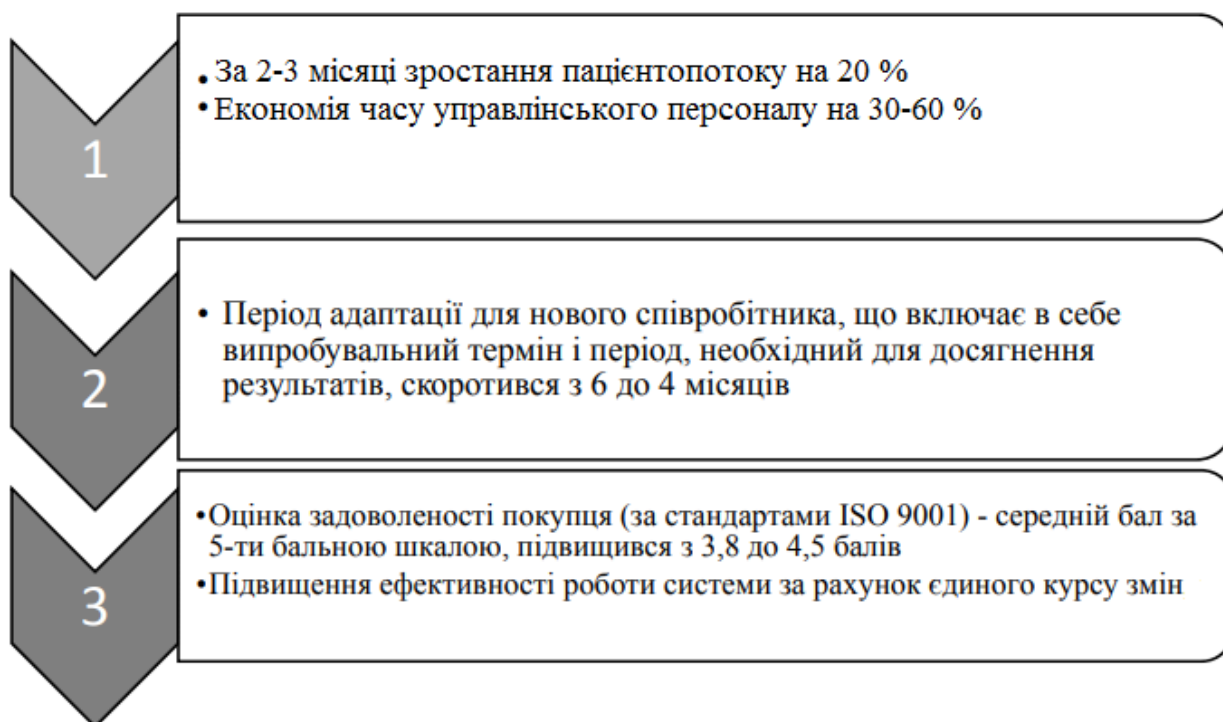


Рисунок 3.13 – Результати впровадження CRM-систем у діяльність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Тобто додатковий прибуток КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» становитиме $17237145,6 - 14364288 = 2\,872\,857,60$ грн/рік.

Грошовий потік визначається за методом дисконтних оцінок. Результати обрахунків наведено у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 – Обчислення грошового потоку для інвестиційного проекту впровадження CRM-систем у діяльність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

Рік	Додатковий прибуток з коригуванням на середній індекс інфляції, тис. грн.	Річні амортизаційні відрахування, тис. грн.	Грошовий потік, тис. грн.	Дисконтний множник $1 / (1 + 0,20)^t$, $1 / (1 + 0,20)^1 = 0,833$ – для 1-го року	Дисконтований грошовий потік, тис. грн.
1	2 872,857	87,566	2 960,423	0,833	2 466,03
2	3 160,14	71,645	3 231,79	0,694	2 242,86
3	3 476,16	53,070	3 529,23	0,579	2 043,42
4	3 823,77	34,496	3 858,27	0,482	1 859,68
5	4206,15	18,575	4224,725	0,402	1698,33
Разом					10 310,32

Чистий приведений дохід за наявності власних коштів дорівнює:

$$\text{ЧПД} = \text{ГП} - \text{ІК} = 10\,310,32 - 265,350 = 10\,044,97 \text{ тис. грн}$$

Період окупності інвестицій становить:

$$T_0 = \text{ІК} / \text{ГПс} = 265,350 / (10\,310,32 / 5) = 0,13 \text{ р.}$$

Індекс дохідності запропонованого проекту дорівнює:

$$\text{ІД} = \text{ГП} / \text{ІК} = 10\,310,32 / 265,350 = 38,86.$$

На фінансування проекту планується залучити кошти з місцевого бюджету.

