

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

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра

Освітній рівень

на тему: «Фінансове планування та економічний аналіз діяльності закладу  
охорони здоров'я (на прикладі КНП «Волочиська центральна районна лікарня»,  
м. Волочиськ, Хмельницька обл.)»

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

Спеціальність 073 «Менеджмент»  
Шифр і назва спеціальності

Освітня програма «Бізнес-адміністрування»  
Назва освітньої програми

Шифр ДРБА.019082.01.10.ПЗ

Виконав: студент 2 курсу група БАмз-19-1

\_\_\_\_\_

Підпис

Чубар В.М.

Ініціали, прізвище

Керівник

\_\_\_\_\_

Підпис, дата

Остапчук О.В.

Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

\_\_\_\_\_

Підпис, дата

\_\_\_\_\_

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Підпис, дата

Тюріна Н.М.

Ініціали, прізвище

\_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

## АНОТАЦІЯ

Чубар В. М. Фінансове планування та економічний аналіз діяльності закладу охорони здоров'я (на прикладі КНП «Волочиська центральна районна лікарня», м. Волочиськ, Хмельницька обл.). Керівник роботи – к.е.н., доцент кафедри економіки, менеджменту та адміністрування Остапчук О. В. Дипломна робота магістра: 96 с., 8 рисунків, 15 таблиць, 30 джерел посилання.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** ФІНАНСОВИЙ ПЛАН, ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО, ОРГАН МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ, ДОХОДИ, ВИТРАТИ, ЧИСТИЙ ПРИБУТОК, КОМПЛЕКСНИЙ ПОКАЗНИК, ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА, РАНЖУВАННЯ.

Досліджено теоретико-методичні засади фінансового планування та економічного аналізу діяльності закладу охорони здоров'я. Розглянуто особливості розвитку галузі охорони здоров'я. досліджено методику проведення фінансового планування та економічного аналізу комунальних некомерційних підприємств. Проаналізовано методику проведення фінансового планування господарської діяльності медичного підприємства.

Проаналізовано організаційно-управлінську структуру підприємства та основних напрямів його діяльності. Здійснено фінансове планування підприємства.

Проведений глибокий економічний аналіз за всіма напрямками роботи підприємства, на основі якого розраховано комплексний показник оцінювання ефективності роботи комунального некомерційного підприємства.. Обґрунтовано сильні та слабкі місця в діяльності роботи КНП «Волочиська ЦРЛ».

## ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	5
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВОГО ПЛАНУВАННЯ ТА ЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1 Особливості розвитку галузі охорони здоров'я.....	7
1.2 Методика проведення фінансового планування господарської діяльності медичного підприємства.....	20
1.3 Економічний аналіз як інструмент трансформації діяльності медичних установ.....	33
Висновки до першого розділу.....	42
2 АНАЛІЗ ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ВОЛОЧИСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ».....	44
2.1 Загальна характеристика КНП «Волочиська ЦРЛ».....	44
2.2 Характеристика організаційно-управлінської структури підприємства та основних напрямів його діяльності.....	50
2.3 Фінансове планування діяльності підприємства.....	62
Висновки до другого розділу.....	67
3 ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТА ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ КНП «ВОЛОЧИСЬКА ЦРЛ».....	69
3.1 Економічний аналіз КНП «Волочиська ЦРЛ».....	69
3.2 Оцінювання ефективності роботи комунального неприбуткового підприємства.....	86
Висновки до третього розділу.....	93
ВИСНОВКИ.....	95
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	97
ДОДАТКИ.....	100

## ВСТУП

Сучасні умови децентралізації вимагають від комунальних закладів нового підходу до планування власних доходів та витрат, формування фінансових ресурсів, особливо це стосується суб'єктів господарювання, які належать до галузі охорони здоров'я. Так сьогодні комунальні некомерційні підприємства як правонаступники прав та зобов'язань колишніх закладів охорони здоров'я стикаються із безліччю ситуаційних питань, пов'язаних із організацією якісного бухгалтерського обліку, складанням фінансового плану підприємства та фінансової звітності, дотримання норм податкового законодавства.

Отже, актуальність теми дипломної роботи визначається тим, що в умовах впровадження фінансової децентралізації одним із ключових завдань є бюджетне планування видатків, які скеровуються на утримання та розвиток сфер життєдіяльності територіальних громад.

Особливості організаційної структури, економіко-правові основи функціонування системи охорони здоров'я в Україні, особливості управління організаційними змінами в галузі розглянуті у працях З. Гладуна, Л. Жаліло, Я. Радиша, І. Рожкової, С. Стеценка, І. Солоненка та інші.

Метою роботи є розробка теоретичних засад і практичних рекомендацій щодо фінансового планування та економічного аналізу діяльності закладу охорони здоров'я.

Основними завданнями дипломної роботи є:

- дослідити і розвинути теоретико-методичні засади фінансового планування та економічного аналізу закладу охорони здоров'я;
- визначити особливості розвитку галузі охорони здоров'я;
- дослідити методику проведення фінансового планування господарської діяльності медичного підприємства;
- провести аналіз основних напрямків діяльності, фінансово-господарської діяльності КНП «Волочиська ЦРЛ»;

– здійснити фінансове планування та економічний аналіз діяльності досліджуваного підприємства;

– здійснити оцінювання ефективності роботи комунального підприємства за допомогою інтегрального комплексного показника та визначити напрямки подальшого вдосконалення роботи підприємства.

Об'єкт дослідження – процес фінансового планування та економічного аналізу комунального неприбуткового підприємства.

Предмет дослідження – сукупність теоретико-методичних та прикладних аспектів фінансового планування та економічного аналізу комунального неприбуткового підприємства.

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

# 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВОГО ПЛАНУВАННЯ ТА ЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 1.1 Особливості розвитку галузі охорони здоров'я та основні поняття економіки охорони здоров'я

Охорона здоров'я – це галузь діяльності держави, яка має за мету організацію та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий момент національної безпеки держави.

Етапи розвитку охорони здоров'я:

1. Наказова медицина.
2. Земська медицина.
3. Міська медицина.

Управління охорони здоров'я є органом виконавчої влади, який забезпечує проведення у життя державної політики в галузі охорони здоров'я, а також несе відповідальність за стан і розвиток галузі.

Основними завданнями управління є:

- розроблення обґрунтованих пропозицій щодо реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- координація та контроль за виконанням державних програм охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медико-санітарної допомоги;
- організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я гарантованої безоплатної медичної допомоги населенню;
- організація надання медичної допомоги у невідкладних та екстремальних ситуаціях;

- розроблення заходів щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення;

- організація в межах своїх повноважень підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників, удосконалення їх знань та практичних навичок.

Завдання управління охорони здоров'я відповідно:

- брати участь у реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- забезпечувати дотримання установами і закладами охорони здоров'я, іншими підприємствами, установами, організаціями, що належать до сфери його управління, прав і свобод громадян у галузі охорони здоров'я;

- здійснювати цільові та перспективні програми охорони здоров'я, готувати пропозиції щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, опрацьовувати заходи, спрямовані на реформування галузі;

- організовувати та проводити акредитацію закладів охорони здоров'я та сфери її управління;

- здійснювати координацію діяльності закладів охорони здоров'я, установ і закладів державної санітарно - епідеміологічної служби, що належать до сфери її управління з питань діагностики, лікування і профілактики захворювань, формування здорового способу життя, охорони території області від занесення і поширення карантинних та інших інфекційних захворювань, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- організовувати вивчення впливу довкілля на здоров'я людини, розробляти заходи, спрямовані на недопущення шкідливого впливу факторів довкілля на здоров'я людини, брати участь у визначенні напрямів та проведенні разом с центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування роботи із запобігання хворобам, а також зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення;

- вивчати, оцінювати і прогнозувати показники стану здоров'я населення;

- здійснювати організаційно-методичне керівництво та координувати роботи державної служби медицини катастроф;

- забезпечувати проведення медико-соціальної експертизи та надання реабілітаційної допомоги населенню;
- реалізовувати державну політику з питань гарантованого медикаментозного забезпечення населення;
- координувати забезпечення лікарськими засобами населення, визначати потребу в них, створювати базу необхідних даних для вирішення питань інформування працівників закладів охорони здоров'я і населення про лікарські засоби та імунобіологічні препарати, дозволені до застосування;
- забезпечувати додержання встановленого порядку надання пільг щодо відпуску громадянам безоплатно, або на пільгових умовах медикаментів та імунобіологічних препаратів.

Форми організації системи охорони здоров'я.

1. Бевериджівська концепція. Пріоритетне значення у фінансуванні охорони здоров'я мають кошти державного та місцевих бюджетів (50-90%). Застосовується у Великій Британії, Ірландії, Данії, Португалії, Італії, Іспанії, Греції.

2. Бюджетно-страхова (бісмарківська) концепція. Фінансування охорони здоров'я відбувається переважно за рахунок коштів страхових фондів, створених державою за принципами соціального страхування (обов'язковість та солідарність).

3. Приватна система (приватно-страхова, ринкова, платна, американська модель). В основі має фінансування медичних послуг за рахунок коштів громадян та суб'єктів господарювання безпосередньо або через систему приватних страхових фондів.

4. Муніципальна система.

Економіка охорони здоров'я – одна з відносно нових, яка активно розвивається, як економічна наука.

В Україні економіка охорони здоров'я почала розвиватись, починаючи з другої половини 20 століття, в зв'язку з переходом на принципи ринкової економіки. Розвитку економіки охорони здоров'я сприяла поява принципів

комерціалізації охорони здоров'я, зросли об'єми надання платних послуг населенню.

Зміна статусу медичного закладу призвело до зміни характеру економічних зв'язків та відносин, які встановились в процесі практичної діяльності медичних закладів. Забезпечення системи охорони здоров'я необхідними ресурсами з метою надання якісної та доступної медичної допомоги залишається однією з найважливіших функцій держави, оскільки здоров'я населення напряму впливає на економічний розвиток. Одним з наслідків медичної діяльності в різноманітних господарських формах є вплив на зміну екологічного статусу працівників охорони здоров'я. Від їх кількості та професійності залежить економічний результат діяльності лікувально-профілактичних заходів в цілому.

Сучасний лікар повинен розглядати свою діяльність не тільки з професійної, але і з економічної позиції, а для цього необхідно орієнтуватись в питаннях фінансування державної, страхової та приватної медицини, питаннях ціноутворення тощо. А тому необхідні знання економічних законів в роботі практикуючих лікарів, тому що в умовах ринкової економіки вони є виробниками медичних послуг. Лікар повинен вміти оцінити економічну ефективність своєї діяльності. Для і цього необхідно орієнтуватись в питаннях економіки охорони здоров'я.

Ази економіки, як науки, можна знайти в роботах стародавніх філософів. Термін «економіка» був введений представниками старогрецької когорти: Ксенофонтом (430-355 рр. до н.е.), який написав працю «Економікос».

Вважається, що сам термін «економіка» винайшов ще в VI столітті до н.е. грецький поет Геспод, який об'єднав два слова – «оїкос» і «номос», тобто дім і закон, що дослівно значить – правила ведення господарства. Спроби теоретично обґрунтувати економічне облаштування людського суспільства проявляються в працях Платона (428 - 348 рр до н.е.), Арістотеля (384 - 322рр до н.е.).

Арістотель займався вивченням економічних процесів і вперше проаналізував економічні явища закономірності економічного розвитку

суспільства, виділив економіку в самостійну науку. Арістотель вперше виказав думку, що економіка – це наука про багатство.

Історія розвитку економіки включає історію розвитку взаємовідносин, обміну, суспільного розділу праці та ринкових відносин. Економіка – це частина щоденного життя людей, які живуть в економічному середовищі, постійно користуються термінами економічного характеру ( гроші, ціни, заробітна плата, доходи, видатки тощо). Кожному знайоме слово економіка, але не всі вкладають в це слово один і той же зміст.

З розвитком економічної теорії появились уточнюючі значення. Сьогодні під терміном економіка зазвичай розуміють скорочення витрат, бережливе відношення до видатків тощо. Для суспільства в цілому економія передбачає таке використання економічних ресурсів, яке призводить до максимального підвищення рівня життя в даному суспільстві. На думку відомого економіста П. Самуельсона, економіка – це наука про те, як суспільство використовує ресурси для виробництва товарів та розподіляє їх серед людей.

Сучасне значення поняття « економіка» має значно більший потенціал, він змінюється, розширяється і, на сучасному етапі, існує декілька визначень «економіки»:

- наука про види діяльності, які зв'язані з обміном та грошовими взаємовідносинами між людьми;
- суспільна наука, яка вивчає поведінку людей, які здобувають засоби для існування і використання матеріальних благ;
- наука про те, як людство справляється з своїми функціями в плані виробництва та використання матерії, про оптимізацію загальних благ;
- фундаментальна наука, яка вивчає найбільш загальні закони функціонування господарства;
- наука про правила розподілу обмежених ресурсів та обміну благами за рахунок грошових засобів;
- це дисципліна, яка вивчає яким чином суспільство з обмеженими ресурсами визначає що, як і для кого виробляти.

Функції економіки:

- методологічна – вивчення економічних процесів за допомогою відповідних методів;
- теоретична – визначення сутті процесів та явищ;
- практична – розробка принципів та методів раціонального ведення господарства, наукове обґрунтування економічної політики;
- прогностична – розробка прогнозів та перспектив суспільного розвитку.

Економічна наука повинна дати відповіді на питання: «що виробляти», «як виробляти», «як використовувати вироблений продукт», «як досягти балансу між виробництвом та споживанням». Ці ж питання актуальні і для економіки охорони здоров'я.

Доцільно розглянути економіку охорони здоров'я в структурі економічних наук.

В структурі економічної науки 4 основних напрямки:

1. Загально-економічні науки (економічна теорія) – як базова, фундаментальна наукова дисципліна.

2. Галузеві економічні науки – дослідження особливостей економічних процесів у певній галузі, наприклад, вивчення основних питань економіки охорони здоров'я.

3. Прикладні економічні науки – бухгалтерський облік, фінанси, кредит, менеджмент, маркетинг ( дослідження проводяться з окремих питань на рівні окремої організації охорони здоров'я).

4. Спеціальні економічні науки – розвиваються на фоні економіки та інших наук: економічної історії, економічної статистики, господарського права тощо.

Охорона здоров'я – галузь, яка стосується людей а також організацій, які надають населенню медичну допомогу: приватних лікарів і лікарів у державних та комунальних медичних закладах.

В охороні здоров'я, як і в інших сферах діяльності людини виділяють наступні аспекти:

- професійний – являє собою наявність певних професійних навичок, знань;

– економічний – має на увазі вивчення господарських процесів в медичній діяльності.

Економіка охорони здоров'я – це галузева економічна наука, яка вивчає економічні взаємовідносини, закони, які впливають на задоволення потреб населення у збереженні та зміцненні здоров'я населення за наявності певних ресурсів.

Мета економіки охорони здоров'я – задоволення потреб населення в медичній допомозі, досягнення максимального ефекту в наданні медичної допомоги при мінімальних затратах.

Завдання економіки охорони здоров'я:

- вивчення економічних законів в системі охорони здоров'я;
- визначення ролі охорони здоров'я в системі суспільного виробництва;
- розрахунок потреби в необхідних ресурсах;
- забезпечення ефективного та раціонального використання наявних ресурсів та організації праці медичного персоналу;
- оцінка економічної ефективності діяльності медичних організацій, ефективності медичних технологій;
- оцінка ефективності систем оплати праці працівників охорони здоров'я, визначення норм навантаження на персонал;
- підготовка кадрів в сфері економіки охорони здоров'я.

Економіка охорони здоров'я вивчає планування, фінансування та моніторинг охорони здоров'я з метою покращення його ефективності, розробляє нові форми, методи управління, що дозволяє найбільш ефективно використовувати матеріальні, кадрові, фінансові та інші ресурси в галузі.

«Економіка охорони здоров'я» як академічна дисципліна має недовгу історію. Вона почала розвиватися лише у другій половині ХХ сторіччя, коли охорона здоров'я стала розглядатися як перспективна галузь інвестицій приватного чи державного капіталу в програми, пов'язані зі зміцненням здоров'я населення, що економічно вигідно та приносить реальний дохід суспільству. Важливим і необхідним моментом було визначення тлумачення терміну «здоров'я» і яка його

вартість, як людина оцінює своє здоров'я, які послуги надавати, як організувати надання цих послуг і хто буде їх отримувати.

Важливою подією в розвитку економіки охорони здоров'я стала конференція Американської економічної асоціації в 1951р. на тему «Економіка медичної допомоги». Її результатом було утворення учбових і науково-дослідницьких центрів по економіці охорони здоров'я. Спеціальні дослідження з висвітленням економічних аспектів охорони здоров'я з'явилися в пресі з середині 60-х років ХХ сторіччя.

Перша теоретична конференція з економіки охорони здоров'я в СРСР була проведена в 1966 році. В країні почали розроблятися рекомендації з практичного застосування результатів вивчення економіки охорони здоров'я.

В 1973 році відбувся перший семінар Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), який був присвячений економічним проблемам охорони здоров'я.

В 1978 році затверджена програма ВООЗ «Економіка охорони здоров'я», мета якої була в розробці програми підготовки економістів галузі охорони здоров'я. В 1987 році був опублікований звіт про результати реалізації цієї програми, який включав основні модулі навчання питанням економіки охорони здоров'я. В подальшому об'єм науково-дослідницької та навчально-методичної літератури з економіки охорони здоров'я почав суттєво збільшуватись. Перша спроба аналізу економічної історії була опублікована в книзі «Економіка охорони здоров'я» (під ред. В.З. Кучеренко, 1996).

Виникнення наукової дисципліни «Економіка охорони здоров'я» зумовлено зростанням попиту на медичні послуги, необхідністю раціонального планування та ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів галузі.

Обґрунтовано поняття «здоров'я». Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань та фізичних вад (ВООЗ).

Здоров'я як соціально-економічна категорія проявляє себе в наступних аспектах:

1. Суспільне здоров'я, як і здоров'я кожного громадянина – це стратегічна мета держави і народу, умова національної безпеки країни.

2. Здоров'я – це економічний ресурс суспільства і головна умова відтворення трудового потенціалу.

3. Здоров'я забезпечується значними затратами економічних ресурсів, грошових засобів держави і населення.

4. Здоров'я – це основний показник рівня якості життя людей.

5. Здоров'я не відноситься до товарно-грошових категорій і не є товаром.

6. Здоров'я не має ринкової ціни, але є найвищою цінністю для суспільства.

На збереження, зміцнення, відновлення здоров'я держава витрачає великі кошти. Відповідно, актуальними стають наступні питання:

- вартісна оцінка здоров'я;
- ціна окремої медичної послуги і вартість медичної допомоги в цілому;
- оцінка ресурсного потенціалу охорони здоров'я та пошук нових джерел його поповнення;
- оцінка ефективності функціонування охорони здоров'я в ринкових умовах;
- оцінка економічних втрат від захворюваності, інвалідизації та передчасної смертності.

На ці та інші питання відповідає економіка охорони здоров'я.

Економіка охорони здоров'я – дисципліна, яка допомагає зробити правильний вибір в рішеннях з найбільш раціонального та ефективного використання обмежених ресурсів, отримання максимальних результатів для пацієнта та суспільства.

Основні питання економіки охорони здоров'я:

- дослідження ролі охорони здоров'я в загальній економіці (обґрунтовує медичну, соціальну і економічну ефективність охорони здоров'я);
- розробка методів раціонального і ефективного використання фінансових і трудових ресурсів галузі;
- питання фінансування охорони здоров'я;
- розробка підходів і методів ціноутворення на всі види медичних послуг.

Завдання і функції економіки охорони здоров'я об'єднують в одне поняття – фінансовий менеджмент.

Фінансовий менеджмент в охороні здоров'я – це система принципів, методів і форм управління фінансуванням охорони здоров'я на макро- (органи управління) і мікро- (заклади охорони здоров'я) рівнях.

Від рішення економічних проблем охорони здоров'я залежить успіх професійної діяльності медичних працівників, вирішення існуючих проблем галузі.

Економіка охорони здоров'я досліджує господарські форми медичної професійної діяльності, що має науково-практичне значення.

Економіку охорони здоров'я можна визначити як комплекс економічних знань про форми, методи, результати господарської діяльності в галузі медицини. Економіка охорони здоров'я також оцінює всю систему охорони здоров'я в цілому.

Предмет і методи вивчення економіки охорони здоров'я.

Предметом економіки охорони здоров'я є господарська сторона медичної діяльності, яка відображає соціально-економічну або виробничу форму її існування.

Економічні відносини, які виникають в процесі професійної медичної діяльності розділяють на дві групи:

– організаційно-економічні: характер відносин відображає загальні риси, властиві всім типам медичних закладів (стаціонари, поліклініки, діагностичні центри). Прикладом таких відносин є система фінансування лікувально-профілактичних закладів, яка визначає тарифи на медичні послуги, порядок взаєморозрахунків, облік видатків, оплати праці, ціноутворення і т.п.;

– соціально-економічні: це специфічні особливі риси господарської діяльності медичних закладів, які функціонують в різних умовах (державні, комунальні, приватні). Наприклад, розмір і порядок нарахування заробітної плати суттєво відрізняється в цих закладах при одній і тій же кількості і якості медичних послуг.

Економічні відносини всередині системи охорони здоров'я або за її межами розглядаються: на мета-, макро-, медіум- і мікроекономічному рівнях. Завдання цих рівнів тісно взаємопов'язані та вирішуються комплексно.

