

Центральноукраїнський національний технічний університет
(повне найменування закладу вищої освіти)
Центр заочної та дистанційної освіти

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))
Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

Допущена до захисту:

В.о. завідувач кафедри
економіки, менеджменту та
комерційної діяльності
д.е.н., професор
_____ Оксана СТОРОЖУК
«__» _____ 2022 р.

(протокол засідання кафедри ЕМ та КД
№__ від «__» _____ 2022 р.)

Кваліфікаційна робота

за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

на тему: «Удосконалення інноваційної діяльності в закладах
охорони здоров'я»

Виконала: здобувач вищої освіти ІІ курсу,
групи МЕ-21МЗ спеціальності 073
«Менеджмент»

ОПП «Менеджмент бізнес-організацій»

Каміна Валентина Іванівна
(прізвище, ініціали, підпис)

Керівник Пітел Н.С. к.е.н., доцент
(прізвище, ініціали, підпис)

Рецензент д.е.н., проф. Шалімова Н.С.
(прізвище, ініціали, посада)

Рецензент Амбарна О.М., генеральний
директор КНП «Поліклінічне об'єднання»
Кропивницької міської ради»
(прізвище, ініціали, посада)

м. Кропивницький – 2022 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ АСПЕКТУ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Основні підходи до визначення поняття інновацій в управлінні закладом охорони здоров'я	7
1.2. Ознаки та форми інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я	14
1.3. Структурна характеристика функціонування сфери охорони здоров'я країни в умовах інноваційного розвитку	19
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ПОЛІКЛІНІЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ» КРОПИВНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	25
2.1. Загальна характеристика КНП «Поліклінічне об'єднання»	25
2.2. Характеристика організаційного управління КНП «Поліклінічне об'єднання»	31
2.3. Техніко-економічний аналіз діяльності КНП «Поліклінічне об'єднання»	36
РОЗДІЛ 3. ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МОЖЛИВОСТІ ТА ЗАГРОЗИ	48
3.1. Перешкоди та ризики на шляху створення і впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я	48
3.2. Рекомендації по покращенню ефективності функціонування існуючої державної системи охорони здоров'я	53
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	67

ВСТУП

Формування і розвиток сфери охорони здоров'я як ключової ланки соціальної політики держави посідає першочергове місце в розбудові її конкурентоспроможності. Ключовим завданням сфери охорони здоров'я є забезпечення належного рівня забезпечення задоволення потреб населення країни, в першу чергу, у високоякісних та доступних медичних послугах.

Участь її у світових економічних процесах передбачає узгодження механізмів формування національного законодавства у сфері охорони здоров'я зі стандартами країн з розвиненою ринковою економікою, невід'ємною частиною чого є розроблення ефективних і дієвих методів державного регулювання інноваційного розвитку суб'єктів господарювання цього сегменту, а саме удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах.

Чинне законодавство та політика, яку провадять центральні та місцеві органи влади у напрямі підтримки створення інновацій у галузі охорони здоров'я, застосування інструментарію державного регулювання інноваційного розвитку цієї сфери в країні стали невід'ємним елементом сучасної економіки, що передбачає залучення підприємств, закладів, установ, управлінських органів усіх ієрархічних рівнів, які беруть участь у процесі розроблення, проникнення та застосування новітніх знань для досягнення головної цілі – підвищення якості та рівня життя населення.

Особливості впровадження інноваційного управління в системі охорони здоров'я розглянуті у працях таких науковців, як А. Абрамешин, Ю. Анісімов, В. Баранчєєв, І. Борисенко, А. Бронштейн, В. Воронін, А. Вялков, 18 Н. Герасименко, Б. Герасимов, Н. Грищенко, П. Друкер, В. Жаріков, С. Ільдеменов, Ф. Кадиров, В. Московцев, Т. Овчиннікова, М. Портер, Ю. Саліков, Л. Слесарєв, Д. Стігліц, І. Шейман, В. Шевський, Й. Шумпетер, Л. Якобсон та ін.

Сучасними проблемними питанням інноваційного розвитку та

інноваційної діяльності присвячені праці І. Алексєєва, О. Вишневського, А. Гальчинського, Л. Гнилянської, М. Денисенка, Н. Демчишака, Я. Жаліла, С. Ілляшенка, М. Крупки, І. Мойсеєнко, І. Ревак, В. Семиноженка, Л. Федулової, З. Юринець, А. Яковлєва та ін.

Але з огляду великої кількості науковців та їх праць які присвячені темі особливостям впровадження інновацій в медичну сферу все ж, темі удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах присвячено не достатньо, тому даний напрямок досліджень є актуальним.

Метою кваліфікаційної роботи є формування теоретично-методичних та організаційно-практичних основ та розроблення рекомендацій щодо вдосконалення управління закладом охорони здоров'я на інноваційних засадах.

Для досягнення визначеної мети, кваліфікаційної роботи, передбачено вирішення наступних поставлених завдань:

- з'ясувати соціально-економічну сутність інновацій у галузі охорони здоров'я, її інноваційного розвитку та державного регулювання інноваційного розвитку в досліджуваному секторі;
- дослідження класифікації інновацій у сфері охорони здоров'я задля вирішення проблеми підвищення ефективності інноваційної діяльності;
- дослідити та надати загальну характеристику досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- провести оцінку стану фінансово-економічних показників закладу охорони здоров'я;
- провести оцінку рівня кваліфікації персоналу у закладі охорони здоров'я;
- розкрити перешкоди та ризики на шляху створення і впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я;
- запропонувати превентивні заходи щодо реалізації основних інструментів державного регулювання інноваційного розвитку медицини;

- надати рекомендації по покращенню ефективності функціонування існуючої державної системи охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є показники діяльності КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради».

Предмет дослідження, виступає система управління інноваційною діяльністю в закладах охорони здоров'я на прикладі КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради».

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань у кваліфікаційній роботі використано низку методів наукового пізнання, а саме: аналізування, порівняння, систематизації й узагальнення, щоб уточнити зміст понять і термінів, зокрема, “інновації у сфері охорони здоров'я”, “інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я”, “державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я”.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в детальному дослідженні наукових джерел щодо удосконалення системи управління інноваційною діяльністю в закладах охорони здоров'я та розробка механізму ефективного застосування отриманої інформації. Практична цінність роботи полягає у розробці практичних шляхів покращення системи управління інноваційною діяльністю в закладах охорони здоров'я.

За результатами виконання роботи підготовлено і здано до друку тези доповіді на тему: «Удосконалення інноваційної діяльності в закладах охорони здоров'я», які були представлені на V Ювілейній Міжнародній науково-практичній конференції «Конкурентоспроможна модель інноваційного розвитку економіки України»).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ АСПЕКТУ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Основні підходи до визначення поняття інновацій в управлінні закладом охорони здоров'я

Активна інноваційна діяльність є запорукою економічного розвитку України. На сьогоднішній день в суспільстві відбуваються складні та суперечливі процеси трансформації, виникають кризові явища в економіці. Для подолання цих факторів виникає необхідність впливу держави на чітко діючу систему соціально-економічного управління шляхом формування та реалізації більш ефективної економічної політики держави в усіх сферах соціального життя [20, с. 149].

У працях американського футуролога Елвіна Тоффлера зазначено, що «...серед проблем, з якими стикається суспільство, немає важливішої і складнішої, ніж проблема нововведень...» [18, с. 132].

Інновація – це важлива складова системи суспільства, яка являє собою систему перетворень, що дає передумови для соціокультурних змін в різних масштабах і залежить від здатності людей приймати креативні рішення, а також можливостей суспільства адаптувати або приймати результати цих рішень.

Існують численні погляди на зміст поняття «інновація», як вітчизняній так і у світовій літературі.

Австрійський учений-економіст Й. Шумпетер у своїх працях «Теорія економічного розвитку» та «Цикли ділової активності» вперше ввів термін «інновація», під яким розумів процеси науково-технічних змін, які відбувалися для створення й використання нових видів споживчих товарів, виробничих засобів, транспортних засобів, ринків і форм організації промисловості [18, с. 133].

Залежно від об'єкта та предмета свого дослідження категорію «інновація» вчені трактують по різному.

Окремі науковці сучасності [4, с. 25; 20, с. 149] вважають П. Друкера засновником терміну «інновація», так як він вперше звертає увагу на взаємозв'язок інновації з новаторством.

Неодноразово в науковій літературі сучасності термін «інновації» пов'язують з нововведеннями, а саме з кінцевим результатом уведення новітньої продукції. Також у вітчизняних джерелах [6, с. 35-37; 37, с. 115-116; 38, с. 57-59] можна зустріти схожі позиції. Автори тлумачать нововведення як вихідний результат фундаментальних, прикладних досліджень або експериментальних робіт у різних сферах діяльності з метою підвищення його ефективності.

Світова економічна література показує існування різних трактувань дефініції «інновація», пояснення якої відносно об'єкта дослідження наведено (табл. 1.1).

З точки зору державно-політичного визначення поняття «інновації» та згідно законодавчої бази а саме Закону України «Про інноваційну діяльність» інновацією вважається вперше створені або ж застосовані чи додатково вдосконалені різного роду конкурентні на ринку технології, продукція чи послуга, також сюди можуть відноситись і організаційно-технічні рішення керівництва, тобто рішення керівників виробничих дільниць, адміністративного персоналу, комерційного відділу та інших, хто безпосередньо впливає на покращення загальної структури та якості на виробництві чи в соціальній сфері [31]. Виходячи з даного визначення можна стверджувати, що висвітлене в законодавчій базі твердження поняття інновацій в повній мірі також відповідає і міжнародним визначенням та стандартам.

На основі аналізу наукової літератури можна виділити декілька видів інновацій [4; 20; 38]: технічні, організаційні, економічні, екологічні, соціальні.

Таблиця 1.1

Поняття «інновація» та її ознаки

№ п/п	Об'єкт	Автор дослідження	Характеристика
1	Зміни	Л. Водачек, Ф. Валента,	Зміни з метою впровадження та використання нових видів споживчих товарів, виробничих і транспортних засобів, ринків і форм організації в промисловості.
2	Процес	Б. Санто, Б. Твіс, Я. Кук і П. Майєрс, В. Томпсон	Суспільний техніко-економічний процес, який через практичне використання ідей і винаходів приводить до створення кращих за своїми властивостями виробів, технологій і орієнтується на економічну вигоду (прибуток). Повний процес від ідеї до готового реалізованого на ринку продукту.
3	Система	Й. Шумпетер, Н. Лапін	Є цілісною, внутрішньо суперечливою та динамічною системою щодо конструювання нових способів виробництва і нових продуктів.
4	Цикл	Г.Я. Гольдштейн	Техніко-економічний цикл, в якому використання результатів сфери досліджень і розробок безпосередньо викликає технічні й економічні зміни, що надають зворотну дію на діяльність цієї сфери.
5	Результат (ідея, продукт, концепція практика тощо)	С. Д. Ілленкова, С. Ю. Ягудін, Л. М. Гохберг, Д.В. Соколов Х. Барнет	Результат інноваційної діяльності, що реалізувався у вигляді нового або удосконаленого продукту, впровадженого на ринку, нового або удосконаленого технологічного процесу. Концепція чи ідеї, які повинні отримати поширення, щоб формування ринку було успішним.
6	Об'єкт	В. Г. Мединський, С. В. Ільдеменов	Об'єкт, який втілений у виробництво в результаті проведеного наукового дослідження чи створеного відкриття, що якісно відрізняється від попереднього аналогу.
7	Інформація, знання	А.А. Чухно	Удосконалення виробничих сил, в основі яких лежать інформаційно-інтелектуальні технології, знання.
8	Економічна необхідність, усвідомлена через потреби ринку	С.В. Онишко	Задоволення ринкового попиту й отримання виробником прибутку.
9	Можливості компанії	Т. Давила	Здатність компанії створювати нову цінність на перетині бізнесу і технології.
10	Заходи	Ф. Ніксон	Сукупність технічних, виробничих і комерційних заходів, які приводять до виникнення нових і покращених промислових процесів, устаткування.

Джерело: [38].

Технічні інновації спрямовані на створення та впровадження нової техніки або технології, що в свою чергу призведе до вдосконалення послуг, що надаються, продукції, що виробляється або зробить ефективнішим їх виробництво.

Організаційні інновації – це інновації, які відносяться до сфери управлінської діяльності, а саме покращують управління виробничим процесом, що призводить до отримання кращих результатів.

Економічні інновації – це комплекс заходів покликаний для вдосконалення та покращення фінансово-господарської діяльності суб'єкта господарювання.

Екологічні інновації включають в себе зміни направлені на зменшення або запобігання негативного впливу виробництва на навколишнє середовище.

Соціальні інновації направлені на підвищення соціально-побутових умов існування людей.

Так як лікувальний заклад відноситься до сфери охорони здоров'я де надають соціальні послуги, виділяємо соціальні інновації за економічними сферами, на основі чого систематизуємо інновації у цій сфері за різними ознаками (табл. 1.2).

Науково визнано, що інновації в медичній сфері являють собою складний процес власного виробництва чи отримання зі сторони та подальша комерціалізація вихідних результатів, який в перспективі буде впливати на матеріальні та фінансові зміни в цілому в даній сфері.

Можемо сказати, що інновації у сфері охорони здоров'я – це діяльність направлена на вдосконалення матеріально-технічної бази, підвищення її рівня, запровадження сучасних прогресивних засобів та методів лікування, використання новітніх медичних технологій, виробів медичного призначення і лікарських засобів, покращення вже існуючих методів діагностики та лікування, розроблення та застосування вже існуючих сучасних програмних засобів опрацювання інформації, удосконалення та створення нових моделей функціонування, взаємодії та розвитку персоналу в медичній сфері.

Результатом інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я має бути покращення здоров'я населення та економічних показників суб'єктів господарювання медичної сфери.

Таблиця 1.2

Класифікація інновацій у сфері охорони здоров'я

№ п/п	Ознака	Тип
1	Напрямок спрямування	- продуктові (нові матеріали, вироби медичного призначення лікарські засоби, препарати); - процесні (нові медичні технології, техніки, обладнання, програми, методи лікування, діагностики та лікування); - споживчі (нові медичні послуги, задоволення потреб населення); - ринкові (нові ринки, сфери, сегменти)
2	Рівень прояву чи спроможності до поширення	- міжнаціональні (мегарівень); - національні (макрорівень, рівень країни); - територіальні, регіональні (мезорівень); - локальні (мікрорівень, рівень суб'єктів господарювання, сегменту ринку); - точкові (рівень людини, споживача, нанорівень)
3	Ступінь трансформації новизни	- цілковита (абсолютно нові ідеї) - релятивна (відносна новизна, поліпшення інновацій, рекомбінація елементів) - умовна (нове сполучення елементів); - суб'єктивна (новизна для споживачів, перше ознайомлення з ним)
4	Рівень системи заходів, що спрямовані на охорону здоров'я	- організаційно-технічні; - економічні; - лікувально-профілактичні; - санітарно-гігієнічні
5	Ступінь розвитку сфери охорони здоров'я	- інтернаціональні; - стратегічні; - комплексні; - топічні (локальні);
6	Підґрунтя виникнення	- внаслідок НТП; - внаслідок розвитку потреб населення, споживачів, ринку

Джерело: укладено автором.