Висновки до третього розділу

Результати проведеного дослідження з формування рекомендацій щодо застосування інноваційного підходу до удосконалення системи управління медзакладом дали змогу зробити такі висновки:

CRM-системи – це один з найбільш перспективних сегментів ринку програмного забезпечення та управлінських інноваційних інформаційних систем. В Україні CRM вже активно використовується низкою закладів охорони здоров'я та зарекомендували себе як ефективний інструмент регулювання взаємовідносин з пацієнтами.

Однією з найбільш потужних CRM-систем дозволених до впровадження МОЗ України є Doctor Eleks – комплексне рішення, що дозволяє оптимізувати роботу клінік будь-якого розміру і профілю (приватних і державних). Doctor Eleks підтримує електронну медичну карту пацієнта, інструменти редагування шаблонів документів, особистий кабінет лікаря, модуль реєстратури та роботи зі звітністю, фінансами, персоналом. Підсистема розкладів дозволяє формувати графіки роботи співробітників з урахуванням побажань лікарів і пацієнтів. Лабораторна інформаційна система Doctor Eleks може використовуватися як окремий програмний продукт. Серед додаткових можливостей – повноцінний редактор для обробки відео і зображень, що можна додавати в документи. Гнучка технологія побудови звітів, є можливість проводити аудит медичних документів, підтримується модуль PACS, Web-клієнт і багато іншого.

Запровадження CRM-системи Доктор Елекс у діяльність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»: значно удосконалив систему управління закладом на інноваційних засадах; забезпечить гармонійну співпрацю усього персоналу; впровадить контроль за процесом лікування; дозволить швидко знаходити потрібну інформацію; підвищить якість обслуговування пацієнтів.

Використання CRM-системи Доктор Елекс для КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» передбачає: новий рівень підготовки до візиту та огляду пацієнтів;

спрощену процедуру розрахунків за надані послуги; зменшення понаднормового витрачання матеріалів; структуроване збереження даних медичної картки пацієнта; підвищення ефективності роботи установи.

Застосування CRM-системи Доктор Елекс для лікарів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» передбачає: зменшення часу на огляд із системою «розумного документообігу»; полегшує роботу з діагностичним обладнанням: запис та редагування відео і зображень; дає можливість використовувати візуальні підказки у випадку відхилення від норми; широкий спектр шаблонів оглядів; можливість друку результатів різними мовами.

Переваги використання CRM-системи Доктор Елекс для реєстратури КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»: централізоване збереження інформації; швидка та зручна система планування візитів; оперативне реагування на телефонні дзвінки; контроль за обслуговуванням пацієнтів; швидке формування звітів для керівництва.

Для керівника КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» застосування CRM-системи Доктор Елекс передбачає: оптимізацію лікувального процесу; підвищення якості обслуговування пацієнтів; моніторинг історії платежів та витрат; легкий та зручний доступ до розкладу та документації через мережу інтернет.

Додатковий прибуток (зростання на 20 % кількості пацієнтів з укладеними деклараціями) КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» завдяки впровадженню CRM-системи Доктор Елекс становитиме 2 872 857,60 грн/рік. Чистий приведений дохід за наявності власних коштів дорівнює 10 044,97 тис. грн. Період окупності інвестицій становить приблизно 2 місяці. Індекс дохідності запропонованого проєкту дорівнює 38,86.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження з питань удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах (на прикладі КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД», м.Могилів-Подільський) дали змогу зробити такі висновки:

Трактування поняття «управління охороною здоров'я», базується на суб'єктно-об'єктних підходах, враховує цільову спрямованість та інтегральне завдання функціонування галузі, а також визначає управління охороною здоров'я як процес цілеспрямованого впливу з боку суб'єктів управління на виробництво, розподіл і споживання медичних послуг за допомогою рішення взаємопов'язаних медичних, соціальних та економічних завдань охорони здоров'я з метою збільшення тривалості життя населення.

В результаті дослідження існуючих моделей організації системи управління охороною здоров'я, з урахуванням наукових поглядів на функції і методи управління запропонована схема взаємозв'язку функцій і методів залежно від рівня управління і моделі, що застосовується для організації системи охорони здоров'я.

