

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ
Кафедра публічного управління та адміністрування

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач випускової кафедри
_____ Н.М.Грущинська
«_» _____ 2020 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА

ВИПУСКНИКА ОСВІТНЬО-КВАЛІФІКАЦІЙНОГО РІВНЯ
«МАГІСТР»

За освітньо-професійною програмою «Суспільне врядування, регіональний
розвиток та самоврядування»

**Тема: «Механізми формування і застосування організаційних інновацій в
діяльності медичних закладів (на прикладі Броварської багатопрофільної
клінічної лікарні)»**

Виконавець: студент гр. 103Мз Кароль Іван Вікторович

Керівник: д.е.н., професор Грущинська Наталія Миколаївна

Консультанти з окремих розділів
пояснювальної записки: _____ д.е.н., проф. Грущинська Н. М.

Нормоконтролер: _____ д.е.н., проф. Грущинська Н. М.

Київ 2020

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Навчально-науковий інститут неперервної освіти
Кафедра публічного управління та адміністрування
спеціальність: 281 Публічне управління та адміністрування

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Завідувач кафедри
Н. М. Грущинська
« _____ » _____ 2020 р.

ЗАВДАННЯ
на виконання дипломної роботи
Кароля Івана Вікторовича

1. Тема роботи: **«Механізми формування і застосування організаційних інновацій в діяльності медичних закладів (на прикладі Броварської багатопрофільної клінічної лікарні)»**

затверджена наказом ректора від «30» листопада 2020 р. № 2361/ст.

2. Термін виконання роботи: з 05.10.2020 р. по 31.12.2020 р.

3. Вихідні дані до роботи: теоретичні відомості щодо механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності медичних закладів.

4. Зміст пояснювальної записки:

- теоретико-концептуальні основи механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності медичних закладів;
- діагностика механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності Броварської багатопрофільної клінічної лікарні;
- напрямки удосконалення механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності Броварської багатопрофільної клінічної лікарні.

5. Перелік обов'язкового ілюстративного матеріалу: 13 рисунків, 13 таблиць.

Розроблена презентація в Microsoft Office Power Point (12 сл.).

6. Календарний план-графік

№ п/п	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Вибрати тему дипломної роботи	05.10.2020-13.10.2020	Виконано
2.	Затвердити тему і план роботи у наукового керівника, завідувача кафедри	14.10.2020-31.10.2020	Виконано
3.	Визначити статистичну, інформаційну базу дослідження, скласти бібліографію	01.11.2020-05.11.2020	Виконано
4.	Оформити і обговорити з науковим керівником перший розділ роботи	06.11.2020-14.11.2020	Виконано
5.	Оформити і обговорити з науковим керівником другий розділ роботи	15.11.2020-30.11.2020	Виконано
6.	Оформити і обговорити з науковим керівником третій розділ роботи	01.12.2020-08.12.2020	Виконано
7.	Доопрацювати роботу, оформити її кінцевий варіант	09.12.2020-11.12.2020	Виконано
8.	Підготуватися та взяти участь у попередньому захисті роботи	12.12.2020-15.12.2020	Виконано
9.	Отримати відгук керівника та рецензію	16.12.2020-18.12.2020	Виконано
10.	Підготувати доповідь на захист	19.12.2020-31.12.2020	Виконано

7. Консультанти з окремих розділів

Назва розділу	Консультант (посада, П.І.Б)	Дата, підпис	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1. Теоретико-концептуальні основи механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності медичних закладів.	д.е.н., проф. Грущинська Н. М.	06.11.2020 р.	06.11.2020 р.
2. Діагностика механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності Броварської багатoproфільної клінічної лікарні.	д.е.н., проф. Грущинська Н. М.	15.11.2020 р.	15.11.2020 р.
3. Напрямки удосконалення механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності Броварської багатoproфільної клінічної лікарні.	д.е.н., проф. Грущинська Н. М.	01.12.2020 р.	01.12.2020 р.

8. Дата видачі завдання: 05.10.2020 р.

Керівник дипломної роботи _____ д.е.н., проф. Грущинська Н. М.

Завдання прийняв до виконання _____ Кароль І.В.

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Механізми формування і застосування організаційних інновацій в діяльності медичних закладів (на прикладі Броварської багатoproфільної клінічної лікарні)»: 100 с., 13 рис., 13 табл., 32 літературних джерела.

Об'єкт дослідження: діяльність КНП «Броварська багатoproфільна клінічна лікарня».

Предмет дослідження: механізми впровадження організаційних інновацій в діяльність КНП «Броварська багатoproфільна клінічна лікарня».

Мета роботи: дослідження ефективності організаційних інновацій в діяльності медичних закладів.

Методи дослідження: збір, узагальнення і систематизація інформації використовувалися в першому розділі, де були виявлені теоретичні основи організаційних інновацій, аналіз і синтез були основними методами у другому розділі. Порівняльний метод дозволив виявити недоліки існуючої системи впровадження організаційних інновацій в конкретній організації і на цій основі розроблені пропозиції щодо вдосконалення механізмів формування та застосування організаційних інновацій.

Аналіз впровадження організаційних інновацій розглянули на прикладі Броварської багатoproфільної клінічної лікарні. Серед основних організаційних інновацій, які були впроваджені в діяльності лікарні за останні три роки можна відмітити:

- автономізація закладу (перетворення на комунальне некомерційне підприємство);
- комп'ютеризація закладу: для забезпечення можливості фіксувати інформацію про надані медичні послуги та для обміну інформацією з НСЗУ заклад забезпечили достатньою кількістю комп'ютерів;
- підключення закладу до електронної системи охорони здоров'я;

- наявність у закладу чинної ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також інших ліцензій та дозволів, необхідних для надання відповідних медичних послуг;

- наявність медичного персоналу і необхідного обладнання згідно з табелем оснащення та умовами закупівель НСЗУ.

Перерахуємо ряд проблем, які виникли в лікарні під час впровадження інновацій:

- при установці дорогого устаткування в рамках Програми модернізації не врахований недолік трудових ресурсів, необхідних для експлуатації даного обладнання в повному обсязі. Склалася парадоксальна ситуація: заклад оснащений найсучаснішим медичним обладнанням, а на цьому обладнанні часто просто нікому працювати. Відповідно ростуть черги на прийом до лікарів. В цілому, основною і дуже важливою проблемою є брак кадрів;

- впровадження медико-економічних стандартів не передбачає зміну штатного розкладу лікарні;

- включення в ОМС швидкої медичної допомоги проходить з відсутністю програмного забезпечення для виставлення рахунків;

- недостатньо розвинена система контролю якості медичної допомоги. Відсутність мотивації персоналу до підвищення якості надання медичної допомоги;

- керівником лікарні став головний лікар, який не має профільної освіти в області «Публічне управління та адміністрування»;

- відсутність доступу громадськості до публічної інформації лікарні;

- відсутність бажання персоналу працювати «по новому», страх перед змінами;

- наявність комп'ютерної техніки, але відсутність професійних навичок працювати з нею;

- роздутий штат непрофільних співробітників.

В результаті розгляду впровадження організаційних інновацій в КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня» та визначення проблем, які цьому процесу перешкоджають були запропоновані наступні шляхи їх вирішення:

- зміна керівника лікарнею на ефективного топ-менеджера;
- перегляд штатної структури та зменшення кількості непрофільних працівників;
- розробка програми підвищення кваліфікації персоналу та постійного неперервного навчання;
- перегляд положення про оплату праці в сторону надання більш вигідних умов праці медперсоналу та підвищення заробітної плати;
- впровадження централізованої системи управління закладом, впровадження електронних медичних карток, телемедицини;
- зростання рівня матеріально-технічного забезпечення лікарні;
- покращення рівня менеджменту якості наданих медичних послуг;
- залучення громадськості до реалізації медичних проектів лікарні.

Реалізація запропонованих заходів дасть можливість КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня» підвищити якість своїх послуг, рівень довіри населення та лояльності пацієнтів, що в свою чергу буде сприяти збільшенню дохідності лікарні, підвищенню оплати праці персоналу та розширення можливостей установи.

Результати дипломної роботи рекомендується використовувати під час проведення наукових досліджень та в практичній діяльності фахівців з публічного управління та адміністрування.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ МЕХАНІЗМІВ ФОРМУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ІННОВАЦІЙ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	11
1.1. Сутність організаційних інновацій та механізмів їх формування в управлінні медичними закладами.....	11
1.2. Особливості державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.....	20
1.3. Методологічні підходи щодо оцінки ефективності застосування організаційних інновацій в медичних закладах.....	26
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА МЕХАНІЗМІВ ФОРМУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ІННОВАЦІЙ В ДІЯЛЬНОСТІ БРОВАРСЬКОЇ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ.....	34
2.1. Характеристика Броварської багатoproфільної клінічної лікарні.....	34
2.2. Аналіз механізмів формування та застосування організаційних інновацій в діяльності лікарні.....	41
2.3. Проблеми застосування організаційних інновацій в діяльності лікарні...	60
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ФОРМУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ІННОВАЦІЙ В ДІЯЛЬНОСТІ БРОВАРСЬКОЇ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ.....	66
3.1. Зарубіжний досвід управління та інноваційного розвитку в діяльності медичних закладів.....	66
3.2. Напрямки удосконалення механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності Броварської багатoproфільної клінічної лікарні.....	73
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	88
ДОДАТКИ.....	92

ВСТУП

Інноваційна діяльність і розвиток інновацій мають свої особливості управління. В будь-якій сфері, в тому числі і в охороні здоров'я, підприємства потребують розвинутої інфраструктури. У медичних організаціях під цим мається на увазі оснащення обладнанням, підготовленість медичних кадрів та умови впровадження інновацій, які також є пріоритетними аспектами розвитку нових технологій.

Інновації в сфері охорони здоров'я спрямовані на підвищення ефективності діяльності медичних закладів, ефективне використання фондів, впровадження ресурсозберігаючих технологій і розвиток нових організаційно-правових форм медичних організацій на тлі розробок науково-обґрунтованих підходів до формування стандартів ведення хворих з різних видів медичної допомоги на всіх рівнях її надання.

Впровадження інноваційних технологій потрібне не тільки на рівні самого медичного закладу, але і на рівні держави за допомогою реалізації державної інноваційної політики.

Актуальність обраної теми обумовлена тим, що в процесі реформування охорони здоров'я ефективність від впровадження організаційних інновацій в діяльності медичних закладів не досліджувалась науковцями та потребує вивчення.

Об'єктом роботи є діяльність КНП «Броварська багатoproфільні клінічна лікарня».

Предметом роботи є механізми впровадження організаційних інновацій в діяльність КНП «Броварська багатoproфільні клінічна лікарня».

Метою роботи є дослідження ефективності організаційних інновацій в діяльності медичних закладів.

Для досягнення мети роботи вирішувались наступні завдання:

- дослідити сутність організаційних інновацій та механізмів їх формування в управлінні медичними закладами;

- вивчити особливості державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я в Україні;
- розглянути методологічні підходи щодо оцінки ефективності застосування організаційних інновацій в медичних закладах;
- дати характеристику КНП «Броварська багатoproфільні клінічна лікарня»;
- провести діагностику впровадження організаційних інновацій в діяльність КНП «Броварська багатoproфільні клінічна лікарня» за останні три роки;
- визначити проблеми формування та застосування організаційних інновацій в діяльності КНП «Броварська багатoproфільні клінічна лікарня»;
- дослідити зарубіжний досвід впровадження організаційних інновацій в діяльності закладів охорони здоров'я;
- визначити напрямки вдосконалення механізмів формування та застосування організаційних інновацій в діяльності КНП «Броварська багатoproфільні клінічна лікарня».

Методи дослідження - збір, узагальнення і систематизація інформації використовувалися в першому розділі, де були виявлені теоретичні основи організаційних інновацій; аналіз і синтез були основними методами у другому розділі. Порівняльний метод дозволив виявити недоліки існуючої системи впровадження організаційних інновацій в конкретній організації і на цій основі розроблені пропозиції щодо вдосконалення механізмів формування та застосування організаційних інновацій.

Інформаційною базою випускної кваліфікаційної роботи були нормативно-правові акти, науково-методичні посібники, монографії, наукові статті та Інтернет матеріали.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ МЕХАНІЗМІВ ФОРМУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ІННОВАЦІЙ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

1.1. Сутність організаційних інновацій та механізмів їх формування в управлінні медичними закладами

Основою інноваційної діяльності є розробка та впровадження нововведень, які носять новаторський характер. На перший план при впровадженні інновацій, як правило, виходять змінюваність продукції, готовність задовольнити майбутні запити споживачів, орієнтація на впровадження та поширення нововведень.

Впровадження нової продукції, нових технологій, як правило, пов'язаних з розробкою та освоєнням нововведень у сфері організації та управління виробництвом. Ці інновації дозволяють більш повно використовувати потенціал як підприємства, так і інноваційних продуктів.

Макіавеллі у своїй книзі «Государ» написав: «Немає нічого важчого, ніж братися за нове, нічого більш ризикованого, ніж направляти, або більш невизначеного, ніж очолити створення нового порядку речей, тому що супротивниками нововведень виступатимуть ті, кому добре жилося при старому порядку речей, а боязкими захисниками – ті, кому добре при новому».

Термін «інновація» ввів в науковий обіг вчений Йозеф Шумпетер в першому десятилітті ХХ ст. У своїй роботі «Теорія економічного розвитку» Й. Шумпетер уперше розглянув нові комбінації змін та дав повний опис інноваційного процесу [5].

В процесі досліджень інновацій та розуміння їхньої ролі в економічному розвитку у 1960-і роки виникла потреба в загальноєвропейській статистиці наукових досліджень та розробок. У м.Фраскаті (Італія) прийняте перше керівництво для проведення відповідних

статистичних обстежень, так зване «Керівництво Фраскаті». Згодом воно фактично переросло в Міжнародні стандарти в статистиці науки, техніки та інновацій, що є рекомендаціями міжнародних організацій в галузі статистики науки та інновацій і що забезпечують їхній системний опис в умовах ринкової економіки. Відповідно до цих стандартів інновація – це кінцевий результат інноваційної діяльності, що отримав втілення у вигляді нового вдосконаленого продукту, впровадженого на ринку, нового вдосконаленого технологічного процесу, використовуваного в практичній діяльності, або в новому підході до соціальних послуг.

Інноваційна діяльність традиційно розглядається як вид діяльності, пов'язаний з науковими дослідженнями та розробками, і трансформацією отриманих на вказаних стадіях результатів в новий або вдосконалений продукт, технологічний процес, підхід (метод) організації та управління.

У словнику «Науково-технічний прогрес» термін «інновація» означає результат творчої діяльності, спрямованої на розробку, створення та поширення нових видів виробів, технологій, впровадження нових організаційних форм.

Вважаємо, що інновації у сфері охорони здоров'я – це результат інноваційної діяльності, що реалізується у вигляді забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження новітніх прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення і лікарських засобів, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування (медичні інновації), розробленні програмних засобів опрацювання інформації, створення нових моделей функціонування сфери охорони здоров'я і розвитку персоналу; має вплив на покращення здоров'я населення та економічних показників діяльності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я.

За характером предметного змісту інновації розділяються на технологічні та нетехнологічні. Технологічні інновації – це інновації, спрямовані на отримання та застосування нових знань для вирішення

технологічних та інженерних завдань в сфері забезпечення функціонування техніки та виробництва в організації, як єдиній системі. До них відносять усі зміни, що визначають науково-технічний прогрес та методи організації виробництва, технології виробництва [21].

Технологічні інновації діляться на продуктові та процесні. Продуктові інновації включають розробку та впровадження технологічно нових та технологічно вдосконалених продуктів. Технологічно новий продукт – продукт, технологічні характеристики, функціональні ознаки, конструктивне виконання, додаткові операції якого, а також склад застосовуваних матеріалів та компонентів, істотно відрізняються від аналогічних показників раніше зроблених продуктів, оскільки створення його ґрунтується на принципово нових технологіях, на поєднанні існуючих технологій [23, с. 169]

Процесні інновації включають розробку та впровадження технологічно нових або технологічно значно вдосконалених виробничих методів, включаючи методи передачі продуктів. Інновації такого роду можуть бути засновані у використанні нового виробничого устаткування, нових методів організації виробничого устаткування або на сукупності двох названих способів, а також на використанні результатів досліджень та розробок.