Зазначене нами вище розкриття поняття сутності інновацій в медичній сфері в подальшому зумовлене застосуванням їх на практиці дотримуючись загальноприйнятої концепції інноваційного розвитку та інноваційної діяльності в цілому.

Сам інноваційний розвиток на нашу думку повинен характеризуватися прийняттям важливих стратегічних рішень на перспективу в інноваційній діяльності на всіх без винятку рівнях національної економіки.

На державному рівні інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я в цілому являється важливою задачею та тягне за собою великі витрати,

оскільки забезпечення виконання соціальних функцій медичною сферою потребує постійного удосконалення. Тому вирішення цього питання можливе за рахунок впровадження низки загальнонаціональних заходів та програм [36, с. 236]. Для цього нами у табл. 1.3 представлено структурно-функціональні характеристики інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я.

Таблиця 1.3

**Структурно-функціональні характеристики інноваційного розвитку
сфери охорони здоров'я**

№ п/п	Критерії	Характеристика
	Елементи соціальної функції	- створення системи стратегічного управління інноваційним розвитком сфери охорони здоров'я України; - збільшення обсягу наукових розробок за рахунок коштів комерційних структур; - проведення соціологічних та статистичних досліджень з метою оцінки потреб суспільства в інноваціях, зокрема лікарських засобах; - державний контроль щодо забезпечення необхідними якісними медичними послугами усього населення; - визначення законодавчо чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватися у державних закладах охорони здоров'я безкоштовно та за відповідного фінансування цих закладів; - створення зв'язків між фінансуванням державних закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їх роботи; - підвищення рівня фінансування сфери за рахунок розроблення та реалізації механізму державно-приватного партнерства; - нормативна розробка українських медичних стандартів згідно з міжнародними стандартами якості надання медичних послуг; - впровадження обов'язкового медичного страхування громадян; - повернення наукового потенціалу України на вітчизняні терени.
	Ознаки інноваційної діяльності сфери охорони здоров'я	- основним предметом є впровадження, використання та комерціалізація результатів наукових досліджень і розробок у виробництві та соціальній сфері; - об'єктом виступають нематеріальні блага – результати інтелектуальної діяльності, які доводяться до стану інноваційного продукту та впроваджуються як інновації; - результати мають довгостроковий характер; - властивий високий ступінь непередбачуваності наслідків та результатів, що свідчить про її ризиковий характер; - передбачає фінансування робіт із реалізації інноваційного проекту щодо впровадження та використання результатів наукових досліджень і розробок, тобто супроводжується інвестуванням грошових коштів у нематеріальні об'єкти, що фактично становить інший елемент предмета інноваційної діяльності; - викликає позитивні соціально-економічні зміни; - одним із результатів її здійснення є підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я та продукції чи медичних послуг, що ними випускається чи надається на основі реалізації інновацій.

Джерело: розроблено автором.

Представлені структурно-функціональні характеристики інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я ми можемо позиціонувати з точки зору нової моделі організації та забезпечення доступного медичного обслуговування населення, яке ґрунтується на впровадженні інновацій.

Звідси можна зробити висновок, що інноваційний розвиток медичної сфери являє собою динамічний процес, який тягне за собою удосконалення структури функціонування сфери за допомогою застосування новітніх знань, що в свою чергу призводить до покращення якості надання медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання медичної сфери, які запроваджують в себе інноваційні розробки.

З наукової точки зору інноваційна діяльність розглядається як інноваційний процес [23, с. 16-21], крізь призму низки заходів, таких як, технологічні, наукові, організаційні, комерційні, фінансові та інші, які допомагають виникненню інновацій [13, с. 27].

Також розглядається як систематичний вид діяльності групи людей, що в свою чергу зорієнтований на реалізацію інновацій «під ключ» у суспільній практиці [16, с. 30], як інтелектуальна діяльність [32], як процес впровадження інновацій на практиці [35, с. 43], як складна динамічна система при якій відбувається дія, взаємодія різноманітних чинників, методів, органів адміністративного управління для розроблення інновацій [22, с. 95].

На нашу думку провадження діяльності за результатами якої виникає соціальна новація, яка є неповторною та оригінальною і є інноваційною діяльністю у сфері охорони здоров'я.

Розкриваючи правовий аспект інноваційної діяльності у медичній сфері, ми можемо сказати, що це одна з економічної і правової форм інвестиційної діяльності, яка має на меті запровадження досягнень науково-технічного процесу у виробництво і сферу соціальних відносин (медичну сферу), досягнень встановленого соціально-економічного ефекту, а саме виробництва кардинально нових видів медичної техніки і технології, досягнень продуктивних зрушень у структурі медичної сфери, здійснення змін, які

призводять до якісних показників, покращення соціального становища, надання медичних послуг, які є більш якісними тощо [11].

1.2. Ознаки та форми інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я

Розглядаючи та досліджуючи інноваційну діяльність, варто відмітити те, що часто поштовхом та зарядом такої діяльності, вважається, на думку багатьох вчених, саме ідея, в результаті реалізації якої отримаємо певну річ, вона може бути матеріальна чи ідеальна, оскільки в результаті людської активності виробляється різні інноваційні продукти.

В залежності від того з якою метою в медичній сфері провадиться інноваційна діяльність вона може бути як комерційною так і не комерційною.

Розглянемо більш детально ці два напрямки діяльності. Зокрема не комерційною вважається така інноваційна діяльність у медичній сфері, яка має на меті виконання довго-перспективних медичних науково-технічних програм, по яких окупність понесених витрат буде також тривати досить довгий термін, а самі впровадження цих новітніх науково-технічних розробок будуть направлені як у виробництво так і в соціальну сферу, оскільки охорона здоров'я відноситься до соціальної сфери

Некомерційною називається інноваційну діяльність у сфері охорони здоров'я, метою здійснення якої є виконання довгострокових науково-технічних програм з тривалими термінами окупності витрат і впровадження нових науково-технічних досягнень у виробництво і соціальну сферу, тобто мається на увазі, що від такого роду діяльності певний період не буде отримуватись прибуток, і це не є безпосередньою ціллю діяльності, але така ціль може бути актуальною через певний термін.

Натомість, комерційною вважається та діяльність в результаті якої, в медичній сфері зокрема, всі дії направлені на те, щоб якомога краще і ефективніше використовувати та комерціалізувати результати науково-

дослідних та технологічних розробок, які на ринку інновацій мали високі показники конкурентоспроможності в медичній сфері та наданні високоякісних в цій сфері послуг.

Досліджуючи поняття інноваційної діяльності у сфері господарювання варто звернути увагу на розкриття його з погляду Господарського Кодексу України, де в першій частині, згідно статті 325 сказано, що це така діяльність яка відбувається між різними учасниками господарювання, яка провадиться на умовах реалізації інвестицій, на меті яких є виконання довго-перспективних науково-технічних програм, по яких термін окупності понесених витрат досить тривалий, а в ході діяльності відбувається впровадження новинок науково-технічних досягнень як у виробництво так і в усі сфери життя населення. В цьому твердженні висвітлені обидва, згадані вище, види діяльності їх основні аспекти та впровадження (імплементация) інновацій.

Якщо розглядати поняття «Інноваційна діяльність» з правової точки зору то потрібно звертати увагу не тільки на встановлене твердження з Господарського Кодексу України [11] та на основі спеціалізованих нормативно-правових актах, також необхідно зважати на такі елементи поняття як його природа та приналежність, а звідси відповідно форми та властивості.

Якщо розглядати дане поняття більш глибоко з узагальненням та поєднанням правової та економічної його характеристики, при цьому більш прискіпливо досліджуючи саму класифікацію інноваційної діяльності, не виходячи за межі існуючого на даний час чинного законодавства країни, то можемо на основі отриманої інформації виділити такі головні ознаки та форми цієї діяльності зокрема в медичній сфері (табл. 1.4).

Варто також звернути увагу на те, що під інноваційними процесами в медичній сфері, та в охороні здоров'я в цілому, необхідно розуміти такий собі постійно-діючий цикл з пошуку та реалізації суттєвих напрямів та орієнтирів, результатом яких стане вирішення важливих проблем в соціальній сфері, а медицина відноситься до цієї сфери, тому можемо говорити про вирішення

таких питань, як забезпечення громадян доступною та якісною медичною допомогою в цілому.

Таблиця 1.4

Ознаки та форми інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я

Ознаки та форми	Характеристика ознак та форм інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я
Основні ознаки	- основний предмет діяльності полягає в організації та здійсненні робіт з доведення НДДКР, результатів інтелектуальної діяльності у сфері охорони здоров'я до стану практичного використання, їх комерціалізація та впровадження у виробництво й соціальну сферу; - другорядним видом діяльності є інвестиційна діяльність, оскільки необхідною умовою розроблення та реалізації нових результатів інтелектуальної діяльності є фінансування реалізації інноваційного проекту у сфері охорони здоров'я з їх впровадження та використання, інвестування грошових коштів у нематеріальні об'єкти; - об'єктом є нематеріальні блага - результати інтелектуальної діяльності (результати НДДКР), які впроваджуються як інновації у сфері охорони здоров'я; - один із результатів її здійснення полягає у підвищенні конкурентоспроможності суб'єктів господарювання та інновацій у сфері охорони здоров'я; - наслідком здійснення інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я є позитивні соціально-економічні зрушення, підвищення якості охорони здоров'я, життя населення
Форми здійснення інноваційної діяльності	- державне (комунальне) проведення інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я, що організовується органами державної влади або органами місцевого самоврядування за використання бюджетних коштів чи інших ресурсів відповідно до чинного законодавства; - комерційне проведення інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я, що організовується суб'єктами господарювання за використання власних або позичкових коштів з метою інноваційного розвитку підприємництва; - соціальне проведення інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я, що спрямовується на інноваційний розвиток об'єктів соціальної сфери та інших невиробничих сфер; - іноземне проведення інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я, що реалізовується іноземними юридичними особами або іноземцями, а також іншими державами; - спільне проведення інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я, що реалізовується суб'єктами України разом із іноземними юридичними і фізичними особами.

Джерело: укладено автором на основі [31; 37; 38].

В економічній літературі науковці та провідні фахівці з економіки, економісти, виділяють два головних підходи щодо регулювання економіки: перший – неоліберальний, ще його часто називають новим ліберальним чи ліберально-ринковим, та другий – адміністративний, часто називають

планово-директивним.

Якщо розглядати з погляду державного регулювання економіки то більше всього ви бачитимемо симбіоз цих двох систем регулювання економіки і в кожній конкретно взятій країні він може бути виражений в більшій мірі в якусь із цих двох сторін, тобто буде переважати або ліберально-ринкове, або адміністративне регулювання.

Існує велика кількість економічних шкіл, як сучасних, так і тих, які визнані історією, мається на увазі школа монетаризму, кейнсіанства та інституціоналізму, в рамках яких були розроблені та створені різні теорії щодо державного регулювання.

В цих теоріях розглянуто та означено трактування важливих понять державного регулювання складних ринкових процесів, а саме встановлено завдання та цілі, методи та форми такого регулювання [8, с. 52-61; 14, с. 90-96].

Виходячи з вище розглянутого матеріалу, сутність державної інноваційної політики з огляду регулювання інноваційної розбудови в сфері охорони здоров'я варто розглядати відносно таких визнаних підходів в економіці як інституційного, функціонального, формального та системного.

Значущість кожного з цих підходів є досить вагомою. Кожен з цих підходів в економічній літературі досить широко розкриті, тому ми вважаємо за необхідне також коротко їх охарактеризувати рис. 1.1.

Ми погоджуємося з думкою провідних науковців на економістів, що під державним регулюванням інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я варто розуміти низ-спадний (ієрархічний) та багаторівневий набір інструментів, використовуючи який можна забезпечити надзвичайно ефективне функціонування та загальний інтенсивний інноваційний розвиток всієї сфери охорони здоров'я з більш ефективним використанням в ній її наявних обмежених ресурсів.

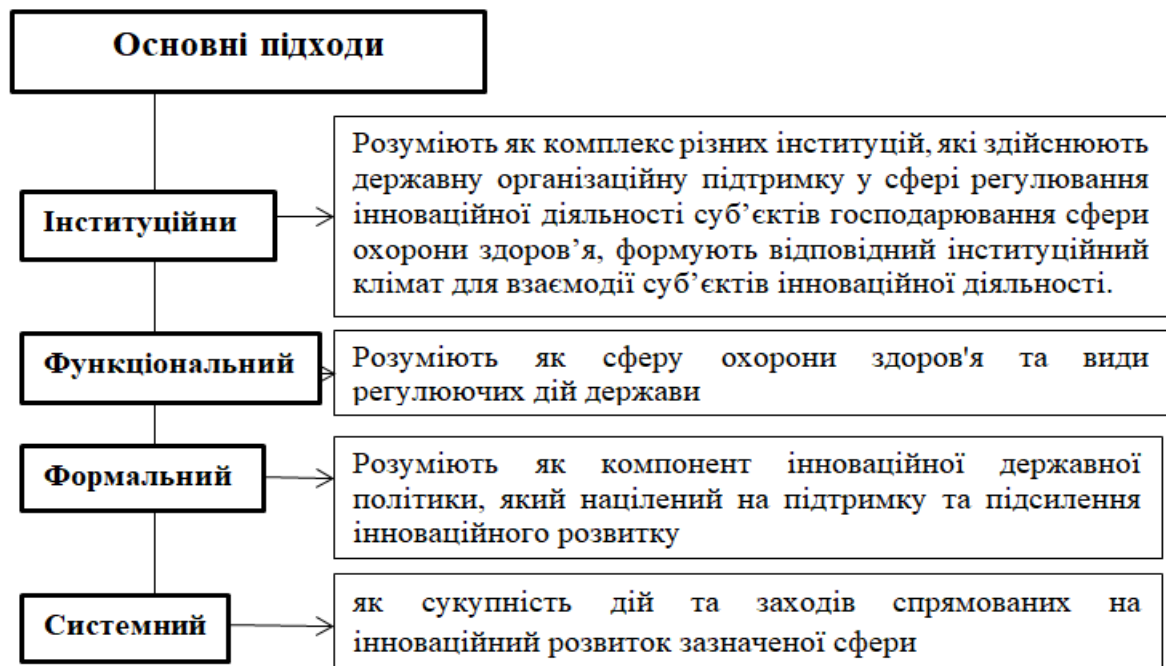


Рис. 1.1. Підходи державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я та державної інноваційної політики

Джерело: укладено автором на основі [31; 37; 38].

За умови ефективного поєднання, на умовах нормативно-правового регулювання, таких складових як інновації у медичній сфері, накопичених знань, навичок та умінь медпрацівників, все це дасть можливість забезпечити попередження та лікування різних за складністю та перебігом лікування захворювань населення, зменшення летальних випадків та інвалідності в результаті хвороби, покращення показників загального фізичного розвитку населення, підвищення рівня працездатності та збільшення показника тривалості життя людей в країні.