На метаекономічному (світовому) рівні формуються міжнаціональні економічні відносини систем охорони здоров'я держав з інтеграцією їх в світову економіку. Координатором цих процесів виступає ВООЗ.

Основні завдання метаекономічного рівня:

- розробка, економічне обґрунтування і фінансування цільових програм з профілактики і боротьби з важливими інфекційними і неінфекційними захворюваннями;
- координація та інтеграція в розробку сучасних медичних технологій виробництва ліків і медичного обладнання;
- фінансування і проведення медико-біологічних досліджень, підготовки фахівців.

На макроекономічному рівні (державному) рівні розглядається взаємодія системи охорони здоров'я з державою і суспільством, з іншими галузями народного господарства. Тут реалізуються наступні завдання:

- визначення частки державних видатків на охорону здоров'я (відсоток від ВВП);
- економічне обґрунтування державних цільових програм в охороні здоров'я населення;
- забезпечення збалансованих обсягів державних гарантій в наданні населенню безоплатної медичної допомоги з фінансовими можливостями держави;
- запровадження системи стратегічного планування і фінансування охорони здоров'я;
- реалізація інвестиційної політики охорони здоров'я;
- розробка законодавчої бази з метою створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг;
- розробка і економічне обґрунтування програми державних гарантій надання громадянам безоплатної медичної допомоги.

Медіумекономічний (регіональний) рівень формує господарські зв'язки всередині системи охорони здоров'я, яка складається з підгалузей, закладів. На цьому рівні вирішуються питання:

- визначення частки видатків на охорону здоров'я в консолідованому бюджеті суб'єкта;
- розробка і економічне обґрунтування територіальних програм державних гарантій надання громадянам безоплатної медичної допомоги;
- економічне обґрунтування потреби населення в різних видах медичної допомоги і перспектив розвитку мережі закладів охорони здоров'я;
- формування витрат на душу населення в системі охорони здоров'я;
- аналіз економічної ефективності використання ресурсів охорони здоров'я;
- проведення моніторингу фінансово-господарської діяльності системи охорони здоров'я.

Мікроекономічний рівень передбачає діяльність окремого закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), його структурних підрозділів. Завдання цього рівня:

- аналіз економічної ефективності використання ресурсів ЗОЗ;
- ведення бухгалтерського, податкового і статистичного обліку;
- реалізація системи державних, регіональних замовлень і договорів на надання населенню безоплатної медичної допомоги;
- залучення додаткових (позабюджетних) коштів для фінансування ЗОЗ;
- формування бюджету ЗОЗ.

Необхідність подальшого розвитку економіки охорони здоров'я передбачає:

- усвідомлення населенням економічної обґрунтованості збереження свого здоров'я;
- комерціалізацією охорони здоров'я;
- збільшення обсягів платних медичних послуг;
- розвитком маркетингових операцій;
- запровадженням різноманітних форм підприємницької діяльності і т.д.

Економіка охорони здоров'я використовує широкий спектр методів вивчення:

- аналіз (від загального до індивідуального) і синтез (інтеграція індивідуального);
- математико-статистичний (оцінює кількісний і якісний зв'язок між медико-діагностичними і профілактичними процесами);
- балансовий (забезпечує оптимальне співвідношення між лікувальними, діагностичними і реабілітаційними заходами);
- прогнозування (дозволяє передбачити вірогідні зміни, потреби в послугах, проблеми, які необхідно вирішити);
- експериментальний (виявляє найбільш ефективні заходи з покращення якості здоров'я і господарювання медичних закладів). В теперішній час даний метод є найбільш поширеним.

Основні економічні проблеми розвитку охорони здоров'я можна об'єднати в декілька груп:

1. Які послуги, кому, яка кількість медичних послуг необхідна? (в цілому для різних груп населення).
2. Хто заплатить за надані медичні послуги? (різні форми фінансування охорони здоров'я, інвестиції, визначення ціни, визначення тарифів, рентабельність, можливість пацієнтів користуватись медичними послугами тощо).
3. Які ресурси необхідні для надання певного виду медичної допомоги? (матеріально-технічна база, приміщення, обладнання, кадрове забезпечення, тощо).
4. Яким може бути очікуваний результат професійної та економічної діяльності.
5. Вибір організаційно-правової форми надання послуг (система показників, яка характеризує результати медичної професійної і господарської діяльності – оберт ліжка, зайнятість ліжка, вартість ліжка-дня тощо).
6. Управління економічними процесами в медичних закладах (організація раціональної системи управління, медичний менеджмент, економічне та

адміністративне регулювання, попит на послуги, пропозиція, медичний маркетинг, реклама, психологія споживача тощо).

Економіка охорони здоров'я направлена на:

- правові основи економіки охорони здоров'я;
- прогнозування і планування системи охорони здоров'я;
- економіка праці;
- розподіл і перерозподіл ресурсів;
- контроль видатків і цін;
- економічна інформація (облік і звітність);
- матеріальне забезпечення;
- економіка розвитку матеріально-технічної бази охорони здоров'я;
- покращення якості управління;
- підвищення ефективності медичної допомоги;
- узагальнення досвіду, оцінка різноманітних методів лікування;
- навчання методам оцінки різноманітних способів покращення рівня здоров'я населення.

## 1.2 Методика проведення фінансового планування господарської діяльності медичного підприємства

На відміну від ЗОЗ – бюджетних установ, планування діяльності яких відбувається відповідно до норм бюджетного законодавства, планування діяльності ЗОЗ – КНП відбувається відповідно до норм господарського законодавства України.

Зокрема, особливості господарської діяльності КНП визначаються відповідно до вимог, встановлених Господарським кодексом України щодо діяльності державних комерційних або казенних підприємств, а також інших вимог, передбачених законом (ч. 10 ст. 78 ГК України).

Однією з особливостей господарської діяльності державних підприємств є їх обов'язок складати і виконувати річний та з поквартальною розбивкою фінансовий план на кожен наступний рік.

Фінансовий план є основним плановим документом, відповідно до якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів. Такі плани зобов'язані розробляти і державні комерційні підприємства (ст. 75 ГК України) і державні некомерційні (казенні) підприємства (ч. 8 ст. 77 ГК України).

Основною метою складання річного фінансового плану підприємства є:

- визначення основних показників фінансово-господарської діяльності підприємства,
- основних джерел та напрямів спрямування коштів для забезпечення потреб діяльності підприємства,
- реалізації розвитку Підприємства,
- забезпечення витрат та виконання зобов'язань, включаючи зобов'язання перед бюджетами та державними цільовими фондами.

Оскільки відповідно до частини 10 статті 78 ГК України особливості діяльності КНП визначаються відповідно до вимог, встановлених щодо діяльності державних комерційних або казенних підприємств, з огляду на положення статей 75 та 77 ГК України, комунальні підприємства зобов'язані складати і виконувати фінансовий план.

Тобто, на відміну від ЗОЗ – бюджетних установ, ЗОЗ- комунальні підприємства не складають кошторису.

Строки та порядок розробки фінансових планів та контролю їх виконання державними підприємствами врегульовано ст. 75 ГК України та Порядком складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки, затвердженим Наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України 02.03.2015 № 205.

Фінансовий план підлягає затвердженню до 1 вересня року, що передує плановому року. План складається на календарний рік із поквартальною розбивкою.

Управління господарською діяльністю у комунальному секторі економіки здійснюється територіальними громадами та органами місцевого самоврядування щодо суб'єктів господарювання, які належать до комунального сектора економіки. Комунальні некомерційні підприємства є суб'єктами комунального сектора економіки (ст. 24 ГК України).

Тому відповідна територіальна громада, як власник таких підприємств, має розробити свій локальний нормативний акт, в якому будуть врегульовані питання форми, строків та порядку розробки та затвердження фінпланів, контролю за їх виконанням комунальними некомерційними підприємствами цієї громади.

Якщо розробляти такий нормативний акт недоцільно, наприклад у громади незначна кількість підприємств, всі ці питання можуть бути врегульовані в статуті конкретного комунального некомерційного підприємства.

Якщо на території громади відсутній відповідний нормативний документ, який би встановлював порядок розробки, строків та форми фінансових планів, то за аналогією закону може бути застосований Порядок складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки, затверджений Наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України 02.03.2015 № 205.

Як правило проект фінансового плану КНП подає на ознайомлення та погодження уповноваженому органу. Це робиться для того, аби рада або орган управління внесли до нього зауваження і пропозиції, а в подальшому здійснювала контроль за його виконанням. У фінансовому плані відображаються очікувані фінансові результати КНП на наступний рік.

Затверджувати фінансовий план КНП може його власник. В той же час, відповідно до статті 27 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» власник може делегувати виконавчому органу функції щодо затвердження та контролю виконання. Наприклад, власник може делегувати фінансовому чи

економічному, чи плановому управлінню виконавчого органу виконувати цю функцію. В такому разі КНП буде подавати уповноваженому органу звіти щодо виконання фінансового плану.

До прикладу, може бути застосований нижченаведений алгоритм щодо розробки та затвердження фінансового плану, заснований на аналогії до державних підприємств.

Алгоритм щодо розробки та затвердження фінансового плану

- Подача проекту фінансового плану підприємства. Проект подається у паперовому та електронному вигляді органу, уповноваженому управляти комунальним майном до 01 червня року, що передує плановому. У разі необхідності органи управління можуть самостійно встановлювати диференційовані строки подання проектів, але бажано не пізніше 01 червня року.

- Аналіз та прийняття рішення про затвердження. Органи управління та відповідальні органи управління протягом двох тижнів здійснюють аналіз та приймають рішення щодо затвердження або повернення його на доопрацювання. До розгляду та аналізу фінансових планів підприємств можуть залучатися спеціалісти чи експерти за потребою. У разі повернення проекту, підприємство подає допрацьований проект на повторне затвердження у термін, установлений органом управління або відповідальним органом управління, але у строк, що становить не більше як 10 робочих днів.

- Внесення змін. Зміни до фінансового плану підприємства можуть уноситись один раз на рік, у якому затверджувався такий фінансовий план, та не більше двох разів протягом планового року, якщо інше не передбачено Статутом підприємства або локальним порядком складання та затвердження фінансових планів. Зміни до фінансового плану підприємства не можуть вноситись в періоди, за якими минув строк звітування.

Тепер зупинимося детальніше на фінансовому аналізі діяльності медичного підприємства. Власники, кредитори, менеджери підприємства зацікавлені в докладному аналізі фінансових потоків, щоб на основі одержаної інформації

прийняти управлінські рішення, які регулюватимуть формування фінансових ресурсів і сприятимуть зростанню капіталу підприємства.

Отже, зміст фінансового аналізу визначається його функціями: функцією управління, інформаційною функцією, методологічною функцією.

Об'єктом фінансового аналізу є фінансові ресурси підприємства, їх формування та використання.

Предмет фінансового аналізу — це комплексне оцінювання фінансового стану підприємств та виявлення резервів розвитку з метою підвищення вартості підприємства.

Фінансовий стан підприємства розглядається як сукупність показників, що характеризують наявність, розміщення та використання фінансових ресурсів підприємства.

Мета проведення фінансового аналізу — отримати виважену та обґрунтовану оцінку фінансового стану підприємств і тим самим визначити умови прийняття оптимальних фінансових рішень.

Кількість фінансових індикаторів і параметрів, що визначають фінансовий стан підприємств дуже велике. Практично будь-яка фінансово-економічна подія тією чи іншою мірою оцінюється фінансовим параметром, який не потребує складних розрахунків, але вимагає розуміння, як правильно оцінити отримані результати та поєднати з іншими різноманітними індикаторами фінансового стану.

Суб'єктами фінансового аналізу є фінансові аналітики, які зацікавлені в діяльності підприємства.

У кожного аналітика своя мета. Інвестори цікавляться насамперед рівнем та стабільністю доходів, тобто прибутковістю (рентабельністю) підприємств, кредитори — ліквідністю, менеджери — дохідністю різних видів активів та ефективністю управління ними.

Сьогоднішню систему охорони здоров'я України найбільше цікавлять інвестори, вони і є основними суб'єктами фінансового аналізу системи.

Фінансовий аналіз є функціональною основою фінансової діяльності закладів охорони здоров'я. Фінансова діяльність — це сукупність операцій, які призводять

до зміни величини та (або) складу власного та позикового капіталу (які не є результатом операційної діяльності).

Невід'ємною складовою фінансової діяльності є фінансова звітність, що представляє сукупність форм звітності, які відображають майновий і фінансовий стан підприємства на визначену дату, а також фінансові результати діяльності за звітний період, рух коштів підприємства та склад власного капіталу.

Важливою ознакою успішного функціонування підприємства (закладу охорони здоров'я) є його фінансова незалежність, що передбачає фінансовий стан, при якому підприємство здатне забезпечити свій розвиток та відповісти на вимоги зовнішнього середовища.

Говорячи про фінансовий аналіз підприємства, ми оцінюємо його фінансовий стан, що є сукупністю показників, що характеризують наявність, розміщення та використання фінансових ресурсів підприємства.

Фінансовий аналіз, за ракурсом бачення поділяється на окремі види. Так, за суб'єктами аналізу розрізняють внутрішній та зовнішній фінансовий аналіз. За метою дослідження — діагностичний, експрес-аналіз, деталізований аналіз. За часом — попередній та ретроспективний.

Зовнішній фінансовий аналіз на основі фінансової і статистичної звітності здійснюють банки, аудиторські фірми, інвестори та ін. Основною його метою є оцінювання та діагностика фінансового стану підприємства за даними фінансової звітності, тобто надання інформації чисельним користувачам про прибутковість діяльності підприємства, платоспроможність, фінансову незалежність, ділову активність тощо. На відміну від внутрішнього, відповідні складові зовнішнього аналізу більш формалізовані та менш деталізовані.

Внутрішній фінансовий аналіз (на рівні підприємства) проводять фінансові служби. Він ґрунтується не тільки на даних публічної звітності, а й на використанні всіх доступних джерел облікової та позаоблікової інформації. Його результати є комерційною таємницею. Для того щоб зробити правильний висновок на підставі проведеного аналізу фінансового стану підприємства, рекомендується для порівняння використовувати показники за цим підприємством не менше ніж за три

останніх роки. За можливості, показники підприємства також необхідно порівняти із загальногалузевими показниками та з даними інших підприємств такої самої сфери діяльності.

Діагностичний аналіз — це аналіз на основі типових ознак встановлення характеру функціонування підприємства.

Експрес-аналіз використовується для швидкого оцінювання фінансового стану підприємства за основними розрахунковими показниками та на основі їх порівняння з базовими.

Деталізований аналіз проводиться в декілька етапів, розширює та доповнює експрес-аналіз.

Попередній аналіз проводять до здійснення фінансових операцій, а ретроспективний, після здійснення фінансових операцій.

Практика показує, що ті організації, які здійснюють комплексне стратегічне планування й управління, проводять фінансовий аналіз господарської діяльності, працюють більш успішно й мають значно більший прибуток. Багато керівників, котрі мають досвід планування, і просто енергійні люди не домагаються бажаного успіху через те, що розпорюшують свої сили, прагнучи охопити якнайбільше ринків, зробити якнайбільше різноманітних продуктів і задовольнити потреби різних груп клієнтів. Для успіху ж необхідна цілеспрямована концентрація сил і правильно обрана стратегія. Іншими словами: хто краще планує свою стратегію, той швидше досягає успіху.

Керівництво будь-якого медичного закладу повинне з'ясувати, чи має організація внутрішні сили, щоб скористатися зовнішніми можливостями, і чи існують у неї слабкі сторони, що можуть ускладнити проблеми, пов'язані з зовнішніми небезпеками.

Фінансовий аналіз медичного закладу являє собою спосіб накопичення, перетворення та використання інформації фінансового характеру. Він має кілька цілей:

- визначення фінансового стану й фінансових результатів діяльності медичної установи ;

- виявлення просторово-часових змін у фінансовому стані та результатах;
- виявлення основних факторів, що викликали зміни у фінансовому стані й результатах;
- прогноз основних тенденцій у фінансовому стані й результатах діяльності медичної установи .

Фінансовий аналіз може розглядатися як складова проектного аналізу й фінансового менеджменту, тому дії аналітика залежать від поставленої мети. Проектний аналіз вимагає обґрунтування вкладень з найкращими результатами. Фінансовий менеджмент вимагає постійного пошуку менеджером фінансових ресурсів.

З позицій проектного аналізу метою фінансового аналізу є визначення рентабельності й ефективності проекту з погляду інвесторів та організації, що реалізує проект, а також оцінка поточного й прогнозованого фінансового стану підприємства.

Фінансовий аналіз передбачає вирішення таких завдань:

- 1) оцінити фінансовий стан і фінансові результати підприємства «без проекту» і «з проектом»;
- 2) оцінити потребу у фінансуванні проекту й забезпечити координацію використання фінансових ресурсів у часі;
- 3) визначити достатність економічних стимулів для потенційних інвесторів;
- 4) оцінити, оптимізувати й зіставити витрати та вигоди проекту в кількісному вимірі.

Використання видів, прийомів та методів фінансового аналізу для конкретних цілей вивчення фінансового стану підприємства в сукупності становить методологію та методику аналізу.

Найчастіше використовують класифікації прийомів і методів фінансового аналізу, де виділяються неформалізовані та формалізовані методи аналізу.

Неформалізовані методи аналізу ґрунтуються на описуванні аналітичних процедур на логічному рівні, а не на жорстких аналітичних взаємозв'язках та залежностях.

Формалізовані методи аналізу побудовані на жорстко формалізованих аналітичних залежностях між показниками.

Проводити кількісний і якісний аналізи економічних процесів, знаходити найкраще управлінське рішення допомагають економіко-математичні моделі: описові (дескриптивні), предикативні (прогностичні) та нормативні.

Для кількісного оцінювання впливу окремих факторів на зміну результативного показника використовується детерміноване моделювання. Вплив детермінованих факторів становить приблизно 85—90 %, тому основну увагу приділяють вивченню саме цих факторів.

Види моделей детермінованого аналізу:

1. Адитивна модель факторної системи. Результативний показник представлений у вигляді алгебраїчної суми показників-факторів:

$$ТФЦ = ТВЦ + ТД - ТКЗ; \quad (1.1)$$

де ТВЦ, ТФЦ — тривалість виробничого і фінансового циклів відповідно;

ТД, ТКЗ — періоди обороту дебіторської і кредиторської заборгованостей відповідно.

2. Мультиплікативна модель. Результативний показник визначають як добуток факторних показників:

$$КС_{тЗ_p} = КРП \cdot А \cdot КФЗ; \quad (1.2)$$

де  $КС_{тЗ_p}$  — коефіцієнт стійкого зростання;

КРП — коефіцієнт реінвестування;

РА — рентабельність активів;

КФЗ — коефіцієнт фінансової залежності, розрахований відносно власного капіталу на початок звітного періоду.

3. Кратна модель. Результативний показник розраховують як співвідношення факторних показників:

$$K_{OA} = \text{ЧД} / \text{Асер}; \quad (1.3)$$

де  $K_{OA}$  — коефіцієнт оборотності активів;

ЧД — чистий дохід;

Асер. — середня величина активів

4. Змішана (комбінована) модель поєднує кілька типів моделей факторних систем:

$$K_{\Delta ВБ} = ((ВБсер.1 - ВБсер.0) / ВБсер.0) \cdot 100 \quad (1.4)$$

де  $K_{\Delta ВБ}$  — коефіцієнт приросту валюти балансу;

ВБсер1, ВБсер0 — середня величина валюти балансу за звітний і попередній періоди відповідно.

Основні прийоми аналізу фінансового стану підприємства:

Горизонтальний (часовий) аналіз — порівняння кожної позиції звітності з попереднім періодом.

Вертикальний (структурний) аналіз — визначення структури показників для оцінювання впливу різних факторів на кінцевий результат.

Трендовий аналіз — визначення тренду, тобто основної тенденції динаміки показника, очищеної від випадкових впливів індивідуальних особливостей окремих періодів. Трендовий аналіз є варіантом горизонтального аналізу. Трендовий аналіз - порівняння кожної позиції звітності з рядом попередніх періодів і визначення тренда, тобто основної тенденції динаміки показника, очищеної від випадкових впливів і індивідуальних особливостей окремих періодів. За допомогою тренда формуються можливі значення показників у майбутньому, а, отже, ведеться перспективний, прогнозний аналіз.

Аналіз відносних показників (коефіцієнтів) — розрахунок відношень між окремими даними форм фінансової звітності. Відомо понад 200 відносних аналітичних показників, які можна розрахувати на основі фінансової звітності.

Систему фінансових коефіцієнтів називають кришталевою кулею, в якій можна побачити все, що було і що буде.

Порівняльний аналіз — зіставлення фінансових показників як на внутрішньому, так і на зовнішньому рівнях.

Маржинальний аналіз — метод оцінювання і обґрунтування управлінських рішень у бізнесі на основі вивчення співвідношення між трьома групами економічних показників: витрати — обсяг виробництва (реалізації) продукції — прибуток. Цей метод називають ще аналізом беззбитковості.

Метод Дюпон-каскад - система фінансового аналізу, яка передбачає розкладання показника «коефіцієнт рентабельності активів» на ряд інших фінансових коефіцієнтів його формування, взаємозалежність у єдиній системі.

Факторний аналіз — аналіз впливу окремих чинників на результативний показник за допомогою детермінованих або стохастичних прийомів дослідження.