До нетехнологічних інновацій відносять розробки організаційного, управлінського, правового, соціального та екологічного характеру. Нетехнологічні інновації діляться на фінансово-економічні та організаційно-управлінські.

Фінансово-економічні інновації – це інновації, спрямовані на зміну економічного механізму управління, у тому числі і на зміни ціноутворення, системи матеріальних стимулів, системи оплати праці та ін.

Організаційно-управлінські інновації – це зміни в системі управління компанією для досягнення цілей її функціонування та розвитку, тобто зміни в системі управління компанією з метою підвищення ефективності функціонування та конкурентоспроможності компанії [8, с. 98].

Організаційні інновації, як зазначав Й. Шумпетер, так само, як технологічні інновації, нові продукти і нові ринки є фактором «творчого руйнування» [4, с. 42]. У загальному значенні поняття «організаційні інновації» відноситься до створення або адаптації нового в організаційній поведінці. Питання «організаційних інновацій» є предметом різноманітних інтерпретацій у рамках різних напрямів наукових досліджень. Узагальнюючи їх, можна виділити три основні підходи, кожен з яких фокусується на групі певних аспектів організаційних змін [5].

Як констатують професора А. Е. Карлик і В. В. Платонов, в зарубіжній науковій літературі поки що відсутня єдність поглядів до використання понять організаційна і управлінська інновація. Так, німецькі вчені позначають організаційні та управлінські інновації терміном «організаційні інновації», а голландські вчені, вважають, що більш правильно вживання терміну «управлінські інновації» [23, с.168].

Можна виділити три класи організаційних інновацій: До першого класу входять організаційні та корпоративні нововведення.

Організаційні нововведення – освоєння нових форм та методів організації і регламентації виробництва та праці, зміна співвідношення сфер впливу структурних підрозділів, соціальних груп або окремих осіб компанії. Між людьми в організації формується густа мережа горизонтальних та вертикальних зв'язків, що вимагає чіткої координації та регулювання. Цим і займається система управління, за допомогою якої приймаються та приводяться у виконання рішення, спрямовані на досягнення поставлених організацією цілей.

Корпоративні нововведення виявляються в корпоративній поведінці та управлінні конфліктами. Корпоративна поведінка впливає на економічні показники діяльності організації та на її здатність залучати капітал, необхідний для економічного зростання.

До другого класу входять управлінські, економічні, маркетингові та юридичні нововведення. Управлінські нововведення визначають

цілеспрямовану зміну складу функцій управління, організаційних структур, технологій та організації процесу управління, методів роботи апарату управління.

Економічні нововведення характеризуються змінами у фінансовій, платіжній та бухгалтерській сферах діяльності організації, а також в галузі планування, ціноутворення, мотивації та оплати праці і оцінки результатів діяльності. Маркетингові нововведення пов'язані з новими формами та методами просування продуктів на ринку, поліпшенням взаємин з клієнтами, новими підходами.

Юридичні нововведення пов'язані з корпоративною нормотворчістю, вдосконаленням корпоративних актів, що регулюють усі види діяльності компанії.

До третього класу входять соціальні нововведення. Соціальні нововведення реалізуються для активізації людського потенціалу організації шляхом вдосконалення її кадрової політики, розвитку системи професійної підготовки працівників та соціально-професійної адаптації знову прийнятих, вдосконалення системи винагороди та оцінки результатів праці персоналу. До цієї групи нововведень відносять також поліпшення соціально-побутових умов життєдіяльності працівників, умов безпеки та гігієни праці, організації вільного часу.

В системі охорони здоров'я організаційні інновації сприяють реалізації ефективної реструктуризації діяльності системи охорони здоров'я, вдосконалення організації праці медичного персоналу, організації прийому пацієнтів, методів організації структури управління.

Метою організаційних інновацій є підвищення конкурентоспроможності підприємницьких організацій за такими напрямками:

- зниження витрат ресурсів (фінансових, людських, часових) на розробку та рішення організаційно-управлінських завдань;
- підвищення ефективності рішень, що приймаються, з розвитку бізнесу;
- створення конкурентних переваг для розвитку бізнесу.

Модель бізнес-процесу здійснення організаційно-управлінських інновацій складається з наступних бізнес-функцій: генерування ідей і управління знанням; планово-підготовчий етап; інформування; часткова реалізація; повна реалізація; виконання функцій контролю та аналізу.

На етапі генерування ідей та управління знаннями в рамках обраної проблемної області організуються заходи, що сприяють формулюванню інноваційних ідей, які в подальшому, на етапі збору ідей та їх формалізації, проходять процес кодифікації їх в знання.

Наступним кроком є управління і зберігання знань. Планово-підготовчий етап починається з визначення самої інновації, її змісту та опису процесу реалізації. Потім необхідно дослідити стан інноваційного потенціалу організації для визначення її переваг і недоліків при реалізації певного виду інноваційної діяльності. Проведення подібних досліджень дозволяє виявити слабкі моменти і за допомогою попереджувальних заходів і дій запобігти «пробуксовуванню» інновацій в цих місцях .

Далі на цьому етапі розробляється план реалізації конкретної організаційно-управлінської інновації: визначається набір робіт, їх послідовність, терміни виконання та відповідальних за реалізацію, а також потреба в ресурсах. Створюється команда з урахуванням специфіки інноваційної діяльності: чи то необхідно більше технічних фахівців для встановлення та налагодження обладнання та тренерів або викладачів для навчання відсутнім навичкам, чи то це повинна бути команда PR-спеціалістів. Робота зі складання планів включає визначення мети і завдань даної організаційно-управлінської інновації, що інтегровані з місією організації, визначення масштабів і термінів впровадження інновації, змістовне наповнення, а також розробку інформаційної стратегії підприємства для її впровадження [23, с. 173].

Ця стратегія визначає цілі та завдання інформування для полегшення реалізації розробленої організаційно-управлінської інновації та продовження реалізації інноваційної політики підприємства. Крім того, слід

визначити кількісний і кваліфікаційний склад працівників, необхідний для реалізації.

Етап інформування, або інформаційної підготовки колективу, починається з визначення мети інформування відповідно до змісту і специфіки організаційно-управлінських інновацій. Далі розробляється план, методи і терміни поширення інформації, проводиться підготовка носіїв інформації. Після здійснення безпосередньо самого процесу видачі інформації, відстежується ефективність інформаційного забезпечення. При необхідності здійснюється його коригування для досягнення запланованого курсу змін. У складних ситуаціях можливе часткове інформування працівників, розсилка інформаційних бюлетенів по підрозділах, поширення інформації за допомогою чуток і т. д. Після реалізації інформаційного повідомлення необхідно здійснювати моніторинг зміни настроїв і ставлення до проведених організаційно-управлінських інновацій в колективі.

На етапі часткової реалізації відбувається апробація розробленої інновації з метою виявлення вузьких місць і відповідного коректування. На цьому етапі робота починається з визначення об'єкта, де здійснюватиметься часткова реалізація організаційно-управлінських інновацій з урахуванням результатів досліджень інноваційного потенціалу підприємства.

Для реалізації не слід вибирати слабкі відділи, дільниці та ін., оскільки інформація про складнощі реалізації може швидко поширитися по всьому підприємству і сприятиме її затримці. Також необхідно підготувати персонал обраного об'єкта, провести інструктаж, навчання, чітко роз'яснити працівникам всі аспекти, що піддаються перетворенням, прояснити всі зміни в посадах, окладах, преміях і т. д. Після цього проводиться безпосередньо часткова реалізація організаційних інновацій. Надалі оцінюються результати і формулюються рекомендації щодо коригування плану.

Повна реалізація організаційно-управлінських інновацій передбачає проведення необхідних змін в організаційній структурі, професійно-кваліфікаційному складі, посадових інструкціях, в технічних і технологічних

особливостях трудової діяльності, впровадження адаптованої до проведених змін системи мотивації і стимулювання праці, а також і інших аспектів, які зачіпає дана інновація.

Повна реалізація починається з підготовки всього персоналу, залученого в реалізацію обраної організаційно-управлінської інновації, або ж працівників, трудова діяльність яких зміниться за результатом її впровадження. Проводиться інструктаж працівників, навчання як без відриву від виробництва, так і в спеціалізованих навчальних закладах.

Після цього здійснюється реалізація організаційно-управлінської інновації на всьому підприємстві з відповідними змінами в профільних напрямках. Слід виробляти інформування працівників про результати впровадження і незалежно від характеру результатів об'єктивно висвітлювати те, що відбувається. Всі інші варіанти інформаційного висвітлення приведуть до втрати лояльності працівників, зниженню набраних темпів і втрати досягнутої ефективності реалізації процесу [22, с. 80].

На закінчення виробляються рекомендації з підтримки отриманих результатів, тобто закріпленню інноваційних досягнень, фіксації в інструкціях, методичних вказівках.

Організаційні інновації зачіпають зовнішню і внутрішню інфраструктуру медичної організації і дозволяють створити нову бізнес-модель. Складність визначення інновацій в системі охорони здоров'я пов'язана з існуванням різних підходів до моделювання та аналізу медичного закладу: При розгляді медичного закладу як виробничої функції під інноваціями розуміються різні нововведення в сфері лікувально-діагностичних технологій і медичних препаратів.

При розгляді медичного закладу як сукупності інформаційних потоків під інноваціями розуміються нововведення в сфері управління інформаційними потоками, в тому числі – впровадження ІКТ в медичному закладі. При розгляді медичного закладу як постачальника комплексних

послуг розглядається широкий спектр нововведень, пов'язаних з введенням нових послуг і зміною процесів тих, які раніше надавалися.

У більш стислому формулюванні інновації в системі охорони здоров'я можуть бути визначені як «ті зміни, які допомагають медичним працівникам (healthcare practitioners) приділяти більше уваги пацієнтам в результаті підвищення ефективності роботи всіх фахівців системи охорони здоров'я.

Джерелом інновацій в системі охорони здоров'я в цілому і в медичному закладі зокрема в більшості випадків стає держава. Так, наприклад, Міністерство охорони здоров'я Нідерландів було одним з основних ініціаторів впровадження електронних медичних карт для пацієнтів медичного закладу. Впровадження даної процесної інновації, при збереженні в електронному документі тієї ж структури надання інформації, що була прийнята в традиційних медичних картах, націлене на підвищення організаційної ефективності роботи установ охорони здоров'я - «фахівці повинні витратити більше часу на аналіз клінічної інформації, ніж на її обробку» [27, с. 132].

Незважаючи на лідируючу роль держави у впровадженні інновацій в медичному закладі, успішність нововведень безпосередньо залежить від готовності керівництва і рядових співробітників медичного закладу прийняти нововведення. Більш того, будь-які організаційно-управлінські інновації будуть успішні тільки при наявності тісного і відкритого професійного співробітництва між представниками всіх рівнів управління в організації.

Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я, враховуючи її публічний характер, належить до некомерційної діяльності, що пов'язана з синтезуванням нових ідей, розробленням нових концепцій, включаючи проекти, концепції та програми – зосередженими на науково-дослідній діяльності, розробленні програмних засобів обробки інформації, вдосконаленні існуючих методів діагностики та лікування й у фармацевтичному секторі – модернізації технологічних процесів, освоєнні нового обладнання, впровадженні нових технологій, а також організаційними

проектами – спрямованими на реформування системи управління охороною здоров'я через створення нових моделей функціонування сфери і відповідно навчання кадрів [11, с. 106]. Розроблення та втілення інновацій, інноваційна діяльність з пріоритетних напрямів у сфері охорони здоров'я реалізується у вигляді інноваційних проектів.

1.2. Особливості державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я – це сукупність установ, організацій, підприємств, управлінських органів усіх ієрархічних рівнів, що залучені до організації та забезпечення доступного медичного обслуговування населення, виробників товарів, предметів медичного призначення, для надання медичних послуг незалежно від форм власності використовуваних об'єктів [10, с.105]. У контексті системного аналізу управління охороною здоров'я можна аналізувати як велику складну систему, що об'єднує значну кількість взаємопов'язаних і впорядкованих компонентів. Ефективна діяльність такої складної управлінської системи передбачає такі передумови та властивості: ієрархію, структуру, цілісність, функціональність, керованість, спрямованість до мети, самоорганізованість тощо [14, с.116].

Згідно із Законом № 40 державне регулювання інноваційної діяльності здійснюється шляхом:

- 1) визначення й підтримки пріоритетних напрямів інноваційної діяльності державного, галузевого, регіонального та місцевого рівнів;
- 2) формування і реалізації державних, галузевих, регіональних та місцевих програм;
- 3) створення нормативно-правової бази та економічних механізмів для підтримки і стимулювання інноваційної діяльності;
- 4) фінансової підтримки виконання інноваційних проектів;

5) підтримки функціонування і розвитку сучасної інноваційної інфраструктури.

Рівні управління та суб'єкти сфери охорони здоров'я наведені на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Рівні управління та суб'єкти сфери охорони здоров'я

Джерело: розробка автора

Регулювання інноваційного розвитку та інноваційної діяльності державними органами влади дає змогу підвищити результативність впровадження нововведень, покращити ефективність інноваційних процесів,

що приведе до активізації інноваційної діяльності та підвищення загального рівня економічного розвитку країни [20, с.160].

Основна ціль державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я полягає у втіленні інновацій для насамперед якнайвищого рівня якісних трансформацій, що зорієнтовані на вирішення різних проблемних питань у сфері охорони здоров'я. Як ніколи, розвиток інноваційної діяльності у зазначеній сфері потребує підтримки уряду. Обумовлена ціль державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я втілюється завдяки впровадженню ефективних інструментів впливу, залученню громадськості й іноземних капіталовкладень, розвитку національної інноваційної системи, інноваційної інфраструктури.

Систему державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я можна охарактеризувати як континуум функціональних компонентів, властивостей об'єктів, відношень поміж ними для досягнення головних цілей інноваційного розвитку сфери. Для втілення системи державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я, реалізації державної політики потрібне застосування чіткого і дієвого інструментарію державного регулювання інноваційного розвитку у цій сфері.

Ознаки системи державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я наведено у табл. 1.1.

Інструментарій державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я – це сукупність методів, засобів, принципів, які цілеспрямовано застосовують на користь суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я з метою кількісного та якісного впливу на задоволення медичних потреб населення та розвиток інноваційної діяльності у сфері. Досягнення стратегічних цілей інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я неможливе без ефективного втілення системи державного регулювання інноваційних процесів зазначеного сегменту, які постають специфічним, масштабним, складним і багатогранним за своїм змістом

об'єктом регулювання. Все потребує застосування спеціальних форм, засобів впливу для успішного інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я.

Таблиця 1.1.