Сама ж необхідність в державному регулюванні інноваційних процесів та інноваційного розвитку зумовлена на нашу думку, в першу чергу тим, що з кожним роком зростає значимість цих показників як для економіки в цілому, так і для суспільства, адже вони в більшій мірі позитивно впливають на них, а також тим, що ринкові механізми також є обмеженими, де ці інноваційні процеси мають можливість реалізуватись шляхом розповсюдження інновацій [21, с. 32]. Є цікавою думка вченого Б.А. Малицького, яку ми також

підтримуємо, що «в сучасних умовах роль держави, особливо в забезпеченні інноваційного розвитку економіки є вирішальною і вона набагато вища за роль ринку» [21, с. 32]. Важко з цим не погодитись, адже при розвитку інновацій та підтримки держави ринок теж змінюється на краще, більш ефективніше провадяться різні важливі процеси.

Вважаємо, що ключовим в основі державного регулювання сфери охорони здоров'я та врахуванням важливої ролі інноваційної діяльності медичній сфері, закладена можливість державного впливу загалом на сферу охорони здоров'я країни для того щоб створити більш ефективну та контрольовану взаємодію таких основних факторів на конкурентному ринку, як попиту, пропозиції та ціни. Також в цей же час держава має змогу визначити найперспективніші напрями руху та загальні орієнтири функціонування сфери охорони здоров'я, стійкий та поступовий розвиток яких виступатиме стимулом покращення ефективності економіки в цілому по країні.

1.3. Структурна характеристика функціонування сфери охорони здоров'я країни в умовах інноваційного розвитку.

На нашу думку, однією з головних завдань держави є організація високого рівня охорони здоров'я свого населення та забезпечення відповідних умов для життя та безперервного його покращення. Охорона здоров'я розглядається, як система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності

людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [24].

Зокрема в літературі визначається сфера охорони здоров'я, а саме під нею розуміють сукупність різних установ та організацій, підприємств та різних управлінських органів на всіх рівнях, які так чи інакше мають відношення до організації, створення і забезпечення доступного медобслуговування громадян країни, та окремо виробників товарів і предметів мед-призначення, які будуть використовуватись для надання якісних медичних послуг, не залежно від форм власності використовуваних об'єктів [19, с. 14-15; 28].

Згідно проведених нами досліджень, нами встановлено, що суб'єктами сфери охорони здоров'я виступають органи державної влади та місцевого самоврядування, весь спектр закладів охорони здоров'я, підприємства які виробляють товари та предмети медичного призначення, науково-дослідні та освітні установи, інші підприємства й організації.

Загалом сфера охорони здоров'я охоплює такі головні сектори та суб'єкти як:

- сектори діяльності. Сюди відносять фармацевтичний, медичний та біологічний сектори [24];

- сектори науки. Визначають три основні сектори, а саме: *вузівський* куди відносять медичні вищі навчальні заклади IV рівня акредитації, коледжі та ін.; *академічний* куди увійшли академії медичних наук, науково-дослідні інститути та ін.; *відомчий* його часто називають галузевим чи заводським, назва якого говорить сама за себе;

- заклади охорони здоров'я, тобто суб'єкти які забезпечують якісне та доступне медичне обслуговування населення;

- органи державної влади та місцевого самоврядування, це ті суб'єкти, що займаються регулюванням діяльності закладів, підприємств та організацій які задіяні у сфері охорони здоров'я;

- суб'єкти які займаються НДДКР, виготовленням та продажом

продукції медичного призначення, та визначені як суб'єкти інноваційної діяльності.

Питаннями громадян в області охорони здоров'я та їх безпосереднім вирішенням в нашій країні займаються такі установи медичного спрямування як лікувально та санітарно профілактичні заклади, санітарно-курортні та фізкультурно-оздоровчі заклади, науково медичні заклади та аптеки тощо [24].

На рис. 1.2. нами систематизовано та наведено основні рівні управління та суб'єкти сфери охорони здоров'я.

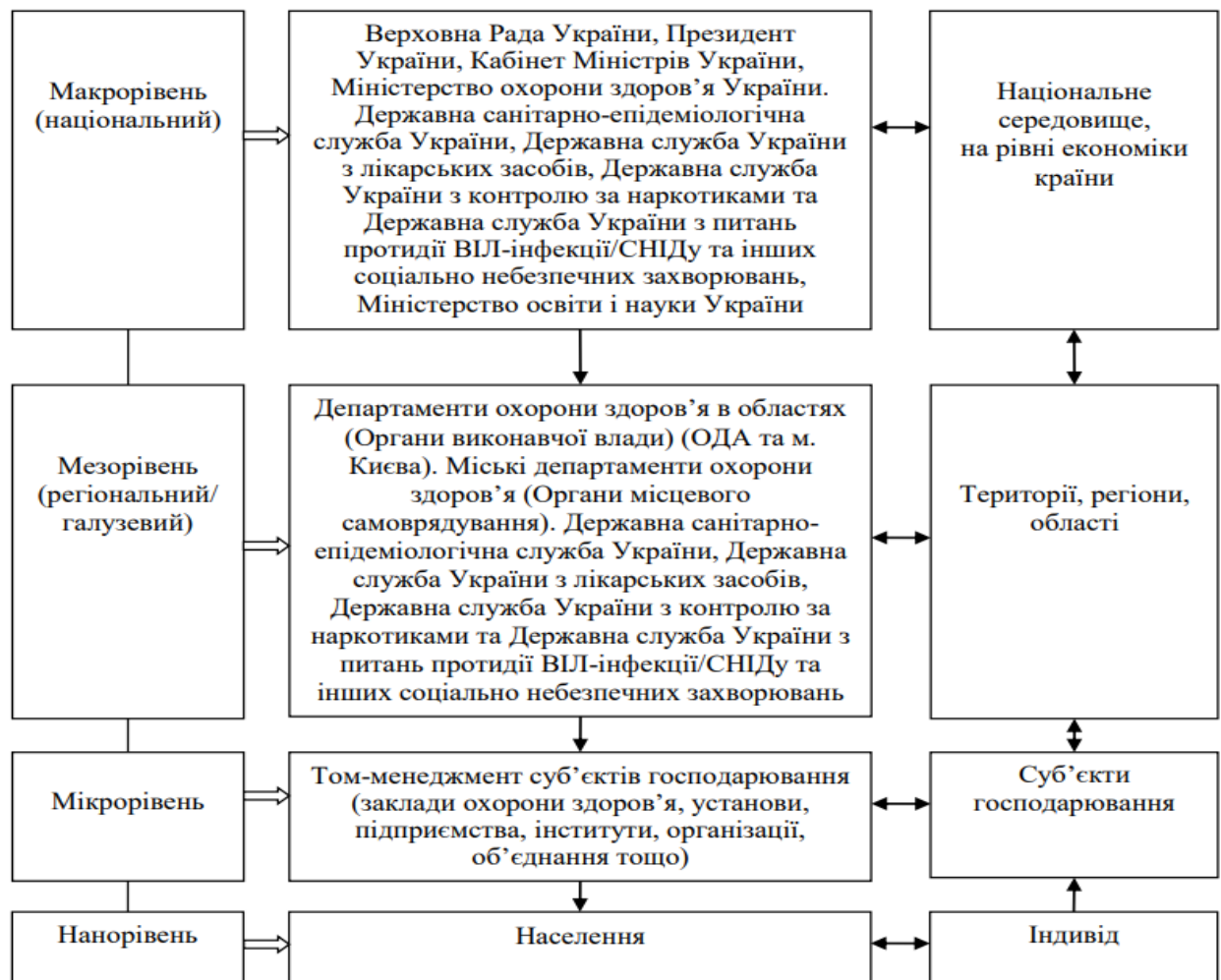


Рис. 1.2. Рівні управління та суб'єкти сфери охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором.

Коментуючи наведену схему варто відмітити, що Президент України є главою держави та виступає гарантом щодо права громадян на гідну охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства у сфері охорони здоров'я через

систему органів виконавчої влади, реалізовує державну політику у цій сфері, від імені країни укладає міжнародні договори, які стосуються питань міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я [17].

Зокрема сама ж реалізація державної політики з охорони здоров'я покладається безпосередньо на органи виконавчої влади. На Кабінет міністрів України покладається функція формування урядової політики у сфері охорони здоров'я, а розробка якої здійснюється Міністерством охорони здоров'я України, яке виступає центральним органом виконавчої влади в цій сфері [24].

Міністерство охорони здоров'я України виступає як центральний орган виконавчої влади, в повноваження та обов'язки якого входить забезпечення реалізації у життя державної політики в сфері охорони та зміцнення здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення. Також провадить безпосереднє керівництво відведеною йому сферою управління та несе пряму відповідальність за її стан та розвиток [30].

Якщо розглядати органи виконавчої влади на місцях то до них можна віднести департаменти охорони здоров'я в областях. Департаменти охорони здоров'я, згідно їх положення, звітують та контролюються головою обласної державної адміністрації та Міністерством охорони здоров'я України, а також іншими центральними органами влади згідно положення.

Безпосередньо на Департамент охорони здоров'я у області покладено відповідальність за соціальний та економічний розвиток медичної сфери, формування його бюджету. Також ним здійснюється керівництво закладами охорони здоров'я в межах організації та методики їх роботи.

У повноваження місцевих державних адміністрацій входить загальне керівництво медичними закладами області, які перебувають під їх юрисдикцією управління. Вони здійснюють управління матеріальним та фінансовим забезпеченням підконтрольних закладів охорони здоров'я, займаються різного роду організаційною роботою медичних закладів з питання надання відповідної медичної допомоги населенню. Проводять заходи з попередження розповсюдження інфекційних захворювань та проти-

епідеміологічної ситуації та інше.

Варто відмітити що мережа закладів охорони здоров'я досить широка та розгалужена. Суб'єктами сфери охорони здоров'я виступає вся сукупність як органів так і закладів медичної сфери країни, які об'єднані в загальній системі Міністерства охорони здоров'я України та інших відомчих системах. Також сюди відносять крім медичних закладів державної форми власності, які безпосередньо підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я, це і медичні заклади комунальної власності які в свою чергу підпорядковуються органам місцевого самоврядування та медичні заклади приватної форми власності.

Безпосередньо для населення покладається надання послуги медичного спрямування на заклади охорони здоров'я різних форм власності які наведено на рис. 1.3 [9, с. 27, 24]



Рис. 1.3. Класифікація закладів охорони здоров'я

Джерело: [9, с. 27, 24].

Виділяють наступну класифікацію рівнів інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я:

I рівень – початковий, базовий;

II рівень – стандартизований;

III рівень – комплексний, розвинутий, орієнтований на модернізацію;

IV рівень – той, що реалізує інновації, здатний до динамічного та самостійного розвитку.

За допомогою представленої вище класифікації рівнів інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я можна оцінити безпосередній рівень надбань закладів охорони здоров'я спираючись на такі орієнтири як

лікувально-діагностичний процес, комплекс організаційно-управлінського та інформаційного забезпечення. Зазначені орієнтири дають змогу медичному закладу виявляти сильні та слабкі сторони свого інноваційного розвитку та формувати і втілювати важливі та необхідні заходи щодо активізації інноваційної діяльності за пріоритетними напрямками [27, 39].

Згідно реформування, медична допомога за видами в нашій країні поділяється на екстрену, первинну, спеціалізовану, високоспеціалізовану, паліативну та медичну реабілітацію (рис. 1.4) [24, 28].



Рис. 1.4. Класифікація ступенів надання медичної допомоги

Джерело: [10, с. 128-131].

Отже, нині надзвичайно актуальним є посилення спрямованості промисловості на інновації. Це зумовлено зокрема тим, що для медичної сфери важливу роль відіграють ті суб'єкти господарювання, які виробляють інноваційну продукцію для закладів охорони здоров'я, тобто товари, які мають медичне призначення, а також інноваційні медичні технології та інше. До таких господарюючих суб'єктів можна віднести низку провідних фармацевтичних компаній, платформи технопарків, інноваційні кластери, малі високотехнологічні суб'єкти підприємництва, приватні науково-медичні підприємства, інститути та медико-технічні центри, та інші представники інноваційної інфраструктури.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ПОЛІКЛІНІЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ» КРОПИВНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Загальна характеристика КНП «Поліклінічне об'єднання»

Комунальне некомерційне підприємство «Поліклінічне об'єднання» відповідно до документів, які регламентують його діяльність займається медичною практикою на вторинному рівні з широким колом фахівців різних спеціальностей.

Правовласником та розпорядником коштів досліджуваного підприємства є Кропивницька міська рада відповідно до рішення четвертої сесії восьмого скликання від 20 травня 2021 року №383.

Основною метою досліджуваного медичного закладу є надання медичного обслуговування населенню міста Кропивницький та селища Нове на вторинному рівні.

КНП «Поліклінічне об'єднання» налічує широке коло фахівці наступних медичних спеціальностей: анестезіолог, терапевт, фізіотерапевт, хірург, кардіолог, офтальмолог, стоматолог, лікар УЗД діагностики, уролог .

КНП «Поліклінічне об'єднання» є медичним закладом, який фінансується з міського бюджету міста Кропивницький та знаходиться у повній його підпорядкованості.

Згідно з Статутом, КНП «Поліклінічне об'єднання» займається широким спектром функцій, які подано в табл. 2.1.

До складу досліджуваного медичного закладу входить 5 поліклінік, які територіально розміщені в межах Кропивницької територіальної громади.

Широка розгалуженість підпорядкованих поліклінік дає змогу у повній мірі забезпечувати доступність медичних послуг жителям Кропивницької громади. Поряд із тим заклад має ряд проблем, які потребують негайного вирішення.

Таблиця 2.1

**Перелік функціональних обов'язків КНП «Поліклінічне
об'єднання»**

№	Функція
1.	Проведення медичної практики щодо вторинного медичного обслуговування населення.
2.	Дотримання права населення щодо вільного вибору медика щодо вторинного медичного обслуговування населення.
3.	Організування вторинного медичного обслуговування населення включаючи невідкладну медичну допомогу в умовах настання погіршення функціонування фізичного чи психічного стану здоров'я хворим, які не вимагають екстреної або спеціалізованої допомоги.
4.	Здійснення вакцинавання громадян.
5.	Організація процесу здійснення профілактичних заходів та оглядів населення, а також диспансеризації громадян,
6.	Консультації населення щодо профілактичних заходів, а також з приводу лікування різних станів, перебігу вагітності та стимулювання громадян до ведення здорового способу життя.
7.	Налагодження комунікації з медичними закладами надання спеціалізованого та високоспеціалізованого медичного обслуговування для вчасної діагностики та проведення дієвих лікувальних заходів в урахуванням індивідуального стану та особливостей хворого.
8.	Проведення відбору та направлення пацієнтів на консультації та надання лікувальних послуг до медичних організацій, що спеціалізуються на наданні вторинної та третинної медичної допомоги, а також відбір громадян для спрямування на санаторно-курортне лікування та реабілітаційні заходи.
9.	Контроль за дотриманням світових протоколів доказової медицини, а також медичних стандартів.
10.	Застосування новітніх форм та методик щодо проведення профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів.
11.	Виконання експертизи щодо визначення тимчасової непрацездатності та контролювання видачі листків непрацездатності.
12.	Спрямування осіб, що втратили працездатність на тривалий термін на проходження медико-соціальної експертизи.
13.	Проведення інформування населення, а також роз'яснювальних заходів стосовно популяризації здорового способу життя.
14.	Прийняття участі в програмах, спрямованих на забезпечення лікарськими засобами громадян, що цього потребують та згідно з фінансовим бюджетом медичної сфери.
15.	Прийняття участі в програмах, пов'язаних з скринінговими обстеженнями, профілактичними, діагностичними та лікувальними заходами у визначеному нормативними актами порядку.