Дескриптивні моделі застосовуються для оцінки фінансового стану медичного підприємства. До них належать: побудова системи звітних балансів, подання фінансової звітності в різних аналітичних аспектах, аналіз звітності, система аналітичних коефіцієнтів тощо. Усі ці моделі засновані на використанні інформації бухгалтерської звітності.

Нормативні моделі дають змогу порівняти фактичні результати діяльності медичного підприємства з очікуваними, розрахованими за бюджетом. Вони здебільшого використовуються у фінансовому менеджменті.

У проектному аналізі, що має справу не стільки з теперішнім, скільки з уявленим майбутнім, використовуються предикативні моделі, які мають прогностичний характер і дають змогу передбачати майбутні грошові потоки, фінансовий стан і результати.

На цих моделях засноване фінансове планування — логічне завершення проектного аналізу.

Фінансовий аналіз проводиться, зазвичай, у чотири етапи.

На 1-му етапі проводиться збір внутрішньої і зовнішньої інформації, оцінка її достовірності. На цьому етапі з'ясовують особливості облікової політики

підприємства, відбирають необхідні форми бухгалтерської звітності та проводять їх звірку, збирають статистичну інформацію.

На 2-му етапі здійснюють переведення типових форм бухгалтерської звітності в аналітичні форми, які дозволять проаналізувати структуру звітів і динаміку змін, проводять розрахунок і групування показників по основних напрямках аналізу.

На 3-му етапі проводиться аналіз структури і динаміки змін основних показників фінансових звітів, виявляють взаємозв'язки між основними показниками, здійснюють інтерпретацію отриманих результатів.

На 4-му етапі готують висновок щодо фінансового стану медичного підприємства, виявляють "вузькі" місця і резерви підвищення ефективності діяльності, розробляють рекомендації щодо поліпшення фінансового стану підприємства

Потреба у фінансовому аналізі викликана такими основними причинами:

- тільки фінансова оцінка дає змогу через зведення воедино у вартісній формі всіх проектних витрат і вигод створити реальну можливість для вибору найефективнішого варіанту з наявних інвестиційних альтернатив;

- у процесі такого аналізу розробляється найефективніша схема фінансування реалізації конкретного проекту (з урахуванням чинної системи оподаткування й можливих пільг, джерел і обставин фінансування та ін.);

- у процесі підготовки та здійснення попередніх розрахунків для фінансового аналізу відбуваються ідентифікація й вартісне вираження всіх видів змінних (факторів) проекту, що готує базу для аналізу чутливості;

- створюються можливості для прогнозування майбутнього фінансового стану підприємства, що реалізує проект, на основі розроблення стандартних форм зовнішньої фінансової звітності, що, у свою чергу, дасть змогу відобразити роль проекту у створенні нових інвестиційних можливостей для розширення підприємства (ре інвестицій) або в зростанні доходів його власників (акціонерів);

- розроблення прогнозних стандартних форм бухгалтерської звітності за проектом (у тому разі, коли йдеться про підприємство, яке створене для реалізації

проекту) дає змогу проводити зовнішній аудит процесу його здійснення, що є особливо важливим для сторонніх інвесторів;

- підготовка всього комплексу інформації для проведення фінансових розрахунків (зокрема, виробничих витрат постійного й змінного характеру) дає можливість проводити в майбутньому внутрішній аудит на основі зіставлення планових і звітних даних для прийняття оперативних управлінських рішень, щоб зменшити негативний вплив змін, що мали місце у внутрішньому або зовнішньому середовищі проекту.

Для прийняття довгострокового інвестиційного рішення оцінки тільки проектних вигод і витрат замало — потрібна прогнозна фінансова звітність, що передбачає розширення інформаційної бази для комплексного фінансового аналізу ефективності проекту.

У процесі здійснення фінансового аналізу відбувається поєднання інформації суто проектного характеру й даних зі стандартних форм бухгалтерської звітності.

У реальному житті ми стикаємося з проектами модернізації, розширення підприємств, тобто з такими, що здійснюються на базі вже діючих підприємств. Тоді, на додаток до прогнозних розрахунків за проектом, необхідно використати повну фінансову звітність про результати діяльності підприємства за минулий період. Для багатьох фінансових структур саме ця «історія», описана в бухгалтерських документах, що підтверджені аудиторами, може слугувати додатковим стимулом укладання коштів у потенціально-ефективний проект, що реалізується на підприємстві.

Таким чином, у сучасних умовах розвитку вітчизняної охорони здоров'я в планах установ повинні бути передбачені: перехід від витратних медичних технологій цілодобової медичної допомоги в стаціонарі до менш витратних амбулаторних видів допомоги, збалансоване співвідношення спеціалізованої і первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної чи загальної практики, забезпечення державних гарантій досягнення доступності і якості медичних послуг, інноваційна діяльність.

Найважливішими напрямками оцінки окремої лікувальної установи можуть бути показники, що характеризують структуру і використання ресурсів охорони здоров'я, доступність і якість медичної допомоги.

При комплексній оцінці діяльності лікувальної установи необхідно виходити з наступних принципів:

- базуватися на комплексному багатомірному підході в оцінці такого складного і багатофакторного явища як діяльність медичного закладу;
- оцінювати діяльність ЛПУ на основі даних офіційної публічної звітності;
- здійснювати ранжирування ЛПУ для порівняльної оцінки з урахуванням найвищих досягнень в різних сферах організації медичної допомоги всіх установ, що утворюють між собою конкурентне середовище;
- використовувати порівняння з кращими досягненнями, які пройшли достатню апробацію на практиці.

Актуальність аналізу фінансового стану лікувально-профілактичних закладів обумовлюється зростаючими потребами в аналітичних даних про роботу підприємства з боку різних категорій користувачів. Але вона цим не вичерпується. Адаже з вищесказаного випливають і все більше зростаючі вимоги до якості таких даних, а відповідно і аналітичної роботи, її обсягів. Аналітично-інформаційні відділення управління охорони здоров'я володіють більше інформацією про стан здоров'я населення і менш якісною інформацією щодо майнового стану закладів охорони здоров'я. Остання інформація характеризується більше кількісними показниками, що дає мало можливостей для функціонального аналізу.

На сьогодні, на жаль, не існує конкретної схеми визначення певного загального інтегруючого показника, який би давав порівняно повну і правдиву характеристику фінансового стану закладів охорони здоров'я, розраховувався за чітко визначеною методикою на основі узагальнення розрахованих коефіцієнтів платоспроможності, ліквідності, ділової активності та ін., а також давав змогу досить швидко й просто порівнювати цей узагальнюючий показник з таким же показником інших підприємств. За таких умов аналіз фінансового стану зводиться до аналізу фінансової звітності, як частини фінансового аналізу.

### 1.3 Економічний аналіз як інструмент трансформації діяльності медичних установ

Поза належності лікарні до державної форми власності, приватної або ж державно- приватного партнерства, ринкові умови господарювання є об'єктивними умовами майбутнього функціонування національної моделі системи охорони здоров'я або ж національної моделі економіки здоров'я – відповідно до трендів Глобального розвитку.

Науково дослідження базувалося на загальнонаукових та спеціальних методах. Зокрема, методи аналізу і синтезу, індукції і дедукції застосовано при визначенні сучасних тенденцій та проблем розвитку нового формату самофінансування медичних закладів в умовах формування національної економіки здоров'я. Методи порівняльного й системного аналізу та синтезу, наукових узагальнень, історичний метод, а також аналітичний метод застосовано при визначенні алгоритму формування економічно ефективною моделі медичного бізнесу у національній системі охорони здоров'я у період її трансформації у формат економіки здоров'я.

Дефіцит Бюджетних коштів асигнованих на галузь медицини характерний для фактично усіх держав Світогосподарської системи. Стан з економічною ефективністю трансформації медичних закладів в Україні ускладнюється в умовах пандемії й перспектив виникнення нових загроз здоров'ю людини – основному ресурсу національної економічної системи. Динамічний розвиток Глобального торговельно-економічного середовища під впливом динаміки виникнення і поширення новітніх захворювань, що вимагає значних фінансовий, професійних, інформаційних, технологічних ресурсів. Україна, як і більшість держав у стані реструктуризації національних економічних систем, у стані реформування національної системи охорони здоров'я, у стані пошуку раціональних, з огляду на медичну й економічну ефективність моделей функціонування медичних закладів. ВВП на душу населення в Україні станом на 2019 р. склав 3649 дол. США при

чисельності населення в 42 млн. 3,2% ВВП передбачено витратити на систему охорони здоров'я, хоча за підсумками 2019 року – асигнування становили 2,9% ВВП [1]. Тобто 89 дол. США на 1 особу на рік передбачено витратити на здоров'я з Державного Бюджету. При 20% щорічному зростанні фармацевтичного ринку, викликаного інноваційним навантаженням на компанії Дефіцит фінансування галузі здоров'я, обумовлює необхідність трансформації моделі функціонування медичних закладів і передбачає потребу їх самофінансування.

Проведене дослідження ефективності менеджменту лікарень Києва та областей України засвідчило, що 7 з 10 власників (управлінців) медичного бізнесу/чи то головних лікарів медичних установ – виконують роль операційного директора.

6 з 10 *не* усвідомлюють суті проблем, що стоять перед ними в трансформаційних умовах. 8 з 10 *не* реалізують свої ідеї внаслідок:

- невивбудованих бізнес-процесів;
- відсутності дисципліни реалізації;
- тиску зовнішнього середовища.

На сьогодні, 77% населення України підписало декларації із сімейними лікарями, що сприятиме як електронному обліку пацієнтської бази так і обліку коштів, що мають надходити до лікарень за пацієнта з державного Бюджету [1]. Проте, станом на 2020 рік відсоток з ВВП не збільшився, а за умов падіння ВВП на 4% в умовах пандемії, актуалізується необхідність відпрацювання національної моделі «Економіки здоров'я», згідно відпрацьованій світовій практиці країн ЄС, північної Америки, Японії та провідних країн Азії.

Аналіз світової практики функціонування галузі медицини, дозволив виокремити чотири ключових критеріїв оцінки рішень задля досягнення фінансово-економічної ефективності функціонування медичних закладів:

- effectiveness – медична ефективність – передбачає вивчення якості медичних послуг та ефективності лікування на підставі оцінювання доказових даних (протоколи лікування) (персоналізована медицина).

– cost effectiveness – економічна ефективність – передбачає порівняння витрат з ефектом від лікування, який, до прикладу, може вимірюватися у додаткових роках життя людини.

– necessity – необхідність – досліджуються етичні та соціальні аспекти, вплив на суспільство.

– feasibility ймовірність реалізації/здійсненності – аналізується правова та організаційна забезпеченість прийнятого рішення.

Сучасний формат функціонування медичної установи передбачає її потребу знаходити своє місце на ринку медичних послуг засобом аналітичної роботи над питаннями:

1) яка галузь медичних знань стане витребуваною у перспективі, внаслідок дослідження статистичних даних по захворюваності з причин (слід досліджувати) чи то особистих зловживань чи то соціальних, виробничих та екологічних обставин тощо;

2) в умовах інклюзивності попиту – оцінку купівельної спроможності споживача медичної послуги і передбаченим обсягам державного фінансування тих чи інших категорій населення по тим чи іншим захворюванням;

3) фінансово-економічне обґрунтування й правовий характер подальшого функціонування медичної установи.

При раціоналізації структури відділень медичного закладу з огляду на необхідність досягнення прибуткового їх функціонування або ж при започаткуванні нового медичного бізнесу слід виходити з факторів потенційного успіху медичного бізнесу, виявлених за результатами економічного аналізу. Зокрема:

1) Слід виходити з потенційної динаміки та обсягів поширюваності хвороби – провівши багатофакторний аналіз на основі дослідження споживачів медичних послуг.

2) Аналіз умов функціонування приватної медицини засвідчив, що по багатьом напрямкам медичних послуг відсуне конкурентне середовище у форматі надання високоякісного обслуговування і супроводу.

3) Аналіз засвідчив, що конкуренція з державною медициною в умовах трансформаційного періоду, переважно зосереджена виключно у великому госпітальному бізнесі.

4) Конкуренція при започаткуванні нового медичного бізнесу зосереджена на пошуку лікарів, команди лікарів, міждисциплінарної команди фахівців, які і є першочерговою умовою успіху й прибутковості медичного бізнесу. І тільки у другу чергу привабливість медичного бізнесу для клієнтів обумовлена технологічним оснащенням.

На сьогодні, найбільш витребувані галузі у приватній медицині України розподілені наступним чином: 50% належить стоматологічним послугам, 20% – займає діагностика, 15% (1/6 ринку) належить гінекології та урології, 7% – косметологія й решта – 8% припадає на всі інші [2].

Інвестиційна привабливість медичних закладів обумовлена наступним:

- 1) Медицина – це той бізнес, що завжди витребуваний;
- 2) Медицина – це тренд світового розвитку;
- 3) Ріст попиту на якісну медицину;
- 4) Медичний бізнес – це бізнес який можна завжди продати (капіталізувати);
- 5) Медицина здатна генерувати постійний грошовий потік.

Умова прибутковості вкладень обумовлена розумінням суті медицини, необхідності подолання “хвороби зростання” медичного бізнесу, що, як правило, характерно для медичних працівників й пояснює вимогу реформ стосовно економічної освіти у менеджерів різного рівня медичних закладів. Медики-управлінці, оздоблені економічними знаннями спроможні формувати діяльність лікарень на основі стратегічного (а не інтуїтивного) менеджменту, що:

- 1) Сприяє комунікативності медичної установи із навколишнім середовищем
- 2) Покращує внутрішню координацію медичної установи.
- 3) Мотивує до “кооперації” працівників усіх відділень та напрямків при чіткому розумінні цілей – розвиток кожного відділення в рамках і напрямках

розвитку медичної установи у цілому – основи мультикомандної системи менеджменту, відпрацьовану у клініках США [3].

4) Гарантує ріст якості рішень внаслідок урахування релевантних факторів та альтернативних варіантів.

5) Забезпечує готовність до змін та інновацій на відміну від захисної реакції інтуїтивного менеджменту.

6) Обумовлює формування реалістичної моделі майбутніх результатів.

7) Передбачає раціональне використання та розподіл ресурсів та їх доступність в необхідний момент на основі економічних методів та інструментів.

Стратегічне управління у галузі медицини – це не жорстко формалізований – а безперервний, творчий, гнучкий процес. Ефективність медичного бізнесу на стратегічному рівні забезпечується створенням конкурентної бізнес-моделі. Модель прибуткового функціонування медичної установи це концепція майбутнього співвідношення попиту й пропозиції стосовно надання конкретної медичної послуги.

На базі практичного досвіду економічної роботи у сфері медицини та із залученням наукових методів економічного аналізу нами розроблений наступний алгоритм формування медичного бізнесу або вдосконалення існуючого формату медичного закладу.

1) Визначення ідеї функціонування медичного бізнесу (яка б сприяла медичній та економічній ефективності існуючої лікарні чи побудові нового медичного бізнесу).

2) Формулювання місії медичного бізнесу.

3) Оцінка ідеї з огляду на медичну ефективність.

3.1) Професійний склад за оцінкою на критерії якості медичних послуг

3.2) Медичні технології та їх інноваційність;

3.3) Варіанти персоніфікованої медичної допомоги та варіанти протокольної медичної допомоги у при захворюваннях у рамках обраної медичної спеціалізації.

4) Оцінка ідеї медичного бізнесу за критеріями економічної ефективності.

4.1) Аналіз ринку – оцінка умов і факторів зовнішнього середовища: хто конкуренти – їх сильні та слабкі сторони; хто споживачі – їх вік, купівельна спроможність, споживчі потреби, уподобання, поведінкові особливості та ін..

4.2) Внутрішній аналіз – оцінка структури лікарні – рентабельності відділень

4.3) Співставлення внутрішніх ресурсів із зовнішньою кон'юнктурою ринку медичної послуги, що Ви пропонуєте.

Виконання 1-го етапу передбачає визначення ідеї бізнесу, у формулюванні суті медичного бізнесу – цінної не задоволеної потреби (unmet needs) задля формування конкурентоспроможної пропозиції – медичної послуги для потенційних споживачів- пацієнтів, з обґрунтуванням:

1) Наявності ресурсів – професійних, фінансових, технологічних. інформаційних та ін. як передумови конкурентоспроможної пропозиції;

2) Трендів розвитку національного та світового ринку медичних послуг

Наступним 2-м кроком є оформлення ідеї медичного закладу у форматі місії. Формулювання місії медичного бізнесу є вимогою часу задля як для презентації у зовнішньому середовищі, так і в якості дієвого інструменту team- building при формуванні мультикомандної системи управління. Місія медичного бізнесу – це концепція заснування та розвитку яка передбачає:

- формулювання у простій і зручній формі сприйняття;
- в основі її має бути завдання задоволення потреб і інтересів клієнта;
- має давати відповідь для клієнта – чому Ваш медичний бізнес найкращий для нього.

До прикладу, місія однієї із провідних клінік США «Mayo Clinic Mission and Values Mission» сформульована наступним чином: «Ми забезпечуємо суспільство високоточними медичними послугами та інноваційними продуктами запобігання хвороб та профілактики хвороб 24/7» [9].

Стосовно реалізації ідеї медичного бізнесу на 3- му етапі «Оцінка ідеї з огляду на медичну ефективність», ми як економісти, акцентуємо увагу на необхідності аналізу перспектив подальшого розвитку галузі медицини. Так

дослідження трендів розвитку «ринку здоров'я» виявило наступні характеристики інноваційного розвитку:

- 1) IT Health goods /Діагностика – Серцева недостатність браслет, намисто і годинник – тестування.
- 2) 3D друк / протезування/ біонічні кінцівки. -
- 3) Мобільні програми / відстеження щоденних схем сну, підрахунку калорій, дослідження варіантів лікування і навіть моніторинг серцевого ритму.
- 4) Технології віддаленого моніторингу.
- 5) Комунікація у форматі соціальних мереж.
- 6) Data science.

Четвертий етап «Оцінка ідеї медичного бізнесу за критеріями економічної ефективності» передбачає аналітичну роботу. Першочерговим тут є прорахунок рентабельності ідеї за часом і ресурсами. Так, ми пропонуємо наступну економічну технологію прорахунку:

1. Прогнозне значення прибутковості = Співвідношенні ресурсів по реалізації ідеї медичного бізнесу до часу на реалізацію ідеї у стан функціонування медичного бізнесу. Тобто, чим потужнішою є ресурсна база у складі професійного складу та технологічного, інформаційного, технічного забезпечення й меншим час на відкриття медичної установи – тим рентабельнішим слід очікувати результат функціонування. Модель розрахунку виглядає наступним чином:

$$R(mb) = HS(v \cdot c) + HT/t, \quad (1.5)$$

де  $R(mb)$  – прибутковість медичного бізнесу,

$HS(v \cdot c)$  – цінність медичних послуг (надана кількість за видами помножена на їх вартість).

$HT$  – медичні технології за їх цінністю і інноваційність при лікуванні захворювань або їх діагностиці, по кожному з видів хвороб.

$t$  – час необхідний на заснування медичного бізнесу (від ідеї до запуску в експлуатацію).

У свою чергу, оцінка умов зовнішнього середовища передбачає виявлення як конкурентів, партнерів, так і клієнтської бази – потенційних споживачів медичних послуг:

- аналіз конкурентного середовища – виявлення наявних та потенційних учасників-конкурентів ринку медичних послуг Вашого профілю;
- оцінку і прогноз попиту на медичну послугу – обсяги споживчого ринку у динаміці.

Аналіз зовнішнього середовища медичного бізнесу за сучасних умов розвитку України передбачає моніторинг:

- національного законодавчого регламентування;
- конкурентного середовища внутрішнього ринку;
- ризиків міжнародної експансії;
- кон'юнктури споживацьких запитів (пацієнтських захворювань).

Реалізація бізнес-моделі медичного бізнесу потребує відповіді на питання:

- 1) Хто Ваш цільовий сегмент клієнтів?
- 2) В чому їх проблематика та потреби?
  - неявні; явні; гостра необхідність;
  - як на сьогодні, цільові клієнти задовольняють свої потреби.
- 3) Формування власної ідеальної пропозиції клієнту
- 4) Які альтернативи існують на ринку – в чому вони кращі/гірші за Вас?
- 5) Чому клієнт обере Вас?
- 6) Чому клієнт залишиться лояльним до Вас після 1-го звертання?
- 7) Як ринок медичних послуг (обраного профілю) буде сприймати Ваш медичний бізнес (Вашу пропозицію)? Що про нього будуть говорити?
- 8) Методи та технології просування на ринку Вашої пропозиції медичних послуг?

Відповідь на означені вище питання дозволять моніторити стан конкурентоспроможності медичної установи й відповідно досягати належного рівня рентабельності, економічної ефективності та фінансової окупності.

Підсумовуючи, слід представити етапи організаційної діяльності менеджменту при заснуванні медичного бізнесу:

Етап 1. Державна реєстрація – Правове впорядкування медичного бізнесу.

Етап 2. Місце для здійснення медичного бізнесу (вивчаємо вимоги до метражу обраної спеціалізації згідно законодавства).

Етап 3. Проведення переліку експертиз та укладення Договорів – Санепідеміологічний Висновок.

Етап 4. Пожежний Висновок – сигналізація.

Етап 5. Отримання Ліцензії.

Заключним етапом економічного аналізу по формуванню економічно ефективного та фінансово-окупного медичного закладу є процес мінімізації ризиків при впровадженні оновленої концепції ідеї медичного бізнесу в умовах невизначеності є розробка й прорахунок декількох варіантів досягнення мети.