Ознаки системи державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я

Перелік ознак	Характеристика
Цілі	- втілення інновацій, які зумовлені потребами якісних змін та орієнтовані на невирішені проблеми сфери охорони здоров'я; - забезпечення суспільного здоров'я на основі поєднання конкретних механізмів та технологій їх застосування
Головний орієнтир	підвищення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я
Напрями державного регулювання	податкове, бюджетне, кредитне, соціальне регулювання, політика медичного страхування, амортизаційна політика тощо
Завдання державного регулювання	- поліпшення стану здоров'я через реалізацію політики у цій сфері; - підвищення оперативності надання медичної допомоги через забезпечення доступу до сучасних лікувально-діагностичних засобів; - раціональніше використання наявних ресурсів через впровадження інформаційно-управлінської системи на основі персоніфікованих розподілених банків даних; - запровадження медичної послуги як основної медико-економічної категорії, що визначає ефективність, економічність, результативність, якість, рівність, солідарність і справедливість в охороні здоров'я
Загальні критерії	доступність медичної допомоги; якість медичного обслуговування; раціональне використання ресурсів, завдяки оптимізації процесу управління системою, шляхом удосконалення підходів, функцій планування, організації, мотивації, контролю
Методи державного стимулювання інноваційної діяльності	1) прямий вплив: - безпосереднє фінансування НДДКР, інноваційних проектів з державного бюджету або позабюджетних фондів, - спрямування грантової допомоги підприємствам-виробникам, науковому персоналу, що є розробниками інновацій для цієї сфери, - згідно з державним замовленням – втілення інноваційних проектів: а) програмно-цільові методи розподілу державних ресурсів; б) адміністративні методи завдяки відібраним посередникам, 2) непрямий вплив: - створення сприятливих умов для інноваційної діяльності; - фінансово-економічне стимулювання (ціноутворення; податкова політика (канікули, знижки, кредити, вилучення, відрахування тощо), амортизаційна політика, політика у сфері митно-тарифного та нетарифного регулювання зовнішньоекономічної діяльності); - створення організаційно-правових умов (сприяння розвитку інноваційної інфраструктури; заходи, що

	спрямовані на підтримання сприятливого клімату для іноземних інвестицій; удосконалення законодавства, формування та реалізація державних інноваційних програм, захист інтелектуальної власності)
Інструменти державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я	- скеровані на регулювання попиту (прямі цінові та експортні субсидії, закупівельні інтервенції, цільові субвенції у сфері охорони здоров'я); - скеровані на регулювання пропозиції (тарифи, товарні інтервенції, квоти на виробництво медичної продукції); - скеровані на зниження ступеня витрат у процесі надання медичних послуг та виробництва інновацій (пільги на проведення НДДКР, виплати зі страхування, пільгові кредити, податкові пільги для підприємств-інноваторів, дотації на фінансування видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я, пільги на матеріально-виробничі ресурси); - скеровані на розвиток інноваційної інфраструктури та соціальної захищеності пацієнтів (стратегії та державні програми)
Критерії оцінювання ефективності застосування інструментів державного регулювання	- досягнення сформульованих цілей; - підвищення стану інноваційної активності; - економічна доцільність інновацій; - поліпшення здоров'я населення та якості життя; - покращення соціально-економічного становища; - зміни в системі управління закладами охорони здоров'я, персоналом.

Джерело: розробка авторів на основі [22, с.80]

Застосування інструментів державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я має бути зорієнтовано на поліпшення ефективності функціонування, підвищення конкурентоспроможності, узагальненими критеріями якої має бути доступність медичної допомоги, рівень та якість медичного обслуговування, максимальне використання усіх ресурсів, оптимізація процесу менеджменту завдяки удосконаленню принципів, підходів та функцій управління.

Регулювання державних органів інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я повинно бути багатoproфільним і відповідати тим напрямам, що передбачають активний розвиток, внесення змін та реалізацію інноваційних програм. До напрямів трансформації економіки на шляху інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я варто віднести:

- удосконалення соціальних аспектів інноваційної моделі розвитку економіки [15, с. 118];

- взаємозв'язок НТП та необхідність вирішення соціально-економічних завдань щодо піднесення життєвого рівня населення та створення соціально орієнтованої ринкової економіки;

- оптимізацію заходів у системі взаємозв'язку медичної науки та освіти, суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, інститутів громадянського суспільства й органів влади на усіх ієрархічних рівнях.

Зміст державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я, державної інноваційної політики варто розглядати відносно підходів:

- інституційного (як комплекс різних інституцій, які здійснюють державну організаційну підтримку у сфері регулювання інноваційної діяльності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я, формують відповідний інституційний клімат для взаємодії суб'єктів інноваційної діяльності);

- функціонального (як сферу охорони здоров'я та види регулюючих дій держави);

- формального (як компонент інноваційної державної політики, який націлений на підтримку та підсилення інноваційного розвитку);

- системного (як сукупність дій та заходів спрямованих на інноваційний розвиток зазначеної сфери).

Вважаємо, що державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я – це ієрархічний і багатокomпонентний континуум інструментарію, який спроможний забезпечити ефективне функціонування й інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я та використання її ресурсів [22, с. 30].

1.3. Методологічні підходи щодо оцінки ефективності застосування організаційних інновацій в медичних закладах

В сучасних умовах відбувається трансформація механізмів функціонування закладів охорони здоров'я, але проведені реформи по підвищенню ефективності діяльності медичних організацій як і раніше не досягають бажаного результату, який би влаштовував як керівників, медичний персонал, так і пацієнтів.

При аналізі інновацій в громадському секторі, важливо враховувати мінливе зовнішнє середовище, в якому відбувається взаємодія між економічною, соціальною та політичною сферою. Необхідно в процес вивчення інновацій включити розгляд поведінки основних зацікавлених сторін для медичних організацій. Таким чином, аналіз інновацій в організаціях громадського сектора, в тому числі - в медичних закладах повинен опиратися на аналіз взаємодії груп інтересів, включаючи політиків, чиновників, керівників медичних організацій, лікарів і пацієнтів.

Оцінка ефективності організаційних інновацій є надзвичайно складним завданням, оскільки, з одного боку, виникає необхідність встановити результативність впровадження нових інформаційних технологій як таких, з іншого боку, визначити їх вплив на процеси управлінської діяльності компанії в цілому.

Слід зазначити, що в літературі не існує чіткого набору критеріїв для оцінки ефективності проектного управління, особливо проектного управління інноваціями, тому оцінка ефективності є складним процесом. Досить поширеною позицією є розгляд ефективності як багатокритеріального інтегрального показника. Зокрема, Ю.В. Бакланова стверджує, що при оцінці ефективності необхідно розглядати набір показників за різними аспектами проектної діяльності (фінансовим, тимчасовим, методологічним, організаційним і ін.).

На необхідність дослідження ряду основних факторів з метою підвищення ефективності використання інформаційних ресурсів в процесах управління вказує І.В. Хаті [21, с. 123].

Ряд авторів пов'язують ефективність з можливістю економії різного роду поточних витрат. Ефективність як економічна категорія навіть в економічному сенсі визначається багатозначно. За аналогією з поняттям «ефект» виділяється широкий і вузький підходи до визначення його сутності.

У широкому сенсі це:

- досягнення будь-яких конкретних результатів з мінімально можливими витратами;

- отримання максимально можливого обсягу продукції з даної кількості ресурсів;

- розподіл наявних ресурсів між галузями таким чином, що неможливо збільшити обсяг виробництва будь-яких товарів без скорочення обсягу виробництва інших товарів.

Нами встановлено, що показники ефективності повинні відповідати наступним вимогам:

- повинні мати кількісне вираження;
- бути простими в розрахунку;
- мати доступну і надійну інформаційну базу;
- за певним інтервалом їх значення повинен стояти певний чіткий і зрозумілий алгоритм комплексу управлінських рішень.

Наведені підходи не застосовні для проведення оціночних розрахунків тому необхідно скористатися більш предметним змістом даного поняття. Під ефективністю будемо розуміти відносний ефект (результативність) процесу, або проекту, що визначається як відношення ефекту (результату) до витрат, які забезпечили його отримання. При цьому необхідно врахувати, що найбільш узагальнену оцінку ефективності діяльності господарюючих суб'єктів дає система показників рентабельності.

Традиційно ефективність системи управління оцінюється за допомогою фінансових коефіцієнтів, що розраховуються на основі кінцевих результатів діяльності організації та витрат на управління.

Як показники, що характеризують кінцеві результати, можуть розглядатися виручка, прибуток, собівартість, якість продукції, терміни окупності інвестицій тощо. Виходячи з цього, оцінка ефективності системи управління може бути реалізована через оцінку показників рентабельності та ділової активності [21, с. 127].

В управлінні багатопрофільним медичним закладом на сучасному етапі економічний аналіз відіграє все більш важливу роль. Його особливістю, як функції управління, є те, що за допомогою аналізу діяльності структурно-функціональних підрозділів оцінюються результати дії всіх функцій управління стаціонаром: планування, організації, координації, обліку, контролю і мотивації персоналу, завдяки чому надається можливість виробити рішення - планові, організаційні та інші управлінські дії, що сприяють переведенню діяльності установи на більш високий рівень розвитку.

Крім цього, при оцінці ефективності організаційних інновацій закладів охорони здоров'я слід враховувати такі фактори як:

- наявність лікувально-діагностичних технологій, стан основних виробничих фондів, забезпеченість ресурсами, рівень менеджменту;

- адекватність медичних і організаційних технологій, їх дотримання, що в першу чергу залежить від професійного рівня лікарів і медичних працівників, що включає кваліфікацію, моральні принципи, покликання, деонтологічні установки тощо;

- задоволеність пацієнтів наданими медичними послугами.

Для проведення оцінки будемо використовувати кількісний і якісний методи, кожен з яких має свої плюси і мінуси. Кількісний метод характеризується високим ступенем об'єктивності та неупередженості

аналізу. Однак не завжди є можливість проведення кількісних вимірювань деяких показників, що характеризують діяльність установ охорони здоров'я.

Важливим фактором, що приваблює пацієнтів в конкретний лікувальний заклад, є його сформований естетичний імідж: оснащеність приймального і лікувальних відділень; комфортні побутові умови перебування в палатах; організація і якість лікувального харчування; супровід пацієнтів на дослідження співробітниками і рівень спілкування персоналу (критерії, що свідчать про шанобливе і дбайливе ставлення до хворого). У відгуках про клінічну лікарню пацієнти особливо оцінюють сервіс в стаціонарі і вважають, що він впливає на одужання.

Проведені реформи в охороні здоров'я по підвищенню якості медичної допомоги як і раніше не досягають бажаного результату. Для виявлення проблем, спрямованих на підвищення якості медичних послуг, на наш погляд, є доцільним попередній аналіз думок і реалізація пропозицій людей, зацікавлених в їх результаті.

У зв'язку з тим, що надання медичної послуги є багатовимірною категорією, необхідно провести економіко-соціологічне дослідження, яке засноване на результатах анкетування трьох категорій учасників (керівників багатопрофільних державних установ охорони здоров'я міста, лікарів і пацієнтів) з метою виявлення проблем організаційного та фінансово-економічного характеру, лікувальної та діагностичної діяльності, що впливають на якість медичної допомоги. Даний підхід не позбавлений недоліків, основним з яких є наявність певної частки суб'єктивних думок, тим не менш, він дозволяє в найбільшій мірі оцінити ефект від впровадження організаційних інновацій.

Для проведення анкетування використаємо три анкети: «Анкета головного лікаря», «Анкета лікаря» і «Анкета пацієнта». Для визначення основних проблем управління медичною установою, виявлення тенденцій його функціонування в сучасних умовах, результатів від впровадження організаційних інновацій.

На основі розробленої нами анкети, проведемо опитування керівника бюджетної установ охорони здоров'я. Аналіз результатів анкетування дозволить виявити ефект від організаційних інновацій, ключові «проблемні» зони, що перешкоджають активізації інноваційної діяльності, спрямованої на підвищення якості медичної допомоги. Основні питання в анкеті головного лікаря зачіпають такі аспекти в діяльності і розвитку очолюваної установи за останні три роки:

- оцінка ефективності роботи установи з надання медичних послуг населенню;
- значимість позабюджетної діяльності;
- оцінка матеріально - технічного стану;
- рівень забезпеченості фінансовими ресурсами для здійснення різних видів діяльності (у порівнянні з реальними потребами);
- наявність сучасних інформаційних систем;
- забезпечення високотехнологічним медичним обладнанням, сучасними лікарськими препаратами;
- ставлення керівника до інновацій;
- роль керівника в розвитку багатoproфільного закладу охорони здоров'я;
- фактори, що сприяють і перешкоджають розвитку установи охорони здоров'я та своєчасному і ефективному наданню послуг населенню, бар'єри на шляху інноваційного розвитку.

Результати соціологічного опитування керівників багатoproфільної бюджетної установи міста дозволяють в середньому оцінити стан справ в очолюваній ним організації та дають підставу сформулювати стратегію розвитку, пов'язану з активізацією інноваційної діяльності, спрямовану на досягнення фінансово-економічної стійкості і підвищення конкурентоспроможності в умовах обмеження фінансових, матеріальних, трудових ресурсів.

Конкуренція на ринку медичних послуг призводить до необхідності дослідження задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг в організаціях охорони здоров'я. Достовірна оцінка думки пацієнта стає підставою для вдосконалення інноваційної діяльності, як в окремому закладі охорони здоров'я, так і в медичній галузі в цілому.

Фактори, що впливають на оцінку, можна умовно розділити на дві групи: об'єктивні (ступінь досягнення запланованого результату лікування) і суб'єктивні (індивідуальні характеристики особистості, що впливають на сприйняття процесу лікування, його відповідність очікуванням пацієнта).

Важливість різних необ'єктивних чинників і індивідуальних характеристик оцінюється в дослідженнях по-різному, серед учених немає єдиної підходу до набору індикаторів і оцінки ступеня їх впливу.

Аналіз об'єктивних характеристик лікування і реальна оцінка якості медичної допомоги також мають ряд складнощів, пов'язаних з дилетантським підходом хворих.

Однак, пацієнт може оцінювати і аналізувати отриману послугу глибше, ніж персонал і цілком здатний висловити свою думку про сучасні умови надання йому медичної допомоги. Тому задоволеність медичною послугою, гарне враження в цілому в значній мірі залежить і від зовнішніх суб'єктивних факторів - культури надання допомоги, а не тільки від професійної діяльності персоналу. На виробництві скорочення часу виготовлення продукції - показник ефективності, в медицині ж зниження часу спілкування лікаря і пацієнта може погіршувати результат лікування.

Для проведення моніторингу задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг в клінічній лікарні нами використовувалися анкета (анонімна).

В анкеті відображені питання, пов'язані не тільки з отриманням медичної допомоги та її доступності, професіоналізмом і уважним ставленням з боку медперсоналу, а й задоволеністю пацієнтів комфортністю перебування в лікувальному закладі, в тому числі і якістю лікувального

харчування в порівнянні з іншими стаціонарами (при наявності досвіду), тобто оцінки сервісних інновацій.

У дослідженні пацієнтам було запропоновано визначити рейтинг критеріїв, які, на їхню думку, відображають якість стаціонарної медичної допомоги.

Організаційні інновації пов'язані зі зміною організаційної структури медичної організації.

Визначення ефективності організаційних інновацій, пов'язаних зі змінами організаційної структури (скорочення кількості відділень) медичної організації проводиться таким чином:

$$K_{\text{інн. упр.}} = (W_o - W_{\text{ор.}}) \times N_{\text{інн.}},$$

де $K_{\text{інн. упр.}}$ - коефіцієнт управлінських інновацій, характерних для медичної організації;

W_o - загальна кількість відділень;

$W_{\text{ор.}}$ - кількість відділень після реорганізації медичного установи з урахуванням укрупнення його структури;

$N_{\text{інн.}}$ - кількість інноваційних підрозділів.

Для оціночного характеру діяльності у формулі розглядаються такі умови:

$K_{\text{інн.}} \geq 1$ – організаційні інновації впроваджені в діяльність в повному обсязі;

$K_{\text{інн.}} < 1$ - організаційні інновації не впроваджені в медичній організації.

Найбільш показовим проявом нових тенденцій в управлінні установ охорони здоров'я є поява приватних організацій з властивими їм особливостями. Вони відрізняються від державних закладів більш гнучким управлінням, свободою у прийнятті управлінських та фінансових рішень. Проте, до якого б типу закладів не належала установа охорони здоров'я, необхідною умовою її існування є активне застосування системи ефективних методів управління, адаптованих до специфіки охорони здоров'я як об'єкта економічного регулювання.

SWOT-аналіз дозволяє провести детальне вивчення зовнішнього й внутрішнього середовища конкретної лікарні, що допомагає ефективніше приймати стратегічні рішення. Метою використання SWOT-аналізу є розділення чинників і явищ що впливають на розвиток лікарні на чотири категорії: сильні сторони, слабкі сторони, можливості та загрози.

Сильні сторони показують конкурентну перевагу лікарні у порівнянні з іншими медичними закладами, слабкі сторони – це сукупність внутрішніх факторів, що загальмовують її розвиток. До можливостей відносяться тенденції або події в зовнішньому середовищі, реагуючи на які лікарня може значно швидше просунутись до поставлених цілей. Під загрозами розуміється сукупність факторів, що можуть мати негативний вплив на лікарню, якщо не буде відповідної реакції.