Управління закладом охорони здоров'я, який є складною системою, має ґрунтуватися на загальних принципах теорії систем. Застосування системного підходу до управління закладом охорони здоров'я дає змогу покращити процеси керівництва, а відтак позитивно впливає на розвиток системи охорони здоров'я в цілому. Чим вищий рівень якості складових системи управління надання медичних послуг (медичний персонал, обладнання, будівлі, інформація тощо), тим більша вірогідність отримання якісної медичної послуги. Надання медичної послуги залежить від двох важливих факторів: людських ресурсів та обладнання. Під час надання медичних послуг людський фактор є вирішальним.

Описуючи медичний заклад як відкриту систему можливо створити моделі, які висвітлюють її в різних аспектах. Кожна підсистема лікувального закладу має

бути керована, пов'язана з іншими відповідними нормативними документами. Відсутність цих документів є ознакою некерованої системи. Серед напрямів подальших досліджень зазначеної проблематики на особливу увагу, з нашого погляду, заслуговують питання формування інноваційних підходів розвитку методів управління закладами охорони здоров'я, що базуються на основі системного підходу для покращення якості надання медичних послуг населенню.

Інновації стосуються не тільки надання медичних послуг, а й організації колективної роботи, що вимагає реінжинірингу процесів функціонування медичної установи. Доведено, що застосування управління, орієнтованого на бізнес-процеси в медичній сфері, не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи його розвитку. Проте виявлено низку чинників, які перешкоджають широкому впровадженню інновацій до управління, зокрема небажання співробітників виходити за межі вузької спеціалізації. Встановлено, що раціональне використання інноваційних медичних інформаційних систем має значний вплив на поліпшення якості та доступності медичних послуг для населення, у тому числі шляхом зручного моніторингу та аналізу показників якості охорони здоров'я, планування та управління ресурсами як первинної, так і системи охорони здоров'я загалом.

Підсумовуючи аналіз основних показників діяльності КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. У період реформування галузі охорони здоров'я в Україні досить складно забезпечити стабільне функціонування медзакладу. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» зростали практично паралельно, його персонал постійно скорочувався, разом з тим зарплатний фонд, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу зростали. Матеріально-технічна база КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» постійно зменшується. Рентабельність підприємства – коливається.

Для виконання аналізу результативності управління КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» були взяті до уваги основні тенденції, що стосуються

демографічних показників м. Могилів-Подільський: чисельність міського населення щороку скорочується; показник народжуваності в місті Могилів-Подільський, як і кількість людей, які народились до 2018 року постійно зменшувалися і лише 2019 року продемонстрували позитивну динаміку; показник смертності та кількість померлих в місті до 2017 року збільшилися, через рік зменшилися, 2019 року знову зросли; загалом смертність перевищувала народжуваність в місті усі роки крім 2016 року.

Майже 70 % усіх смертей населення м. Могилів-Подільський пов'язані з хворобами органів кровообігу, приблизно 4,5 % – з травмами та нещасними випадками, решта – з причин інших хвороб (від новоутворень, хвороб органів дихання, хвороб сечостатевої системи та органів травлення). Все це свідчить про невчасне звернення населення за медичною допомогою, брак ранньої діагностики, заходів з упередження можливих хвороб.

Відвідування лікарів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» протягом 2016-2019 років скоротилося майже вдвічі: в 2019 році показник смертності почав суттєво зростати, а кількість візитів до поліклініки зменшилася майже на 40 відсотків, з 100% осіб, які підлягали огляду лише 80,3 % жінок та 38,4% чоловіків були оглянуті. Виклики ж швидкої допомоги вказаного періоду порівняно з попереднім збільшилися втричі.

Для того, щоб передбачити ймовірну результативність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» нами був використаний інструмент побудови лінії тренду з використанням поліноміальної функції. Прогнозування перспективної ситуації щодо основних трендів зміни міського населення, співвідношення смертності та народжуваності містян, кількості відвідувань поліклініки, викликів швидкої допомоги та кількості фактично оглянутих пацієнтів, продемонструвало наявність виключно негативних прогнозів.

Тому можна зробити висновок, що в період реформування системи охорони здоров'я, медичні заклади поставлені в умови, що вимагають максимально ефективної управлінської і фінансово-економічної діяльності, особливо, з використанням інноваційних підходів, спрямованої на усунення негативних

чинників – недоступність медичних послуг (у тому числі й фінансові перешкоди) для населення, наявність черг у закладах охорони здоров'я, небажання пацієнта звертатися до лікаря тощо. Ситуацію, що склалася доводять і результати SWOT-аналізу для КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»

CRM-системи – це один з найбільш перспективних сегментів ринку програмного забезпечення та управлінських інноваційних інформаційних систем. В Україні CRM вже активно використовується низкою закладів охорони здоров'я та зарекомендували себе як ефективний інструмент регулювання взаємовідносин з пацієнтами.