Продовж. табл. 2.1

16.	Окреслення кола проблем, пов'язаних з медичним обслуговуванням у відповідних районах м. Кропивницький та визначення способів їх вирішення.
17.	Проведення рекомендаційної роботи з органами місцевого самоврядування стосовно розроблення планів розвитку надання медичної допомоги у м. Кропивницький.
18.	Оцінка потреби підрозділів КНП «Поліклінічне об'єднання» та громадян у медичних препаратах та виробках, обладнанні та транспортних засобах для гарантування населенню доступності, вчасності, якості надання медичного обслуговування.
19.	Здійснення спостереження щодо забезпеченості та раціональності застосування медичних препаратів, медичних виробів та майна закладу.
20.	Організація професійного розвитку медичного персоналу КНП «Поліклінічне об'єднання».
21.	Здійснення відповідних заходів щодо дій, передбачених для наркотичних та психотропних засобів згідно ліцензії, отриманої КНП «Поліклінічне об'єднання».
22.	Заохочення медичних кадрів, за участю лікарів-фізичних осіб - підприємців, вторинного медико-санітарного обслуговування.
23.	Забезпечення Центру ресурсами для медичного обслуговування населення.
24.	Комунікація медиків, що працюють в закладах МЗ з іншими медичними організаціями, що надають медичну допомогу та забезпечують суспільний добробут, наприклад, соціальна служба та органи охорони правопорядку.
25.	Виконання послуг на платній основі щодо забезпечення медичної допомоги згідно законодавчих вимог.
26.	Здійснення паліативних послуг допомоги хворим, що цього потребують, що полягають в полегшенні їх страждань, а також надання моральної підтримки хворим та їх сім'ям.
27.	покращення матеріально-технічних фондів медичного закладу згідно вимог світових стандартів, застосування сучасних механізмів менеджменту, а також правового та економічного забезпечення прав населення на медичну допомогу.
28.	прийняття участі разом із засобами масової інформації, освітніми закладами та громадським організаціями у профілактичній роботі щодо популяризації здорового способу життя, сприяння ранній діагностиці хвороби та їх ефективному подоланню.
29.	прийняття участі разом із засобами масової інформації, освітніми закладами та громадським організаціями у профілактичній роботі щодо популяризації здорового способу життя, сприяння ранній діагностиці хвороби та їх ефективному подоланню.

Продовж. табл. 2.1

30.	прийняття участі разом із засобами масової інформації, освітніми закладами та громадським організаціями у профілактичній роботі щодо популяризації здорового способу життя, сприяння ранній діагностиці хвороби та їх ефективному подоланню.
31.	Вдосконалення вторинного медичного обслуговування населення жителям Кропивницької територіальної громади.
32.	Доступність для громадян до сучасних, ефективних та якісних медичних засобів.
33.	Зростання ефективності застосування реальних трудових, матеріальних та фінансових ресурсів медичних установ.
34.	Організація оновленої системи забезпечення інформаційними ресурсами в медичній сфері.
35.	Поліпшення застосування інновацій в медичних закладах.
36.	Забезпечення наявності Інтернет-зв'язку та системи особистісного електронного реєстру населення та сучасних ІКТ в господарювання закладів МЗ.

Джерело: Дод. А.

Варто відзначити, що КНП «Поліклінічне об'єднання» надає послуги лабораторних досліджень, проведення рентгену та інших клінічних аналізів. Окрім того для жителів громади функціонує жіночий оглядовий кабінет. Позитивним моментом є те, що наявна клініко-діагностична лабораторія функціонує як для дорослих, так і для дітей. Єдиною умовою проведення таких лабораторних досліджень є наявність направлення від сімейних лікарів, терапевтів чи педіатрів.

В закладі функціонує таке обладнання: рентген-апарати «Рентген-30», «РУМ – 20М», «Аспект», ЕКГ апарати, система «Тредекс» та апарати для «телемедицини».

На сьогодні усі поліклінічне відділення досліджуваного об'єднаного медичного закладу у повній мірі оснащені ЕКГ апаратами. Варто відзначити, що заклад має досить сучасне діагностичне обладнання, яке має на меті:

- проведення функціональної діагности серцево-судинних захворювань, порушень органів дихання та нервової системи;

- здійснення лабораторних досліджень, в тому числі аналіз імунодостатності, наявність вірусних інфекцій, хламідій, пухлинного росту та урогенітальні інфекції;
- ультразвукового діагностування органів сечостатевої системи, судин, суглобів, черевної порожнини;
- здійснення в традиційних біологічних досліджень органів грудної клітки та черевної порожнини, опорно-рухового апарату, проведення мамографії, отоларингологічних та рентгеностоматологічних досліджень;
- комп'ютерної томографії усіх органів та систем в тому числі КТ досліджень;
- проведення біорезонансної діагностики за методикою Фолля;
- проведення та бронхоскопії.

КНП «Поліклінічне об'єднання» пропонує пацієнтам медичні послуги з лікування:

- серцево-судинних захворювань;
- патології легеневих органів;
- хвороб шлунково-кишкового тракту;
- захворювання з неврології;
- ендокринної патології;
- гінекологічні та урологічні захворювання;
- патології товстої кишки;
- хвороб перифірних судин;
- імунно-судинні захворювання;
- алкоголізму та наркоманії;
- стоматологічних проблем.

З метою надання якісних послуг пацієнтам КНП «Поліклінічне об'єднання» віддає перевагу найсучаснішим методикам:

- медикаментозної терапії;
- фізіотерапії, включаючи ультразвук, всі види масажу, лазеро- та

глорефлексотерапію, інгаляції, ЛФК, психотерапію, електросон;

- біорезанансної терапії;
- усі види механотерапії та фізичної реабілітації;
- інтракорпоральна та екстракорпоральна детоксикація, включаючи

плазмаферез, гемосорбцію, ультрафіолетове та лазерне опромінення крові.

Перелік ключових компетенцій, які належать КНП «Поліклінічне об'єднання», подано на рис. 2.1.

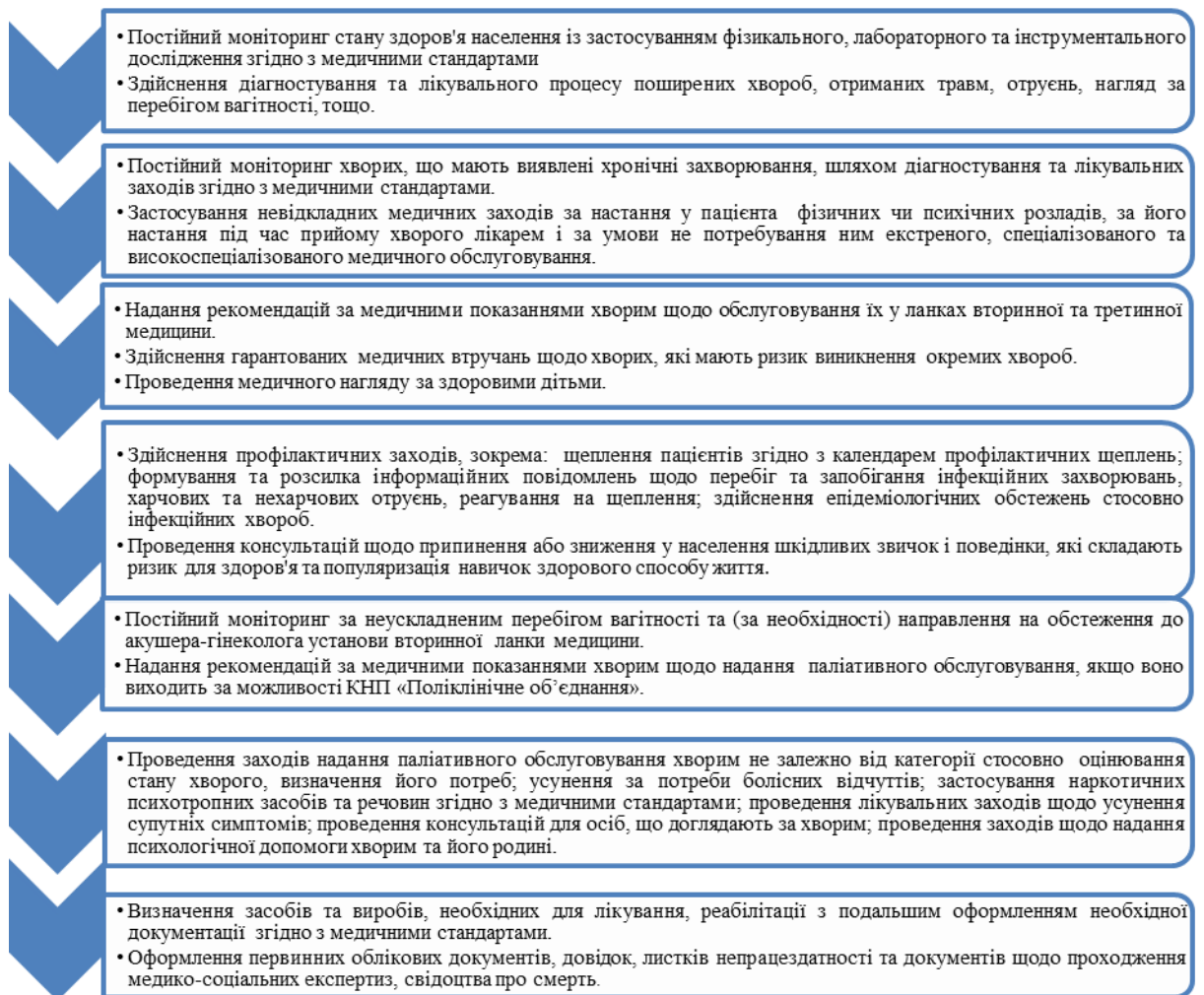


Рис. 2.1. Ключові компетенції КНП «Поліклінічне об'єднання»

Джерело: на основі Дод. А

Серед основних повноважень медичного закладу слід виокремити видачу персональних логінів та паролів пацієнтам до «Персонального кабінету пацієнта». Для того щоб останні могли у зручний час ознайомлюватися з

персональної медичної документацією, а також здійснювати запис до сімейного лікаря з яким у пацієнта підписана декларація.

Проте варто відзначити, що через значний обсяг заключених декларацій існує, окрім навантаження на лікарів, значна потреба у медичному обладнанні, спеціальних транспортних автомобілях, нестача медикаментів, а також неповна укомплектованість медичними кадрами.

Більше того потреба у покращенні матеріально-технічного укомплектування не є одиничною проблемою, а є загальною для всіх структурних підрозділів КНП «Поліклінічне об'єднання».

Окрім того необхідним є здійснення поточного ремонту приміщення функціонуючих поліклінік.

Останнім часом всі поліклініки були обладнані комп'ютерною технікою та доступом до мережі Інтернет з метою запуску програми електронного доступу до медичного обслуговування на державному рівні.

Поряд з тим, з метою покращення якості обслуговування на дому, поліклініки варто укомплектувати відповідними транспортними засобами та медичним обладнанням.

Наступним етапом, вважаємо за доцільне, більш детально проаналізувати структуру управління КНП «Поліклінічне об'єднання».

2.2. Характеристика організаційного управління КНП «Поліклінічне об'єднання»

До складу досліджуваного медичного закладу входять наступні підрозділи: Поліклінічне відділення №1, Поліклінічне відділення №2, Поліклінічне відділення №3, Поліклінічне відділення №4, Поліклінічне відділення №5.

Відповідно до установчих документів, які регламентують діяльність медичного закладу, загальне керівництво здійснюється керуючись Статутом.

правами засновника та відповідно до посадових обов'язків Генерального директора.

Основні права Засновника КНП «Поліклінічне об'єднання» подано на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Основні права Засновника КНП «Поліклінічне об'єднання»

Джерело: на основі Дод. А

Відповідно до організаційної структури загальне керівництво досліджуваним медичним закладом здійснює Генеральний директор, який звітує про свою діяльність перед Кропивницькою міською радою.

Посадові обов'язки керівника КНП «Поліклінічне об'єднання» зображено на рис. 2.3.

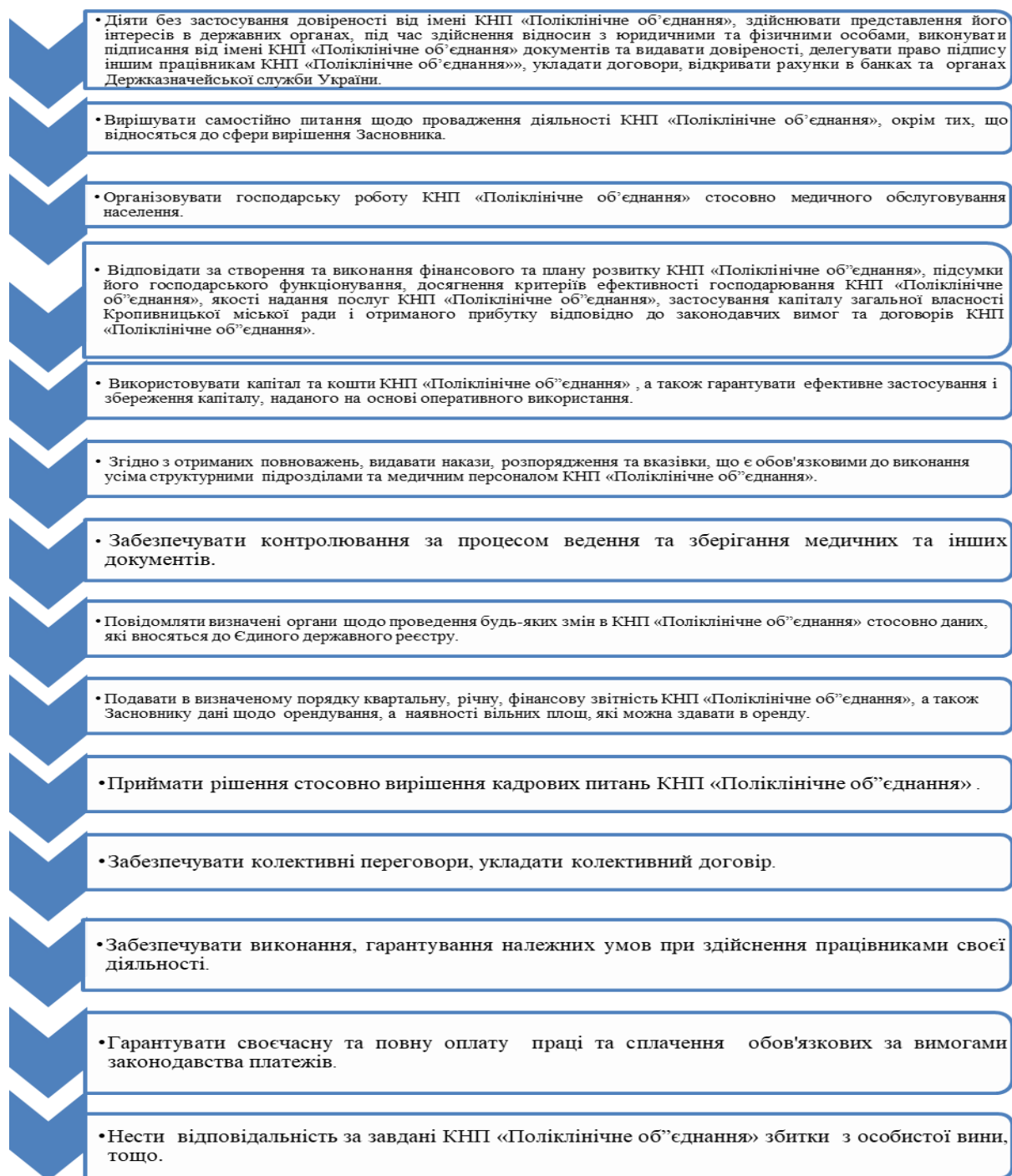


Рис. 2.3. Посадові обов'язки керівника КНП «Поліклінічне об'єднання»

Джерело: на основі Дод. А

Генеральний директор обирається за конкурсом. Дана особа підписує відповідний контракт з Кропивницької міської радою. Контракт містить

терміни його роботи, права та посадові обов'язки, розмір матеріального заохочення та межі відповідальності.