Для того щоб більш детально розглянути організаційні інновації необхідно провести аналіз їх впровадження на прикладі конкретної лікарні.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА МЕХАНІЗМІВ ФОРМУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ІННОВАЦІЙ В ДІЯЛЬНОСТІ БРОВАРСЬКОЇ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ

2.1. Характеристика Броварської багатoproфільної клінічної лікарні

Першим і єдиним лікарем у Броварах у 1904 році був Ісаак Фельдман, який одночасно виконував обов'язки і терапевта, і хірурга, і акушера-гінеколога, і невропатолога. У 1911 році земство збудувало амбулаторію, де вже працювало три фельдшери. З 20-х років почала розширюватись мережа медичних установ. У 1926 р. у приміщенні амбулаторії був організований стаціонар на 10 ліжок, а через 2 роки їх кількість збільшилась до 25. Завідував лікарнею І.Л. Фельдман. Під час німецької окупації медичні установи були зруйновані.

Будівництво сучасного медичного містечка по вул. Тараса Шевченка, 14 завершено в 1971 році. Було побудовано типовий корпус поліклініки на 250 відвідувань за зміну. В 1975 році міська та районна ради вирішують побудувати терапевтичний корпус на 240 ліжок. В 1979 році корпус був введений в експлуатацію. В 1981 році було введено в дію новозбудований корпус пологового будинку. В 1991 році закінчено будівництво і введено в дію дитячу лікарню. В 1996 році завершено будівництво нового хірургічного корпусу. В 2011 році завершено будівництво нової будівлі поліклініки на 1200 відвідувань в зміну із денним стаціонаром на 30 ліжок. З введенням в дію нового закладу значно зріс об'єм медичної допомоги населенню.

Амбулаторно-поліклінічна допомога надається майже по 50-ти спеціальностям. Первинну допомогу надають сімейні лікарі на 36 лікарських дільницях.

На сьогодні КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" БРР БМР є потужним медичним закладом на 736 дорослих ліжок та 170 дитячих ліжок в Центрі "Дитяча лікарня". Всього в лікарні 906 ліжок, які забезпечують медичне обслуговування населення м. Броварів та Броварського району.

В наш час існує велика кількість різноманітних приватних ліцензованих медичних закладів з високим рівнем надання якісних медичних послуг різного профілю. Але, слід відзначити, що поза конкуренцією є державні медичні установи. Кожен у своєму житті неодноразово звертався до державних медичних закладів, які є еталонними у наданні медичних послуг. Наш медичний персонал є затребуваним в приватних та державних медичних установах України та світу.

Ефективна, правильно побудована система підготовки та підвищення кваліфікації персоналу сприяє адаптації та розвитку співробітників, підвищенню їх внеску в досягнення цілей і завдань. Регулярно проводяться тренінги, курси по підвищенню кваліфікації. Наш медичний персонал приймає участь у міжнародних медичних форумах, отримують гранти і є учасниками міжнародних конкурсів.

Основними завданнями лікарні, як закладу вторинної медичної допомоги були:

1. Подальше вдосконалення медичної допомоги шляхом підвищення кваліфікації медичного персоналу та впровадження в практику сучасних методів діагностики та лікування.
2. Покращення доступності та якості медичної допомоги вторинного рівня.
3. Створення профільних програм медичного забезпечення по особливо актуальних напрямках.
4. Створення належних умов для пацієнтів та персоналу лікарні.
5. Завершення робіт по підготовці укладання договору з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Представимо основні інформаційні дані КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" в табл..2.1.

Таблиця 2.1.

Інформаційні дані КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня"

Назва	Зміст
Найменування	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "БРОВАРСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" БРОВАРСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА БРОВАРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
Орган ДПС основної реєстрації	1029.ГУ ДПС У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ (М.БРОВАРИ)
Стан платника	0.ПЛАТНИК ПОДАТКІВ ЗА ОСНОВНИМ МІСЦЕМ ОБЛІКУ
Вид діяльності	86.10-ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКАРНЯНИХ ЗАКЛАДІВ
Код організаційно правової форми	150.КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО
Відомості про держреєстрацію	від 05.06.1998 №13551450000009738
Орган державної реєстрації	4054820.БРОВАРСЬКА РАЙОННА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
Реєстрація в ДПА	від 11.06.1998 №3894
Статутний фонд	115346632
Юридична адреса	7400 КИЇВСЬКА ОБЛ. М. БРОВАРИ ВУЛ. ШЕВЧЕНКА БУД. 14

Підприємство створене за рішенням Броварської районної ради та Броварської міської ради шляхом перетворення комунального закладу «Броварська центральна районна лікарня» у комунальне некомерційне підприємство.

Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків комунального закладу «Броварська центральна районна лікарня».

Заклад створений на спільній власності територіальних громад, сіл, селищ, об'єднаних територіальних громад Броварського району та комунальній власності територіальної громади міста Бровари Київської області.

Представимо перелік медичних підрозділів КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" на рис.2.1.

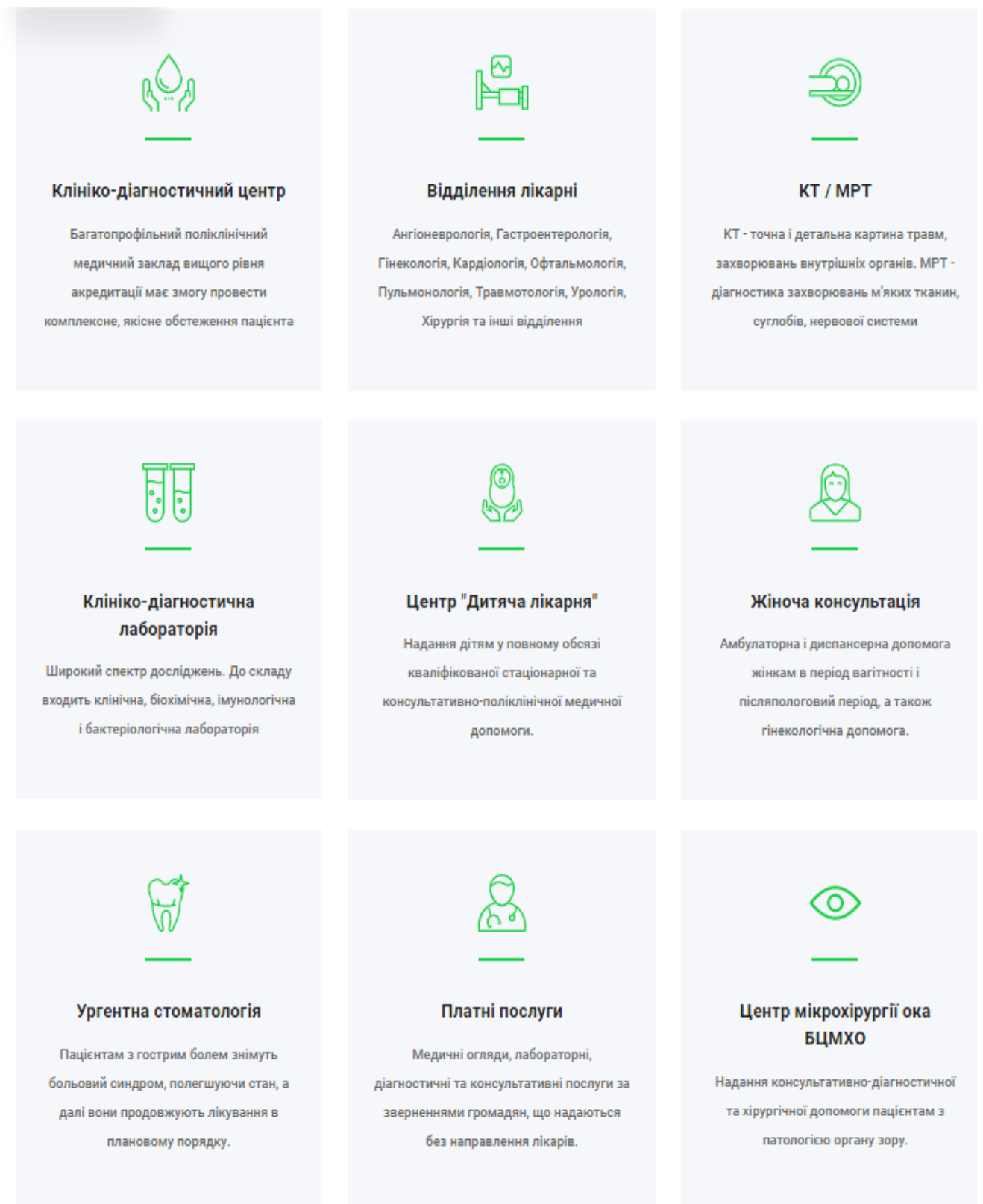


Рис.2.1. Перелік медичних підрозділів КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня"

Розглянемо динаміку середньооблікової чисельності персоналу в табл.2.2.

Таблиця 2.2

Аналіз динаміки середньооблікової чисельності персоналу КНП
"Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" за 2017-2019 роки

Показники	2017	2018	2019	Відхилення 17/18,+/-	Відхилення 19/18,+/-
Середньооблікова чисельність персоналу	1544	1513	1477	-31	-36

Джерело: складено автором на основі фінансової звітності підприємства

Дані табл. 2.2. свідчать, що середньооблікова кількість персоналу мала тенденцію до зменшення. Так, у 2017 році чисельність робітників зменшилась на 31 особу, а у 2018 році – ще на 36 осіб. Лікарня надає медичну допомогу жителям м.Бровари та Броварського району із загальною кількістю 225,0 тис. осіб, а зареєстровано по статистиці 173 тис. осіб.

В стаціонарних відділеннях «дорослої» лікарні - 692 ліжка, в яких функціонує 20 відділень по 29 профілях, та в центрі «Дитяча лікарня» на 170 ліжок - у відділеннях молодшого дитинства - 60, старшого дитинства - 50, дитячого інфекційного – 60 ліжок.

Таблиця 2.3

Аналіз динаміки надання допомоги пацієнтам в стаціонарному
відділенні за 2017-2019 роки

Показники	2017	2018	2019	Відхилення 17/18,+/-	Відхилення 19/18,+/-
в кардіологічному відділенні	2545	2523	2611	-22	-5134
пульмонологічному для дорослих	1467	1419	1356	-48	-2775
гастроентерологічному для дорослих	2302	2204	2107	-98	-4311
інфекційному для дітей	1789	1893	1815	104	-3708
інфекційному для дорослих	1020	958	1054	-62	-2012
хірургічному	2978	2905	2690	-73	-5595
нейрохірургічному	798	868	943	70	-1811
травматологічному	1265	1274	1224	9	-2498

Продовження таблиці 2.3

неврологічному	3567	3355	3489	-212	-6844
гінекологічному	2657	2336	1906	-321	-4242
ЛОР відділенні для дорослих	1145	1253	1216	108	-2469
дитячі соматичні ліжка	2576	2260	1850	-316	-4110
урологічні	1178	1221	1136	43	-2357
Крупні операції	5945	5960	5994	15	-11954
Всього	31232	28789	27070	-2443	-55859

Джерело: складено автором на основі даних підприємства

В плановому порядку у 2018 році поступило 18395 хв., а у 2019 році - 16855 хв., в ургентному 10394 хв., а у 2019 році – 10214, тобто майже кожний другий пацієнт поступив в ургентному порядку, що підтверджує потребу у створенні відділення екстреної медичної допомоги. Крім того, в ургентному порядку щорічно госпіталізуються жителі м. Києва (670-700 чоловік), з інших областей 1700-1800 чол., із СНД – 30 чол. Щорічно в лікарню госпіталізується 27-30 тис. хворих (залежно від спалахів хвороб, в т.ч. ГРЗ та грипу). Ургентні хворі складають 60-62 % (більше 10 тис.). Амбулаторних відвідувань в КДЦ становить 550685 на рік.

Розглянемо структуру активів КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Аналіз динаміки активів КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" за 2017-2019 роки

Показники	2017	2018	2019	Відхиле ння 17/18,+/-	Відхиле ння 19/18,+/-	Відхи лення 18/17, %	Відхи лення 19/18, %
Нематеріальні активи	22396	22056	22056	-340	0.00	-1.52	0.00
Основні засоби	1179330 00	116123 728	11790976 9	- 1809272	1786041	-1.53	1.54
Запаси	2456467 7	252546 15	19089483	689938	- 6165132	2.81	-24.41

Продовження таблиці 2.4

Нефінансові активи	1425200 73	141400 399	13702130 8	- 1119674	- 4379091	-0.79	-3.10
Дебіторськ заборгованість за товари, роботи	0	820112	0	820112	-820112	0	- 100.00
інша поточна дебіторсьька заборгованість	294339	114368	275988	-179971	161620	- 61.14	141.32
гроші та їх еквіваленти	2661334	432201 9	4928133	1660685	606114	62.40	14.02
Фінансові активи	2955673	525649 9	5204121	2300826	-52378	77.84	-1.00
Баланс	1454757 46	146656 898	14222542 9	1181152	4431469	- 0.81	-3.02

Джерело: складено автором на основі фінансової звітності підприємства

Дані табл.2.4. свідчать, що активи КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" мали тенденцію до зменшення. Так, у 2018 році активи підприємства зросли на 1181152 тис. грн., але у 2019 році, навпаки, зменшились на 4431469 тис. грн.

В структурі активів переважають нефінансові активи підприємства, які мали тенденцію до зменшення. Так, у 2018 році їх вартість зменшилась на 1119674 тис. грн., а у 2019 році – ще на 4379091 тис. грн. Їх питома вага в структурі активів становить у 2017 році – 97,9 %, у 2018 році – 96,4 %, у 2019 році – 96,3 %. В структурі нефінансових активів переважають основні засоби, які у 2018 році зменшились на 1809272 тис. грн., а у 2019 році, навпаки, їх вартість зросла на 1786041 тис. грн. В структурі фінансових активів переважають грошові кошти, які мали тенденцію до зростання у 2019 році порівняно з 2017 роком. Так, у 2018 році їх сума зросла на 2300826 тис. грн., а у 2019 році, навпаки, зменшилась на 52378 тис. грн.

Розглянемо джерела фінансування пасивів КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" за 2017-2019 роки в табл. 2.5.

Таблиця 2.5.

Аналіз динаміки пасивів КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" за 2017-2019 роки

Показники	2017	2018	2019	Відхилення 17/18,+/-	Відхилення 19/18,+/-	Відхилення 18/17, %	Відхилення 19/18, %
Внесений капітал	193990 517	20078 8614	211287 933	6798097	10499319	3.50	5.23
Фінансовий результат	- 525638 99	- 60618 888	- 739335 56	-8054989	- 13314668	15.32	21.96
Всього ВК	141426 618	14016 9726	137354 377	-1256892	-2815349	-0.88	-2.0
Поточні зобов'язання за внутрішніми розрахунками	403400 7	62602 44	487105 2	2226237	-1389192	55.18	-22.19
ПЗ	15121	22692 8	0	211807	-226928	1400.74	-100
Всього поточні зобов'язання	404912 8	64871 72	487105 2	2438044	-1616120	60.21	-24.91

Джерело: складено автором на основі фінансової звітності підприємства

Дані табл. 2.5. свідчать, що в структурі пасивів КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" найбільшу питому вагу займають власний капітал та фінансові результати. Даний вид пасивів мав тенденцію до зменшення. Так, у 2018 році власний капітал лікарні зменшився на 1256892 тис. грн., а у 2019 році – на 2815349 тис. грн. Фінансовий результат діяльності підприємства є від'ємним. Зобов'язання, навпаки, зросли у 2018 році на 2438044 тис. грн., а у 2019 році зменшились на 1616120 тис.грн.

2.2. Аналіз механізмів формування та застосування організаційних інновацій в діяльності лікарні

Протягом 2018 року проведено реорганізацію Броварської центральної районної лікарні в Комунальне некомерційне підприємство «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня» Броварської районної ради та Броварської

міської ради і затверджено статут підприємства. Цього ж року лікарня отримує нову ліцензію МОЗ України на право займатись медичною практикою – наданням вторинної медичної допомоги. В рамках реорганізації було змінено організаційну структуру підприємства, форми управління лікарнею тощо.