- 1) Розробка альтернативних стратегій розвитку ідеї (мінімізація ризиків).
- 2) Вибір стратегії (за критеріями медичної та економічної ефективності).
- 3) Реалізація стратегії.
- 4) Контроль.

Обґрунтування вибору тієї чи іншої стратегії (моделі розвитку медичного закладу) з обраних альтернативних варіантів (2-3 альтернативи на основі чи то 1) низьких витрат; чи то 2) диференціації; чи 3) концентрації) на основі показників потенційної прибутковості. В основі вибору:

- максимізація конкурентних переваг;
- мінімізація відносно слабких сторін! (“-” це “+”).

Висновки до першого розділу

Визначальним чинником забезпечення населення доступними та високоякісними медичними послугами і запорукою належного функціонування

закладів охорони здоров'я є необхідний обсяг фінансових ресурсів. Проте, незважаючи на зростання обсягів фінансування охорони здоров'я, ситуація в галузі суттєво не покращується, а законодавчо задекларована безоплатна медична допомога замінюється платною. Наслідком цього є обмеження доступу населення до медичних послуг, неповна реалізація їхнього права на охорону здоров'я. Отже, необхідність реформування управлінських та економічних засад вітчизняної системи охорони здоров'я і зміни її відповідно до сучасних запитів суспільства не викликає сумнівів.

Така невизначеність не сприяє розв'язанню проблем підвищення якості та доступності медичних послуг, поліпшенню їхнього здоров'я, зниженню рівня захворюваності й смертності, тому загрожує національній безпеці України та потребує негайного вирішення.

В умовах впровадження фінансової децентралізації одним із ключових завдань є бюджетне планування видатків, які скеровуються на утримання та розвиток сфер життєдіяльності територіальних громад.

Отримання КНП статусу неприбуткової організації звільняє такого суб'єкта від сплати податку на прибуток. Звіт про використання доходів (прибутків) неприбуткової організації, який мають подавати у такому випадку КНП, прирівняний до декларації і має обов'язково подаватися КНП, незважаючи на те, що по ньому не сплачується ніякого податку. До нього додаються й форми фінансової звітності у повному складі. Слід зазначити, що підприємство зі статусом неприбуткової організації може отримувати й інші доходи від здійснення діяльності, що визначена статутом підприємства. Тобто, підприємство може отримувати дохід не тільки у вигляді дотацій, медичної субвенції, отриманих із державного або місцевих бюджетів, коштів за договорами з Національною службою здоров'я України, а також і внаслідок надання платних послуг, що передбачені у статуті підприємства.

## 2 АНАЛІЗ ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ВОЛОЧИСЬКА ЦРЛ»

### 2.1 Загальна характеристика КНП «Волочиська ЦРЛ»

Комунальне некомерційне підприємство «Волочиська центральна районна лікарня» Волочиської Районної Ради Хмельницької області (далі КНП «Волочиська ЦРЛ») розташовано за адресою: Україна, 31200, Хмельницька обл., Волочиський р-н, місто Волочиськ, ВУЛИЦЯ НЕЗАЛЕЖНОСТІ, будинок 68. КНП «Волочиська ЦРЛ» створено з метою оптимізації управління комунальною власністю в зв'язку з реорганізацією шляхом перетворення комунального закладу охорони здоров'я «Спеціалізована медико-санітарна частина» за рішенням Волочиської Районної Ради Хмельницької області. Підприємство створено з метою приведення у відповідність до законодавчих та нормативних актів України послуг з медичного обслуговування населення міста Волочиськ, розширення можливості щодо їх доступності та якості, підвищення ефективності використання бюджетних коштів.

Комунальне некомерційне підприємство «Волочиська ЦРЛ» Волочиської районної ради Хмельницької області (далі КНП «Волочиська ЦРЛ») розпочало свою безпосередню діяльність з 6 травня 2019 року.

Предметом діяльності КНП «Волочиська ЦРЛ» є надання медичної, в тому числі спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та вжиття заходів із профілактики захворювання населення та підтримання громадського здоров'я.

Уповноваженим органом управління КНП «Волочиська ЦРЛ» є Волочиська районна рада Хмельницької області.

КНП «Волочиська ЦРЛ» здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Визначено, що КНП «Волочиська ЦРЛ» є виконавцем послуг з:

1) медичної практики з надання первинної та інших видів медичної допомоги населенню;

2) забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря 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;

3) проведення профілактичних щеплень, профілактичних оглядів, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних станів;

4) надання пацієнтам на безвідплатній та платній основі послуг вторинної/спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, в тому числі невідкладної, необхідної для забезпечення належної профілактики, діагностики та лікування хвороб, травм, отруєнь, медичного контролю за перебігом вагітності й ведення пологів і післяпологового періоду;

5) надання пацієнтам на безвідплатній та відплатній основі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги;

6) надання спеціалізованої медичної допомоги тим, хто постраждав унаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

Основними завданнями КНП «Волочиська ЦРЛ» є:

- здійснення медичної практики у визначеному законодавством порядку;
- організація роботи, у разі потреби, з надання медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації;

- організація відбору та спрямування 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;
- участь у державних та регіональних програмах щодо організації пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку;
- інші види діяльності, що спрямовані на досягнення статутних цілей Підприємства.

Тепер перейдемо до історії становлення КНП «Волочиська ЦРЛ». В 1921 році з'явилася лікарня в Волочиську. В кількох палатах на той час містилося 25 ліжок і два лікаря. Оскільки вона знаходилась неподалік небезпечної зони кордону, то її незабаром закрили. Однак, місто розвивалося і потреба у медичному обслуговуванні відчувалася все гостріше. Тож у 1927 році на станції Волочиськ (с. Фридрихівка) на території військового містечка облаштували госпіталь на 50 ліжок. В ньому працювали 4 лікаря. Цивільного населення вони не обслуговували.

Волочиськ об'єктивно мав важливе стратегічне значення, оскільки стояв на розв'язці руху транспорту, пасажирів та вантажів в західному та східному напрямках. Завдяки цьому фактору місто стрімко розросталося і місцеві жителі почали звертатися до органів влади з проханням відкрити для них медичний заклад.

Його спорудження розпочалося у 1931 році в селі Фридрихівка. Лише за рік тут звели одноповерховий цегляний будинок, де розташувалася медична установа на 40 ліжок. Це і є дата офіційного народження Волочиської ЦРЛ. Її корпус залишили на території закладу, як реліквію. Сьогодні в ньому розташовані бактеріологічна лабораторія, протитуберкульозний кабінет, а також спіральний комп'ютерний томограф. Ця довгоочікувана подія викликала небувалий ентузіазм у людей. Будівництво тривало майже півтора роки. Розпочалося навесні 1931-го і закінчилось восени 1932-го року. Першим головним лікарем був Бурчак А.М. Його з вдячністю згадують мешканці Волочиська передусім, як кваліфікованого спеціаліста, чуйну людину і енергійного організатора. Бурчак А.М. заклав важливу традицію. Починаючи з нього особисто, всі наступні керівники Волочиської ЦРЛ

користувалися високим авторитетом у людей. Були членами колегіальних керівних органів та депутатами.

Перед війною лікарня вже виглядала, як пристойний медичний заклад. У стаціонарі було 40 ліжок, поліклініка, пологовий будинок, жіноча і дитяча консультації, фельдшерський пункт, аптека.

Завдяки зусиллям Бурчака А.М. біля головного корпусу спорудили кухню, майстерню та стайню. Тоді автомобілів було обмаль і лікарі виїжджали на виклики підводами, таким же чином привозили хворих. Волочиська центральна районна лікарня не переривала своєї діяльності навіть у роки німецько-фашистської окупації.

Враховуючи військово-стратегічне значення Волочиська, як транспортного вузла, бої за його звільнення точилися надзвичайно жорстокі. Містечко було зруйноване вщент. Лікарня теж дуже постраждала. І все ж таки її діяльність відновили серед перших для лікування та реабілітації поранених.

Медичне обладнання теж було понівечене. Деяке не підлягало ремонту, довелося встановлювати нове. Але вже в 1949 році у приміщенні Волочиської лікарні діяли рентгенівський та фізіотерапевтичний кабінети.

В 1970-му році Волочиськ отримує статус міста районного підпорядкування. А за рік до цієї події прийняв пацієнтів новий ошатний триповерховий корпус ЦРЛ. Кількість спеціалізованих ліжок в неврологічному та травматологічному відділеннях збільшилася, їх почали обслуговувати окремо.

З червня 1990 року лікарню очолив Береговий Д.В., який докладав багато зусиль для зміцнення матеріально-технічної бази не лише ЦРЛ, а й усіх медичних закладів району. За його керування значно поліпшилась діагностика, впроваджувалися нові науково-обґрунтовані методи у лікувальну справу. За його сприяння закупили новий ультразвуковий апарат. На той час це був величезний крок вперед у діагностиці. Адже УЗД більш точно виявляла причину недуг, процедура діагностування проходила безболісно і без негативного впливу на людський організм.

Наряду з УЗД обстеженням у Волочиській ЦРЛ проводяться ендоскопічні дослідження, які впровадив у практику лікар-хірург Дорош Б.В. у 1986 році. За їх допомогою можна розпізнавати пухлини і запальні захворювання шлунку. Ці методи дозволяють також контролювати ефективність лікування захворювань.

В нелегкий період нестабільного фінансування, 2001-2006 рр. була створена лікарняна каса взаємодопомоги, в яку вступили добровільно понад 300 жителів району. Серед них і медики. Така форма співробітництва сприяла здешевленню лікування у стаціонарі.

В 2005 році було значно поліпшено матеріальну базу фельдшерських пунктів сіл Петрівка, Гонорівка та Кушнірівка, відкрито Солом'янську дільничну лікарню.

Для Волочиської центральної районної лікарні в 2006-2007 рр. закупили чимало нового обладнання. Зокрема, лапароскопічну стійку, апарат ультразвукової діагностики японського виробництва, з санітарних автомобілі, новий рентгенівський апарат.

Авторитет Волочиської ЦРЛ настільки зріс серед колег у області, що вона стала школою передового досвіду для медичних працівників. Тут почали регулярно проводити навчання та конференції головних лікарів. А Хмельницьке медичне училище організувало на базі лікарні курси підвищення кваліфікації для середніх медичних працівників.

В 2011 році було відновлено спорудження нової районної поліклініки, розрахованої на 380 відвідувань за зміну. Через рік вона почала працювати.

Сучасна медицина швидко розвивається. Лікарі Волочиської центральної районної лікарні постійно впроваджують інновації у практику. 2015 рік був проривним для Волочиської центральної районної лікарні в плані освоєння нових технологій і методів лікування.

Сьогодні колектив Волочиської ЦРЛ дружній і відповідальний. У ньому утворилося ядро спеціалістів, які шанують традиції та розвивають медичну справу за нових умов. Згуртуванню колективу сприяла своїм авторитетом і профспілкова організація медичних працівників.

Волочиська центральна районна лікарня – це не тільки основні корпуси в центрі міста, а і численні дільничні лікарні. Вони теж мають свою історію та здобутки.

Робота на периферії – це постійне навантаження, прийом пацієнтів в денний час, обслуговування лежачих пацієнтів вдома, виїзди на місця, термінові виклики. Така подвижницька праця вимагає чуйності, терпіння, самовідданості, фізичної витривалості, високого професіоналізму.

Волочиська ЦРЛ відповідає за стан здоров'я та лікування жителів району вцілому. Узгоджує свою діяльність з іншими медичними установами району. Зокрема із санітарно-епідеміологічною службою.

Волочиський район один із найчисленніших у області. На його населення складає близько 50 тисяч жителів. З них більше половини – проживають у селах. Це означає, що лікарям часто доводиться виїжджати на виклики.

Віковий склад показує, що майже половину мешканців району становлять люди старшого віку, а дітей понад 9 тисяч. Ці категорії потребують медичної допомоги частіше, ніж інші, що теж посилює навантаження на персонал лікарні.

Тому з метою виконання наказу МОЗ України №735 від 30 серпня 2010 року «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги» та відповідно до рішення сесії районної ради від 11 грудня 2012 року №3-16/2012, у Волочиському районі розмежовані первинний та вторинний рівні надання медичної допомоги. Також створений центр первинної допомоги, що функціонує з 1 січня 2013 року. До його складу увійшли відділення сімейної медицини та усі фельдшерсько-акушерські пункти і амбулаторії.

Сьогодні Волочиська центральна районна лікарня – це сучасні корпуси, облаштовані за сучасними вимогами, укомплектовані палати зі зручностями. Лікарня нараховує 230 ліжок. Пацієнтам надається висококваліфікована медична допомога. В разі необхідності проводиться відбір для лікування у закладах третього рівня.

Наразі у Волочиській ЦРЛ працює 85 висококваліфікованих лікарів. З них: один «Заслужений лікар України», 13 лікарів вищої категорії, 37 – першої і 16 лікарів другої категорії. Медичних сестер – 211. Вищу категорію мають 53, першу – 72 другу категорію – 34 особи. Допоміжний персонал нараховує 57 осіб.

## 2.2 Характеристика організаційно-управлінської структури підприємства та основних напрямів його діяльності

Структура КНП «Волочиська ЦРЛ» лінійно-функціональна і складається з ряду підрозділів. На рисунку 2.1 представлена організаційна структура та порядок підпорядкування КНП «Волочиська ЦРЛ».



Рисунок 2.1 – Організаційна структура та порядок підпорядкування КНП «Волочиська ЦРЛ»

Розглянемо основні підрозділи досліджуваного підприємства та їхні функції.

Робота поліклінічного відділення полягає в обстеженні пацієнтів, діагностиці захворювань, скеровуванні їх у стаціонарне відділення ЦРЛ або наданні медичної допомоги амбулаторно.

Роботу поліклініки представлено в таблиці 2.1

Таблиця 2.1 – Амбулаторно-поліклінічне обслуговування населення КДЦ по ЦРЛ за 2018-2019 рр.

	Всього прийнято		В.т.ч.діти		Відвідування на дому	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Терапевти всього	16842	7733	-	18	1	1
Ревматолог	1361	640	-	-	-	-
Гастроентеролог	4706	5741	-	-	-	-
Пульмонолог	5823	3463	-	20	-	-
Лікар підліт.каб.	7406	5162	7406	5162	-	-
Кардіолог	7608	7363	-	-	4	2
Ендокринолог	9941	9876	3261	2969	-	-
Інфекціоніст	2090	1959	1168	737	-	-
Хірург	31205	32092	3986	2627	65	-
Травматолог	14766	14973	5100	2587	10	-
Уролог	7850	7992	1862	283	94	9
Онколог	6939	7251	54	153	73	85
Акуш.гінеколог	25511	22247	1040	1661	65	1
Офтальмолог	27942	26415	5675	4939	35	11
Отоларинголог	20448	21227	5641	5142	16	2
Фтизіатр	6787	6318	2444	1710	-	-
Невропатолог	34193	33687	1892	3517	28	3
в.т.числі дитячий	1892	2405	1892	2405	-	-
Психіатр	5544	8082	1662	1212	7	2
Нарколог	6577	6580	6	613	-	-
Дерматолог	11345	10339	4055	2395	2	1
Педіатри	11187	3636	11187	3636	-	-
Психолог	668	707	251	219	-	-
Лікар спорт.мед.	-	225	-	104	-	-
Функці.діагнос.	712	764	92	72	-	-
УЗД	6653	8277	553	785	-	-
Ендоскопіч.каб.	1099	1074	36	20	-	-
Рентгенолог	5330	7569	1028	1195	-	-
Прийм.відділення.	1892	2437	554	709	-	-
Всього:	282425	263829	58953	42485	400	117
Стоматологи	17345	18384	8323	8205	-	-
Всього із стоматол.	299770	282213	67276	50690	400	117

На наочності представимо результати роботи поліклінічного відділення у вигляді діаграм. На рисунку 2.2 представлено динаміку роботи лікарів за 2018-2019 рр.

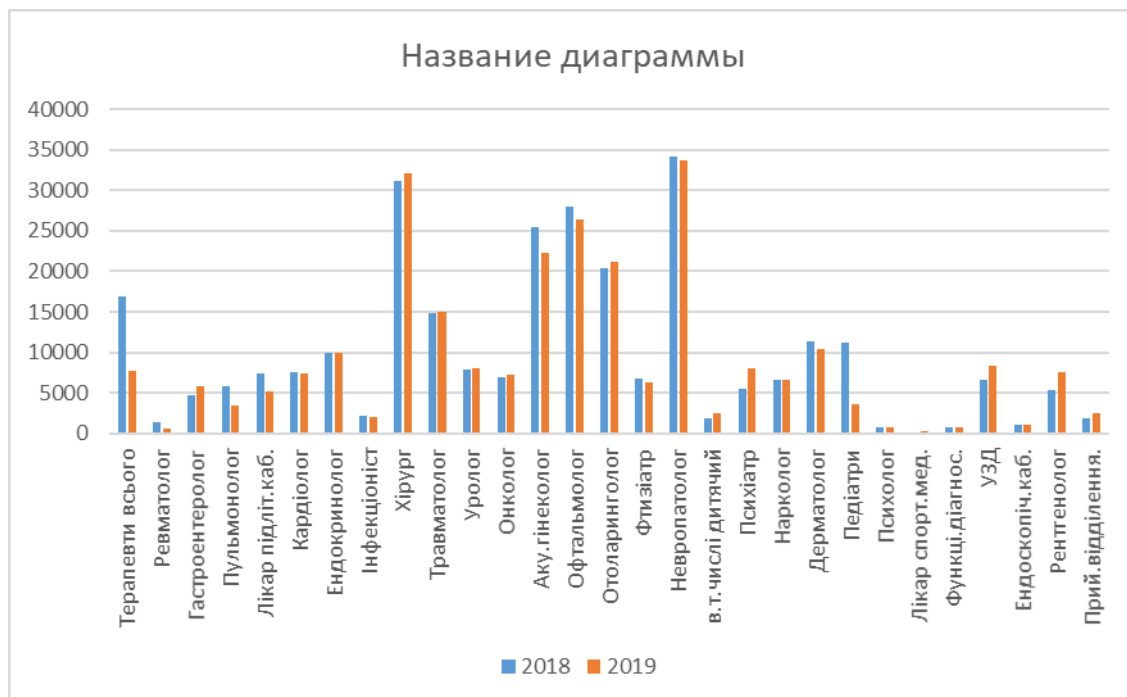


Рисунок 2.2 – Робота лікарів поліклініки в 2018-2019 рр.

Як бачимо із рисунку 2.2 найбільше звернень було до лікаря-невропатолога, лікаря-хірурга та лікаря-офтальмолога, як в 2018, так і в 2019 роках. Найменше звернень пацієнтів було до лікаря спортивної медицини, психолога, лікаря функціональної діагностики та лікаря-ревматолога в 2018-2019 рр. Кількість звернень в 2018 та 2019 рр. коливається в одному діапазоні в основному, лише в 2018 році звернень до лікаря-терапевта було значно більше, ніж у 2019 році.

На рисунку 2.3 представлено динаміку кількості сумарних звернень до фахівців поліклініки і частку дітей.

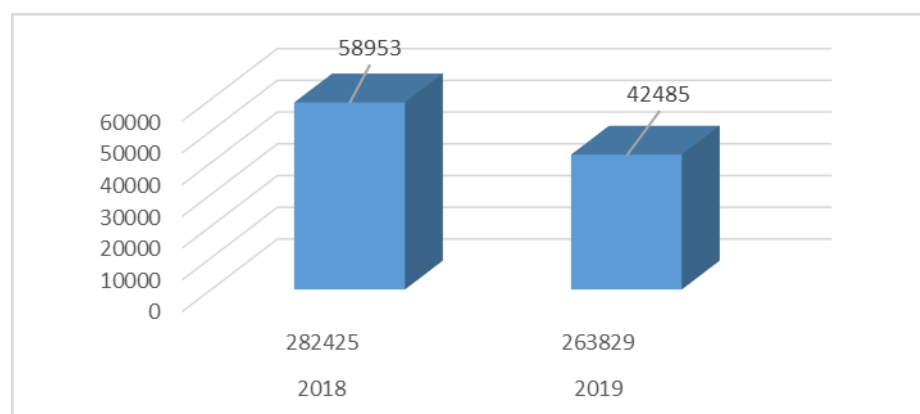


Рисунок 2.3 – Динаміка кількості звернень до поліклініки у 2018-2019 рр. (в т.ч. діти)

Як бачимо із рисунку 2.3 у 2018 році було більше (на 7 %) звернень до поліклініки КНП «Волочиська ЦРЛ». Частка дітей також значно більша (на 28 %) в 2018 році в порівнянні з 2019 роком. В 2018 році було здійснено на 70 % більше викликів додому. Серед них найбільш затребувані фахівці такі: лікар-хірург, лікар-онколог, лікар-уролог, лікар-акушер-гінеколог.

Приймальне відділення є тією структурою, з якої починається госпіталізація хворих. Основним завданням приймального відділення є:

- кваліфікований та своєчасний прийом хворих, які поступають на стаціонарне лікування;
- надання хворим необхідної медичної допомоги, передусім, невідкладної та проведення обстежень;
- інформування хворих про правила внутрішнього розпорядку лікарні та ознайомлення з правами та обов'язками пацієнтів;
- надання довідкової інформації родичам пацієнтів;
- інформування органів внутрішніх справ про надходження хворих з травмами кримінального характеру, неопізнаних хворих, які перебувають у важкому стані.