У випадку відсутності Генерального директора або неспроможності виконувати посадові обов'язки поточне керівництво діяльністю переходить до його заступника.

Структурою КНП «Поліклінічне об'єднання» передбачено наявність адміністративно-управлінського відділу бухгалтерської служби, лікувально-діагностичного підпорядкування, а також господарської частини.

Безпосередньо структуру досліджуваного закладу визначає керівник та затверджує міська рада міста Кропивницького на відповідній сесії.

Кількість штатних одиниць Генеральний директор визначає самостійно, відповідно до кошторисних призначень, наданих йому Головним розпорядником коштів.

Контрактом Генерального директора передбачено розмір матеріального заохочення, термін відпустки та її оплата, які не можуть суперечити чинному законодавству України. Директору виплачується заробітна плата із загального фонду у розмірі трьох мінімальних заробітних плат, враховуючи збільшення зарплатні згідно з наявними кваліфікаціями та працею у важких і шкідливих умовах та надбавок, які начисляються відповідно до вислуги років, відповідно до галузі роботи чи присвоєних почесних звань тощо.).

Оплата преміювань Генеральному директору проводиться відповідно до Положень щодо преміювання за згодою із Засновником та є залежною від особистісного вкладу до єдиних діяльнісних результатів КНП «Поліклінічне об'єднання».

Колектив КНП «Поліклінічне об'єднання» долучений до прийняття рішень шляхом участі у Загальних зборах, персонал залучений до комунікації з керівництвом через профспілкову організацію. Брати участь в управлінні КНП «Поліклінічне об'єднання» способом загальних зборів складу кадрів, взаємодії із профспілковими організаціями та роботою інших органів, що захищають інтереси персоналу, створення пропозицій з метою покращення

роботи КНП «Поліклінічне об'єднання» та щодо питань культурно-соціального та господарської модернізації медичного закладу.

Профспілки, що діють в КНП «Поліклінічне об'єднання», представляють інтереси персоналу медичних закладів в керівному органі КНП «Поліклінічне об'єднання».

КНП «Поліклінічне об'єднання» має забезпечити участь колективу закладу в його управлінському процесі. Загалом до складу трудового колективу КНП «Поліклінічне об'єднання» входять особи, які беруть участь у його діяльності шляхом залучення власної праці згідно з трудовим договором або договором, що регулює трудові відносини осіб з КНП «Поліклінічне об'єднання». Генеральний директор КНП «Поліклінічне об'єднання» не може входити до складу органу, через який працівники реалізують право участі в управлінні медичним закладом. Повноваження визначених органів визначаються чинним законодавством.

Колективні договори, укладені КНП «Поліклінічне об'єднання», регулюють виробничі, трудові та соціально-побутові відносини між працівниками та адміністрацією. Колективний договір підписується Генеральним директором КНП «Поліклінічне об'єднання» та уповноваженим органом трудового колективу. Сторони колективного договору, які затвердили колективний договір, звітують на загальних зборах не рідше одного разу на рік. Поліпшення умов праці та побуту працівників, охорони здоров'я, наявність обов'язкового медичного страхування та інші питання соціального розвитку колективу вирішуються відповідно до установчих документів та колективного договору.

Заробітна плата персоналу КНП «Поліклінічне об'єднання» виплачується з коштів, отриманих за рахунок його некомерційного господарювання. Механізм та розміри нарахування заробітної плати, виплати доплат, надбавок, премій та інших заохочувальних і компенсаційних виплат визначаються в колективних договорах з урахуванням вимог нормативно-правових актів і угод.

Кошти, які використовуються на заробітну працівників КНП «Поліклінічне об'єднання» є отриманими за рахунок його некомерційного господарювання. Механізм та розмір нарахування заробітної плати, виплата доплат, надбавок, премій та інших заохочувальних, компенсаційних виплат визначаються в колективному договорі з урахуванням визначених в нормативних актах та угодах вимог.

2.3. Техніко-економічний аналіз діяльності КНП «Поліклінічне об'єднання»

З метою отримання загальної бачення стану функціонування досліджуваного медичного закладу, вважаємо за доцільне здійснити аналіз основних техніко-економічних показників.

Першим етапом такого аналізу є дослідження структури балансу. Склад статей активу балансу засвідчує належність бюджетних установ до галузей невиробничої сфери, а склад статей пасиву вказує, що це установи державної і комунальної форм власності, які утримуються повністю або частково за рахунок державного та/або місцевих бюджетів.

Важливу роль у діяльності установи відіграють основні засоби та інші необоротні матеріальні активи, без яких неможливе надання послуг і виконання робіт.

Для підвищення ефективності використання основних засобів бюджетні установи мусять вести своєчасний, повний та постійний облік їх вартості.

У табл. 2.2 наведений аналіз динаміки необоротних активів на основі балансу (форма № 1) за 2017-2021 р. (Дод. Б).

Протягом означеного періоду спостерігалось збільшення залишкової вартості основних засобів на 2289,7 тис. грн. або на 278,5%. Знос збільшився на 85,8% у 2021 році проти 2017 року. Незавершене капітальне будівництво на протязі п'яти років не змінилось.

Таблиця 2.2

**Аналіз динаміки необоротних активів КНП «Поліклінічне
об'єднання» за 2017-2021 роки**

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 17	2019/ 18	2020 19	2021/ 20	2021/ 17	
1.	I. Нефінансові активи											
2.	Основні засоби:	822,134	960,136	1090,246	1780,529	3111,881	16,8	13,6	63,3	74,8	278,5	2289,7
3.	первісна вартість	1851,022	2370,068	2603,64	3602,824	5546,467	28,0	9,9	38,4	53,9	199,6	3695,4
4.	Знос	1310,337	1409,932	1513,394	1822,295	2434,586	7,6	7,3	20,4	33,6	85,8	1124,2
5.	Нематеріальні активи:	0	0	0	0	2219,176	-	-	-	-	-	2219,2
6.	Незавершені капітальні інвестиції	161,4	161,4	161,4	161,4	161,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7.	Запаси	680,134	942,916	1160,09	1655,546	2257,525	38,6	23,0	42,7	36,4	231,9	1577,4
8.	Усього за розділом I.	1663,668	2064,452	2411,736	3597,475	7749,982	24,1	16,8	49,2	115,4	365,8	6086,3

Джерело: складено автором на основі Додатків

За даними табл. 2.3 проаналізуємо динаміку оборотних активів у КНП «Поліклінічне об'єднання».

Оборотні активи мають велику частку в загальній валюті балансу. Це наймобільніша частина капіталу, від стану і раціонального використання якого багато в чому залежать результати діяльності і фінансовий стан установи. Оборотні активи показують у балансі бюджетної установи досить деталізовано (за їх видами, призначенням та місцями зберігання), що необхідно для контролю за їх наявністю та доцільним використанням відповідно до кошторису.

Слід відзначити, що у 2021 р. порівняно з 2017 р. збільшилась стаття «Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у національній валюті» в 69 разів.

Аналіз динаміки власного капіталу КНП «Поліклінічне об'єднання» протягом 2017-2021 рр. наведений у таблиці 2.4.

У 2021 р. власний капітал установи збільшився на 194% відносно 2017 р., а порівняно з попереднім роком він збільшився на 2 %). Дане збільшення відбулось за рахунок зміни з бюджетного закладу на комунальний.

Таблиця 2.3

**Динаміка оборотних активів КНП «Поліклінічне об'єднання» за
2017-2021 роки, тис. грн**

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 17	2019/ 18	2020 19	2021/ 20	2021/ 17	
1.	Поточна дебіторська заборгованість	0	0	0	56,476	63,603				12,6		63,6
2.	Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у:											
3.	національній валюті, у т.ч. в:	9,361	6,223	7,005	8,018	6494,879	-33,5	12,6	14,5	80903,7	69282,3	6485,5
4.	касі	3,131	3,527	3,622	4,351	5,924	12,6	2,7	20,1	36,2	89,2	2,8
5.	казначействі	6,23	2,696	3,383	0	0	-56,7	25,5	-100,0	0	-100,0	-6,2
6.	установах банків	0	0	0	3,667	6488,955				176855,4		6489,0
7.	Усього за розділом II.	9,361	6,223	7,005	64,494	6558,482	-33,5	12,6	820,7	10069,1	69961,8	6549,1
8.	III. Витрати майбутніх періодів	0	0	0	0	24,27						24,3
9.	БАЛАНС	1391,582	2070,675	2418,741	3661,969	14332,734	48,8	16,8	51,4	291,4	930,0	12941,2

Джерело: складено автором на основі Додатків

Фінансовий результат КНП «Поліклінічне об'єднання» у 2021 році збільшився на 3259%.

У 2021 році цільового фінансування КНП «Поліклінічне об'єднання» не було. За останні два роки зменшились платежі до бюджету на 33,8%.

Таким чином, будь-який рух необоротних активів, зменшення їх вартості внаслідок зносу впливає на величину фонду в необоротних активах. У зв'язку з цим, аналіз динаміки фонду дозволяє оцінити загальний стан необоротних активів розпорядника бюджетних коштів, а також визначити зміни, які відбуваються з активами, що становлять основу діяльності установи.

Таблиця 2.4

**Аналіз динаміки власного капіталу КНП «Поліклінічне об'єднання» за
2017-2021 роки, тис. грн**

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 17	2019/ 18	2020/ 19	2021/ 20	2021/ 17	2021/ 17
1.	Внесений капітал	540,685	960,136	1200,57	1590,48	1593,14	77,6	25,0	32,5	0,2	194,7	1052,5
2.	Фінансовий результат	378,45	614,023	662,722	1218,46	12714,2	62,2	7,9	83,9	943,5	3259,6	12335,8
3.	Цільове фінансування	161,4	161,4	161,4	161,4	0	0,0	0,0	0,0	-100,0	-100,0	-161,4
4.	Усього за розділом	1080,54	1735,559	2024,69	2970,33	14307,4	60,6	16,7	46,7	381,7	1224,1	13226,9
5.	Довгострокові зобов'язання	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.	Поточні зобов'язання:											
7.	за платежами до бюджету	0	0	0	7,505	4,971	-	-	-	-33,8	-	5,0
8.	за рахунками з оплати праці	0	0	0	29762	18947	-	-	-	-36,3	-	18947,0
9.	за внутрішніми розрахунками	309,359	333,429	392,624	652,948	0	7,8	17,8	66,3	-100,0	-100,0	-309,4
10.	інші поточні зобов'язання	1,686	1,687	1,423	1,423	1,423	0,1	-15,6	0,0	0,0	-15,6	-0,3
11.	Усього за розділом	311,047	335,116	394,047	691,638	25,341	7,7	17,6	75,5	-96,3	-91,9	-285,7
12.	Баланс	1391,58	2070,675	2418,74	3661,97	14332,7	48,8	16,8	51,4	291,4	930,0	12941,2

Джерело: складено автором на основі Додатків

Далі, вважаємо за доцільне провести аналіз якісного складу працівників штату КНП «Поліклінічне об'єднання» за 2017-2021 р.р. за даними таблиці 2.5.

Кваліфікаційний потенціал медичного персоналу закладу високий - майже 70% лікарів закладу мають вищу і першу категорію.

Всі лікарі та медичні сестри своєчасно навчаються на курсах підвищення кваліфікації згідно графіку закладу, постійно приймають активну участь у медичних конференціях у м. Кропивницький та за його межами.

Крім штатних посад лікарів в КНП «Поліклінічне об'єднання» введені посади лікарів-спеціалістів за іншими спеціальностями. Всього у 2019 році введено в КНП «Поліклінічне об'єднання» 101 посада (скорочення 20,2%) при їх укомплектованості фізичними особами на 85,75%.

Таблиця 2.5

Аналіз штату працівників КНП «Поліклінічне об'єднання» за 2017-2021 роки, шт. од.

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/17	2019/18	2020/19	2021/20	2021/17	
1.	Кількість штатних посад лікарських, всього. В т.ч.:	126,5	126,5	122,5	116,75	101,00	0,0	-3,2	-4,7	-13,5	-20,2	-25,5
2.	лікарів загальної практики-сімейними лікарями	44,5	55,75	62,25	59,25	55,00	25,3	11,7	-4,8	-7,2	23,6	10,5
3.	дільничних лікарів-терапевтів	38,0	29,25	23,75	20,0	14,00	-23,0	-18,8	-15,8	-30,0	-63,2	-24,0
4.	дільничних лікарів-педіатрів	36,5	35,0	31,5	32,5	27,00	-4,1	-10,0	3,2	-16,9	-26,0	-9,5
5.	лікарі-керівники та лікар статист	7,5	6,5	5,0	5	5,0	-13,3	-23,1	0,0	0,0	-33,3	-2,5
6.	Інтерни	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00						
7.	Кількість фактично зайнятих лікарських штатних посад, всього. В т.ч.:	117,5	120,0	116,25	109,0	85,75	2,1	-3,1	-6,2	-21,3	-27,0	-31,8
8.	лікарів загальної практики-сімейними лікарями	38	49,5	55,75	56,0	43,75	30,3	12,6	0,4	-21,9	15,1	5,8
9.	дільничних лікарів-терапевтів	37	29,0	23,25	18,25	10,5	-21,6	-19,8	-21,5	-42,5	-71,6	-26,5
10.	дільничних лікарів-педіатрів	35,5	32,5	31,25	29,75	26,5	-8,5	-3,8	-4,8	-10,9	-25,4	-9,0
11.	лікарі-керівники та лікар статист	4	5,0	5,00	5,00	5,0	25,0	0,0	0,0	0,0	25,0	1,0
12.	Інтерни	3,0	4,0	1,00	0,0	0,0	33,3	-75,0	-100,0		-100,0	-3,0
13.	Кількість фізичних осіб (лікарів) на зайнятих посадах, всього. В т.ч.:	90	90	87	82	80	0,0	-3,3	-5,7	-2,4	-11,1	-10,0
14.	лікарів загальної практики-сімейними лікарями	30	39	44	43	40	30,0	12,8	-2,3	-7,0	33,3	10,0
15.	дільничних лікарів-терапевтів	29	19	16	12	10	-34,5	-15,8	-25,0	-16,7	-65,5	-19,0
16.	дільничних лікарів-педіатрів	25	24	22	23	26	-4,0	-8,3	4,5	13,0	4,0	1,0
17.	лікарі-керівники та лікар статист	3	4	4	4	4	33,3	0,0	0,0	0,0	33,3	1,0
18.	Інтерни	3,0	4	1			33,3	-75,0	-100,0		-100,0	-3,0

Джерело: складено автором на основі [60]; дані підприємства

У 2021 році кількість фактично зайнятих лікарських штатних посад лікарів загальної практики-сімейними складало- 49,45; лікарями дільничних лікарів-терапевтів - 10,5; дільничних лікарів-педіатрів – 26,5; лікарі-керівники та лікар статист – 5,0; інтерни – 0,0.