Розглянемо на рис.2.2. організаційну структуру медичного закладу у 2017 році, а на рис.2.3. організаційну структуру даної лікарні у 2019 році.

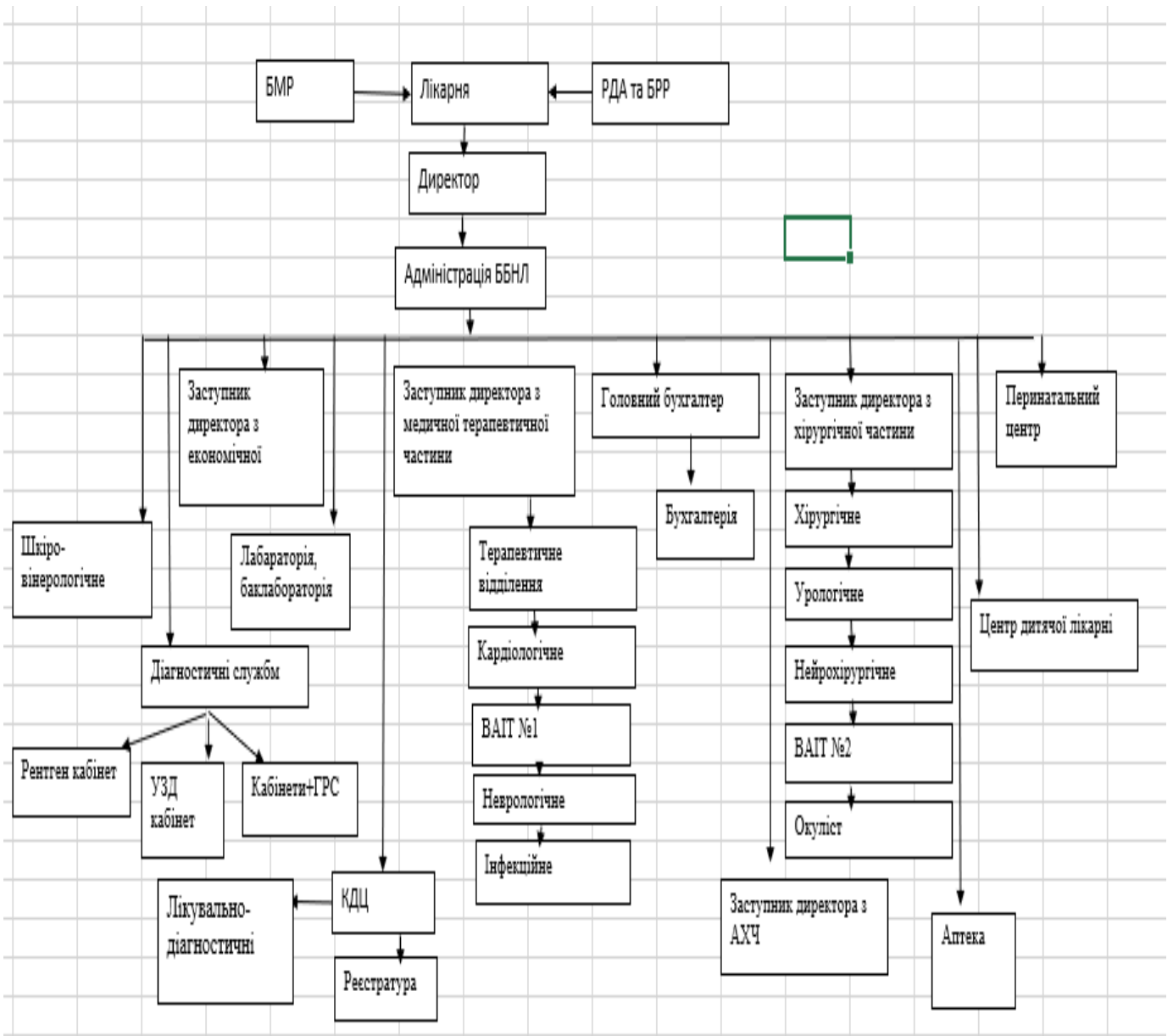


Рис.2.2. Організаційна структура КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня"

Джерело: складено автором на основі документації

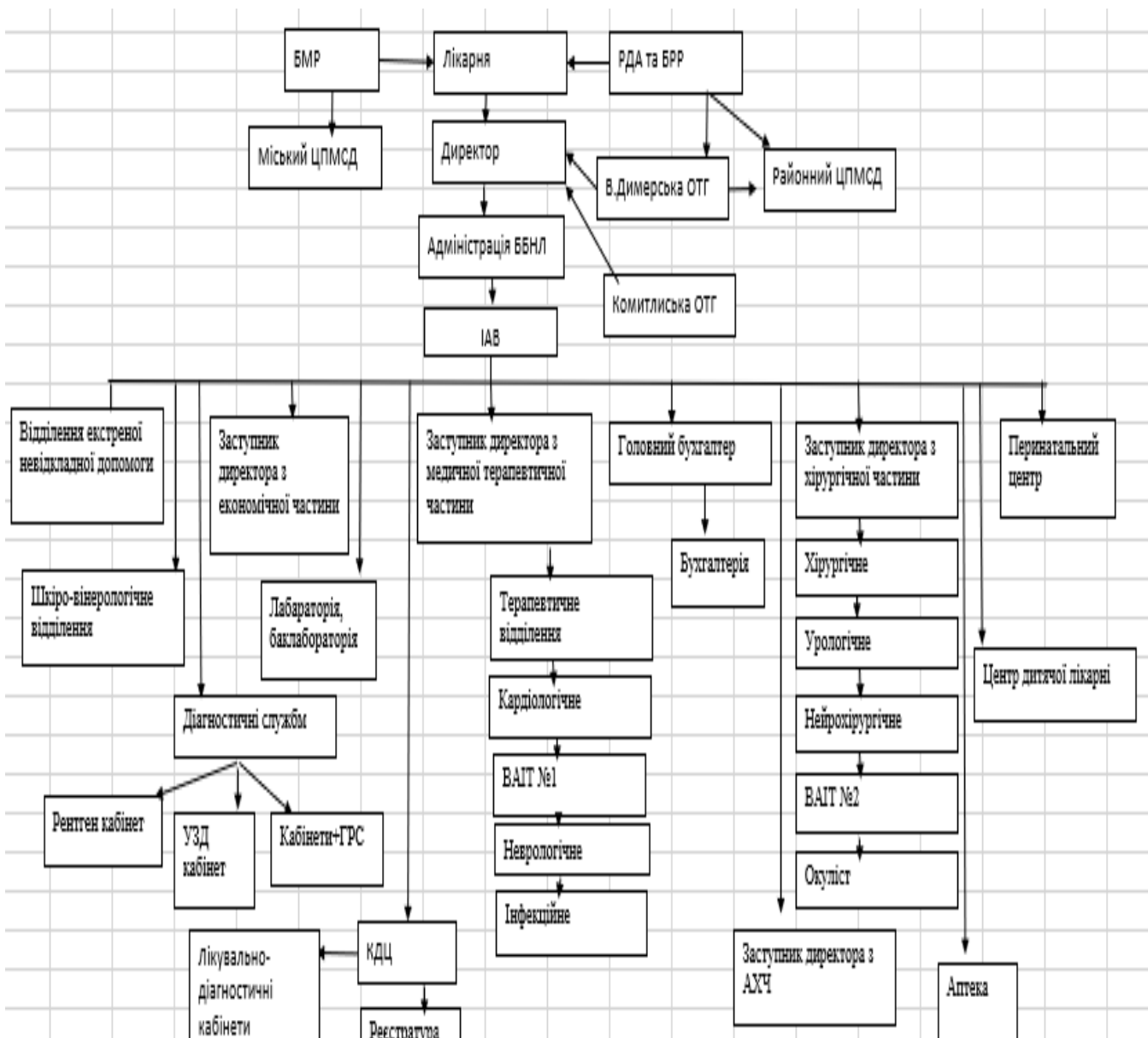


Рис.2.3. Організаційна структура КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" БРР БМР

Джерело: складено автором на основі документації

Дані рис.2.3. показують, що підприємство оптимізувало свою організаційну структуру. Управлінські зміни пов'язані із застосуванням нових схем управління медичними закладами на основі державно-приватного партнерства. Це зменшує навантаження на бюджет, а також підвищує конкурентоспроможність лікарні та покращує якість медичних послуг.

Представлені зміни зачіпають як внутрішню так і зовнішню інфраструктуру лікарні та створили нову бізнес-модель.

Розпочата велика робота по організації надання медичної допомоги для ургентної категорії хворих. Для значного пришвидшення надання допомоги ургентним хворим та підвищення її якості проведена перебудова приймального відділення у відділення екстреної медичної допомоги. Одним із важливих напрямків реформування є реорганізація структури приймального відділення з тим, щоб забезпечити якнайшвидше надання якісної медичної допомоги при поступленні хворих в лікарню.

Розширились можливості діагностики складних захворювань завдяки встановленню в лікарні на орендованих умовах магнітно-резонансного томографа (МРТ). Крім того, було встановлено високовартісну апаратуру для проведення дезінтоксикаційної терапії при різних видах отруєнь. Впроваджено нові методики обстеження, такі як тропоніни, PSA тощо.

В 2018 році було централізовано внесені зміни в фінансування закупок інсуліну. Значна частина закупок передана на місцеві бюджети. В 2018 році за кошти із різних джерел фінансування (кошти міського, районного бюджету, благодійні кошти, централізоване постачання) було придбано обладнання та інструментарію на суму 5155,1 тис. грн.

Завдяки цьому оновлено наркозно-дихальну апаратуру в реанімаційних відділеннях, в дитячій лікарні закуплено сучасні фізіотерапевтичні апарати. Отримано нову апаратуру в таких відділеннях: офтальмологічне, кардіологічне, пологове, урологічне, хірургічне, лабораторне, ЛОР тощо.

Ще одним важливим нововведенням стало створення та запуск на базі БЦРЛ структурного підрозділу «Центр гемодіалізу», який мав приймати пацієнтів у дві зміни.

Підготовку до змін Броварська лікарня розпочала ще у 2017 році. Тоді для здійснення процесу автоматизації документообігу та проведення навчань персоналу працювати з електронними системами лікарня потребувала

закупівлі комп'ютерного обладнання. Цей захід було включено до програми та передбачено фінансування на його реалізацію (850 тис. грн), але за пропозицією деяких депутатів закупівлю комп'ютерного обладнання для лікарні було запропоновано здійснити виконавчим комітетом БМР, а вже потім техніку передати в користування медичного закладу.

За даними майданчиків прозорих закупівель, виконком тричі намагався здійснити процедуру, але закупка обладнання так і не відбулась, а згаяний час потім обернувся вищою вартістю комп'ютерів та значно звуженими в часі можливостями на навчання персоналу для роботи з програмним забезпеченням.

Основною організаційною інновацією є впровадження системи «гроші йдуть за пацієнтом», тобто необхідність договору з сімейним лікарем. Усі медичні послуги для конкретної людини починалися із сімейного лікаря і координувалися ним. І саме він визначає, чи потребує людина допомоги лікаря вузької спеціалізації. І саме він видає направлення до лікарні вторинного рівня. Таким чином державні кошти і прив'язуються до пацієнта.

Укласти договір з Національною службою здоров'я заклад комунальної або державної форми власності зможе тільки у статусі комунального некомерційного підприємства. КНП мають господарську та організаційну незалежність, окремі рахунки в банках тощо. Своім бюджетом заклад розпоряджається самостійно на підставі затвердженого власником фінансового плану. Для цього важливо наперед збалансовано спланувати доходи та витрати підприємства.

Чотири основні статті доходів медичного закладу:

- НСЗУ (найбільша);
- місцеві бюджети через регіональні програми;
- платні послуги;
- залучення грантів.

Розглянемо джерела фінансування КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" БРР БМР за 2017-2019 роки на рис.2.4-2.6..

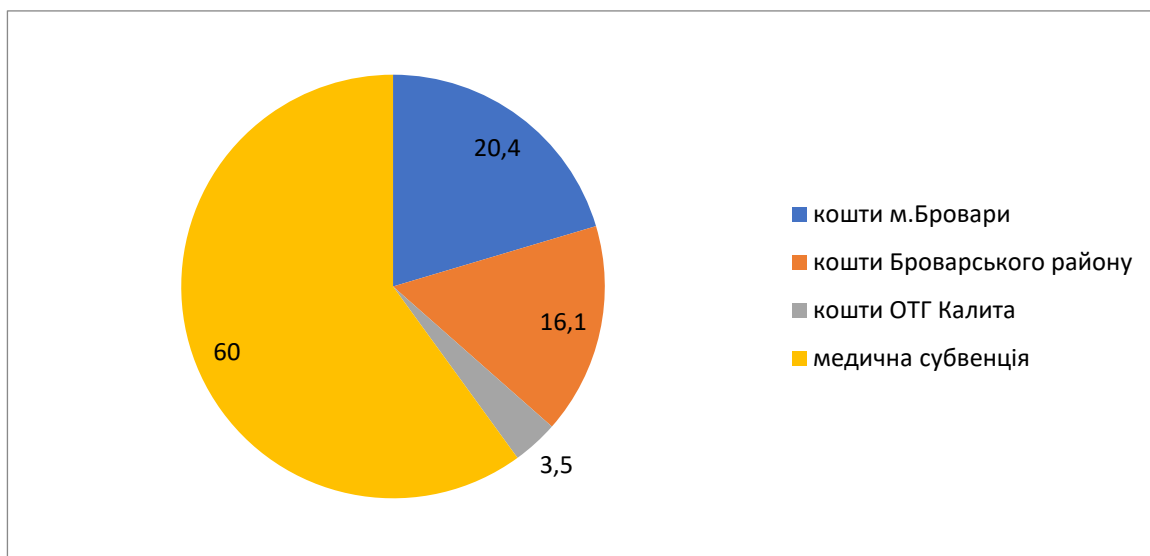


Рис.2.4. Джерела фінансування КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" БРР БМР у 2017 році

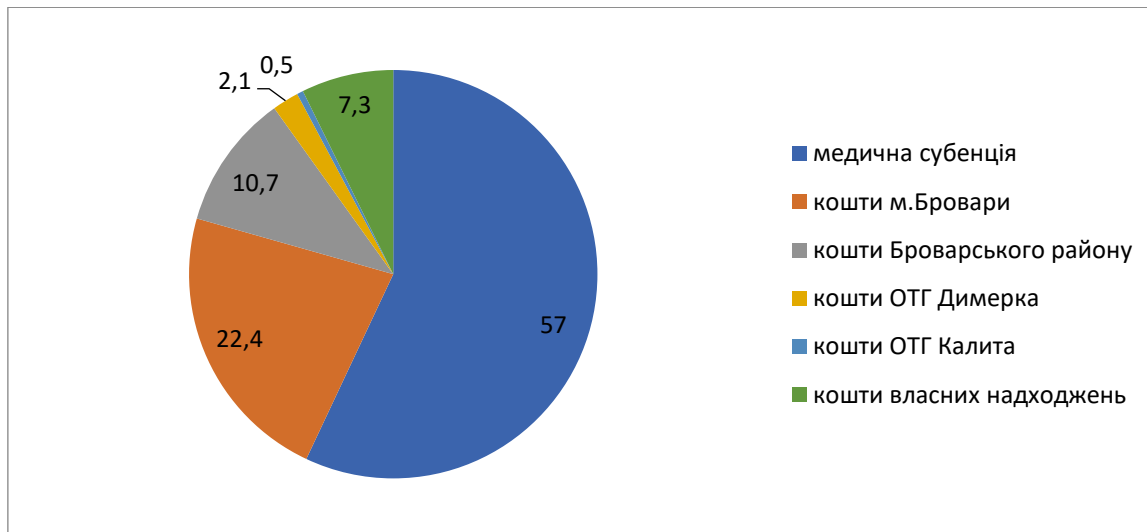


Рис.2.5. Джерела фінансування КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" БРР БМР у 2018 році