Щороку в стаціонар через приймальне відділення госпіталізується близько десяти тисяч пацієнтів, амбулаторна допомога надається шести тисячам пацієнтів.

В 2011 році приймальне відділення перекваліфікували у відділення невідкладної медичної допомоги. Пацієнтів цілодобово приймають чергові лікарі. Відділення оснащено кардіографами та пульсоксиметрами. Весь середній медичний персонал володіє технікою зняття електрокардіограм, усіма маніпуляціями.

Працівникам приймального відділення часто доводиться надавати першу допомогу пацієнтам. Від їхнього професіоналізму, злагожденості та оперативності іноді залежить не лише здоров'я, а й життя людей.

Розглянемо окремо кожне з відділень КНП «Волочиська ЦРЛ». Організаційна структура відділення представлена на рисунку 2.4.

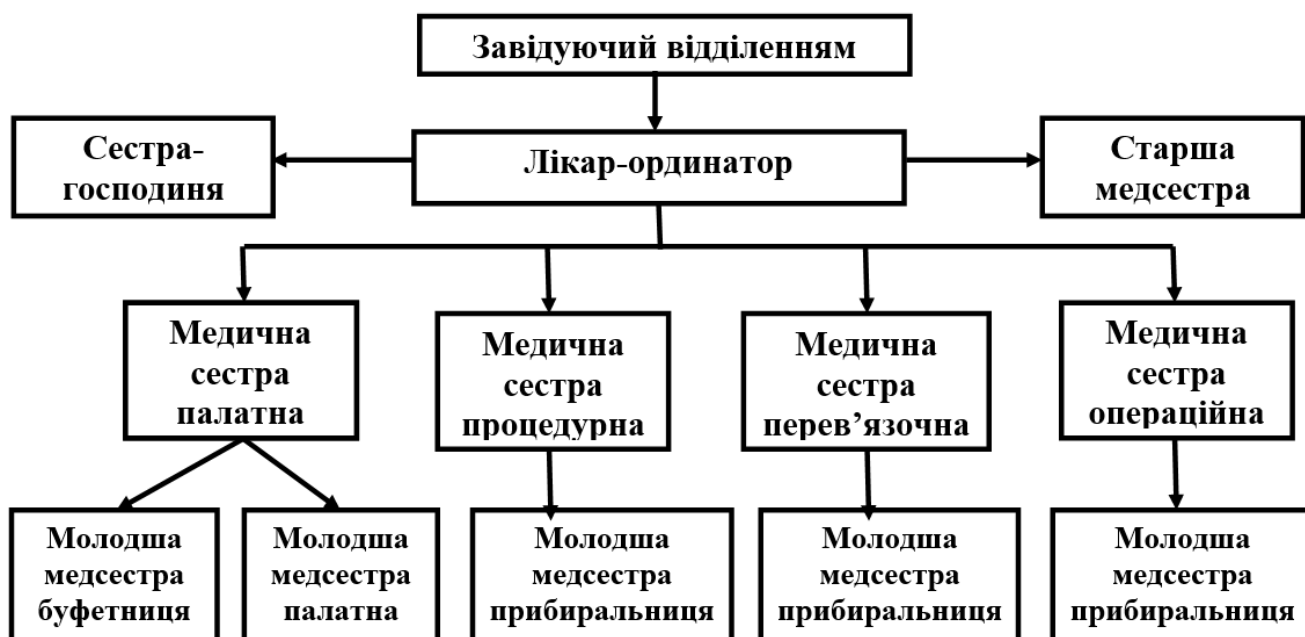


Рисунок 2.4 – Організаційна структура та порядок підпорядкування відділення КНП «Волочиська ЦРЛ»

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Сучасна анестезіологія використовує широкий спектр препаратів та методів для підготовки хворих до операцій, контролю за їхнім станом під час операції та в період реабілітації. Це дуже складна і делікатна галузь, яка вимагає глибоких знань не лише людського організму, а й хімії та біохімії. У цьому сенсі вона суміжна з інтенсивною терапією.

Анестезіологічна служба Волочиської центральної районної лікарні бере початок з 1966 року. З 2002 року у Волочиській ЦРЛ функціонує повноцінне відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 6 ліжок та з двома постами медсестер-анестезистів та цілодобовим постом лікаря-анестезіолога.

Лікарі та медичні сестри відділення володіють усіма сучасними методами лікування пацієнтів і роблять все для того, щоб пацієнти отримували кваліфіковану сучасну медичну допомогу. Вони опановують відомі і нові методи підготовки хворих до операцій, контролю за станом організму під час оперативних втручань та виведення їх зі стану наркозу.

Відділення травматології. Перші п'ять ліжок у Волочиській ЦРЛ були відкриті у складі хірургічного відділення ще в далекому 1966 році.

Сьогодні у відділення застосовуються найсучасніші методи лікування. 25 серпня 2002 року успішно випробуваний апарат зовнішньої фіксації (стрижневий) для надання екстреної допомоги хворим із політравмою. З 2010 року впроваджений метод інтрамодулярного остеосинтеза переломів; артроскопію – малоінвазивний метод діагностики та лікування суглобів через невеликі розрізи за допомогою відеокамери із 40-кратним збільшенням.

З 2015 року у травматологічному відділенні запроваджено ендопротезування кульшових суглобів, як цементної так і безцементної фіксації системами ЕБТС, ІТО «Мотор Січ». На даний час проведено більше шестидесяти таких операцій.

Сьогодні травматологічне відділення – це добре оснащений сучасний підрозділ, «Центр травми II-го рівня» Волочиської ЦРЛ.

Для прийому пацієнтів є: лікарський кабінет, перев'язувальні, гіпсовочна та операційна. У травматології цілодобово чергують лікарі. Проводяться термінові оперативні втручання, різні методи лікування, профілактичні огляди. Вони включають, як традиційні (закрита репозиція, гіпсова пов'язка, скелетовий витяг), так і нові методи (відкрита репозиція, фіксація спицями, гвинтами, стрижнями, пластинами, застосовують кістковий компресійно-диструкційний остеосинтез за Іллizarовим та стрижневий позавогнищевий остеосинтез для лікування відкритих, багатоуламкових, сповільнено консолюючих переломів, штучні суглоби).

Хірургічне відділення. В період заснування Волочиської ЦРЛ окремого хірургічного підрозділу не існувало. Фахівці своєї справи підпорядковувалися терапевтичному відділенню. Як окремий структурний підрозділ хірургічне відділення було організоване у 1961 році.

Сьогодні відділення має привабливий вигляд, проведено капітальний ремонт, включаючи операційний блок. У відділенні розгорнуто 37 ліжок. З них – чиста хірургія 20 ліжок, гнійна хірургія – 15 ліжок і 2 ліжка для хоспісних хворих.

Відділення забезпечує в повному обсязі всю невідкладну хірургічну допомогу, планові та термінові оперативні втручання, яких щорічно здійснюється близько тисячі. Серед них лапароскопічні, які виконуються з 2008 року.

Сьогодні малоінвазивна хірургія стала «золотим» стандартом для більшості операцій, як і раніше вимагали великих резервів і тривалого періоду відновлення. Інновації у сфері медицини дозволяють постійно розширювати список можливостей для малоінвазивних методик. Для проведення малоінвазивних операцій використовується високотехнологічне устаткування і спеціальний інструментарій. Дана методика дозволяє виконувати оперативні втручання на органах черевної порожнини через міні-розрізи (0,5-1,5 см).

Переваги малоінвазивної хірургії полягають у:

- високому ступені безпеки;
- здійснення операцій без великих розрізів та швів;
- мінімальній травматизації тканин і органів;
- короткому періоді відновлення;
- відсутності больового синдрому в після операційний період;
- короткому терміні госпіталізації;
- зниженні ризику інфекцій;
- відмінному лікувальному та косметичному ефекті.

Наявний кадровий потенціал та матеріальне оснащення дозволяє надавати таку допомогу людям на належному рівні.

Терапевтичне відділення. Більше сорока років тому вперше відчинилися двері, на той час, оновленого терапевтичного відділення в центральному корпусі.

В різні роки структура відділення змінювалася, спочатку свого існування відділення було на 50 ліжко-місць та 2 пости медичного персоналу. З 2017 року у відділенні функціонує 25 ліжко-місць та 2 хоспісних ліжка. Відділення має 8 палат, із них 4 з поліпшеними умовами перебування.

За приблизними підрахунками, з 1978 року в терапевтичному відділенні покращили своє здоров'я більше 40 тисяч пацієнтів.

Кардіологічне відділення Волочиської ЦРЛ – одне із найбільш технічно оснащених. Його робота характеризується високим професіоналізмом, відповідальністю, чуйністю до пацієнтів. Тут лікують на належному рівні, у відповідності з усіма стандартами і вимогами.

Кардіологи надають допомогу хворим у стаціонарі та амбулаторно, роблять обстеження, проводять щоденні обходи і спільні консилиуми, консультують хворих з інших відділень.

Відділення неврології. Лікарі неврологічного відділення Волочиської ЦРЛ володіють сучасними методиками обстеження і лікування, які дозволяють людям відновити працездатність, позитивний тонус, врівноваженість та відчуття радості, без яких неможливе повноцінне життя.

Відділення акушерства і гінекології. У цьому відділенні побачили світ і засвідчили своє народження радісним криком п'ять поколінь мешканців Волочиського району.

Акушерсько-гінекологічне відділення існує в складі Волочиської ЦРЛ з моменту її утворення. Воно розміщалося у різних корпусах.

За роки існування Волочиської ЦРЛ матеріально-технічна база відділення значно покращилася. Тепер тут використовуються сучасні перинатальні технології, зокрема партнерські пологи, сумісне перебування матері і дитини, раннє прикладання немовляти до грудей. Проведено ремонт у відділенні патології вагітних. Відділення має статус «Лікарня доброзичлива до дитини».

У відділенні організована робота по наданні якісної акушерсько-гінекологічної допомоги. Тут також проводяться різноманітні акушерсько-гінекологічні операції.

Дитяче відділення. Майже кожен п'ятий житель Волочиського району є неповнолітнім. Ця категорія пацієнтів потребує особливого догляду і профілактики захворювань.

Щорічно у цьому відділенні лікується майже одна тисяча дітей. За 25 років роботи у відділенні не зареєстровано жодного летального випадку.

Для лікування дітей широко використовуються фізіотерапевтичні методи. У 2016 році відділення акредитоване на високе звання «Лікарня доброзичлива до дитини».

ЛОР-очне відділення. З 1998 року отоларингологічну та офтальмологічну службу об'єднали в ЛОР-очне відділення. Відділення оснащено сучасною ендоскопічною та мікроскопічною апаратурою, що дозволяє робити точну діагностику, а також планові та невідкладні оперативні втручання.

Інфекційне відділення. З 2003 року інфекційне відділення для дорослих та дітей займає ціле східне крило нового корпусу. У відділенні є 20 ліжок. Тут надається кваліфікована медична допомога пацієнтам, а також проводяться лікувально-профілактичні заходи.

Боротьба з інфекційними захворюваннями залишається актуальною, оскільки в державі, як і в усьому світі, зростають міграційні потоки, а також неконтрольоване використання антибіотиків. Як наслідок з'являються нові віруси та інфекції, або мутанти від раніше відомих попередників. Тому працівники відділення постійно займаються самоосвітою, відвідують спеціалізовані семінари, беруть участь у наукових конференціях.

Клініко-діагностична лабораторія. Лабораторія існує від часів утворення поліклінічного відділення Волочиської ЦРЛ. З маленьких трьох кабінетів на другому поверсі старого приміщення поліклініки лабораторне відділення виросло у велику сучасну лабораторію з великим висококваліфікованим колективом. В 1996 році у складі лабораторії ЦРЛ був утворений бактеріологічний відділ. Ургентна лабораторія день і ніч обслуговує стаціонарні відділення невідкладної медичної допомоги.

В 2012 році лабораторія перейшла в нове приміщення поліклінічного відділення, що відповідає сучасним стандартам. Для неї закуплена нова сучасна апаратура, мікроскопи, меблі. В лабораторії набувають професійного досвіду молоді перспективні лікарі та лаборанти.

Рентгенологічне відділення. Рентгенологія є найбільш апробованим методом діагностики. Вона існує для розпізнання патологічних змін в організмі та профілактики хвороб.

Оскільки ця процедура пов'язана з опроміненням, то становить певну небезпеку і для медиків, які працюють з апаратурою. Однак, ці відважні й самовіддані люди щодня свідомо піддають ризику власне здоров'я заради того, щоб врятувати інших.

Проривним у впровадженні нових технологій для рентгенологічного відділення став 2008 рік. Тоді за кошти районного бюджету закупили флюорографічний апарат виробництва заводу «Медапаратура» з цифровою обробкою зображення. У 2009 році на заміну застарілому РУМ-20 з адаптаційним екраном придбано рентгендіагностичний комплекс HF-51 та цифровою обробкою скопичного зображення.

Колектив рентгенологічного відділення поглиблює свої знання, узагальнює досвід, вдосконалює методики, опановує нові методи досліджень.

У найближчих планах відділення встановити ще більш сучасний апарат з цифровою обробкою зображення. А у планах на майбутнє – встановити і опанувати магнітно-резонансний томограф.

Фізіотерапевтичне відділення. У 2012 році після відкриття нової поліклініки, з'явилась можливість облаштувати фізіотерапевтичний кабінет на четвертому поверсі. Сюди завезли чимало обладнання і створили комфортні умови для оздоровлення та реабілітації амбулаторних пацієнтів. Для стаціонарних пацієнтів продовжує діяти фізіотерапевтичний кабінет на другому поверсі центрального корпусу. За сприяння спонсорів там було зроблено капітальний ремонт.

У відділенні проводять різноманітні процедури:

- гальванізація та електрофорез;
- магнітотерапія;
- ультразвукова терапія;
- діодинамо та мапліпульс-терапія;
- ультразвукова терапія;

- УВЧ-терапія;
- КВЧ-терапія;
- світлолікування;
- дарсонвалізація;
- інгаляція.

З 2016 року проводиться парафіно-озокеритні аплікації. Щороку у фізіотерапевтичному відділенні отримують лікування 8,5 тисяч пацієнтів і проводиться понад 9,5 тисяч процедур. Щодня відділення відвідує понад 400 пацієнтів, які отримують ту кваліфіковану допомогу, а також чуйне та уважне ставлення до себе.

Інформаційно-аналітичний відділ. Працівники цього відділу проводять збір та обробку інформації, беруть участь у підготовці та проведенні медичних рад, постійно підвищують рівень своєї кваліфікації. Із 2006 року обробка первинної облікової документації здійснюється автоматизовано. Це значно удосконалює роботу медичних статистиків та дає змогу оперативно отримати необхідну, якісну та достовірну інформацію.

Фінансово-економічна служба. Структурним підрозділом центральної районної лікарні є бухгалтерія та планово-економічний відділ. Вони забезпечують бухгалтерський облік матеріальних цінностей, нарахування заробітної плати та економічну роботу установи на основі застосування сучасних прогресивних методів і форм бухгалтерського обліку, планування та аналізу на всіх етапах діяльності лікарні. Співробітники служби також стежать за ефективним використанням фінансових, матеріальних і трудових ресурсів.

Співробітники бухгалтерії постійно підвищують свій кваліфікаційний рівень, використовують передові методи організації бухгалтерського обліку, вивчають нормативно-правову базу, яка необхідна їм в роботі.

Відділ кадрів – підрозділ, без якого не може обійтись жодне підприємство, адже трудова діяльність кожного працівника починається саме з нього. За цей період, працівниками відділу було приділено багато уваги правильному підборі

кадрів, враховуючи їхню освіту та кваліфікацію. Знизилась плінність кадрів, поліпшилася продуктивність їхньої праці.

Як окремий підрозділ у Волочиській ЦРЛ існує і служба діловодства. Через управління і обіг документів вона орієнтує всі підрозділи та окремих виконавців на спільні цілі, допомагає мобілізувати ініціативу співробітників, поліпшувати процеси ділової комунікації.

Важливу роль у роботі як кожного працівника, так і Волочиської ЦРЛ в цілому, відіграє інженер з охорони праці та техніки безпеки.

Раді медичних сестер належить значна роль в професійній підготовці та постійному вдосконаленню знань медичних сестер (рисунок 2.5). Головним завданням Ради є виховання широко ерудованого спеціаліста, що вміє аналізувати і систематизувати свої знання та реалізувати їх в практичній діяльності. Раду медичних сестер складають 16 досвідчених старших медичних сестер, які мають практичний досвід роботи та організаторські здібності. Всі вони фахівці своєї справи, користуються повагою в колективі, передають свій досвід роботи молодим колегам.

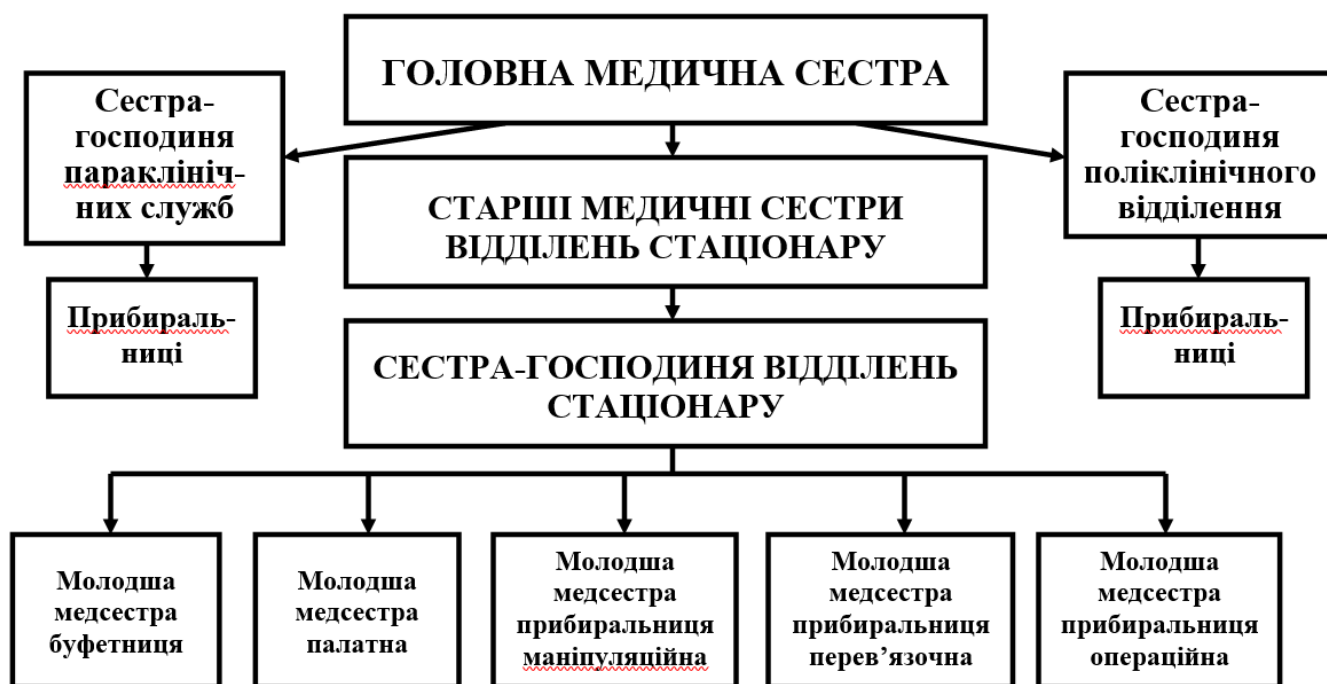


Рисунок 2.5 – Організаційна структура та порядок підпорядкування молодших медичних працівників КНП «Волочиська ЦРЛ»

Кожна старша медична сестра – це відповідальна, високопрофесійна людина, яка вболіває за свою роботу та докладає всіх зусиль, щоб у відділенні панувала доброзичлива атмосфера та затишок.

Для покращення організації праці з медичним персоналом сформовані сектори Ради медичних сестер:

- сектор дієтхарчування;
- санітарний сектор;
- сектор санітарної освіти та учбового виховання;
- виробничо-масовий сектор.

Контрольно-експертною групою Ради медичних сестер здійснюється нагляд за роботою медичних сестер згідно з відповідними критеріями. До них належать обходи у відділеннях, дотримання інфекційної безпеки персоналу та пацієнтів, передача змін, якість виконання лікарських призначень.

В лікарні відпрацьована та впроваджена система контролю якості роботи молодших спеціалістів з медичною освітою.

Велике значення приділяється вихованню у медичних сестер почуття відповідальності за доручену справу та відданості обраній професії. На високому рівні організуються та щорічно на день медичної сестри проводяться конкурси на кращу медичну сестру закладу.

### 2.3 Фінансове планування діяльності підприємства

Перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства (КНП) сприяє збільшенню господарської та фінансової автономії (самостійності) та управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення і водночас підвищення економічної ефективності використання активів.

Так, керівник КНП має можливість самостійно скласти фінансовий план, а не діяти на основі затвердженого вищим розпорядником кошторису. Джерелами фінансування закладу можуть бути не тільки кошти держави, але й кошти юридичних і фізичних осіб (наприклад: благодійна допомога). КНП без обмежень зможе користуватися рахунками у комерційних банках. Якщо КНП не використало кошти впродовж року, то вони в нього не будуть вилучатися назад до держбюджету та бути підставою до зменшення фінансування в майбутньому, так як це відбувається у бюджетних установах.