Кількість фізичних осіб (лікарів) на зайнятих посадах у 2021 році була 80 осіб. Скорочення склало 10 осіб проти 2017 року. Додати до цього, що штатних посад 101.

Забезпеченість населення посадами ЛЗП-СЛ у 2021 році складає 75% на

2200 осіб населення, яке обслуговує первинна ланка медичної допомоги-амбулаторно-поліклінічна служба м. Кропивницького.

Для надання якісної та своєчасної ПМСД важливе значення має забезпеченість первинної ланки молодшими медичними працівниками з вищою освітою. Для цього проведемо аналіз укомплектованості лікарських посад КНП «Поліклінічне об'єднання» за 2017-2021 рр. згідно даних таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Аналіз укомплектованості лікарських посад КНП «Поліклінічне об'єднання» за 2017-2021 роки

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/17	2019/18	2020/19	2021/20	2021/17	
1.	Укомплектованість лікарських посад фізичними особами в % співвідношенні всього. В т.ч.:	92,9	94,9	94,9	93,4	84,9	2,1	0,0	-1,6	-9,1	-8,6	-8,0
	лікарів загальної практики-сімейними лікарями	85,4	88,8	89,6	94,5	79,5	4,0	0,9	5,5	-15,8	-6,8	-5,8
	дільничних лікарів-терапевтів	97,4	99,1	97,9	91,3	75,0	1,8	-1,3	-6,8	-17,8	-23,0	-22,4
	дільничних лікарів-педіатрів	97,3	92,9	99,2	91,5	98,1	-4,5	6,8	-7,7	7,2	0,9	0,9
	лікарі-керівники та лікар статист	53,3	76,9	100,0	100,0	100,0	44,2	30,0	0,0	0,0	87,5	46,7
	Інтерни	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.	Дефіцит лікарів первинної ланки, всього. В т.ч.:	9	6,5	6,25	7,75	15,25	-27,8	-3,8	24,0	96,8	69,4	6,3
	лікарів загальної практики-сімейними лікарями	6,5	6,25	6,5	3,25	11,25	-3,8	4,0	-50,0	246,2	73,1	4,8
	дільничних лікарів-терапевтів	1	0,25	0,5	1,75	3,5	-75,0	100,0	250,0	100,0	250,0	2,5
	дільничних лікарів-педіатрів	1	2,5	0,25	2,75	0,5	150,0	-90,0	1000,0	-81,8	-50,0	-0,5
	лікарі-керівники та лікар статист	3,5	1,5	0,0	0,0	0,0	-57,1	-100,0	-	-	-100,0	-3,5
	Інтерни	-3,0	-4,0	-1,0	0,0	0,0	33,3	-75,0	-100,0	-	-100,0	3,0
3.	Кількість штатних посад середнього медичного персоналу, всього, в т.ч.	199,25	199,25	196,25	188,75	143,0	0,0	-1,5	-3,8	-24,2	-28,2	-56,3
	закріплених за лікарями загальної практики-сімейними лікарями	42,25	46,5	51,00	50,25	35,0	10,1	9,7	-1,5	-30,3	-17,2	-7,3
	закріплених за дільничними лікарями - терапевтами	110,25	104,75	97,50	82,50	60,0	-5,0	-6,9	-15,4	-27,3	-45,6	-50,3
	закріплених за дільничними лікарями - педіатрами	42,75	43,0	42,75	51,00	44,0	0,6	-0,6	19,3	-13,7	2,9	1,3
	статистики	4	5,00	5,00	5,00	4,0	25,0	0,0	0,0	-20,0	0,0	0,0

Джерело: складено автором на основі [60]; дані підприємства

У 2021 році укомплектованість лікарських посад фізичними особами у відсотковому співвідношенні склало 84,9% (що на 8,6% менше проти 2017

року. В тому числі:

- лікарів загальної практики-сімейними лікарями - 79,5% (на 6,8% менше проти 2017 року);
- дільничних лікарів-терапевтів – 75,0% (на 23,0 менше від 2017 року);
- дільничних лікарів-педіатрів – на 98,1 (збільшення склало 0,9% проти 2017 року).

Дефіцит лікарів первинної ланки, всього 15,25% у 2021 році, що на 69,4% більше від 2017 року.

Кількість штатних посад середнього медичного персоналу, у 2021 році 143,0, що на 56,3 одиниці більше, ніж у 2017 році.

Співвідношення посад лікарів та посад молодших медичних працівників з вищою освітою у КНП «Поліклінічне об'єднання» в 2021 році було таким:

- сімейних лікарів –1:1,8;
- дільничних лікарів-терапевтів –1:1;
- дільничних лікарів-педіатрів –1:1. 93

При нормативі:

- сімейних лікарів –1:2;
- дільничних лікарів-терапевтів –1:1,5;
- дільничних лікарів-педіатрів –1:1,5.

Втім, така ситуація не є унікальною для України. Як зазначено у звіті ВООЗ, тенденція медичних працівників розміщуватись і практикувати в міських зонах через кращі умови життя та праці є викликом для урядів в всьому світі [61].

В Україні факторами, що визначають таку диспропорцію, зокрема, є:

- низька оплата праці та відсутність можливості додаткового заробітку на первинному рівні в селі (через нижчий рівень життя в селі можливість доплат «з кишені» тут мінімальна);
- низький престиж професії сімейного лікаря;
- значна диспропорція в якості життя в місті та селі (особливо у

віддалених селах);

- низький рівень підготовки медичних менеджерів, що не дозволяє їм застосовувати стандартні практики управління людськими ресурсами.

Значною мірою ситуацію відпущено на самоплив, лише останнім часом об'єднані територіальні громади почали вживати заходів для залучення молодих лікарів до своїх медичних закладів.

Аналіз прикріпленості осіб КНП «Поліклінічне об'єднання» за 2017-2021 роки виконано в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

**Аналіз прикріпленості осіб КНП «Поліклінічне об'єднання»
за 2017-2021 роки**

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/17	2019/18	2020/19	2021/20	2021/17	
1.	В середньому кількість прикріплених осіб на одного сімейного лікаря при нормативі 1500/1800 на одного ЛЗП	1263	1437	1428	1433	1953	13,8	-0,6	0,4	36,3	54,6	690,0
2.	В середньому кількість прикріплених осіб на одного лікаря терапевта при нормативі 2000	1406	1208	1082	1388	2098	-14,1	-10,4	28,3	51,2	49,2	692,0
3.	В середньому кількість прикріплених осіб на одного лікаря педіатра при нормативі 800/900	273	592	627	683	882	116,8	5,9	8,9	29,1	223,1	609,0
4.	Із загальної кількості фізичних осіб лікарів, які надають ПМСД частка осіб пенсійного віку складає:	44,4	48,9	51,7	48,8	48,8	10,1	5,7	-5,6	0,0	9,9	4,4
5.	Сімейних лікарів	80	66,7	63,6	51,2	55	-16,6	-4,6	-19,5	7,4	-31,3	-25,0
6.	Дільничних лікарів-терапевтів	20,7	36,8	43,7	75	90	77,8	18,8	71,6	20,0	334,8	69,3
7.	Дільничних лікарів-педіатрів	40	45,8	45,5	39,1	30,8	14,5	-0,7	-14,1	-21,2	-23,0	-9,2

Джерело: складено автором на основі [60]; дані підприємства

В 2021 році в середньому кількість прикріплених осіб на одного сімейного лікаря при нормативі 1500/1800 на одного ЛЗП – 1953 (на 54% більше проти 2017 року), в тому числі :

- в середньому кількість прикріплених осіб на одного лікаря терапевта при нормативі 2000 – 2098 осіб (на 1,1% більше нормативу);

- в середньому кількість прикріплених осіб на одного лікаря педіатра при нормативі 800 - 889 осіб (на 1,11% більше нормативу).

Із загальної кількості фізичних осіб лікарів, які надають ПМСД частка осіб пенсійного віку складає в цілому 48,8% у 2021 році, що на 9,9% більше проти 2017 року. В тому числі:

- сімейних лікарів – 55%;
- дільничних лікарів-терапевтів – 90%;
- дільничних лікарів-педіатрів – 30,8%.

Амбулаторно-поліклінічна робота КНП «Поліклінічне об'єднання» за 2017-2021 роки проаналізована в таблиці 2.8.

Кількість відвідувань в поліклініку в 2021 році в порівнянні з 2017 роком збільшилась на 16,1% за рахунок відвідувань дитячого населення, зменшення викликів додому - завдяки сприятливим погоднім умовам, реформуванню галузі охорони здоров'я на первинному рівні та зменшенню простудних захворювань.

Аналіз системи оплати праці працівників в КНП «Поліклінічне об'єднання» показав, що:

1. Джерелом коштів на оплату праці працівників КНП «Поліклінічне об'єднання» є кошти, отримані в результаті його статутної некомерційної діяльності. Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами. Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати. Умови оплати праці та матеріального забезпечення керівника Підприємства визначаються контрактом, укладеним із Засновником.

Таблиця 2.8

**Амбулаторно-поліклінічна робота КНП «Поліклінічне об'єднання» за
2017-2021 роки**

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/ 17	2019/ 18	2020/ 19	2021/ 20	2021/ 17	
1.	Робота лікарів амбулаторій (кількість відвідувань)	315890	320289	334176	365787	366884	1,4	4,3	9,5	0,3	16,1	50994,0
2.	в т.ч. дільничі терапевти	81235	80729	79610	79473	79544	-0,6	-1,4	-0,2	0,1	-2,1	-1691,0
3.	лікарі загальної практики сімейної медицини	134109	135301	151918	165542	168331	0,9	12,3	9,0	1,7	25,5	34222,0
4.	дільничі педіатри	112356	104259	102648	120772	121741	-7,2	-1,5	17,7	0,8	8,4	9385,0
5.	Робота лікарів вдома	145332	141675	135681	125836	124615	-2,5	-4,2	-7,3	-1,0	-14,3	-20717,0
6.	в т.ч. дільничі терапевти	48856	48739	40621	32949	31626	-0,2	-16,7	-18,9	-4,0	-35,3	-17230,0
7.	лікарі загальної практики сімейної медицини	58562	57430	63864	65491	65682	-1,9	11,2	2,5	0,3	12,2	7120,0
8.	дільничі педіатри	36201	35506	31196	27396	28351	-1,9	-12,1	-12,2	3,5	-21,7	-7850,0
9.	Кількість відвідувань середнього медперсоналу на самостійному прийомі	1520	1540	1989	2289	2265	1,3	29,2	15,1	-1,0	49,0	745,0
10.	Кількість жінок, що їх оглянуто профілактично в оглядових кабінетах	1620	1540	1989	2289	2265	-4,9	29,2	15,1	-1,0	39,8	645,0
11.	в т.ч. з цитологічним дослідженням	1620	1540	1989	2289	2265	-4,9	29,2	15,1	-1,0	39,8	645,0
12.	Стаціонари вдома, кількість пролікованих	9462	9584	9337	8212	8110	1,3	-2,6	-12,0	-1,2	-14,3	-1352,0

Джерело: складено автором на основі [60]; дані підприємства

2. Працівники КНП «Поліклінічне об'єднання» проводять свою діяльність відповідно до Статуту, колективного договору та посадових інструкцій згідно з законодавством.

3. Оплата праці працівників формується на підставі законів та інших нормативно-правових актів України, Генеральної, Галузевої і територіальної

угод, цього Колективного договору з дотриманням гарантій, встановлених чинним законодавством.

4. Розміри посадових окладів працівникам підприємства встановлюються на рівні не нижчому, ніж мінімальна заробітна плата встановлена Законом України «Про Держбюджет» на відповідний рік. Умови оплати праці керівника Підприємства обумовлюються контрактом та додатками до нього.

5. Посадові оклади працівників Підприємства визначаються за схемою посадових окладів з врахуванням кваліфікаційної категорії.

З метою ранньої діагностики урогенітальних захворювань в закладі функціонують оглядові кабінети для жінок по вул. Габдрахманова (АЗІ ІСМ № 1,2,3) та по вул. Кропивницького (АЗПСМ № 5,6,7), в яких забезпечується не тільки профілактичний огляд акушеркою, але й проводяться цитологічні дослідження жінок.

Оглянуто та обстежено в 2017 році - 1620 жінок, у 2018 році - 1540 жінок; у 2019 році - 1989 жінок, в 2020 році - 2289 жінок, у 2021 році – 2265 жінки (виявлено онкозахворювань).

Стаціонари вдома, кількість пролікованих хворих у 2021 році було 14,3% менше в порівнянні з 2017 роком.

З метою надання якісної кваліфікованої первинної медичної допомоги в КНП «Поліклінічне об'єднання» розроблені та постійно застосовуються лікарями в практичній діяльності уніфіковані протоколи лікування найбільш поширених захворювань.

Так як в закладі не передбачено існування денних стаціонарів (ІІ рівень), велика увага приділяється лікуванню пацієнтів з різними захворюваннями в стаціонарах вдома.

Кількість пацієнтів пролікованих в стаціонарах вдома в 2021 р. зменшилась в порівнянні з 2017 р. на 1372 осіб або на (16,7 %). Ефективність лікування в 2021 ,р. залишилась на рівні минулих років.

Аналіз укомплектованості КНП «Поліклінічне об'єднання» за 2017-2021

рок подано в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

**Аналіз укомплектованості КНП «Поліклінічне об'єднання»
за 2017-2021 роки**

№	Показники	Роки					Відносне відхилення (%)					Абс. відх. (+/-)
		2017	2018	2019	2020	2021	2018/17	2019/18	2020/19	2021/20	2021/17	
1	У відповідності до галузевих нормативів автотранспортом підрозділи ПМСД укомплектовані на %	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	Рівень оснащення амбулаторій відповідно до галузевого нормативу, %	83,2	87,2	96,2	88,1	93,7	4,8	10,3	-8,4	6,4	12,6	10,5
3	Автоматизованими робочими місцями забезпечено % амбулаторій	-	-	-	90	100				11,1		
4	Відповідність ЗОЗ первинного рівня медичної допомоги діючим ДСТУ (СНіПам) відповідно кількості приміщень та їх площам, системі гарячого та холодного водопостачання, освітлення, опалення, наявності системи знезараження шкідливих відходів тощо у %	90	90	90	90	90	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Джерело: Джерело: складено автором на основі [60]; дані підприємства

У відповідності до галузевих нормативів автотранспортом підрозділи КНП «Поліклінічне об'єднання» укомплектовані у 2017- 2021 роках на 100 %.