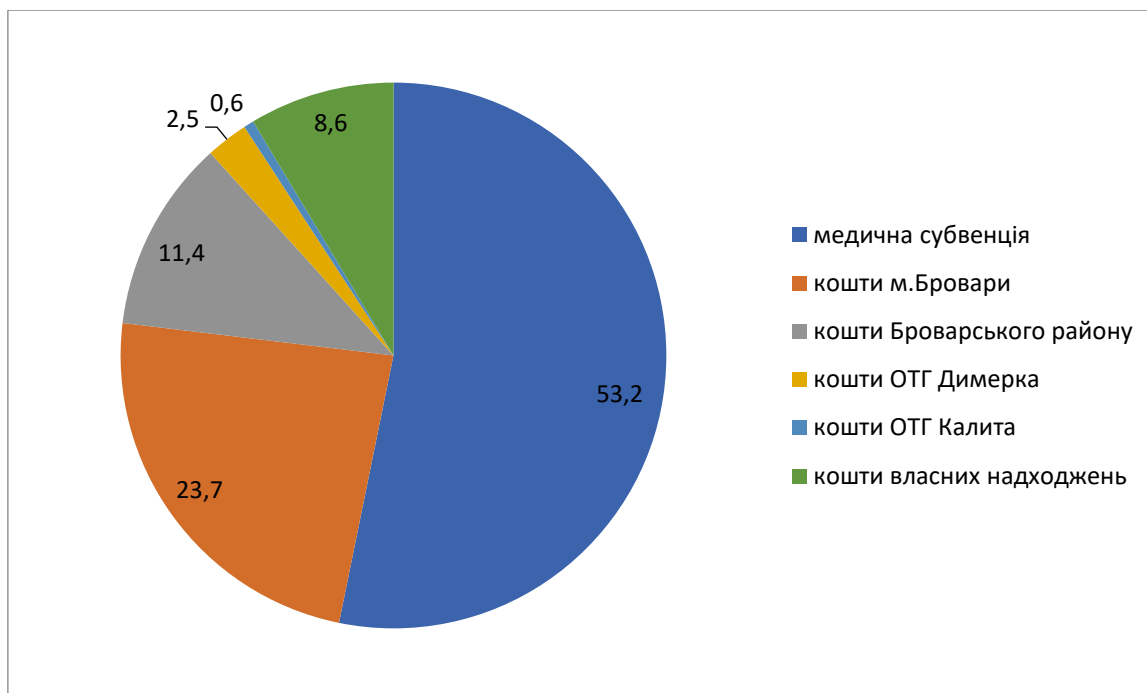


Рис.2.6. Джерела фінансування КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" БРР БМР у 2019 році

Таким чином, ми бачимо зміни в фінансуванні лікарні, а саме взаємовідносин між лікарнею та розпорядниками коштів. На зміну приходять контрактна модель, у якій взаємовідносини регулюються договорами. За такими договорами в розпорядник бюджетних коштів діятиме в інтересах пацієнтів, як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я (далі — ЗОЗ) або лікар, як фізична особа — підприємець, який одержав ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, виступатимуть як постачальники послуг.

Крім Броварської районної ради до списку засновників додалися ще й Великодимерська та Калитянська селищні ради Броварського району Київської області.

Організаційними інноваціями в закладах охорони здоров'я є реструктуризація їх діяльності, вдосконалення організації праці та організаційної структури підприємства.

КНП "Броварська багатoproфiльна клiнiчна лiкарня" БРР БМР виконало наступнi умови, якi є організаційними iнноваціями:

- автономiзація закладу (перетворення на комунальне некомерційне підприємство);
- комп'ютеризація закладу: для забезпечення можливостi фіксувати iнформацію про наданi медичнi послуги та для обміну iнформацією з НСЗУ заклад забезпечили достатньою кiлькiстю комп'ютерiв;
- пiдключення закладу до електронної системи охорони здоров'я;
- наявнiсть у закладу чинної лiцензії на провадження господарської дiяльностi з медичної практики, а також iнших лiцензій та дозволiв, необхідних для надання вiдповiдних медичних послуг;
- наявнiсть медичного персоналу i необхідного обладнання згiдно з табелем оснащення та умовами закупiвель НСЗУ.

Серйознi перетворення в галузi охорони здоров'я, насамперед набуття автономностi закладами в адмiнiстративнiй дiяльностi, можливiсть залучення коштiв з рiзних джерел тощо, зумовлюють необхіднiсть повного та оптимального використання кадрового потенціалу медичних організацій.

Завдяки умiнню управлiнцiв його можна перетворити на конкурентну перевагу організації i досягнути поставлених цiлей на ринку [3]. Метою кадрової полiтики ВООЗ є пiдготовка необхідних кваліфікованих працiвникiв, забезпечення ними закладiв охорони здоров'я, виконання цими медичними працiвниками вiдповiдних завдань.

Медичний персонал розглядається як стратегічний капітал, бiльша частка усiх капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у свiтi спрямовується саме на кадрове забезпечення.

Розглянемо, якi змiни вiдбулись в якiсному складi та кваліфікації персоналу лiкарнi.

Представимо якiсну структуру персоналу КНП "Броварська багатoproфiльна клiнiчна лiкарня" в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Аналіз динаміки середньооблікової чисельності персоналу КНП
"Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" за 2017-2019 роки

Показники	2017	2018	2019	Відхилення 17/18,+/-	Відхилення 19/18,+/-
Лікарі	393	380	282	-13	-8
Середній медперсонал	532	527	512	-5	-15
Інший персонал	619	606	683	-13	77

Джерело: складено автором на основі фінансової звітності підприємства

Дані табл.2.6. свідчать, що на підприємстві зменшився якісний склад персоналу, а саме: у 2019 році чисельність лікарів зменшилась на 11 осіб порівняно з 2017 роком, а середнього персоналу – на 20 осіб. Лікарів пенсійного віку 49 (17%). Середнього медичного персоналу пенсійного віку 93 (18%).

Проблемним питанням в кадровому забезпеченні є нехватка лікарів-рентгенологів та анестезіологів і медичних сестер. Представимо питому вагу персоналу, який має кваліфікаційну категорію в табл.2.7.

Таблиця 2.7

Питома вага персоналу КНП "Броварська багатопрофільна клінічна
лікарня", який має кваліфікаційну категорію

Категорія персоналу	Категорія									Сертифікат спеціаліста		
	Вища			Перша			Друга					
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Лікарі	89	90	92	48	47	49	23	21	22	392	380	282
Питома вага	22,6	23,7	32,6	12,2	12,3	17,3	5,8	5,5	7,8	99	100	100
Середній медперсонал	263	262	261	62	57	58	32	28	27	530	525	511
Питома вага	42,3	43,4	38,2	10,0	9,4	8,5	5,1	4,6	3,9	99	99	99

Джерело: складено автором на основі фінансової звітності підприємства

Кількість лікарів на 01.01.2020р. - 282 (в 2018р. - 380 лікарів), з них атестовано на вищу категорію - 92, на першу категорію - 49, на другу категорію - 22. Середнього медперсоналу на 01.01.2020р. - 512, з них атестовано на вищу категорію - 261, на першу категорію - 58, на другу категорію - 27.

Протягом 2019 року зберігалася негативна тенденція щодо зменшення питомої ваги середніх медичних працівників

Частка середнього медперсоналу, які мають категорії, збільшилась за рахунок збільшення числа молодих співробітників, що мають малий стаж роботи, при цьому зросла частка фахівців, що мають вищу категорію. Сертифікати фахівців в даний час мають 100% лікарів (у порівнянні з 99% в минулому), кількостей медичних сестер, що мають сертифікат, залишилося на колишньому рівні в 99%.

Аналізуючи представлену таблицю, можна відзначити, що зберігається негативна тенденція щодо зменшення активності середнього медичного персоналу з отримання та, особливо, з підтвердження кваліфікаційних категорій.

Таблиця 2.8

Аналіз основних показників КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" за 2017-2019 роки

Показники	Одиниці виміру	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Проліковано хворих	абс. ч.	28956	28789	27070
Зайнятість ліжка	дні	351,6	347,8	342,0
Середнє перебування на ліжку	дні	10,6	10,4	10,2
Обіг ліжка		33,8	33,7	33,9
Померло хворих	абс. ч.	158	143	132
Лікарняна летальність	%	0,68	0,66	0,59
Питома вага планово госпіталізованих	%	71	73	74
Питома вага сільських жителів	%	33,9	33,1	30,0

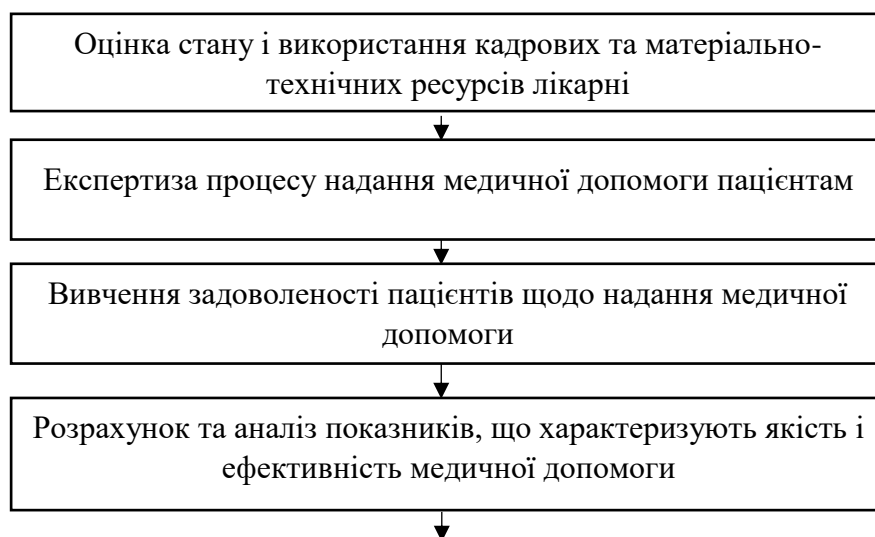
Продовження таблиці 2.8

Госпіталізовано планово з районів області	абс. ч.	10520	10490	10420
Питома вага пролікованих планово з районів області	%	72	73	75
Проведено операцій	абс. ч.	9680	10282	10375
Хірургічна активність	%	76,8	81,9	82,2
Середня тривалість перебування хворих до операції	дні	1,4	1,3	1,3
Питома вага післяопераційних ускладнень	%	0,2	0,1	0,2
Померло після операції	абс. ч	35	38	21
Післяопераційна летальність	%	0,37	0,35	0,23
Кількість аналізів на 1 стаціонарного хворого		44,1	45,2	45,7
%обсягу фізметодами лікування	%	63,0	62,0	64,4
Число функціональних обстежень на 1 стаціонарного хворого		1,2	1,1	0,8

Джерело: складено автором на основі даних підприємства

За звітний період, якісні показники роботи з надання спеціалізованої допомоги виконані, що є результатом проведення у закладі організаційно-наукових заходів по управлінню якістю медичної допомоги.

Представимо впроваджену систему контролю якості медичної допомоги після впровадження організаційних змін у 2018 році на рис.2.7.



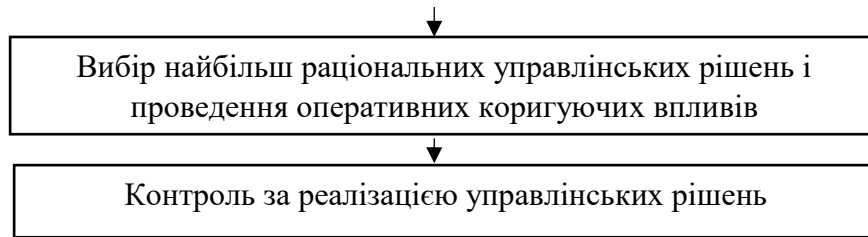


Рис.2.7. Система контролю якості медичної допомоги КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" з 2018 року

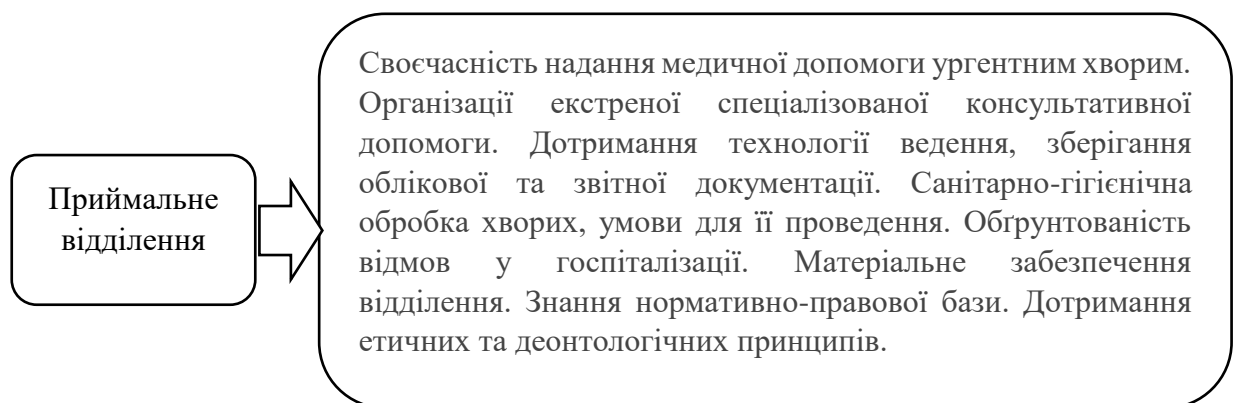
Джерело: розроблено автором

У 2018 році в КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" було впроваджено вищезазначену систему, в основу якої покладено експертизу, яка має три рівні, а саме: експертиза якості медичної допомоги, яка є функцією завідувачів підрозділами лікарні (перший рівень); заступників головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності, медичної частини, амбулаторно-поліклінічної допомоги, медсестринства (другий рівень); медична рада лікарні (третій рівень).

Експертизу, зазвичай, проводять на підставі медичної документації (медичної карти стаціонарного хворого, карти амбулаторного хворого тощо).

В лікарні розробили критерії, за допомогою яких оцінюють якість організації та надання медичних послуг.

Представимо на рис.2.8. дані критерії для медичних послуг в стаціонарі.