Однією з найбільш потужних CRM-систем дозволених до впровадження МОЗ України є Doctor Eleks – комплексне рішення, що дозволяє оптимізувати роботу клінік будь-якого розміру і профілю (приватних і державних). Doctor Eleks підтримує електронну медичну карту пацієнта, інструменти редагування шаблонів документів, особистий кабінет лікаря, модуль реєстратури та роботи зі звітністю, фінансами, персоналом. Підсистема розкладів дозволяє формувати графіки роботи співробітників з урахуванням побажань лікарів і пацієнтів. Лабораторна інформаційна система Doctor Eleks може використовуватися як окремий програмний продукт. Серед додаткових можливостей – повноцінний редактор для обробки відео і зображень, що можна додавати в документи. Гнучка технологія побудови звітів, є можливість проводити аудит медичних документів, підтримується модуль PACS, Web-клієнт і багато іншого.

Запровадження CRM-системи Доктор Елекс у діяльність КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»: значно удосконалив систему управління закладом на інноваційних засадах; забезпечить гармонійну співпрацю усього персоналу; впровадить контроль за процесом лікування; дозволить швидко знаходити потрібну інформацію; підвищить якість обслуговування пацієнтів.

Використання CRM-системи Доктор Елекс для КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» передбачає: новий рівень підготовки до візиту та огляду пацієнтів; спрощену процедуру розрахунків за надані послуги; зменшення понаднормового

витрачання матеріалів; структуроване збереження даних медичної картки пацієнта; підвищення ефективності роботи установи.

Застосування CRM-системи Доктор Елекс для лікарів КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» передбачає: зменшення часу на огляд із системою «розумного документообігу»; полегшує роботу з діагностичним обладнанням: запис та редагування відео і зображень; дає можливість використовувати візуальні підказки у випадку відхилення від норми; широкий спектр шаблонів оглядів; можливість друку результатів різними мовами.

Переваги використання CRM-системи Доктор Елекс для реєстратури КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД»: централізоване збереження інформації; швидка та зручна система планування візитів; оперативне реагування на телефонні дзвінки; контроль за обслуговуванням пацієнтів; швидке формування звітів для керівництва.

Для керівника КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» застосування CRM-системи Доктор Елекс передбачає: оптимізацію лікувального процесу; підвищення якості обслуговування пацієнтів; моніторинг історії платежів та витрат; легкий та зручний доступ до розкладу та документації через мережу інтернет.

Додатковий прибуток (зростання на 20 % кількості пацієнтів з укладеними деклараціями) КНП «Могилів-Подільський МЦ ПМСД» завдяки впровадженню CRM-системи Доктор Елекс становитиме 2 872 857,60 грн/рік. Чистий приведений дохід за наявності власних коштів дорівнює 10 044,97 тис. грн. Період окупності інвестицій становить приблизно 2 місяці. Індекс дохідності запропонованого проєкту дорівнює 38,86.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1 Основи законодавства України про охорону здоров'я / Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

2 Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року / МОЗ України; Наказ, Концепція від 01.08.2011 № 454 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>.

3. Трушкина Л. Ю., Глепцеришев Р. А., Трушкин А. Г. и др. Экономика и управление здравоохранением: учеб. пособие. 2-е изд. Ростов н/Д : Феникс, 2003.

4. Зенина Л. А., Шешунов И. В., Чертухина О. Б. Экономика и управление в здравоохранении : учеб. для студ. сред. мед. учеб. заведений. М. : Академия, 2006.

5. Райзберг Б. А., Кузьмина Н. Б., Шилленко Ю. В. Российское здравоохранение: вхождение в рынок / под ред. В. З. Кучеренко, Н. Ф. Герасименко. М. : ИНФРА-М, 2009.

6. Дорошенко Г. В., Литвинова Н. И. Менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие. М. : ФОРУМ; ИНФРА-М, 2005.

7. Чернова Т. В. Эффективность в здравоохранении : лекции по организации и экономике здравоохранения / под общ. ред. А. Б. Блохина, Е. В. Ползика, В. П. Иваницкого и др. Екатеринбург : СВ-96, 2003.

8. Скляр Т. М. Экономика и управление здравоохранением : учеб. пособие. СПб. : Изд. дом Санкт-Петербург. гос. ун-та, 2004.

9. Якобсон Л. И. Экономические методы управления в социально-культурной сфере. М. : Экономика, 2010.