Рівень оснащення амбулаторій КНП «Поліклінічне об'єднання» відповідно до галузевого нормативу – 93,7% у 2021 році, що на 10,5% більше проти 2017 року.

Автоматизованими робочими місцями забезпечено на 100% амбулаторій КНП «Поліклінічне об'єднання».

РОЗДІЛ 3

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МОЖЛИВОСТІ ТА ЗАГРОЗИ

3.1. Перешкоди та ризики на шляху створення і впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я

Очевидним є той факт, що у сфері охорони здоров'я в процесі розвитку інноваційної діяльності з'являються нові ідеї, теорії, концепції. Пройшовши довгий шлях до виходу на ринок, у результаті успішними залишаються лише незначна частина інновацій (рис. 3.1). Таку ситуацію сформував низка зовнішніх і внутрішніх чинників.



Рис. 3.1. Конус втілення інновації «Від ідеї до реалізації»

Джерело: укладено автором на основі [2, с. 16; 34, с. 56-67].

До зовнішніх – об'єктивних бар'єрів – можна віднести такі:

- фінансування;
- попит на ринку;
- неконкурентоздатна пропозиція;
- відсутність досвіду та підтримки в автора інноваційної ідеї;

- законодавчі бар'єри;
- складні процеси реєстрації та внесення до стандартів лікування;
- консервативність сфери (специфіка медицини).

З вище наведених чинників можна сформулювати низку «сил управління на ринку». До них належать: гравці на ринку в цій сфері; фінансування; державна політика; технології; клієнти; інвестори (спонсори).

Усі вони можуть або сприяти, або перешкоджати впровадженню інновацій. Індивідуально або в поєднанні ці сили певною мірою впливають на втілення інноваційних ідей, а тому доцільним буде детальніше розглянути кожен з них у розрізі нашого дослідження розвитку сфери охорони здоров'я України.

1. Фінансування. Проблема полягає в тому, що багато традиційних джерел фінансування вкрай рідко пов'язані із сферою охорони здоров'я, інвестори не мають потрібного досвіду діяльності у зазначеному сегменті. Таким чином, досить складно знайти бізнес-ангелів, зацікавити інвестиційні та інноваційні фонди, які були б готові вкладати кошти в інноваційні розробки, що здебільшого (у 90% випадках) завершуються невдачею, у сферу, в якій надто мало орієнтуються. Ще складніше знайти інвесторів, які могли б кваліфіковано управляти діяльністю суб'єктів господарювання, які створюють інновації у сфері охорони здоров'я.

2. Інвестори. Інвестиції у сферу охорони здоров'я «не є популярними» серед інвесторів, через складні та довгі процеси клінічної апробації, введення в стандарти лікування.

3. Технологія. На вибір закладами охорони здоров'я певної інновації, технології можуть мати вплив такі чинники, як маркетингові дослідження, державне замовлення, співставлення виробничих потреб і наявних ресурсів медичних установ, оцінювання інновацій, новітніх медичних технологій тощо.

4. Клієнти (попит). Сучасні інновації у сфері охорони здоров'я вимагають значних інвестицій, відповідно і їх кінцева вартість для споживача буде високою. Це постає ще одним чинником обмеженого попиту на

інноваційні продукти, препарати чи технології, вартість яких є високою, що в свою чергу зумовлює недоступність цих послуг для пересічного українського споживача, у якого не має достатніх власних фінансових ресурсів для покриття своїх потреб, фінансування з боку держави сфери охорони здоров'я має спадний характер, а система медичного страхування в Україні є слабо розвинута, що зумовлює обмежене фінансування пацієнтів для діагностики та лікування.

Окрім лікаря, ще одним джерелом інформації про продукт для споживача постає Інтернет. Доволі часто, озброївшись інформацією, отриманою з Інтернету, споживачі ігнорують поради лікаря. Тому компанії, які знають і використовують Інтернет як джерело інформації про свій інноваційний продукт, можуть значно підвищити сприйняття ринком цієї інновації.

5. Гравці на ринку. У сфері охорони є багато зацікавлених сторін, кожна з яких має свої плани та приховані мотиви. Часто ці гравці мають ресурси та можливість впливати на державну політику, перешкоджаючи або підтримуючи новаторів [5, с. 13; 7, с. 23-27].

Проблемою для України залишається процес підготовки фахівців в галузі медицини, інноваційних технологій, відтік кваліфікованих фахівців за межі нашої держави.

6. Відсутність досвіду. Ще одною перешкодою на шляху впровадження інноваційних проєктів є відсутність практичного досвіду та напрацьованих механізмів впровадження ідеї в життя. На жаль, між науковим і прикладним світами існує великий розрив, нестача практичних навичок щодо втілення ідеї в реальний продукт.

Дуже слабо розвинута співпраця між науковими інститутами та приватним бізнесом чи державними установами, в яких є не тільки фінансові можливості, але й практичний досвід з виводу нових продуктів на ринок.

7. Політика. Державне регулювання охорони здоров'я іноді може допомагати інноваційній діяльності (якщо законодавством передбачено

стимули для підприємств, компаній, які розробляють інноваційні продукти), а іноді і перешкоджати їй. Тому компаніям, які займаються розробкою інновацій у цій сфері, потрібно досконало вивчати законодавство, щоб чітко розуміти, які закони можуть сприяти втіленню їхньої ідеї, а які зашкодити.

З метою захисту людського життя та здоров'я, законодавча база в сфері охорони здоров'я (яка є особливо складною) вимагає проходження інновацією великої кількості процедур та акредитацій перед впровадженням в стандарти лікування. Невідпрацьованою залишається юридична й організаційна база передачі частини медичних послуг приватним структурам. Також з боку держави відсутнє стимулювання переходу надання медичних послуг у приватний сектор.

Одним із важливих завдань для державної політики в напрямі інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я є створення законодавчої інформативно-правової бази розвитку стандартизації, формування програм та розроблення ефективних заходів для забезпечення цілісності системи завдяки комплексності підходів до нормування, планування, сертифікації та ліцензування. Також проблемою залишається розроблення підходів до організації надання медичних послуг населенню.

Таким чином, виникла потреба формування єдиного нормативно-правового простору для інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я.

Й досі відсутні технології обчислення собівартості надання медичної послуги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Приватні ж заклади охорони здоров'я можуть завищувати ціну медичної послуги.

Важливо сформулювати технологію розрахунку собівартості надання медичної послуги, виходячи із обсягу надання медичної допомоги, собівартості медичної технології, витрат на утримання установи тощо. Відсутність цього не дає змоги повноцінно провести роботу щодо планування обсягу бюджетного фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я, моніторингу використання усіх ресурсів.

Специфічним для медичного сегменту є ще один бар'єр, з яким

стикається інноваційний продукт на шляху свого втілення – це введення в стандарти лікування нового препарату чи методики [25, с. 143; 12, с. 23-26].

Існує низка внутрішніх або суб'єктивних бар'єрів в контексті наукових досліджень та розробок на шляху до інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Перешкоди в контексті наукових досліджень та розробок на шляху до інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України

№ п/п	Перелік перешкод
1	неусвідомлення визначальної ролі інтелектуальної власності в розвитку сфери охорони здоров'я урядовцями, керівниками наукових організацій і промислових підприємств);
2	неусвідомлення переважною більшістю науковців важливості комерціалізації і невміння комерціалізувати результати своїх досліджень;
3	відтік молодих кадрів, як наслідок похилий вік більшої частини науковців вищої кваліфікації (60-85 років);
4	переорієнтація значної кількості талановитих науковців на виконання замовлень іноземних наукових центрів і компаній;
5	погіршення якісного складу науковців, які працюють в медичних навчальних закладах, академіях і університетах;
6	низька ефективність системи підготовки наукових кадрів;
7	порушення порядку впровадження НДДКР: науковці зазвичай спочатку отримують результати НДДКР, потім шукають шляхи для їх використання, а не навпаки;
8	недостатнє володіння науковцями знаннями і вміннями для реалізації інноваційних проектів у сфері охорони здоров'я;
9	зміна за останнє десятиріччя співвідношення між фахівцями інженерного і гуманітарного профілю від 80:20 до 20:80;
10	нерозуміння науковцями, кому і навіщо потрібні результати їх досліджень

Джерело: укладено автором на основі [14; 33; 34]

Для полегшення подолання будь-якого виду перешкод потребують детального вивчення та дослідження чинники, що стримують інноваційну сприйнятливість.

Таким чином, важливим етапом перед початком старту реалізації проекту необхідною є оцінка ризиків реалізації проекту.

Ризик інноваційного проекту у сфері охорони здоров'я – це міра непевності одержання очікуваного рівня прибутковості за умови реалізації інноваційного проекту в реальних умовах господарювання, тому необхідним є розроблення методів запобігання, зниження чи компенсації можливих негативних наслідків ризику [15].

Основними етапами оцінки ризиків інноваційних проектів у сфері охорони здоров'я є:

- 1) визначення окремих ризиків реалізації інноваційного проекту у сфері охорони здоров'я.
- 2) збір інформації для визначення рівня окремих проектних ризиків.
- 3) вибір та використання відповідних методів оцінки вірогідності окремих проектних ризиків (аналіз елементарного ризику інноваційного проекту ґрунтується на оцінці ризиків, що притаманні його грошовим потокам, тобто ймовірності відхилення отриманого грошового надходження від запланованого його значення в проспекті проекту, враховується також рівень кореляції та характер розподілу даних ймовірностей) [19].
- 4) визначення розміру можливих фінансових наслідків за настання ризикової події у зв'язку з реалізацією інновації, впровадження інноваційного проекту у сфері охорони здоров'я.
- 5) оцінка загального проектного ризику суб'єкта господарювання сфери охорони здоров'я.
- 6) співставлення рівня проектного ризику з фінансовими можливостями суб'єкта господарювання сфери охорони здоров'я.
- 7) співставлення рівня проектного ризику у сфері охорони здоров'я з рівнем дохідності інноваційного проекту.

3.2. Рекомендації по покращенню ефективності функціонування існуючої державної системи охорони здоров'я

Варто відмітити, що нині не існує чіткої моделі управління в сфері

охорони здоров'я, і в законодавчих документах також немає ні рекомендацій, а ні якихось процедур з даного питання. Також, дана проблема з розробки чіткої моделі управління медичними закладами, не вирішується на місцевому та регіональному рівнях. А та модель управління, яка продовжує використовуватись лікувальними закладами, зовсім не може адаптуватись до процесів реформування, які нині інтенсивно втілюються в життя, фактично є перепорою на шляху реформ в медичній сфері через недосконалість організаційно-правових механізмів.

Між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування спостерігаємо суміжні компетенції, які створюють несприятливі умови дублювання, що стає причиною того випадку коли одні органи втручаються в справи інших. Тому, важливим на сьогоднішній час, є питання розмежування функцій та повноважень, з управління сектором охорони здоров'я, між цими двома органами влади [26, с. 68].

У Щорічному Посланні Президента України до Верховної Ради України було зрозуміло та чітко сформовано основні напрями щодо запровадження реформ в системі охорони здоров'я [29, с. 103-105].

Виходячи з матеріалів даного документу в якому зазначено, що головною метою реформи сфери охорони здоров'я, є побудова в ній такої моделі яка б могла створити умови та забезпечити рівний та справедливий доступ усіх громадян країни до необхідних медичних послуг. Щоб ті послуги які пропонувались були належної чи високої якості, економічно обґрунтованими та доступними для суспільства із збереженням соціально прийняттого обсягу певних державних гарантій.

Для того щоб існуюча система охорони здоров'я ефективно функціонувала та в подальшому впроваджувались в ній необхідні реформи, необхідно прискорювати реалізацію таких важливих кроків:

- 1) загальне підвищення рівня якості послуг з охорони здоров'я, а саме:
 - на основі доказової медичної бази, сприяння в розробка нових та оновлення існуючих клінічних протоколів та медичних стандартів по наданню

медичної допомоги під чітким контролем міністерства охорони здоров'я України, органами місцевого самоврядування, місцевими органами виконавчої влади та громадськості щодо реалізації та дотриманню цих оновлених стандартів та клінічних протоколів;

- розробка та запровадження системи диференційованої оплати праці працівників охорони здоров'я, яка б виконувала стимулюючу функцію. Запровадження системи укладання контрактів та договорів між тими хто надає медичні послуги та тими хто їх оплачує, з врахуванням їх якості, швидкості та складності;

- розроблення спеціальної програми з постійного покращення якості наданих послуг в медичних установах, за рахунок онлайн навчання (дистанційного) та комп'ютеризації робочих місць працівників медичних установ всіх рівнів.

Поліпшення позавідомчої системи контролю якості, зокрема це стосується ліцензування, акредитацій та атестацій, та відомчої в рамках проведення незалежних експертиз.

- на основі державної та регіональної програми більш інтенсивними темпами сприяти формуванню мережі закладів первинної медицини та здійснювати реорганізацію дільничних лікарень в амбулаторії загальної практики сімейної медицини та денним стаціонаром;

- сприяння створенню різних реабілітаційних закладів, які б сприяли розвитку та пропаганді здорового способу життя та покращували чи відновлювали працездатність населення;

- сприяння розвитку механізму диспансеризації населення, розробка дієвого механізму економічного стимулювання та особистої відповідальності кожного громадянина за стан свого здоров'я;

2) підвищення матеріального та посилення ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я, а саме:

- запровадження прямого механізму цільового використання коштів, на потреби охорони здоров'я, які надходять з акцизних зборів з продуктів які

шкідливі для організму та погіршують стан здоров'я. Наприклад, таких продуктів як алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру ін.

- створення загального реєстру цін на лікарські засоби.

Спрощення та удосконалення процедури державного забезпечення соціально незахищених пацієнтів базовим пакетом лікарських препаратів.

На державному рівні запровадження фіксованих цін на низку базових та специфічних лікарських засобів та збільшити державне замовлення на їх виробництво, бажано на території України;

- запровадження системи безперервного моніторингу, яка дасть чітку картину ефективності державних видатків, та на скільки реально якісно покращилась ситуація зі здоров'ям в суспільстві в цілому, а не за часту викривленими статистичними даними по кількості звернень до лікувальних закладів та перебування в стаціонарі медичної установи;

- підтримка та розбудова соціального партнерства між представниками державної влади та приватною медициною, яку залучатимуть до різних важливих соціальних програм, а саме:

- фінансова підтримка в створенні хоспісів, та фінансування важливих програм, наприклад протитуберкульозних, противірусних та ін.;

- забезпечення тісної співпраці а організаційній частині між державним, приватним та відомчим секторами медичного обслуговування громадян;

3) покращення якості кадрового забезпечення медичної сфери, а саме:

- згладжування дисбалансу з питання кадрового забезпечення шляхом запровадження довгострокових прогнозів з таких категорій як, потреба в медпрацівниках з урахуванням різних реформаторських перетворень в медичній сфері, різних міграційних процесів та природнього зменшення кадрів;

- готувати згідно прогнозних розрахунків кількість необхідних лікарів шляхом підготовки (навчання в освітніх закладах) та перепідготовки не профільних лікарів до загальної практики сімейної медицини, сімейних медсестр та середнього медичного персоналу який має вищу освіту. Для цих

заходів варто в бюджеті країни передбачити на постійній основі відповідну статтю фінансування;

4) стимулювання та заохочення запровадження та розвитку добровільного медичного страхування, для чого необхідно:

- впровадження принципу багатовекторного фінансування системи охорони здоров'я.