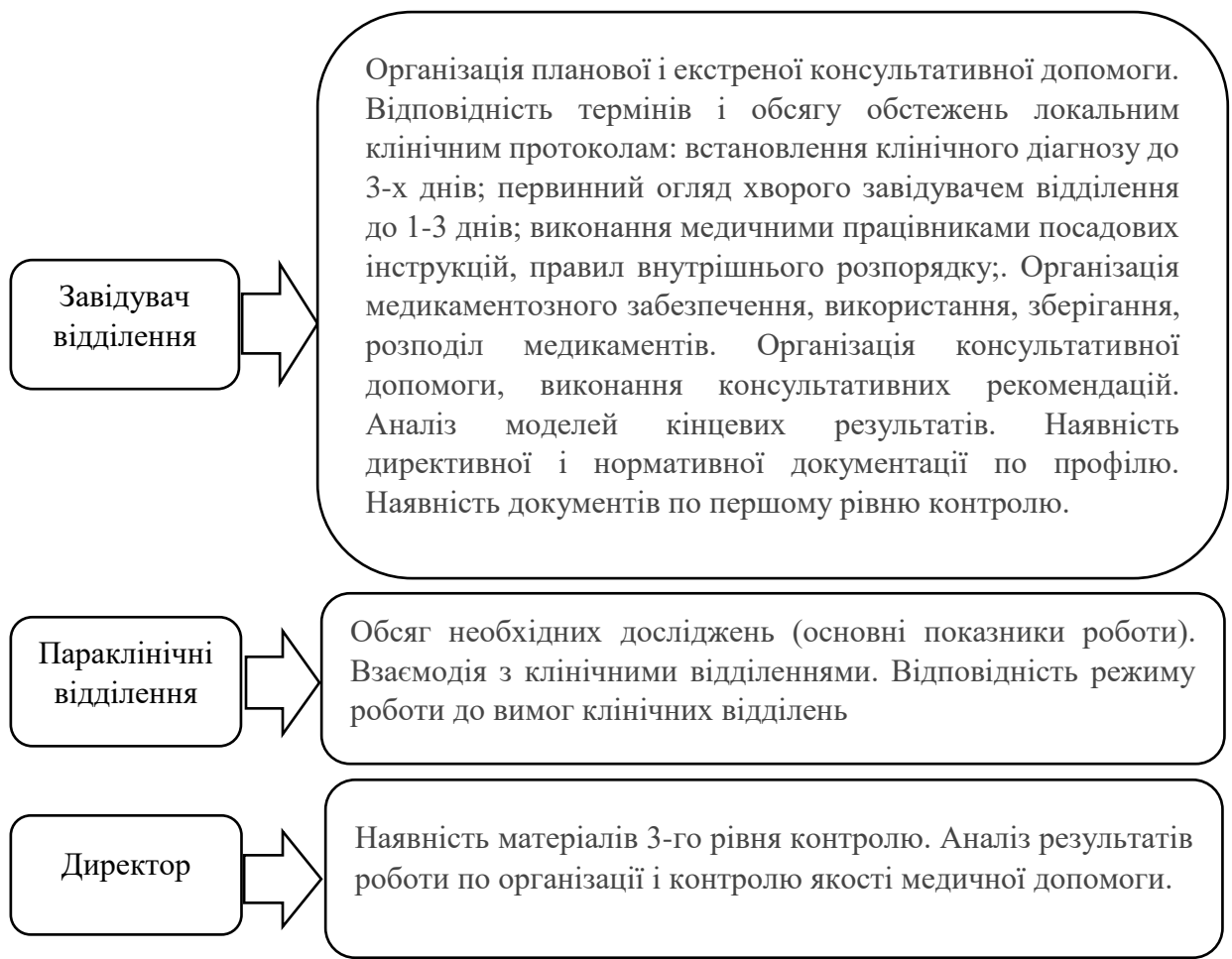


Рис.2.8. Критерії оцінювання якості організації та надання медичних послуг в стаціонарі КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня"

Джерело: розроблено автором

Для того, щоб визначити ефективність впровадження організаційних інновацій в діяльність КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" було проведено анкетування.

За результатами анкетування лікарів встановлено, що більшість респондентів вважають впровадженні організаційні інновації КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" лише формальними та не бачать головних результатів змін в діяльності лікарні. Основними чинниками, які впливають на ефективність впровадження організаційних інновацій, вони вважають наявність бюджету та професійного управлінця.

Представимо результати аналізу чинника «наявність бюджету» в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Результати аналізу чинника «наявність бюджету»

Сегмент	Субсегмент	Середнє значення	Середнє квадратичне відхилення	95% довірчий інтервал
Загальна вибірка		4,06	0,069	3,89-4,18
Місце роботи	Поліклініка	4,27	0,087	4,08-4,39
	Стаціонар	3,89	0,139	3,63-4,21
	Змішано	4,06	0,111	3,83-4,25
Стать	Чоловіча	4,02	0,132	3,75-4,27
	Жіноча	4,08	0,089	3,90-4,25
Вікова група	До 35 років	3,73	0,153	3,42-4,03
	36-45 років	4,11	0,119	3,85-4,34
	46+ років	4,32	0,093	4,12-4,51
Стаж роботи	До 5 років	4,00	0,198	3,58-4,37
	6-10 років	4,21	0,121	3,95-4,44
	11-15 років	4,21	0,139	3,91-4,43
	16-25 років	4,29	0,132	4,03-4,56
	26+ років	3,51	0,202	3,12-3,91

Джерело: складено автором

Для лікарів, які мають більший досвід роботи наявність офіційного бюджету має більше значення, ніж для більш молодих лікарів.

Представимо результати аналізу чинника «наявність професійного управлінця» в табл.2.10

Таблиця 2.10

Результати аналізу чинника «наявність професійного управлінця»

Сегмент	Субсегмент	Середнє значення	Середнє квадратичне відхилення	95% довірчий інтервал
Загальна вибірка		3,55	0,069	3,39-3,63

Продовження таблиці 2.10

Місце роботи	Поліклініка	3,61	0,119	3,37–3,79
	Стаціонар	3,42	0,119	3,22–3,70
	Змішано	3,59	0,125	3,32–3,81
Стать	Чоловіча	3,39	0,132	3,12–3,66
	Жіноча	3,58	0,079	3,43–3,75
Вікова група	До 35 років	3,62	0,129	3,33–3,88
	36–45 років	3,69	0,99	3,42–3,88
	46+ років	3,28	0,125	3,01–3,52
Стаж роботи	До 5 років	3,44	0,169	3,11–3,79
	6–10 років	3,77	0,146	3,50–4,08
	11–15 років	3,41	0,161	3,13–3,80
	16–25 років	3,53	0,165	3,12–3,81
	26+ років	3,34	0,152	3,02–3,68

Джерело: складено автором

Наявність керівників, локальних лідерів, які можуть якісно планувати, реалізувати та контролювати програми та проекти лікарні, забезпечувати достатність фінансових ресурсів для більшості респондентів є першочерговим для ефективного впровадження організаційних інновацій.

Відповіді респондентів лікарів щодо забезпеченості КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" професійними управлінцями представлено на рис.2.9.

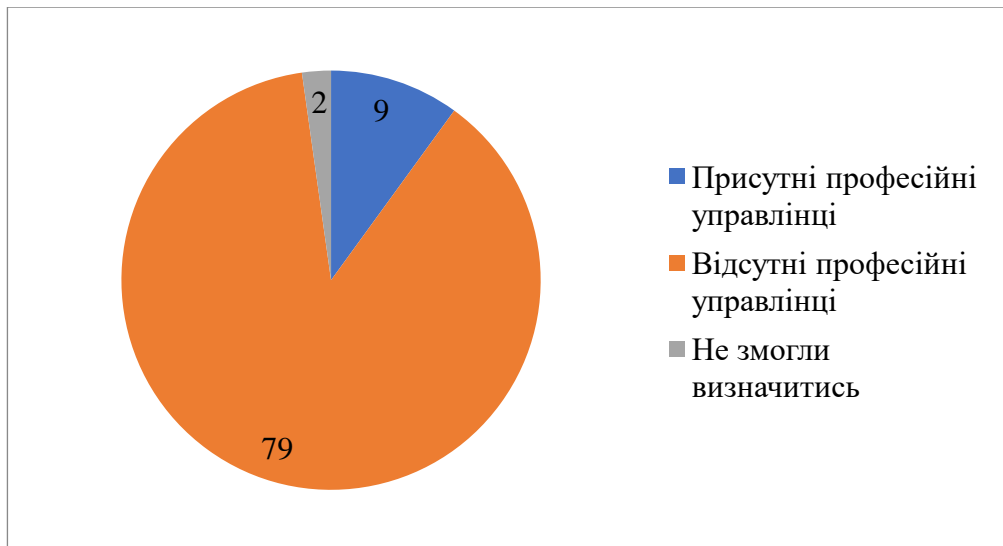


Рис.2.9. Забезпеченість КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" професійними управлінцями

Джерело: складено автором

Таким чином, досліджуваний медичний заклад не забезпечений професійними управлінцями, що може звести нанівець всі організаційні нововведення та погіршити якість надання медичних послуг.

У лікарні з року в рік гостро стояло питання відтоку спеціалістів у зв'язку із низькою заробітною платою. Впровадження організаційних інновацій мало на меті покращити ситуацію.

Позитивним моментом впровадження організаційних інновацій в діяльність мед закладу, який відмітили лікарі є підвищення заробітної плати. Проте вони вважають несправедливим рівність заробітної плати лікаря та середнього медперсоналу.

Також лікарі відмічають, що із змінами в організаційній структурі підприємства збільшилось навантаження на працівників, що є негативним моментом в діяльності лікарні.

При цьому, опитування головного лікаря показує зовсім інші результати. Так, на його думку, управління лікарнею здійснюється на професійному рівні, організаційні інновації він оцінює як позитивні зрушення в сторону зростання доходів підприємства та якості надання медичних послуг.

До основних проблем, які гальмують впровадження організаційних інновацій в діяльності КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня", на його думку, належать:

- низька кваліфікація лікарів;
- плинність кадрів;
- труднощі у діджиталізації роботи лікарні;
- відсутність на базі лікарні освітніх програм для медперсоналу;
- відсутність автоматизації робочого місця лікаря та реєстратури.

Опитування пацієнтів показало, що якість медичних послуг покращується з кожним роком, збільшується кількість інноваційного обладнання, що пришвидшує встановлення діагнозу та скорочує час лікування.

Невдоволеними лишаються пацієнти кількістю черг та незручним графіком прийому громадян.

Ефективність будь-яких змін показують фінансові результати, зростання дохідної частини. Розглянемо дані показники табл. 2.11.

Таблиця 2.11.

Аналіз динаміки фінансових результатів діяльності КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" за 2017-2019 роки, тис.грн.

Показники	2017	2018	2019	Відхилення 17/18,+/-	Відхилення 19/18,+/-
Бюджетні асигнування	173421527	191921824	213868376	18500297	21946552
Доходи від надання послуг	9169195	11047982	15578868	1878787	4530886
Доходи від продажу активів	152851	-	40330	-152851	40330
Інші доходи від обмінних операцій	1344509	1199985	1353577	-144524	153592

Продовження таблиці 2.11

Усього доходів від обмінних операцій	184088082	204210121	230800821	20122039	26590700
Інші доходи від необмінних операцій	4504662	5685946	780934	1181284	-4905012
Усього доходів від необмінних операцій	4504662	5685946	780934	1181284	-4905012
Усього доходів	188592744	209896067	231581755	21303323	21685688
Витрати на виконання бюджетних програм	170590467	197978688	217407045	27388221	19428357
Витрати на виконання продукції	8274710	10463153	15062691	2188443	4599538
Інші витрати за необмінними операціями	3125076	8514202	8859899	5389126	345697
Усього витрат	181990253	220244056	244766495	38253803	24522439
Профіцит/дефіцит	6602491	-10347989	-13184740	-	-2836751

Джерело: складено автором на основі фінансової звітності

Дані табл. 2.11. свідчать, що КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" має тенденцію до зростання доходів. Так, у 2018 році доходи лікарні зросли на 21303323 тис.грн., а у 2019 році – ще на 21685688 тис.грн. В структурі доходів переважають бюджетні асигнування. Доходи від надання послуг суттєво зросли після реорганізації підприємства та введення організаційних інновацій. Так, у 2018 році вони зросли на 1878787 тис.грн., а у 2019 році ще на 4530886 тис.грн.

Витрати бюджету також мали тенденцію до зростання. У 2018 році вони зросли на 38253803 тис.грн., а у 2019 році – ще на 24522439 тис.грн.

Аналіз фінансових результатів показав, що видатки у 2018-2019 році перевищували доходи лікарні, що пов'язано із організаційними змінами в діяльності, розширенням функцій лікарні, та як наслідок зростання потреб, в

тому числі матеріально-технічних, придбання нового обладнання, матеріальне заохочення лікарів.

Аналіз ефективності впровадження організаційних інновацій дав можливість виділити сильні та слабкі сторони КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня", а також сформулювати можливості та загрози, які має лікарня в табл.2.12.

Таблиця 2.12

SWOT- аналіз КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня»

<p style="text-align: center;">СИЛЬНІ СТОРОНИ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зростання виробничих потужностей медичного закладу • Орієнтованість на покращення інфраструктури та менеджменту медичного закладу. • Чітке бачення місії і цінностей лікарні та її місця • Підвищення якості медичного обслуговування. <ul style="list-style-type: none"> • Наявність мотивованого персоналу. 	<p style="text-align: center;">СЛАБКІ СТОРОНИ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Недостатня кількість висококваліфікованих працівників певної спеціалізації. • Недостатній розвиток інфраструктури. • Недостатня кількість та застаріле лікувально-діагностичне обладнання. • Існування певних недоліків у розподілі ліжкового фонду.
<p style="text-align: center;">МОЖЛИВОСТІ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сприяння зацікавлених сторін щодо збільшення періодичних та капітальних фінансових вливань відповідно до нового стратегічного напрямку. • Покращення служби забезпечення. • Позитивна громадська думка (позитивний імідж) з точки зору надання медичних послуг. • Вигоди від державного та приватного партнерства. • Платоспроможність населення за рахунок залучення до схем страхування та інших форм оплати медичних послуг. 	<p style="text-align: center;">ЗАГРОЗИ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Недостатня кількість медичного персоналу необхідної спеціалізації та кваліфікації. • Недостатність забезпечення засобами медичного призначення, лікарськими засобами й іншими товарами і послугами. • Висока залежність від фінансових субсидій. • Висока плінність кадрів
<p style="text-align: center;">КЛЮЧОВІ ФАКТОРИ УСПІХУ</p> <p>Ефективне лідерство, дисципліна, наявність адекватних та стабільних ресурсів, спільне бачення та визнання цінності, зобов'язання та підтримка зацікавлених сторін, ефективне спілкування, сталий партнерський зв'язок та партнерське співробітництво, ефективне використання наявних ресурсів.</p>	

Джерело: складено автором

Таким чином, КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня після впровадження організаційних інновацій отримала наступні можливості:

- керівник лікарні отримав значно більше свободи у розпорядженні активами, фінансами та у формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;

- керівник може самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;

- фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;

- лікарня може наймати за договорами підряду лікарів, як фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

2.3. Проблеми застосування організаційних інновацій в діяльності лікарні

Інновації в охороні здоров'я є механізмом підвищення якості медичних послуг, оскільки роблять можливими посилення профілактики та охорону здоров'я населення. На сьогоднішній момент затребуваність інноваційних технологій в медицині дуже висока, а деякі напрямки неможливо уявити без їх використання. В першу чергу - це області, в яких застосовується сучасне високотехнологічне обладнання: тут інформаційні технології підвищують віддачу від його роботи в рази.

Але, як і в будь-якій сфері діяльності, в розвитку інноваційних технологій існують проблеми, які неможливо вирішити без підтримки з боку держави. До однієї з них можна віднести крайню необхідність вітчизняної науки, а особливо медичної, в збільшенні обсягів фінансування. Однак, з іншого боку, в українській охороні здоров'я існує цілий ряд факторів, які

створюють серйозні перешкоди впровадженню організаційних інновацій в медицині, що значно ускладнює їх впровадження.

Представимо проблеми КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня» на рис.2.10.