10. Зайцев О. А., Радугин А. А., Радугин К. А. и др. Основы менеджмента : учеб. пособие для вузов. М., 2011.

11. Щепин О. П., Габуева Л. А. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении / под общ. ред. В. И. Стародубова. М. : МЦФЭР, 2016.
12. Райзберг Б. А. Современный социоэкономический словарь. М. : ИНФРА-М, 2009.
13. Стародубцева Е. Б. Современный экономический словарь. 2-е изд., испр. М. : ИНФРА-М, 2010.
14. Васильцова Л. И. Муниципальное здравоохранение: социально-экономические аспекты трансформации и развития / науч. ред. А. Б. Блохин, Е. Г. Анимиаца. Екатеринбург : Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2014.
15. Попов Г. А. Экономика и планирование здравоохранения. М. : Изд-во Моск. ун-та, 2006.
16. Блохин А. Б. Управление экономикой больничного хозяйства // Экономика здравоохранения. 2008. № 4.
17. Редюков А. В. Экономическая эффективность здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2006. № 2.
18. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні / М. М. Білінська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. М. М. Білінської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.
19. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К. : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.
20. Рожкова І. В. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості / І. В. Рожкова // Зб. наук. пр. НАДУ. – К. : НАДУ, 2008. – Вип. 2. – С. 224–233.
21. Лехан В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. М. Рудий. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
22. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: генезис, тенденції та закономірності розвитку : монографія / Н. П. Кризина. – К. : Вид-во НАДУ, 2007. – 368 с.

23. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Д. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. – 416 с.
24. Долот В. Д. До проблеми визначення вартості лікування пацієнта в амбулаторно-поліклінічних умовах / В. Д. Долот, Л. А. Ляховченко, Я. Ф. Радиш // Економіка та держава. – 2011. – №12. – С. 109–123.
25. Долот В. Д. Основні напрями та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / В. Д. Долот // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2012. – №12. – Режим доступу : <http://www.du.nauka.com.ua>. – Заголовок з екрана.
26. Философский энциклопедический словарь / под ред. Л. Ф. Ильичева и др. – М. : Сов. энцикл., 2003. – С. 610–613.
27. Иванова Т. Ю. Кибернетико-синергетический подход в теории управления / Т. Ю. Иванова, В. И. Приходько // Менеджмент в России и за рубежом. – 2004. – №5. – С. 132–137.
28. Тейлор Ф. У. Принципи наукового менеджменту : пер. з англ. / Ф. У. Тейлор. – М. : Контроллинг, 2001. – 104 с. 29. Файоль А. Учение об управлении / А. Файоль // Научная организация труда и управления / под ред. А. И. Щербаня. – М. : Экономика, 2006. – 362 с.
30. Хикс Дж. Собрание эссе по экономической теории : в 3 т. / Дж. Хикс [Collected Essays in Economic Theory]. – Б. м. – 2001–2003.
31. Зінченко О.А., Пономаренко Л.Р. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. Інфраструктура ринку. 2018. № 18. С. 123–126.
32. Лепський В.В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. Вісник НТУ «ХПІ». 2016. № 2(1174). С. 101–112.
33. Литвинова О. Інновації в управлінні охороною здоров'я – боротьба чи єдність протиріч? URL: <https://www.vz.kiev.ua/innovatsiyi-v-upravlinni-ohoronouy-zdorov-ya-borotba-chy-yednist-protyrich/> (дата звернення: 26.01.2018).
34. Петрух О.А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. Економіка та держава. 2018. – № 11. С. 107–111.

35. Шавшин О.С. Стратегія інноваційного розвитку підприємства. Інтернаука. 2017. № 3(25). С. 167–171.

36. Шевченко В.А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я. Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy : матеріали міжнар. наук-прак. конф., Kielce, Poland, January 27. 2017. Р. 28–31.

37. Можливості використання CRM-систем / Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://www.terrasoft.ua>

38. Мозгова Г.В. Впровадження системи маркетингу партнерських відносин на промисловому підприємстві / Г.В. Мозгова, Т.А. Петросян // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія Економічна. – 2014. – №. 88. – С. 91-97.

39. The Forrester Wave™: CRM Suites For Midsize Organizations, Q4 2016, pg. 12-14.

40. Top 10 CRM Software Vendors / Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://www.appsruntheworld.com>

41. Головні тенденції українського ринку CRM-систем / Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://crosssellguide.com>

42. Клієнт-система «Доктор Елекс» // Офіційний сайт / Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://doctor.eleks.com/pricing-policy/>.

ДОДАТКИ