КНП створюється для здійснення діяльності, спрямованої на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Тобто таке підприємство може бути неприбутковим у розумінні податкового законодавства. У цілях оподаткування до числа неприбуткових відносяться, зокрема, підприємства, які одночасно відповідають таким критеріям:

- утворені та зареєстровані в порядку, визначеному законом, що регулює діяльність відповідної неприбуткової організації;
- установчі документи повинні містити заборону розподілу отриманих доходів (прибутків) або їх частини серед засновників (учасників), членів такої організації, працівників (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних із ними осіб;
- установчі документи повинні передбачати передачу активів одній або кільком неприбутковим організаціям відповідного виду або зарахування до доходу бюджету у разі припинення юридичної особи (у результаті її ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення);
- таке підприємство повинно бути внесене до Реєстру неприбуткових установ та організацій.

Отримання КНП статусу неприбуткової організації звільняє такого суб'єкта від сплати податку на прибуток. Звіт про використання доходів (прибутків) неприбуткової організації, який мають подавати у такому випадку КНП, прирівняний до декларації і має обов'язково подаватися КНП, незважаючи на те, що по ньому не сплачується ніякого податку. До нього додаються й форми

фінансової звітності у повному складі за НП(С)БО 1 [3] або спрощені за П(С)БО 25 [4]. Спрощена фінзвітність КНП може застосовуватися у разі відповідності критеріям мікро- чи малого підприємства за ч. 2 ст. 2 Закону України “Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні” від 16.07.1999 № 996 [5].

Слід зазначити, що підприємство зі статусом неприбуткової організації може отримувати й інші доходи від здійснення діяльності, що визначена статутом підприємства. Тобто, підприємство може отримувати дохід не тільки у вигляді дотацій, медичної субвенції, отриманих із державного або місцевих бюджетів, коштів за договорами з Національною службою здоров'я України, а також і внаслідок надання платних послуг, що передбачені у статуті підприємства.

Доходи від здійснення такого виду діяльності не будуть об'єктом оподаткування податком на прибуток за умови, що такі доходи використовуються підприємством виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її установчими документами. Такі видатки повинні плануватися та визначатися неприбутковою організацією у фінансовому плані і відповідати цілям, завданням та напрямкам діяльності, які визначені її установчими документами.

Фінансовий план є основним плановим документом, відповідно до якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів. Такі плани зобов'язані розробляти і державні комерційні підприємства (ст. 75 ГК України) і державні некомерційні (казенні) підприємства (ч. 8 ст. 77 ГК України) [6].

Основною метою складання річного фінансового плану підприємства є: визначення основних показників фінансово-господарської діяльності підприємства; основних джерел та напрямів спрямування коштів для забезпечення потреб діяльності підприємства; реалізації розвитку підприємства; забезпечення витрат та виконання зобов'язань, включаючи зобов'язання перед бюджетами та державними цільовими фондами.

Оскільки відповідно до частини 10 статті 78 ГК України [6] особливості діяльності КНП визначаються відповідно до вимог, встановлених щодо діяльності державних комерційних або казенних підприємств, з огляду на положення статей 75 та 77 ГК України [6], комунальні підприємства зобов'язані складати і виконувати фінансовий план. Строки та порядок розробки фінансових планів та контролю їх виконання державними підприємствами врегульовано ст. 75 ГК України [6] та Порядком складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки, затвердженим Наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 02.03.2015 № 205 [7]. Фінансовий план підлягає затвердженню до 1 вересня року, що передує плановому року. План складається на календарний рік із поквартальною розбивкою.

Управління господарською діяльністю у комунальному секторі економіки здійснюється територіальними громадами та органами місцевого самоврядування щодо суб'єктів господарювання, які належать до комунального сектора економіки. Комунальні некомерційні підприємства є суб'єктами комунального сектора економіки (ст. 24 ГК України). Тому відповідна територіальна громада, як власник таких підприємств, має розробити свій локальний нормативний акт, в якому будуть врегульовані питання форми, строків та порядку розробки та затвердження фінпланів, контролю за їх виконанням комунальними некомерційними підприємствами цієї громади.

Найпоширеніша форма фінансового плану складається з кількох розділів (додаток 2 Порядку № 205):

- очікувані доходи з поквартальним зазначенням їх обсягу і розподілом за джерелами надходження (наприклад, доходи за договором із Національною службою здоров'я України (НСЗУ), доходи за місцевою програмою, від оренди майна, надання платних послуг тощо);

- очікувані витрати, на які буде витрачено дохід, постатейно (заробітна плата, витратні матеріали, капітальні витрати, закупівля обладнання тощо) з деталізацією інформації (наприклад, зарплата медичного персоналу,

адміністративно-господарського персоналу, керівників тощо) або без неї, що залежить від рішення власника;

- фінансові результати діяльності: валовий дохід, результат від операційної діяльності, фінансовий результат від діяльності (прибуток чи збиток), який визначається співвідношенням доходу та витрат;

- обов'язкові платежі КНП до бюджету (включається до фінансового плану на вимогу власника для зручності формування місцевого бюджету; показує, які додаткові податки з дохідної частини має сплатити КНП);

- індикатори та коефіцієнти для аналізу фінансового плану та звіту про його виконання, за допомогою яких власник має відстежувати діяльність КНП.

Так, дохідна частина фінансового плану формується із планових даних «Звіту про фінансові результати» (Форма №2):

Таблиця 2.2 – Фінансовий звіт КНП «Волочиська ЦРЛ» за 2019 рік

Фінансовий план	Звіт про фінансові результати	За звітний період
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	р. 2000 «Чистий дохід від реалізації продукції, товарів, робіт, послуг» (доходи, отримані за обслуговування пацієнтів, що фінансуються НСЗУ, та пацієнтами)	315,4
Інші операційні доходи	р. 2120 «Інші операційні доходи»	29 854,5
Інші доходи	р. 2241 «Дохід від благодійної допомоги»	87,3
Разом доходи (2000 + 2120 + 2240)	р. 2280 «Разом доходи»	30 257,2
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	р. 2050 «Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)»	( 1534,7 )
Інші операційні витрати	р. 2180 «Інші операційні витрати»	( 9612,2 )
Інші витрати	р. 2270 «Інші витрати»	( 101,4 )

## Продовження таблиці 2.2

Разом витрати (2050 + 2180 + 2270)	р. 2285 «Разом витрати»	( 31248,3 )
Фінансовий результат до оподаткування (2280 – 2285)	р. 2290 «Фінансовий результат до оподаткування»	( 991,1 )
Податок на прибуток	р. 2300 «Податок на прибуток»	( )
Чистий прибуток (збиток) (2290 – 2300)	р. 2350 «Чистий прибуток (збиток)»	( 991,1 )

КНП здійснює витрати відповідно до фінансового плану, до витратної частини якого можуть бути віднесені такі статті: заробітна плата працівників (за штатним розписом, трудовими договорами, нарахуванням на заробітну плату); витрати на утримання неприбуткової організації (опалення, освітлення, водопостачання, водовідведення, телекомунікаційні послуги оренда приміщень, транспортних засобів, обладнання та інше утримання виробничих приміщень); витрати на проведення ремонту, службові відрядження, оплату послуг зв'язку, оплату послуг за цивільно-правовими договорами, канцелярські товари, господарські товари; банківські послуги (розрахунково-касове обслуговування) тощо.

Згідно ст. 133 п. 4.1 Податкового кодексу України [8] чистий прибуток, отриманий за результатами звітного року не розподіляється ні на фонд виробництва, ні на матеріальних фонд. Також КНП згідно діючого законодавства не сплачують до місцевого бюджету дивіденди.

Слід зазначити, що після планування фінансового плану КНП має відзвітувати про його виконання. Спочатку звіт про виконання фінансового плану подається власнику або уповноваженому ним органу. Форми звіту різних підприємств можуть відрізнятися. Якщо порядок складання та затвердження фінансового плану регулюється статутом, то в ньому доцільно зазначити, що звіт про виконання фінансового плану має відображати досягнення певних індикаторів, дані про дохідну і витратну частини загальної суми або інші показники, необхідні власнику. Крім того КНП подається уповноваженому органу і власнику.

щоквартальну (річну) звітність. Власник може зобов'язати КНП оприлюднити звіти у порядку та через визначені ним джерела.

Таким чином, проаналізовано важливі організаційно-економічні засади фінансового планування на прикладі діяльності комунального некомерційного підприємства «Волочиська ЦРЛ» в умовах реформи галузі охорони здоров'я.

### Висновки до другого розділу

В другому розділі дипломної роботи представлена історія заснування, створення та організаційно-управлінська характеристика КНП «Волочиська ЦРЛ». Заклад забезпечений лікувально-діагностичною апаратурою, яку потрібно оновлювати, оскільки це дозволить ефективно впроваджувати нові методики.

В роботі проаналізовано організаційну структуру та основні роботи підприємства. Здійснено фінансове планування, що дозволило визначити слабкі місця досліджуваного некомунального підприємства. Зроблено підсумок про позитивні та негативні тенденції розвитку закладу та визначено проблеми, які виникли в процесі адаптації підприємства в зв'язку з реформуванням медицини.

Також в другому розділі розглянутий особливий статус комунального неприбуткового підприємства, а саме визначено критерії, які відносяться до неприбуткових суб'єктів господарювання, виходячи із цілей оподаткування. Також особливу увагу звернено на ситуації, за яких ознаку неприбутковості може втратити медичний заклад. З метою здійснення ефективного контролю як керівника підприємства так і органу влади, до якого належить дане підприємство, фінансово-економічна служба спільно із головним директором закладу повинні на принципах ефективності та раціональності спланувати формування доходів, витратків та фінансового результату.

## 3 ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТА ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ КНП «ВОЛОЧИСЬКА ЦРЛ»

### 3.1 Економічний аналіз КНП «Волочиська ЦРЛ»

Як зазначалось в 1 розділі дипломної роботи, економічний аналіз в системі охорони здоров'я – це вивчення та оцінка господарської і фінансової діяльності лікувально-профілактичних закладів з метою підвищення її ефективності.

Економічний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я проводиться за наступними напрямками:

- 1) використання основних засобів (аналіз структури руху, технічного стану та ефективності використання основних засобів);
- 2) використання ліжкового фонду;
- 3) використання медичної техніки;
- 4) фінансові витрати і вартість медичної допомоги (лікування в стаціонарі при наданні екстреної допомоги, витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу);
- 5) використання трудового ресурсу медичних закладів.

Перейдемо до першого напрямку економічного аналізу – використання основних засобів. Основними засобами є матеріальні активи, які підприємство утримує з метою використання їх у процесі діяльності, надання послуг, очікуваний термін корисного використання (експлуатації) яких більше одного року.

Раціональне використання основних засобів та функціональних потужностей бюджетної установи сприяє покращанню всіх техніко-економічних показників, зокрема збільшенню обсягу діяльності, зниженню трудомісткості одиниці виконаних робіт або наданих послуг [3, с. 53].

Аналіз забезпеченості основними засобами починається з оцінки відповідності їх наявної кількості за складом і структурою нормативним потребам бюджетної установи, які визначаються, виходячи з її потужності, обсягу та

функціональних особливостей діяльності [6, с. 86]. Аналіз якісного стану основних засобів бюджетної установи ґрунтується на дослідженні їх структури та відповідності основним вимогам науково-технічного прогресу в галузі. Розрізняють наступні групи показників якості основних засобів: придатності основних засобів; інтенсивності руху основних засобів; структури основних засобів [7, с. 163].

Залучення показників інтенсивності руху до оцінки якісного стану основних засобів зумовлене необхідністю прискорення технічного розвитку бюджетної сфери, що вимагає збільшення темпів надходження (оновлення), вибуття та приросту основних засобів. Показники придатності й зносу вказують на необхідність прискореного оновлення основних засобів.

Аналіз ефективності використання основних засобів як одного з основних видів ресурсів бюджетної установи базується на загальній методиці оцінки використання ресурсів, що передбачає обчислення і аналіз показників віддачі на одиницю ресурсів та місткості ресурсів у одиниці продукції (для бюджетної установи - наданих послуг).

Показники віддачі ресурсів бюджетної установи характеризують величину виконаної роботи або наданих послуг у розрахунку на 1 грн. використаних ресурсів, а показники місткості характеризують витрати або запаси ресурсів у розрахунку на 1 грн. виконаної роботи чи наданих послуг. Під запасами ресурсів розуміють наявний їх обсяг на звітну дату, а під витратами – поточні витрати ресурсів, зокрема, за основними засобами – нарахований знос.

Зростання фондів віддачі – головний чинник економії коштів на розвиток основних засобів. З метою диференціювання оцінки ефективності використання основних засобів показники доцільно розраховувати за групами основних засобів. Зіставлення темпів зміни фондів віддачі за різними групами основних засобів дає можливість визначити напрями удосконалення їх структури [8, с. 96].

Для визначення показників ефективності використання основних засобів комунального некомерційного підприємства проаналізовано обсяги діяльності установи і приведено їх натуральні показники (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 - Натуральні показники, які характеризують обсяги роботи лікарні

Показники	Рік			Абсолютне відхилення		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	2018/2017	2019/2018
1 Кількість відвідувань лікарів включно з профілактичними	262661	275796	263829	13135	-11967	5	-4
2 Робота клінічних відділень, кабінетів	653253	891656	823362	238403	-68294	36	-8
2.1 Число загальних анестезій	1809	1453	1585	-356	132	-20	9
2.2 Виконано фізіотерапевтичних процедур	7607	7691	7394	84	-297	1	-4
2.3 ЛФК – процедур	880	867	603	-13	-264	-1	-30
2.4 Перелито препаратів крові та її замінників	3808	3520	1072	-288	-2448	-8	-70
2.5 Ультразвукових досліджень	19049	20083	21731	1034	1648	5	8
2.6 Ендоскопічних досліджень	1401	1586	1484	185	-102	13	-6
2.7 Лабораторних досліджень	532995	784252	725311	251257	-58941	47	-8
2.8 Рентгенологічних досліджень	7460	8550	8731	1090	181	15	2
2.9 Флюорографічних обстежень	28293	26587	18482	-1706	-8105	-6	-30
2.10 Стоматологічні послуги	25198	17345	18384	-7853	1039	-31	6
2.11 Функціональна діагностика	24686	19657	18534	-5029	-1123	-20	-6
2.12 Патолого-анатомічного бюро	67	65	51	-2	-14	-3	-22
3 Спеціалізована допомога стаціонарним хворим	80432	78669	75644	-1763	-3025	-2	-4
3.1 Терапевтичне	8496	8526	8763	30	237	0	3
3.2 Хоспісне	684	267	198	-417	-69	-61	-26
3.3 Кардіологічне	8496	9117	8652	621	-465	7	-5
3.4 Інфекційне доросле	3396	2470	2061	-926	-409	-27	-17
3.5 Інфекційне дитяче	3396	3028	2737	-368	-291	-11	-10
3.6 Хірургічне (чисте)	6792	7214	7242	422	28	6	0
3.7 Хірургічне (гнійне)	5100	5199	5144	99	-55	2	-1
3.8 Хоспісне	684	1256	1247	572	-9	84	-1
3.9 Травматологічне	8496	8382	8713	-114	331	-1	4
3.10 Пологове	2040	1289	1099	-751	-190	-37	-15
3.11 Патологія вагітних	3396	3615	3474	219	-141	6	-4
3.12 Гінекологічне	3396	3543	3543	147	0	4	0

Продовження таблиці 3.1

3.13 Неврологічне	10200	10284	9779	84	-505	1	-5
3.14 Очне	3396	3313	3480	-83	167	-2	5
3.15 ЛОР	4674	3396	3418	-1278	22	-27	1
3.16 Дитяче	6792	6806	5124	14	-1682	0	-25
3.17 Анестезологічне	998	964	970	-34	6	-3	1
Разом відвідувань хворих, медичних досліджень, стаціонарних процедур	996346	1246121	1162835	249775	-83286	25	-7

Із приведених даних таблиці 3.1 видно, що в узагальненому вигляді послуги, які надаються лікарнею, наведені у натуральних показниках, характеризуються кількістю відвідувань лікарів, роботою клінічних відділень, кабінетів, служб, які виконують анестезії, обстеження, процедури, дослідження, та спеціалізованій допомозі стаціонарним хворим, що втілюється в кількості ліжко-днів перебування хворих в стаціонарних відділах лікарні.

У 2019 році у порівнянні з попереднім роком зменшилось відвідування лікарів закладу на 4 %, робота клінічних відділень, кабінетів, служб також зменшилась на 8% (у 2018 році відбулось збільшення даного показника на 42 %), незважаючи на те, що збільшилось надання послуг за такими видами: число загальних анестезій оперованим - на 9 %, ультразвукових досліджень – на 8 %, рентгенологічних досліджень – на 2 % та стоматологічних послуг – на 6 %. По всім іншим видам послуг спостерігається зменшення: ЛФК-процедур на 30 %, перелито препаратів крові та її замінників – 70 %, флюорографічних обстежень – 30 %, патолого-анатомічного бюро – 22 %. Спеціалізована допомога стаціонарним хворим також зменшилась у 2019 в порівнянні з попереднім роком на 4 % (в 2018 році цей показник також зменшився на 2 %) . При цьому лише деякі з відділень збільшили надання послуг у 2019 році: терапевтичне (на 3 %), травматологічне – на 4 %, очне (на 5 %), очне та ЛОР (на 1 %). Значно менше послуг в 2019 році в порівнянні з попереднім роком надали такі відділення: інфекційне, пологове, дитяче відділення. Загалом кількість послуг комунального неприбуткового підприємства в 2019 році зменшилась на 7 %.

Проведемо розрахунки ефективності використання основних засобів лікарні, використавши систему показників ефективності використання основних засобів.

1) Фондовіддача виражає ефективність використання засобів праці, тобто показує скільки надається послуг на одиницю основних виробничих фондів:

$$\text{ФВ (2017)} = (996346 / (28288421 + 30241934) / 2) * 100 = 0,85;$$

$$\text{ФВ (2018)} = (1246121 / (30241934 + 31077836) / 2) * 100 = 1,02;$$

$$\text{ФВ (2019)} = (1162835 / (31077836 + 31077836) / 2) * 100 = 0,94.$$

2) Фондомісткість є вартістю основних виробничих фондів, яка припадає на одиницю медичної послуги:

$$\text{ФМ (2017)} = ((28288421 + 30241934) / 2) / 996346 = 29,37;$$

$$\text{ФМ (2018)} = ((30241934 + 31077836) / 2) / 1246121 = 24,60;$$

$$\text{ФМ (2019)} = ((31077836 + 31077836) / 2) / 1162835 = 26,73.$$

Оборотність основних засобів відображає віддачу активів, тобто основні засоби, які можуть бути задіяні в наданні медичних послуг (динаміка за порівнювані періоди):

$$\text{Ооз (2017)} = 38006303 / ((32828842 + 30241934) / 2) = 1,3.$$

Розраховувавши аналогічним чином коефіцієнти за 2018 та 2019 роки одержимо динаміку коефіцієнтів ефективності використання основних засобів за ряд періодів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 - Показники ефективності використання основних засобів комунального підприємства за 2017-2019 роки

Показники	Рік			Абсолютне відхилення		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	2018/2017	2019/2018
Фондовіддача 100 грн. основних засобів	0,85	1,02	0,94	0,17	-0,08	20,0	-7,8
Фондомісткість 1 послуги	29,37	24,60	26,73	-4,77	2,13	-16,2	8,7
Оборотність основних засобів	1,30	1,01	0,48	-0,29	-0,53	-22,3	-52,5

За даними таблиці 3.2 можна зробити наступні висновки: в 2019 році фондівдача 100 грн. основних засобів лікарні зменшилась на 20 % в порівнянні з попереднім роком. Найвищий показник був у 2018 році. Фондомісткість послуги збільшилася у 2019 році в порівнянні з попереднім роком, що не є позитивною динамікою, тобто не покращився рівень медичного обслуговування, або, навпаки, свідчить про позитивну динаміку у випадку, якщо зменшилася кількість звернень на одиницю основних засобів. Оборотність основних засобів свідчить про зниження оборотності у 2019 році на 52,5 %, що є негативною тенденцією і спричиняє неоднозначне відношення до характеристики інших показників ефективності.

Загальну методику аналізу ефективності використання основних засобів, що є універсальною для всіх без винятку бюджетних установ, можна доповнити аналізом оцінки ефективності використання основних засобів, що відіграють специфічну роль у діяльності бюджетної установи. Ця категорія і складає 2 напрям при економічному аналізі комунального неприбуткового підприємства. Розглянемо детальніше цей напрям.

Середній термін використання ліжка протягом року залежить від рівня навантаження лікарні, санітарних норм, умов лікування хворих, строків підготовки ліжок до прийому наступних хворих, а також від організації прийому і виписки хворих [10, с. 91]. Середню оборотність ліжка характеризують два взаємопов'язаних показники: оборотність, обчислена в кількості оборотів за період, і оборотність, обчислена в днях обороту. Середня кількість оборотів ліжка упродовж досліджуваного періоду характеризує інтенсивність відновлення контингенту хворих в лікарні. Середня оборотність у днях використання ліжка протягом одного обороту залежить від інтенсивності лікування хворих і відповідає середньому терміну перебування хворого в лікарні. Зростання цього показника може вказувати як на незадовільну якість медичного обслуговування населення, так і на підвищення ефективності лікування. Отже, оцінка динаміки даного показника вимагає залучення додаткової інформації та уточнення.