Підтримка на майбутнє розбудови добровільного медичного страхування.

Запровадження лікарняних кас;

- більш широко використовувати ресурси приватних медичних закладів;
- запровадження та стимулювання розвитку системи офіційної спільної оплати громадян в процесі отримання медичних послуг.

Передбачення пільг з оподаткування зокрема на доходи, громадян які користуються послугами приватних медичних установ;

- налагодження системи покращення якості медичних послуг та допомоги в цілому.

Контроль та моніторинг використання коштів за призначенням.

Сприяння розвитку медичних кас та залучення до них організацій та підприємств не залежно від їх форми власності;

- створення та впровадження механізму фінансування профілактичних заходів, для зниження рівня захворюваності то страховому переліку, що в подальшому знизить рівень виплат по страхових випадках;

5) вдосконалення законодавчої бази в системі охорони здоров'я, а саме:

- створення чіткої та прозорої моделі управління сектором охорони здоров'я на основі нормативних та правових документів та актів якими б визначалися функції та встановлювались повноваження відповідних центральних та місцевих органів виконавчої влади, де чітко розмежовувалися повноваження органів місцевого самоврядування та органів виконавчої влади на місцях;

- на законодавчому рівні визначення базового переліка (пакета) мед-

послуг безплатної мед-допомоги, який гарантується державою, на основі якого може сформуватися базовий пакет медичних послуг для запровадження мінімального рівня медичного страхування;

- прийняття Закону України “Про захист прав пацієнта” який дасть змогу в подальшому захистити права не тільки пацієнтів, а й медичних працівників;

б) сприяти подальшому проведенню реформ в пілотних регіонах та за результатами яких, результативні та вдалі механізми і моделі поширювати решті регіонів:

- сприяти більш швидшому та ефективному завершенню структуруванню медичної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях, закладення фінансування у бюджеті на первинну медичну допомогу в розмірі 20–35 % від загального бюджету медичної сфери;

- впровадження сформованих та затверджених планів-схем госпітальних територій (округів), згідно нової реорганізації адміністративного устрою районів областей;

- сприяти пришвидшенню завершення роботи щодо передання з балансу районних і міських рад на баланс обласних рад майнових комплексів майбутніх закладів медичної сфери вторинного рівня та екстреної медичної допомоги;

- сприяння завершенню формування окружних центрів екстреної медичної допомоги з мережею станцій, підстанцій та пунктів тимчасового базування бригад швидкої медичної допомоги.

Відповідно до такого реформування, його результатом стане те, що створиться повноцінна модель охорони здоров'я, яка буде враховувати такі важливі чинники як географічні та культурно-історичні особливості країни та окремо взятих територій, а діяльність та створена інфраструктура відповідатимуть головним потребам населення країни.

В подальшому при продовженні поширенні реформи на всю країну варто звертати увагу та обов'язково враховувати такі особливості для окремо

взятого регіону, а саме характерну для регіону структуру захворюваності, фактичне матеріальне становище закладів охорони здоров'я, кількість наявних та характеристика лікувально-оздоровчих, спортивних та реабілітаційних закладів, густота населення, стан транспортної інфраструктури та її логістична система, природно-кліматичні особливості та умови, екологічна ситуація округу та інше.

Обов'язково, задля уникнення супротиву по реформуванні, необхідно під час запровадження реформи на певній території широко проводити роз'яснювальні роботи, особливо серед населення, представників політичної еліти, посадових осіб органів державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, керівників установ та підприємств, медичної громадськості про зміст та переваги, наслідки та можливі ризики під час проведення реформ [29, с. 105].

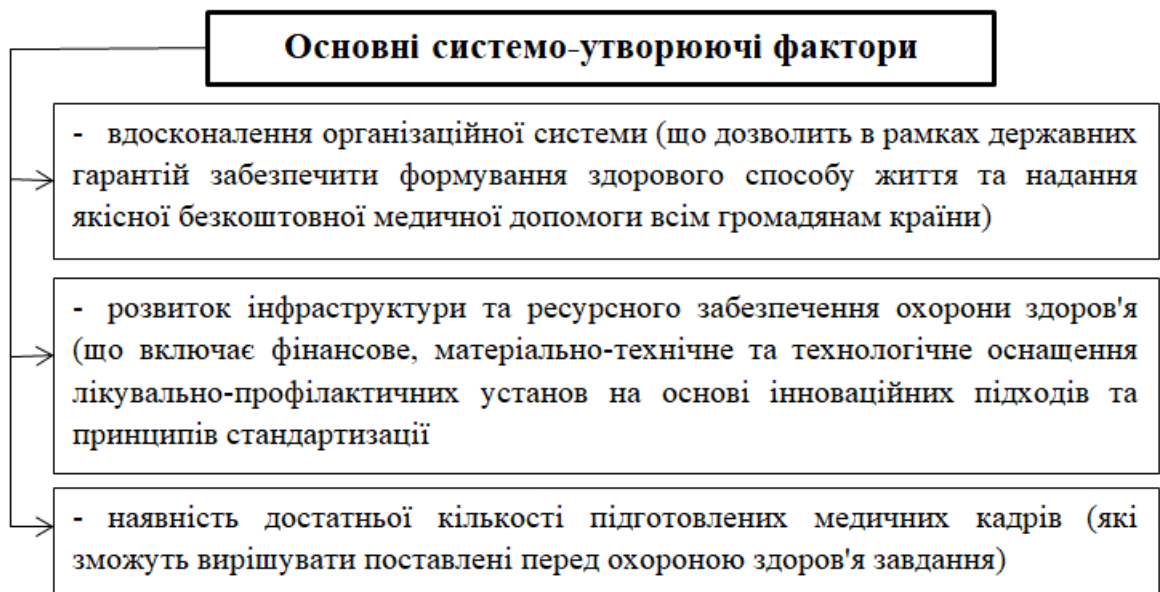


Рис. 3.2. Основні системо-утворюючі фактори ефективного функціонування системи охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

Можна сказати, що система охорони здоров'я являє собою сукупність організацій, інститутів та ресурсів, головною метою взаємодії та діяльності яких є підняття рівня та поліпшення здоров'я населення країни в цілому.

Як відмічалось раніше, для ефективного функціонування системи охорони здоров'я необхідні якісні кадрові ресурси, фінансові кошти, інвестиційні та інноваційні вливання, достовірна та якісна інформація, обладнання, матеріали та його оновлення, транспорт, комунікації, а також загальне системне управління та керівництво.

Ми вважаємо, що для ефективного функціонування системи охорони здоров'я визначається певними системо-утворюючими факторами які наведено на рис. 3.2.

Перспективною темою для подальших досліджень у даному напрямі може стати вивчення питань, пов'язаних з пошуком національної моделі розвитку системи охорони здоров'я в Україні та механізм її впровадження на місцях (областях та округах).

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі на підставі узагальнення теоретичних та організаційно-практичних основ з управління закладом охорони здоров'я, запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо удосконалення наявної системи управління закладом на інноваційних засадах.

За результатами кваліфікаційної роботи зроблено наступні висновки теоретико-методичного змісту та прикладного спрямування.

1. В сучасних умовах функціонування економіки України інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я відкриває нові напрями підсилення рівня охорони й оздоровлення населення. Фундаментом такого розвитку є інновації у досліджуваному сегменті, без яких неможливе підвищення продуктивності медичних послуг, економічних показників діяльності суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я.

2. Запропоновано класифікацію інновацій у сфері охорони здоров'я за такими ознаками: спрямування, рівень прояву чи спроможності до поширення, ступінь трансформації новизни, рівень системи заходів, що спрямовані на охорону здоров'я, ступінь розвитку сфери охорони здоров'я, підґрунтя виникнення. Ця класифікація орієнтована на вирішення проблем щодо підсилення ефективності діяльності у секторі охорони здоров'я. Обґрунтовано, що інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я є найважливішим напрямом підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання галузі з орієнтацією на інноваційні перетворення та динамічний процес її структурного вдосконалення завдяки втіленню новітніх знань задля поліпшення якості надання медичних послуг.

3. Систематизовано структурно-функціональні характеристики інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я (у розрізі елементів соціальної функції й ознак інноваційної діяльності сфери охорони здоров'я), а також ознаки та форми інноваційної діяльності, що дає змогу вдосконалити застосування чітких і дієвих засобів державного регулювання інноваційних

процесів у цій галузі.

4. Розкрито сутність поняття державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я як складну багаторівневу і багатокомпонентну систему заходів, спроможну забезпечити ефективне функціонування й інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я та її ресурсів.

5. Охарактеризовано та проведено оцінку показників діяльності КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради. Згідно якої встановлено, що досліджувана установа діє на підставі Статуту та визначених законодавством документів для діяльності медичних закладів. За результатами оцінки показників діяльності установи можна сказати, що КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради працює як більшість бюджетних не прибуткових організацій. Досліджено перешкоди та ризики на шляху створення і впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я.

6. Сформульовано рекомендації для вдосконалення впровадження інструментарію державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України, які передбачають втілення комплексу заходів, що зорієнтовані на інтелектуалізацію всієї системи державного регулювання інноваційного розвитку цієї сфери, зміну управлінської структури на всіх рівнях національної економіки для забезпечення збалансованого фінансування медицини. Розроблено заходи державного сприяння інноваційному розвитку сектора охорони здоров'я.

Отримані теоретико-методичні й науково-практичні результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення системи державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я, що дасть змогу стимулювати інноваційну діяльність та підвищити рівень надання медичних послуг населенню.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексеев І. В., Желізняк Р. Й., Мазур А. В. Міжнародна податкова конкуренція в сфері стимулювання інноваційної діяльності підприємств. *Формування ринкової економіки в Україні*. 2016. Т.35, № 1. С. 10–18.
2. Амоша О. І. Інноваційний шлях розвитку України: проблеми та рішення. *Економіст*. 2005. №6. С. 16-31.
3. Аналітична довідка. Стан розвитку науки і техніки, результати наукової, науково-технічної, інноваційної діяльності, трансферу технологій за 2016 рік. URL: <http://www.mon.gov.ua/content/Діяльність/Наука/2-3-ad-kmu2015.pdf> (дата звернення: 23.11.2022).
4. Андрощук Г. О. Національні інноваційні системи: еволюція, детермінанти результативності: монографія. Київ : Парламентське видавництво, 2015. 510 с.
5. Артамова Н. Інформаційний моніторинг наукової та інноваційної діяльності медичної галузі України. *Бібліотечний Вісник Інституту медичної радіології ім. С. П. Григор'єва АМН України*. 2007. №2. С. 10-13.
6. Василенко В. О., Шматько В. Г. Інноваційний менеджмент: навч. пос. Київ.: Фенікс, 2003. 440 с.
7. Влияние инноваций на уровень международной экономической интеграции. Министерство образования и науки Украины, Национальный аэрокосмический университет им. Н. Е. Жуковского «Харьковский авиационный институт». Харьков : ХАИ, 2015. 115 с.
8. Гаман М. В. Державне регулювання інноваційного розвитку України : монографія. Київ : НАДУ, 2005. 388 с.
9. Гаман П. І. Методологічні підходи до моделювання процесу управління системою охорони здоров'я в умовах трансформаційного суспільства. *Державне будівництво*. 2007. № 2. С. 26. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2007_2_14 (дата звернення: 11.11.2022).
10. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я.

Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. 312 с.

11. Господарський кодекс України: Закон України від 08.12.2016 № 436-15. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/436-15> (дата звернення: 22.11.2022).

12. Данько В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2019. № 2, Том 30 (69). С. 102-110.

13. Журавлева Л. В., Лопина Н. А. Информационно-образовательное пространство в работе клинической кафедры в контексте реализации непрерывного медицинского образования: метод. реком. Харьков : ХНМУ, 2015. 36 с.

14. Карамишев Д. В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я : дис. д-ра наук держ. управління: 25.00.02. Національна академія держ. управління при Президентові України; Харківський регіональний ін-т держ. управління. Донецьк, 2007. 494 с.

15. Карамишев Д. В., Немченко А. С. Реалізація та оцінка ефективності інноваційних проєктів у системі охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2006. №2. С. 86-88.

16. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96- вр. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 15.11.2022).

17. Краснокутська Н. В. Інноваційний менеджмент: навч. пос. Київ: КНЕУ, 2003. 504 с.

18. Лозовська Л. І., Трофименко Г. С. Моделювання систем управління в галузі охорони здоров'я : монографія. Дніпропетровськ : Герда, 2015. 197с.

20. Майстро С. В. Теоретико-методологічні засади Реалізації державної економічної політики. *Теорія та практика державного управління*. 2013. Вип. 2. С.149-155. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2013_2_23 (дата звернення: 22.10.2022).

21. Малицкий Б. А. Неолиберализм и кризис инновационного развития

економики. Формула кризиса. Киев: Феникс, 2009. 64 с.

22. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 10.10.2022).

23. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. За ред. В. В. Лазоришинця. К., 2014. 607 с.

24. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. «Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення» : матеріали V наук.-практ. конф. 27 жовтня 2011 р.: тези допов. Луцьк, 2011. С. 68 – 70.

25. Погоріляк Р. Ю. Характеристика якості та доступності надання вторинної та третинної медичної допомоги населенню на регіональному рівні // Науковий вісник Ужгородського університету. 2015. Серія «Медицина». Випуск 1 (51). С. 299-301.

26. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17> (дата звернення: 14.11.2022).

27. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2012 році : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К. : НІСД, 2012. – 256 с.

28. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#n8> (дата звернення: 20.11.2022).

29. Про інноваційну діяльність: Закон України від 04.07.2002 № 40-IV. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/40-15> (дата звернення: 07.12.2022).

30. Сазонець О. М., Сіпайло Л. Г. Інноваційна діяльність підприємств у контексті забезпечення інформаційної безпеки. *Проблеми економіки*. 2015. №

3. С. 156-161.

31. Стан виконання державних цільових програм у 2021 році. URL: <https://www.me.gov.ua/Documents/List?lang=uk-UA&tag=DerzhavniTsiloviProgrami> (дата звернення: 19.12.2022).

32. Слабкий Г. О. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я: 2015 рік. / [за ред. Н. Ю. Будяка, О.М. Черемухіної]. Київ : Медінформ, 2016. 62с.

33. Чудаєва І. Б. Механізм розвитку науково-технічних зон в Україні : монографія. Східноєвропейський університет економіки і менеджменту, 2013. 430с.

34. Чумак О. В. Соціально-філософський аналіз поняття «інновація» та «інноваційна діяльність». Запоріжжя, 2009. 15 с. URL: http://www.zgia.zp.ua/gazeta/VISNIK_36_14.pdf (дата звернення: 07.08.2016).

35. Юринець З. В. Формування інноваційних стратегій: теорія, методологія, практика. Львів: СПОЛОН, 2016. 412 с.

36. Paul Merrild «The Biggest U.S. Health Care Challenges Are Management Challenges». Harvard Business Review. URL: <https://hbr.org/2015/02/the-biggest-u-s-health-care-challenges-are-managementchallenges> (дата звернення: 11.11.2022).