Провівши розрахунки за 2018-2019 роки, одержали таблицю 3.3, в якій провели аналіз роботи ліжка по всім відділенням досліджуваного підприємства.

Таблиця 3.3 – Аналіз роботи ліжка по всіх профілях КНП «Волочиська ЦРЛ»

Профіль	К-сть	Виписано		План л\днів		Виконан. плану л\днів		% вик. плану л\днів		Робота ліжка		Сер.переб. х-го на ліжку		Оберт	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Терапія	25	848	867	8496	8496	8526	8763	100,4	103,1	341,0	350,5	10,0	10,0	34,0	34,9
Хоспіс.	2	18	14	684	684	267	198	39,0	28,9	133,5	99,0	11,1	9,4	12,0	10,5
Кардіол.	25	1015	1018	8496	8496	9117	8652	107,3	101,8	364,7	346,1	8,9	8,4	40,9	41,1
Інф.дор.	10	386	342	3396	3396	2470	2061	72,7	60,7	247,0	206,1	6,4	6,0	38,8	34,3
Інф.дит.	10	458	411	3396	3396	3028	2737	89,2	80,6	302,8	273,7	6,6	6,7	45,8	41,1
Хір.чиста	20	1003	855	6792	6792	7214	7242	106,2	106,6	360,7	362,1	7,2	8,5	50,2	42,8
Хір.гній	15	484	410	5100	5100	5199	5144	101,9	100,9	346,6	342,9	10,7	12,4	32,5	27,6
Хоспіс.	2	63	107	684	684	1256	1247	183,6	182,3	628,0	623,5	17,7	10,6	35,5	59,0
Травмат.	25	803	800	8496	8496	8382	8713	98,7	102,6	335,3	348,5	10,4	10,9	32,1	32,0
Пологове	6	321	264	2040	2040	1289	1099	63,2	53,9	214,8	183,2	4,0	4,2	53,5	44,0
Пат.вагіт.	10	269	277	3396	3396	3615	3474	106,4	102,3	361,5	347,4	13,4	12,5	26,9	27,7
Гінеколог	10	523	502	3396	3396	3543	3543	104,3	104,3	354,3	354,3	6,8	7,1	52,3	50,2
Невролог	30	1146	1068	10200	10200	10284	9779	100,8	95,9	342,8	326,0	8,9	9,1	38,4	35,9
Очне	10	418	463	3396	3396	3313	3480	97,6	102,5	331,3	348,0	7,9	7,5	41,8	46,3
ЛОР	10	521	497	3396	3396	3396	3418	100,0	100,6	339,6	341,8	6,5	6,9	52,1	49,8
Дитяче	20	794	588	6792	6792	6806	5124	100,2	75,4	340,3	256,2	8,6	8,7	39,7	29,4
Анестез.		104	102			964	970					5,3	5,4		
<b>Всього:</b>	<b>230</b>	<b>9174</b>	<b>8585</b>	<b>78156</b>	<b>78156</b>	<b>78669</b>	<b>75644</b>	<b>100,7</b>	<b>96,8</b>	<b>342,0</b>	<b>328,9</b>	<b>8,5</b>	<b>8,7</b>	<b>40,4</b>	<b>37,9</b>

Відобразимо результати роботи ліжка у вигляді діаграми для наочності результатів (рисунок 3.1).

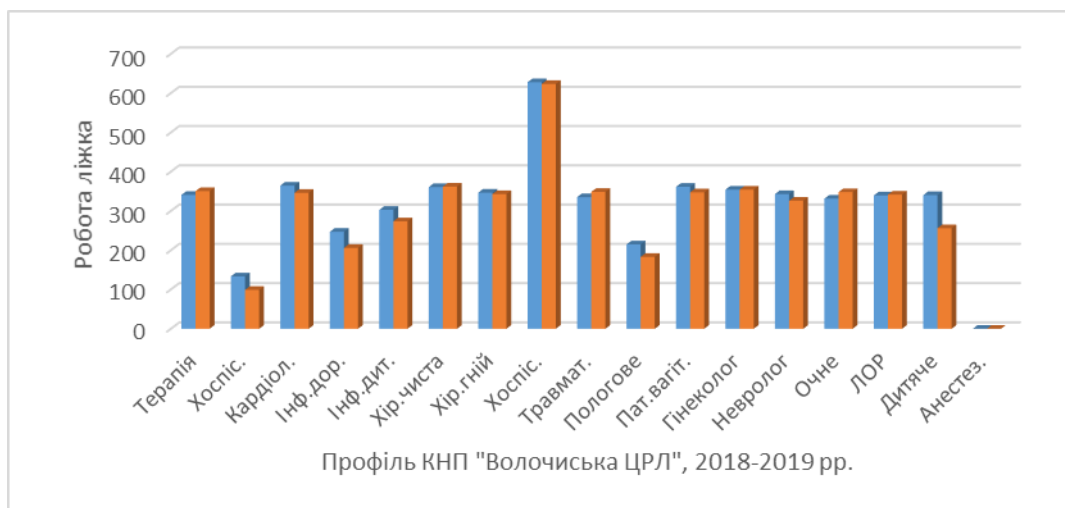


Рисунок 3.1 – Робота ліжка по всіх профілях КНП «Волочиська ЦРЛ»

Як видно із діаграми, найбільше значення роботи ліжка належить профілю хоспіс (гнійна хірургія). В порівнянні з 2018 роком значення 2019 незначно відрізняються, тобто присутня стабільна динаміка роботи ліжок за профілями КНП.

Зобразимо також у вигляді діаграми такий показник, як перебування хворого на ліжку (рисунок 3.2).

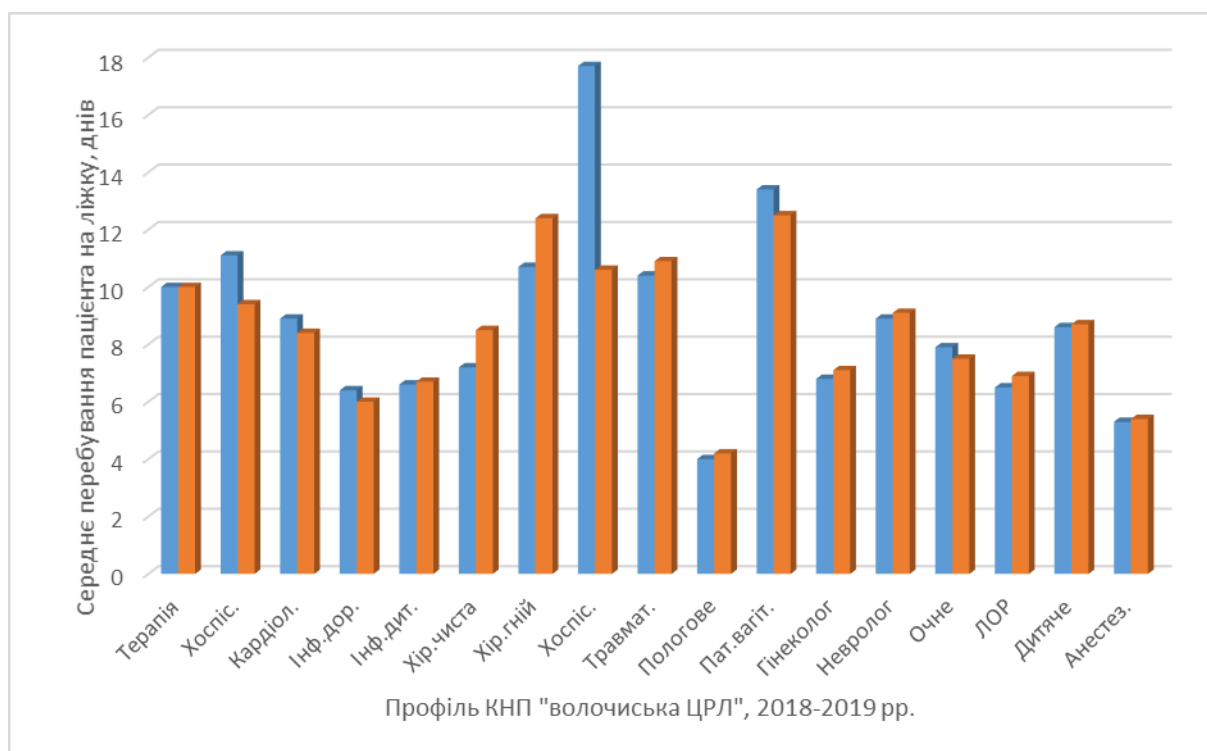


Рисунок 3.2 – Перебування пацієнта на ліжку за профілями КНП «Волочиська ЦРЛ»

Як видно із діаграми 3.3 найбільша кількість днів перебування пацієнта на ліжку також належить профілю хоспіс гнійної хірургії і рівний 10,6 днів у 2019 та 17,1 днів у 2018 році.

Доцільно також у вигляді діаграми відобразити структуру ліжок всіх профілів ЦРЛ «Волочиська ЦРЛ» (рисунок 3.3).

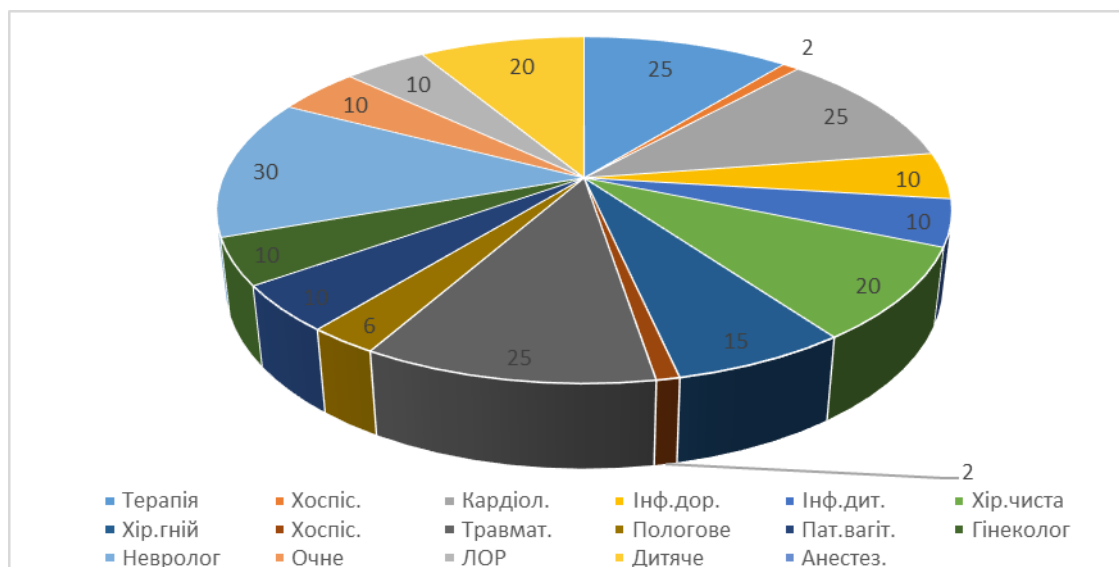


Рисунок 3.3 – Структура ліжок всіх профілів ЦРЛ «Волочиська ЦРЛ»

Як бачимо з рисунку 3.3 найбільша кількість ліжок виділено під неврологічний профіль, далі по 25 ліжок виділено під терапевтичний, кардіологічний та травматичний профілі.

В підсумку другого напрямку економічного аналізу проаналізуємо роботу ліжкового фонду вцілому по КНП «Волочиська ЦРЛ». Всього на досліджуваному підприємстві виділено 230 ліжок. В 2018 році виписано 9174 пацієнтів, а 2019 році – 8585 пацієнтів, що менше на 6,4 %. Наступний показник – план ліжкоднів і рівний він 78156 л/днів. Проаналізуємо динаміку виконання плану. У 2018 році план по ліжкоднях був перевиконаний на 0,7 %, а в 2019 році - недовиконання плану на 3,2 %. Наступний показник – робота ліжка. У 2018 році значення цього показника 342 дні, а в 2019 році – 329 днів, що менше на 13 днів в порівнянні з попереднім роком. Середня кількість перебування пацієнту на ліжку в 2018 році – 8,5 днів, а в 2019 році – 8,7 днів. І останній показник – оберт ліжка, яка вказує на

середню кількість обертів ліжка упродовж року і характеризує інтенсивність відновлення контингенту пацієнтів досліджуваного підприємства. В 2019 році також відбулося зменшення цього показника в порівнянні з 2018 роком на 2,5. Вищенаведені дані свідчать про незначне зменшення використання фонду ліжок

Наступним етапом, третім, є використання медичної техніки. З метою оцінки ефективності використання робочого часу медичного обладнання використовують коефіцієнт календарного використання роботи обладнання.

В році 250 робочих днів, тому при цьому плановий коефіцієнт календарного використання обладнання становить:  $250:365=0,68$ . Це означає, що календарний річний фонд роботи обладнання в КНП «Волочиська ЦРЛ» повинен бути не менше ніж на 68 %.

Розглянемо детальніше роботу обладнання в КНП, а саме зупинимось детальніше на показниках роботи ендоскопів, УЗД та рентгенапаратів.

Кількість ендоскопічних апаратів у закладі – 6, діючих також 6. В 2019 році було проведено 1484 ендоскопічних досліджень. Виходячи з вищевказаних даних розрахуємо скільки досліджень було проведено одним ендоскопом за рік:  $1484:6=247$ . Якщо порівняти навантаженість роботи 1 ендоскопа КНП «Волочиська ЦРЛ» з навантаженістю 1 ендоскопа по Хмельницькій області, то можемо зробити висновок про недовантаженість роботи ендоскопа досліджуваного підприємства. Оскільки, по області цей показник рівний 432 обстеження на рік, а у КНП «Волочиська ЦРЛ» - 247.

Всього у КНП «Волочиська ЦРЛ» 5 УЗД-апаратів, з них діючих також 5. В 2019 році кількість ультразвукових досліджень – 21731. Виходячи з вищевказаних даних розрахуємо скільки досліджень було проведено одним УЗД-апаратом за рік:  $21731:5=4346$ . Якщо порівняти навантаженість роботи 1 УЗД-апарату КНП «Волочиська ЦРЛ» з навантаженістю 1 УЗД-апарату по Хмельницькій області, то можемо зробити висновок про перевантаженість роботи УЗД-апарату досліджуваного підприємства. Оскільки, по області цей показник рівний 4013 обстежень на рік, а у КНП «Волочиська ЦРЛ» - 4346.

Всього у КНП «Волочиська ЦРЛ» 2 рентген-апарати, з них діючих також 2.

В 2019 році кількість рентгенологічних досліджень – 8731. Виходячи з вищевказаних даних розрахуємо скільки досліджень було проведено одним УЗД-апаратом за рік:  $8731:2 \approx 4366$ . Якщо порівняти навантаженість роботи 1 рентген-апарату КНП «Волочиська ЦРЛ» з навантаженістю 1 рентген-апарату по Хмельницькій області, то можемо зробити висновок про переваженість роботи майже вдвічі рентген-апарату досліджуваного підприємства. Оскільки, по області цей показник рівний 2128 обстежень на рік, а у КНП «Волочиська ЦРЛ» - 4366.

Четвертим етапом в економічному аналізі закладу охорони здоров'я є фінансові витрати і вартість медичної допомоги (лікування в стаціонарі при наданні екстреної допомоги, витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу). Для розуміння суті даного етапу розглянемо поняття фармакоеконічного аналізу.

Фармакоеконічний аналіз – це дослідження, ідентифікація, порівняння витрат і результатів альтернативних медичних технологій, цільових програм, фармакологічних засобів та визначення їх переваг для індивідуума, системи охорони здоров'я, суспільства.

Метою фармакоеконічного аналізу є:

- оцінка вартості одиниці здоров'я при інвестуванні грошей в медичні технології, програми, фармацевтичні засоби;
- співставлення загальних витрат на попередження захворювань, інвалідності та майбутні вигоди суспільства від цього;
- виявлення шляхів ефективного використання обмежених ресурсів з метою максимально можливого задоволення потреб в медичному забезпеченні;
- дослідження впливу медичних технологій, програм на здоров'я популяції;
- розробка національних та регіональних формулярів (переліку лікарських засобів), витрати на які відшкодовуються страховими організаціями (Велика Британія, Франція, Чехія, Німеччина);
- визначення гарантованого обсягу надання медичної допомоги та медикаментозного забезпечення населення (Бельгія, Голландія, Фінляндія, Франція, Швеція);

- встановлення та впровадження найбільш результативної, безпечної, медикаментозної терапії по конкретному захворюванні і переході до стандартних схем лікування.

Джерелами підвищення ефективності є:

- зростання продуктивності праці;
- зниження витрат на заробітну плату (економія витрат живої праці);
- зниження фондо- та матеріаломісткості виробництва;
- раціональне використання ресурсів.

Медична ефективність закладу охорони здоров'я — лише один з критеріїв оцінювання ефективності роботи. Проте керівнику закладу варто знати, як саме вираховувати цей показник, оскільки він потрібен для внутрішнього аудиту ефективності впроваджень.

Медична ефективність діяльності закладів охорони здоров'я — якісна та кількісна характеристика ступеня досягнення поставлених цілей у сфері профілактики, діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності та результативності. У такому випадку медичний ефект може бути виражений через показники захворюваності, «індекси здоров'я», показники летальності, різні показники, що характеризують якість медичної допомоги, тощо.

Щодо конкретного пацієнта — це одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій систем та органів. На рівні установ або системи охорони здоров'я в цілому медична ефективність може бути оцінена ступенем зміни у часі, наприклад, показників первинної захворюваності на хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, захворювання з тимчасовою втратою працездатності тощо.

Шляхом визначення медичної ефективності оцінюють правильність чи неправильність вибору лікування з точки зору впливу на здоров'я. Правильний вибір медичного втручання передбачає послідовність таких дій: виявити варіанти,

оцінити можливі результати застосування кожного варіанта та обрати або допомогти пацієнтові у виборі варіанта.

Медична ефективність виявляється, зокрема, у впровадженні нових технологій, завдяки яким пацієнтів госпіталізують до стаціонарів на коротший строк (наприклад використання сучасних технологій при лікуванні катаракти або ендоскопічних технологій у хірургії).

Розвиток медицини також підвищує відсоток виживання пацієнтів та забезпечує ліпші результати при використанні певних медичних технологій (наприклад при трансплантації серця на сьогодні виживає значно більше пацієнтів, вони живуть довше порівняно з часом, коли ці операції тільки почали проводити).

Крім того, впровадження нових медичних технологій робить медичну допомогу доступною для тих категорій і груп хворих, які раніше не могли на неї розраховувати (наприклад сучасні анестезіологічні посібники дають змогу планувати оперативні втручання щодо літніх пацієнтів, які мають протипоказання до наркозу).

Одним із показників клінічної ефективності роботи діагностичних служб (рентгенологічної, ендоскопічної, ультразвукової, цитологічної та інших) може бути частка хворих зі стадіями злоякісних новоутворень. Цей показник обраховують як відсоткове співвідношення кількості хворих, яким діагноз злоякісних новоутворень у III стадіях було встановлено вперше в житті, до загальної кількості онкологічних хворих, яким діагноз було встановлено вперше в житті.

В аналізі клінічної ефективності найважливішою складовою є оцінювання результатів динамічного спостереження диспансерних хворих, яке виражається показником ефективності диспансеризації. Цей показник обраховують як відсоткове співвідношення кількості хворих, що перебувають на диспансерному обліку і в яких на кінець звітнього періоду був один із можливих результатів

(поліпшення, без змін, погіршення), до загальної кількості хворих, які перебувають на диспансерному обліку через це захворювання.

Медичну ефективність проведених реабілітаційних заходів серед осіб зі стійкою непрацездатністю (інвалідів) можна оцінювати показником повної медичної та професійної реабілітації інвалідів. Цей показник обраховують як відсоткове співвідношення кількості інвалідів, визнаних працездатними, до загальної кількості повторно оглянутих медико-соціальною експертною комісією інвалідів.

Отже, було розглянуто медичну ефективність, яка є складовою економічного аналізу комунального неприбуткового підприємства Але, оскільки, обчислення даного показника потрібне у випадку розрахунку економічної вигоди (економічного ефекту), отриманої в результаті впровадження будь-яких лікувально-профілактичних заходів та витрат на ці заходи, а це не є метою даного дослідження, тому цей етап ми пропускаємо і переходимо до наступного, кінцевого етапу - використання трудового ресурсу медичних закладів.

Першим етапом аналізу використання трудових ресурсів закладу є оцінка забезпеченості лікарні трудовими ресурсами та руху робочої сили. Основними об'єктами аналізу на даному етапі є: склад і структура персоналу, забезпеченість закладу персоналом (освітній рівень, кваліфікація, професійний склад), плинність кадрів. У мережі охорони здоров'я структура базується на виділенні таких основних категорій працівників:

1. лікарі;
2. середній медичний персонал;
3. молодший медичний персонал;
4. спеціалісти (не медики);
5. інший персонал .

Необхідно аналізувати не тільки кількісний, а й якісний склад трудових ресурсів, який характеризується професійно-кваліфікаційним рівнями,

статевовіковою і внутрішньовиробничою структурами. Періодичний аналіз професійного складу працівників має важливе значення для поліпшення виробничого процесу, дозволяє проводити оперативні заходи, спрямовані на покращення професійного складу підприємства. Аналіз забезпеченості трудових ресурсів розглянемо на даних таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Аналіз та оцінка забезпеченості КНП «Волочиська ЦРЛ» трудовими ресурсами за період з 2017 – 2019 рр.

Категорії персоналу	Чисельність персоналу			Абсолютне відхилення		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	2018/2017	2019/2018
Лікарі	83	82	84	-1	2	-1,2	2,4
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	2	2	2	0	0	0	0
Середній медперсонал	186	186	184	0	-2	0	-1,1
Провізори	2	2	1	0	-1	0	-50
Молодший медперсонал	109	108	104	-1	-4	-0,9	-3,7
Інший персонал	55	54	53	-1	-1	-1,81	-1,85
Всього	437	434	428	-3	-6	-0,68	-1,38

З приведених даних видно, що фактична чисельність працівників поступово зменшується з 431 осіб в 2017 році до 428 осіб в 2019 році, проте зниження незначне, на 1,38 % у 2019 році та на 0,68 % у 2018 році в порівнянні з попередніми роками відповідно. Як бачимо, в 2019 році кількість провізорів зменшилась вдвічі. В 2019 році збільшення відбулось лише в кількості лікарів, по всім іншим категоріям прослідковується зменшення кількості працівників.

У процесі аналізу забезпеченості закладу трудовими ресурсами також використовується коефіцієнт укомплектованості персоналом (Куп), який

характеризується відношенням кількості зайнятих посад ( $\Pi_{\text{факт}}$ ) до затвердженої кількості штатних посад ( $\Pi_{\text{пл}}$ ):

$$K_{\text{уп}} = \frac{\Pi_{\text{факт}}}{\Pi_{\text{пл}}}; \quad (3.1)$$

Дані для аналізу укомплектованості персоналом наведені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 – Укомплектованість персоналом у КНП «Волочиська ЦРЛ», 2018-2019 рр.

Категорія персоналу	Затверджено посад за штатним розписом	Фактично зайнято посад	Відхилення	
			+/-	$K_{\text{уп}}$
2017 рік				
Лікарі	108,75	99,25	-9,5	0,91
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	1,5	1,5	0,0	1,00
Середній медперсонал	188,25	187,25	-1	0,99
Провізори	2,5	2,5	0,0	1,00
Молодший медперсонал	109,0	109,0	0,0	1,00
Інший персонал	61,0	58,5	-2,5	0,96
Всього	471,0	458,0	-13	0,97
2018 рік				
Лікарі	107,75	96,25	-11,5	0,89
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	1,5	1,5	0,0	1,00
Середній медперсонал	187,25	186,75	-0,5	1,00
Провізори	2,5	2,5	0,0	1,00
Молодший медперсонал	109,0	109,0	0,0	1,00
Інший персонал	61,0	57,5	-3,5	0,94
Всього	469,0	453,5	-15,5	0,97

Продовження таблиці 3.5

2019 рік				
Лікарі	106,25	96,5	-9,75	0,91
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	2,5	2,0	-0,5	0,80
Середній медперсонал	182,75	181,75	-1	0,99
Провізори	2,5	1,0	-1,5	0,40
Молодший медперсонал	106,5	104,5	-2	0,98
Інший персонал	60,0	57,5	-2,5	0,96
Всього	460,5	443,25	-17,25	0,96

З даних таблиці 3.5 видно, що укомплектованість персоналом в 2019 році знизилася на 0,96 % у порівнянні з 2018 роком. В 2018 році коефіцієнт укомплектованості персоналом однаковий зі значенням 2017 року і рівний 0,97 %. Поступово збільшується кількість вакантних ставок: 13 – в 2017 році, 15,5 – в 2018 році, 17,25 – в 2019 році. Особливо це стосується лікарських посад: в 2017 році – 9,5 ставок, 2018 році – 11,5 ставки, в 2019 – 9,75 ставки. Кількість фактично зайнятих посад не відповідає тому обсягу медичних послуг, який необхідний для задоволення потреб населення. Це може призвести до перевантаження працюючого персоналу, зниженню рівня і якості медичного обслуговування населення. Укомплектованість закладів штатними одиницями при граничній кількості спеціалістів забезпечується за рахунок сумісництва за посадами.

Розрахуємо коефіцієнт сумісництва медичних працівників Ксм за формулою:

$$D_{шт} = \frac{D_{шт}}{D_{фл}}; \quad (3.2)$$

де  $D_{шт}$  – кількість штатних одиниць за штатним розписом;

$D_{фл}$  – чисельність працюючих у закладі фізичних осіб.

Аналіз рівня сумісництва медичних працівників розглянемо на даних таблиці

3.6.

Таблиця 3.6 – Рівень сумісництва медичних працівників в КНП «Волочиська ЦРЛ», 2017-2019 рр.

Показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.
За штатним розписом	471,0	469,0	460,5
Фактично зайнято посад	458,0	453,5	443,25
Фізичних осіб	437	434	428
Коефіцієнт сумісництва	1,05	1,04	1,04

Як видно з таблиці 3.6 коефіцієнт сумісництва протягом досліджуваного періоду змінився незначно з 1,05 в 2017 році до 1,04 в 2019 році. Пониження коефіцієнта сумісництва пов'язане зі зростанням чисельності працюючих. Проте це дуже високий показник, який свідчить про те, що укомплектованість персоналом досягається за рахунок сумісництва, а це небажане явище, оскільки може призвести до зниження якості обслуговування населення.

Таким чином, нами було проведено економічний аналіз КНП «Волочиська ЦРЛ» та визначено основні показники роботи даного підприємства.

### 3.2 Оцінювання ефективності роботи комунального неприбуткового підприємства

Виробнича ефективність – міра мінімізації витрат при трансформації ресурсів у виробничій системі. Ефективність виробництва – це реалізація програми виробництва при мінімальних виробничих витратах і запланованому рівні якості.

Цільова ефективність – міра реалізації функції системи в цілому, а результат – факт реалізації функції системи. Реалізація функції відбудеться у тому випадку, якщо вона забезпечена потенціалом системи, тобто певною сукупністю ресурсів, які можуть бути мобілізовані для досягнення мети системи.

Реальна мета – це те, що може бути забезпечено потенціалом, сукупністю стратегічних ресурсів системи. Тоді ефективність виробничої організації визначається тим, наскільки повно виявлені і реалізуються ринкові можливості підприємства при максимальному використанні його потенціалу. Звідси системою вважається сукупність взаємозв'язаних стратегічних ресурсів. Тому доцільне виділення:

1) показників ефективності функціонування організації в зовнішньому середовищі;

2) показників ефективності, що характеризують потенціал організації з точки зору використання її внутрішніх можливостей.

Ефективність системи управління – це міра досягнення поставлених цілей при мінімальних, але необхідних витратах, оцінювана за наступними критеріями.

Ефективність роботи неприбуткового комерційного підприємства оцінюється на основі економічного аналізу (розділ 3.1 дипломної роботи). Ефективність роботи КНП  $K_{\text{еф.кнп}}$  може бути визначена як функція від таких параметрів формальної моделі:

$$K_{\text{еф.кнп}} = f(K_{\text{оз}}, K_{\text{лф}}, K_{\text{мт}}, K_{\text{тр}}); \quad (3.3)$$

де  $K_{\text{оз}}$  – показник ефективності використання основних засобів;

$K_{\text{лф}}$  – показник ефективності використання ліжкового фонду;

$K_{\text{мт}}$  – показник ефективності використання медичної техніки;

$K_{\text{тр}}$  – показники ефективності використання трудового ресурсу медичних закладів.

Ці показники в сукупності і визначають можливості підприємства з урахуванням його потенціалу. Узагальнюючі показники  $K_{\text{оз}}$ ,  $K_{\text{лф}}$ ,  $K_{\text{мт}}$ ,  $K_{\text{тр}}$  визначаються за окремими показниками, які детально було розраховано та проаналізовано в пункті 3.1 дипломної роботи.

Розрахунок узагальнюючих показників  $K_{\text{оз}}$ ,  $K_{\text{лф}}$ ,  $K_{\text{мт}}$ ,  $K_{\text{тр}}$  здійснюється з використанням методу ранжування за формулою:

$$K_{\text{оз}}, K_{\text{лф}}, K_{\text{мт}}, K_{\text{тр}} = \sum_{i=1}^m q_i \cdot A_i, \quad (3.4)$$

де  $m$  – кількість окремих показників, прийнятих для оцінювання відповідного узагальнюючого показника;

$q_i$  – коефіцієнт вагомості показника (він встановлюється експертним методом за характером його впливу на результати роботи підприємства, при цьому повинна виконуватися умова  $\sum q_i = 1$ );

$A_i$  – оцінка у балах (шкала від 1 до 5).

У загальному вигляді алгоритм розрахунку інтегрального показника ефективності роботи комунального неприбуткового підприємства складається з трьох етапів.

Етап 1. Розрахунок окремих показників ефективності роботи КНП та переведення їх у відносні величини.

Етап 2. Розрахунок узагальнюючих показників  $K_{\text{оз}}, K_{\text{лф}}, K_{\text{мт}}, K_{\text{тр}}$ , який здійснюється з використанням методу ранжування окремих показників декомпозиції на основі принципу максимізації зваженої суми.

Етап 3. Розрахунок комплексного показника ефективності роботи КНП  $K_{\text{еф.кнп}}$ .

Перевагою цього методу є інваріантна будова комплексного показника ефективності роботи КНП, що створює базу для прогнозування ефективності роботи КНП, а отже, може слугувати основою для її вдосконалення та прийняття правильних управлінських рішень.

Перейдемо безпосередньо до розрахунку інтегрального показника ефективності КНП.

Перша група показників – використання основних засобів. Основними засобами є матеріальні активи, які підприємство утримує з метою використання їх у процесі діяльності, надання послуг, очікуваний термін корисного використання (експлуатації) яких більше одного року. В результаті нами було розраховані показники, які характеризують використання основних засобів по всіх профілях

закладу. Для розрахунку інтегрального показника обираємо 3 основні показники, які найкраще характеризують ефективність використання основних засобів..

Результат показників ефективності використання основних засобів за 2019 рік занесені до таблиці 3.7. Щоб проставити оцінку в балах показника, опираємось на динаміку цих показників за досліджуваний період 2017-2019 рр., оскільки ці показники не мають нормативного значення (таблиця 3.1). Очевидно, що всі три показники, які описують ефективність використання основних засобів, мають негативну тенденцію до зменшення за досліджуваний період, тому оцінки в балах оцінюємо на «3» (максимально-можливий бал – «5»).

Таблиця 3.7 – Показники ефективності використання основних засобів, 2019 рік

Показник	Фактичне значення	Коефіцієнт вагомості, $q_i$	Оцінка в балах, $A_i$	$A_i \cdot q_i$
Фондовіддача 100 грн. основних засобів	0,94	0,4	3	1,2
Фондомісткість 1 послуги	26,73	0,3	3	0,9
Оборотність основних засобів	0,48	0,3	3	0,9
Сума		1		3,0

Друга група показників - використання ліжкового фонду. Ця група показників є особливо важливою в роботі КНП і їй варто приділити достатньо уваги. В розділі 3.1 здійснено детальний аналіз цієї груп показників. Для розрахунку інтегрального показника обрано 4 основні показники, які найкраще характеризують ефективність використання ліжкового фонду комунального неприбуткового підприємства: Робота ліжка, Середнє перебування пацієнта на ліжку, Відсоток виконання плану, Оберт ліжка.

Результат показників ефективності використання ліжкового фонду за 2019 рік занесені до таблиці 3.8. Щоб проставити оцінку в балах показника, потрібно опиратись на динаміку цих показників за досліджуваний період 2017-2019 рр. (таблиця 3.3), а також на оптимальні значення, якщо такі є (наприклад, відсоток

виконання плану має прямувати до 100 %, а робота ліжка має прямувати до кількості днів в році). Очевидно, що всі чотири показники, які описують ефективність використання ліжкового фонду КНП, мають однаковий коефіцієнт вагомості, оскільки всі вони описують роботу ліжкового фонду. Всі показники в попередньому році, що досліджувався, мали кращі показники роботи ліжкового фонду, тому оцінка в балах не є високою (максимально-можливий бал – «5»).

Таблиця 3.8 – Показники ефективності використання ліжкового фонду, 2019 рік

Показник	Фактичне значення	Коефіцієнт вагомості, $q_i$	Оцінка в балах, $A_i$	$A_i \cdot q_i$
Робота ліжка	328,9	0,25	4	1,0
Середнє перебування пацієнта на ліжку	8,7	0,2	4	0,8
Відсоток виконання плану	96,8	0,25	4	1,0
Оберт ліжка	37,9	0,3	3	0,9
Сума		1		3,7

Третя група показників – використання медичної техніки. Розглянемо економічні показники, що характеризують ефективність використання медичної техніки, оскільки для галузі охорони здоров'я рівень оснащення та завантаженості медичного обладнання є досить важливим напрямом роботи. Будь-яке обстеження та діагностування пацієнтів не обходиться без застосування сучасної медичної апаратури. В цій категорії показників було вирішено досліджувати роботи ендоскопів, УЗД- та рентгенапаратури. Нормативних значень, які стосуються роботи вищевказаної медичної апаратури не існує, але існує статистична звітність по Україні в цілому та по кожній області, яка вказує на достатній рівень навантаженості кожного виду медичної техніки. Детальні

розрахунки та аналіз представлені в розділі 3.1. Результати розрахунків представлені в таблиці 3.9 (максимально-можливий бал – «5»).

Таблиця 3.9 – Показники ефективності використання медичної техніки, 2019 рік

Показник	Фактичне значення	Коефіцієнт вагомості, $q_i$	Оцінка в балах, $A_i$	$A_i \cdot q_i$
Навантаженість роботи одного ендоскопа	247	0,3	3	0,9
Навантаженість роботи одного УЗД-апарату	4346	0,3	5	1,5
Навантаженість роботи одного рентгенапарату	4366	0,4	5	2,0
Сума		1		4,4

Четверта група показників – використання трудових ресурсів. Ця група показників є останньою складовою в інтегральному оцінюванні ефективності діяльності КНП, але займає не останнє місце в розрізі надання медичних послуг. Оскільки саме від професійності трудових ресурсів залежить якість надання послуг. Таким чином, в 3.1 дипломної роботи було детально проаналізовано якісний та кількісний склад трудових ресурсів. Розглянемо основні показники, що характеризують ефективність використання трудових ресурсів. В цій категорії показників виділено основні три, які найбільше характеризують дану категорію показників та які можна оцінити: відношення фактично зайнято посад до кількості посад за штатним розписом; коефіцієнт укомплектованості персоналом; коефіцієнт сумісництва. Відповідно перший показник має прямувати до 100 %, другий – прямувати до 1, третій – також оптимальне значення – 1. Детальні розрахунки та аналіз представлені в розділі 3.4 – 3.6. Результати розрахунків представлені в таблиці 3.10 (максимально-можливий бал – «5»).

Таблиця 3.10 – Показники ефективності використання трудових ресурсів, 2019 рік

Показник	Фактичне значення	Коефіцієнт вагомості, q <sub>i</sub>	Оцінка в балах, A <sub>i</sub>	A <sub>i</sub> ·q <sub>i</sub>
Відношення фактично зайнято посад до кількості посад за штатним розписом	96,25	0,4	4	1,6
Коефіцієнт укомплектованості персоналом	0,96	0,4	4	1,6
Коефіцієнт сумісництва	1,04	0,2	4	0,8
Сума		1		4,0

Усі перелічені вище показники можуть бути використані при порівняльній оцінці різних комунальних неприбуткових підприємств, а також при аналізі роботи КНП протягом певного періоду.

Максимальний бал по кожній групі показників – 5. Як видно з вищепредставлених розрахунків, в досліджуваному КНП найкраще працює такий напрям роботи, як ефективність використання медичної техніки (третья група показників, бал – 4,4). Друге місце за цим же критерієм належить показникам ефективності використання трудових ресурсів (четверта група показників, бал - 4,0). В інших напрямках роботи варто приділити більше уваги, оскільки слабкими місцями на досліджуваному підприємстві виявилась робота ліжкового фонду (бал – 3,7) та основних ресурсів (бал - 3,0).

Наступним етапом методики оцінювання ефективності роботи КНП є введення коефіцієнтів вагомості узагальнюючих показників ефективності роботи основних засобів, ліжкового фонду, медичної техніки, трудових ресурсів: відповідно до 0,2; 0,2; 0,3; 0,3. Коефіцієнт ефективності роботи комунального неприбуткового підприємства дорівнює:

$$K_{\text{ef.кнп}} = 0,2 \cdot 3,0 + 0,2 \cdot 3,7 + 0,3 \cdot 4,4 + 0,3 \cdot 4,0 = 3,86.$$

Максимально-можливий бал, який може отримати КНП за даною методикою – 5,0. Комплексна оцінка ефективності роботи КНП «Волочиська ЦРЛ» в 2019 році склала 3,86. Керівництву підприємства варто звернути на напрями роботи, які отримали найменші бали. Це робота основних засобів та робота ліжкового фонду.

Запропоновані показники для оцінки ефективності роботи КНП (і розраховані на прикладі КНПТ «Волочиська ЦРЛ») є основою для розробки подальших пропозицій по вдосконаленню методики оцінки ефективності КНП.

### Висновки до третього розділу

В третьому розділі дипломної роботи було здійснено економічний аналіз в системі охорони здоров'я, що являє собою вивчення та оцінку господарської та фінансової діяльності лікувально-профілактичних закладів з метою підвищення її ефективності.

Економічний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я проводиться за наступними напрямками: використання основних засобів (аналіз структури руху, технічного стану та ефективності використання основних засобів); використання ліжкового фонду; використання медичної техніки; фінансові витрати і вартість медичної допомоги (лікування в стаціонарі при наданні екстреної допомоги, витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу); використання трудового ресурсу медичних закладів.

В роботі детально розраховано та проаналізовано кожний напрям, для якого було визначено показники, які найбільш повно дають змогу описати кожну складову економічного аналізу.

Далі необхідністю була нормалізація даних, в результаті якої стало можливим порівнювати результати показників. Для цього залучили експертний спосіб оцінювання і визначили вагомість кожного показника та кожного напрямку окремо.

Такий підхід дав змогу розрахувати комплексний показник ефективності роботи комунального некомерційного підприємства, що і здійснено для досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Максимально-можливий бал, який може отримати КНП за даною методикою – 5,0. Комплексна оцінка ефективності роботи КНП «Волочиська ЦРЛ» в 2019 році склала 3,86. Керівництву підприємства варто звернути на напрями роботи, які отримали найменші бали. Це робота основних засобів та робота ліжкового фонду.

Запропоновані показники для оцінки ефективності роботи КНП (і розраховані на прикладі КНПТ «Волочиська ЦРЛ») є основою для розробки подальших пропозицій по вдосконаленню методики оцінки ефективності КНП.

## ВИСНОВКИ

Актуальність теми дипломної роботи визначається тим, що в умовах впровадження фінансової децентралізації одним із ключових завдань є бюджетне планування видатків, які скеровуються на утримання та розвиток сфер життєдіяльності територіальних громад. Щоб правильно сформулювати фінансовий план комунального підприємства потрібно, перш за все, здійснити детальний економічний аналіз.

Дослідження теоретико-методичних засад в першому розділі дипломної роботи дало можливість зрозуміти, яким чином змінюється фінансування закладів охорони здоров'я в зв'язку з реформуванням медицини в Україні.

В результаті комунальні підприємства отримують господарську та фінансову самостійність та управлінську гнучкість, формування у них стимулів для підвищення якості медичного обслуговування населення і в той же час підвищення економічної ефективності використання їхніх активів.

За результатами проведеного дослідження, проаналізовано важливі організаційно-економічні засади планування діяльності комунального некомерційного підприємства в сучасних умовах реформи галузі охорони здоров'я, виходячи із діючої на сьогодні нормативно-правової бази. Перспективами подальшого дослідження є визначення впливу звіту про виконання фінансового плану КНП на показники діяльності медичного закладу.

За результатами аналітичного та дослідницького розділів, де здійснювалось дослідження основних тенденцій розвитку КНП «Волочиська ЦРЛ», зроблено висновок, що районна лікарня забезпечена лікувально-діагностичною апаратурою, яку потрібно оновлювати, оскільки це дозволить ефективно впроваджувати нові методики. Під час економічного аналізу виділено чотири напрями діяльності роботи підприємства, які якомога широко описують стан робото ліжкового фонду, трудових ресурсів, використання основних засобів та медичної техніки. В результаті економічного аналізу досліджуваного підприємства зроблені висновки

про його позитивні тенденції та негативні тенденції. І виявлено, які саме напрями варті уваги і потрібно прикладати зусиль для підвищення рівня ефективності використання.

Для порівняння результатів розрахованих показників необхідністю стала нормалізація даних, результат застосування якої уможлиблює порівнювати результати показників різного виміру. Також було визначено вагомість кожного показника та напрями роботи підприємства окремо для проведення запропонованої методики оцінювання ефективності роботи досліджуваного КНП.

Максимально-можливий бал, який може отримати заклад охорони здоров'я відповідно до методики – 5 балів. Здійснено комплексну оцінку ефективності роботи КНП «Волочиська ЦРЛ» в 2019 році, яка склала 3,86 бали. Керівництву підприємства варто звернути на напрями роботи, які отримали найменші бали. Це робота основних засобів та робота ліжкового фонду.

Запропоновані показники для оцінки ефективності роботи КНП (і розраховані на прикладі КНПТ «Волочиська ЦРЛ») є основою для розробки подальших пропозицій по вдосконаленню методики оцінки ефективності КНП.