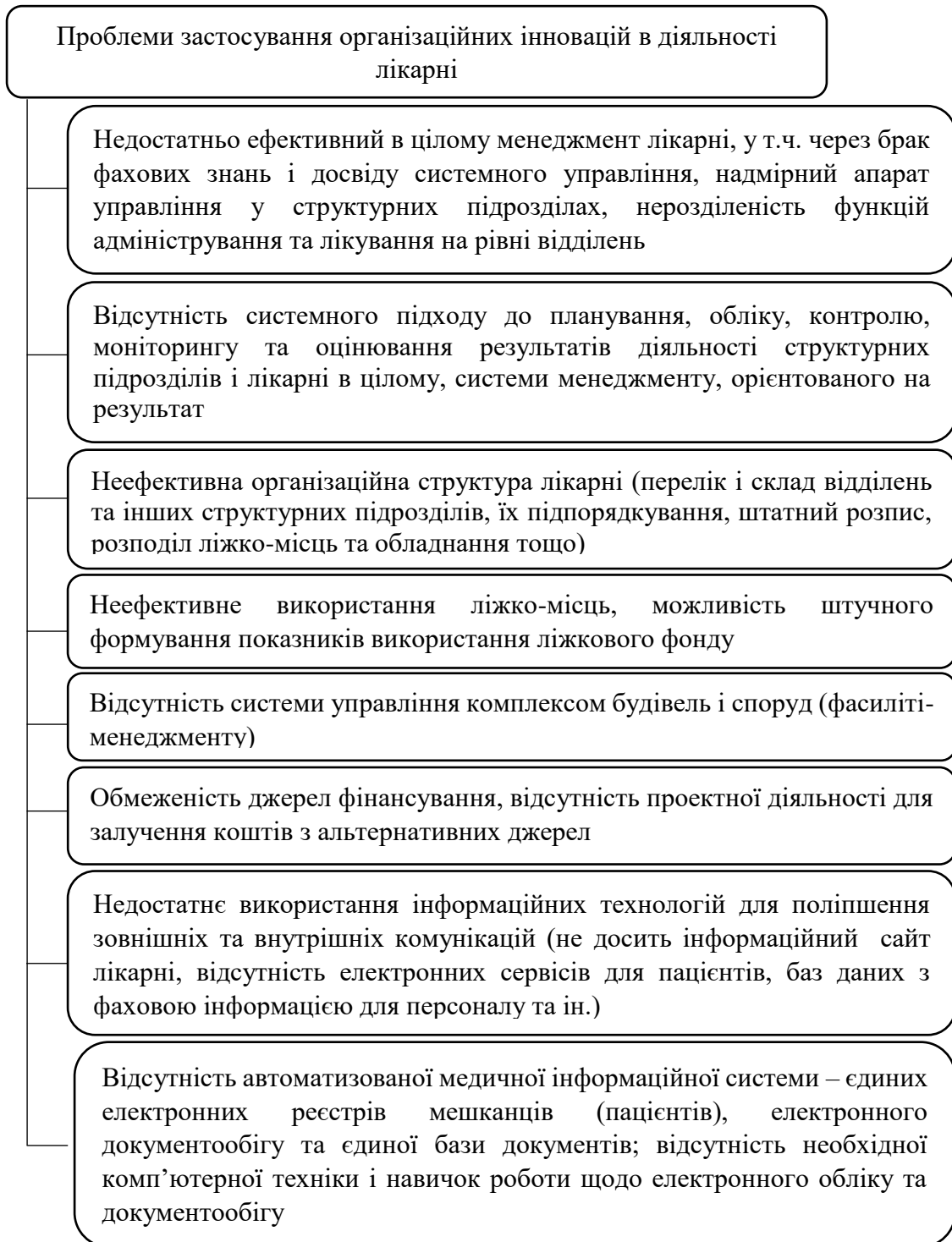


Рис.2.10. Проблеми застосування організаційних інновацій в діяльності КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня"

Джерело: складено автором

Розглядаючи вищезазначені проблеми застосування організаційних інновацій виділимо фактори, які є причинами вищезазначених проблем:

- розробка організаційних інновацій в медицині часом не скоординована з можливостями їх використання в практичному аспекті в закладах охорони здоров'я, що призводить до їх невиправданої незатребуваності і природно ускладнює появу інновацій наступного покоління;

- відсутність повної і достовірної інформації про інноваційні технології, які розробляються і впроваджуються в іноземних медичних організаціях;

- децентралізація системи управління посилила роз'єднаність систем наукового пошуку, підготовки кадрів і практичної охорони здоров'я;

- практичній охороні здоров'я далеко не завжди вдається виступити в ролі професійного замовника з чітким обґрунтуванням необхідності створення тих чи інших інновацій;

- діюча система підготовки кадрів не відрізняється гнучкістю, часто не враховує і не формує сьгодні потреби в кадрах, здатних розробляти, впроваджувати і широко використовувати інновації в медицині.

Однією з основних проблем впровадження організаційних інновацій є недостатня інформатизація регіональної охорони здоров'я:

1. Проблема інформаційної безпеки. Існують невирішені проблеми інформаційної безпеки в сфері охорони здоров'я, пов'язані з дотриманням вимог конфіденційності особистих даних пацієнтів і персональних даних про стан здоров'я пацієнта. Для вирішення цієї проблеми необхідно проведення атестації інформаційної системи передачі даних на відповідність вимогам законодавства України.

2. Необхідність навчання кадрів інноваційним технологіям. На сьгоднішній момент розроблено положення для створення електронної бази знань в сфері охорони здоров'я, є інноваційні рішення в галузі електронних освітніх курсів. Першочерговим завданням в даній сфері в короткостроковій перспективі є створення бази знань, впровадження електронних освітніх

курсів і систем підтримки прийняття лікарських рішень для спрощення діяльності медичних працівників.

3. Необхідність подальшого доукомплектування медичних організацій засобами обчислювальної техніки, а також удосконалення в медичних установах області локальних мереж. Заходи щодо впровадження сучасних інформаційних систем в охорону здоров'я, включаючи розвиток телемедицини, реалізуються шляхом створення регіонального фрагмента єдиної державної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я.

4. Відсутність необхідного рівня знань, як лікарів, так і середніх медичних працівників установи не тільки в області інноваційних технологій, а й у володінні комп'ютерними технологіями в цілому, що викликає небажання переходу на автоматизацію процесу надання медичної допомоги.

Найбільші складнощі в реалізації організаційних інновацій переважна більшість пов'язує з ресурсним забезпеченням (кадрами -94,1%, фінансами - 88,2%, обладнанням - 64,7%). У цю ж групу найбільш проблемних увійшли питання бухгалтерського обліку та звітності (70,6%). Наступна за ступенем складності робота пов'язана з оплатою праці персоналу та створенням соціально-психологічного клімату в колективі, тобто з управлінням персоналом.

Сьоме і восьме місця в рейтингу найбільш проблемних питань зайняли питання господарського плану (ремонт будівлі, придбання витратних матеріалів), а також управлінські проблеми (залучення кваліфікованих управлінців, регулювання роботи філій). Проблемними в меншій мірі є взаємодія з органами управління різного рівня, проблеми стратегічного розвитку організації.

На нашу думку, основною проблемою впровадження організаційних інновацій є неефективний менеджмент.

Молоді та перспективні медпрацівники звільняються з лікарні, а за ними ідуть цінні професіонали з напрацьованим багажем досвіду та знань.

Анкетування показало, що в колективі несприятливий психологічний клімат. Невірні управлінські рішення є результатом психоемоційного виснаження кадрів. Лише за останній рік можна спостерігати активний відтік медичного персоналу з лікарні.

Завдяки місцевим програмам, значною мірою вдалось поліпшити стан із оплатою праці медичних працівників. Але фінансування медичної галузі все ж залишається на недостатньому рівні: середня заробітна плата в лікарні за 2019 рік складала 6 973,0 грн. Це часто стає причиною звільнень медичного персоналу, адже міські та районі лікарні не здатні конкурувати з приватними лікарнями ні за рівнем оплати праці, ні за оснащеністю, ні за фізичним і моральним навантаженням на працівників.

У 2019-му лікарня прийняла на роботу 75 лікарів та 53 середніх медпрацівники, а звільнилось 95 лікарів та 111 середніх медпрацівників. Відтак укомплектованість лікарями складає 78,9 %, середніми медпрацівниками – 79,7 %.

Організаційна структура підприємства. Так як згідно штатного розпису працює 20-ть бухгалтерів, вважаємо, що лікарня не потребує стільки непрофільних спеціалістів, коли лікарів та медсестер гостра недостатність.

Персонал що працює, не має розроблених маршрутів та критеріїв надання якісної допомоги від керівництва, колективу не пояснюють засади «клієнтоорієнтованості».

Наразі в більшості відділень працює тільки один або два лікаря, чого недостатньо для надання якісних та безпечних медичних послуг. Це звужує можливості лікарні та не надає змогу функціонувати ББКЛ на найвищому рівні.

Крім того, лікарня має відносно низький рівень оснащеності медичним обладнанням, що призводить до неспроможності надавати медичні послуги високого рівня та вузького спектру наявних послуг. Як результат, у лікарні низька зайнятість ліжок, а тривалість лікування є відносно великою. Це

свідчить про проблеми в процесі надання медичних послуг. Також, низька кількість пацієнтів не надає змоги лікарям практикуватися і проводити мінімально необхідну кількість операцій, що в свою чергу заважає їм розвиватися на рівні з лікарями інших лікарень.

Більшість лабораторних аналізів робиться вручну. Застаріла лабораторія не дозволяє проводити швидкі та точні аналізи, що знижує якість медичних послуг та негативно впливає на подальше лікування.

У КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" спостерігається низький рівень підзвітності медперсоналу. Це призводить до неефективного використання ресурсів, коли кошти витрачаються на утримання персоналу, а менеджмент лікарні не має змоги обґрунтовано та базуючись на реальних даних прийняти рішення про оптимізацію роботи лікарні.

Перехід до роботи у якості некомерційного підприємства мав стати поштовхом до значного прогресу. Якщо порівнювати з лікарнями первинної ланки м. Бровари, то, на нашу думку, вони більш успішно провели реорганізацію, зробили ремонти в амбулаторіях, відкрили кілька нових закладів по місту.

Первинна ланка впроваджує сучасні технології та проводить навчання для персоналу, на їхньому сайті можна знайти всю необхідну інформацію про напрямки роботи лікарні та записатись на прийом до лікаря. Крім того, вони регулярно звітують про свої фінансові витрати перед місцевою владою та громадою. Електронна черга, он-лайн запис до лікаря, автоматизований документообіг є для КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня" основною метою, але на підприємстві відсутній чіткий план та програма для її реалізації.

РОЗДІЛ 3
НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ФОРМУВАННЯ
І ЗАСТОСУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ІННОВАЦІЙ В
ДІЯЛЬНОСТІ БРОВАРСЬКОЇ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ
ЛІКАРНІ

3.1. Зарубіжний досвід управління та інноваційного розвитку в діяльності медичних закладів

Охорона здоров'я Естонії до реформи була схожою з українською. Після окупації Естонії СРСР (1940 рік), в країні, як і в усьому Союзі, почалося впровадження системи Семашко в охорону здоров'я з централізованим плануванням і управлінням, а також державним фінансуванням. До реформи 1990 року в Естонії майже не було приватного медичного сектору, населенню гарантувалася безкоштовна медицина, але були поширені неофіційні платежі за надання медичних послуг, надлишковий ліжковий фонд і районування високоспеціалізованої медичної допомоги. Описана ситуація повністю збігається з картиною в Україні.

В Естонії була реалізована одна з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн. У відносно короткі терміни були змінені принципи фінансування (медичне страхування) і надана автономія клінікам, що сприяло перебудові всієї системи і її реформування. За 10 років в країні була створена нова система охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам [32].

Принцип селективного укладання договорів з ФМС підтримує здорову конкуренцію на ринку і забезпечує надання якісної медичної допомоги.

Реформа і реорганізація системи охорони здоров'я Естонії почалися з 1990 року і проходили в кілька етапів.

Перший етап - радикальний. Був направлений на зміну фінансування та впровадження пацієнто-орієнтованого підходу. Способи реалізації:

- впровадження фінансування медичної допомоги за рахунок цільового податку на медичне страхування, який збирали і об'єднували до фондів соціального страхування;

- застосування системи договорів між фондами та медичними установами з оплатою в залежності від обсягу наданих послуг для поділу функції виробників і покупців медичних послуг.

Результат першого етапу - автономія медичних установ, свобода в розпорядженні фінансами і кадровій політиці. Також ці реформи призвели до повної перебудови системи охорони здоров'я, створеної в радянський період.

Другий етап - поступові перетворення системи охорони здоров'я.

Цілі етапу:

- підвищення ефективності медичних установ;
- раціональне використання фінансових і кадрових ресурсів;
- підвищення відповідальності медичних установ.

Способи реалізації:

- Визначення правового статусу медичних установ: делегування на них частини фінансових ризиків і забезпечення якості медичних послуг.

- Вживання заходів Урядом щодо посилення централізованого планування і регулювання, а також щодо підвищення купівельної спроможності.

- Зміна і системність відшкодування витрат на ліки. Для більш раціонального витрачання коштів були введені базові ціни.

- Термін реалізації реформи - реформа була повністю введена в дію протягом 10 років.

Результат другого етапу - підвищення якості медичних послуг та їх доступності для населення.

В Естонії використовується система селективних договірних відносин, при якій ФМС укладає договори тільки з обраними медичними організаціями. Відбираються найбільш ефективні постачальники послуг, в тому числі з приватних установ.

ФМС зобов'язаний укладати договори з лікарнями, здійснюють великі перетворення відповідно до Комплексного плану (державний план розвитку лікарняного сектора). Ці лікарні мають право на п'ятирічні контракти.

Селективні договірні відносини поширюються на 20% обсягів амбулаторної допомоги - через публічні закупівлі на конкурсних засадах. Решта постачальники мають право на договір. Селективні договірні відносини поширюються на частину медичних організацій - в основному тих, чий «продукт» можна досить добре виміряти і які не перебувають на етапі внутрішньої реструктуризації. Послуги лікарів загальної практики відшкодовуються в залежності від їх спеціалізації, а саме:

Послуги лікарів загальної практики відшкодовуються на основі:

- подушевного нормативу (73% бюджету загальних лікарських практик);
- оплати за кожну послугу (14%);
- за кошторисом (11%);
- виплат бонусів за результати діяльності.

Основна частина надходжень коштів загальних лікарських практик складається на основі фіксованих виплат, розмір яких визначається чисельністю прикріпленого населення і сформованої матеріальної бази практики. Решту коштів надходять за надані послуги (найбільш пріоритетні) і за результатами діяльності практик.

Оплата спеціалізованої амбулаторної допомоги здійснюється:

- за кожну послугу (84% витрат на неї);
- на основі «комплексної ціни», тобто за нормативну вартість закінченого випадку амбулаторної допомоги (10%);

- за укрупнену одиницю послуг в розрізі окремих клініко-статистичних груп (КСГ) (6%).

Оплата стаціонарної допомоги: за детальну послугу (24% витрат на стаціонарну допомогу); випадок лікування (10%); койко-день (31%); укрупнену одиницю послуг в розрізі окремих КСГ (35%).

Німеччина заслужено вважається світовим лідером з надання високоякісних медичних послуг. Тут розташовані найбільші медичні центри Європи, які надають високотехнологічну медичну допомогу. Крім технічного оснащення клінік (обладнання оновлюється в середньому кожні 3-5 років) важливими факторами є також високий рівень підготовки фахівців, безумовний пріоритет інтересів пацієнта під час лікування і сервіс. Саме в Німеччині відзначається один з найбільш високих у світі рівнів витрат на систему охорони здоров'я (близько 11% від ВВП). Але до возз'єднання НДР і ФРН картинка була іншою [31].

У Німеччині тривалий час діє обов'язкове медичне страхування. Тому реформа в Німеччині зосередилася на оптимізації витрат і підвищення якості медичних послуг. Фокусування на оптимізації витрат призвело до обмеження доступу пацієнтів до медичних послуг. Іноді пацієнт повинен чекати 3 місяці свою чергу, щоб потрапити на прийом до фахівця. Тому, незважаючи на високу якість послуг та інноваційні технології, процес удосконалення системи охорони здоров'я в Німеччині триває.

З позитивних моментів системи охорони здоров'я Німеччини слід зазначити єдиний принцип ціноутворення, який перешкоджає завищенню цін на медичні послуги. У Німеччині забезпечується подвійне фінансування системи охорони здоров'я. Для забезпечення фінансування, німецькі лікарні укладають контракти зі страховими компаніями, а також отримують державні інвестиційні субсидії з податкових надходжень.

З 2004 р. лікарські практики отримали право самостійно укладати індивідуальні договори з лікарняними касами. Раніше були лише колективні

договори між асоціаціями лікарів лікарняних кас і об'єднаннями лікарняних кас. Такі договори, як правило, доповнюють систему медичного забезпечення на підставі колективних договорів і модернізують її.

В системі ДМС оплата праці лікарів розбита на дві стадії:

Перша стадія - лікарняні каси повністю переводять асоціаціям лікарів всю суму заробітної плати для всіх лікарів, що працюють в системі ДМС, замість безпосередньої плати кожному лікарю.

Друга стадія - асоціації лікарів розподіляють загальну суму між своїми членами відповідно до єдиної шкали вартості послуг і додатковим інструкціям. Перш за все, асоціації повинні перевірити, врахувати і узагальнити всі дані, на які спираються ці розрахунки.

У 2004 р в Німеччині був прийнятий Акт про реформування охорони здоров'я. Документ наказує проведення ряду заходів, включаючи створення Інституту якості і економічної ефективності охорони здоров'я, в функції якого входить не визначення ціни і якості лікарських препаратів, а аналіз їх терапевтичного впливу і розробка клінічних рекомендацій з лікування конкретних захворювань.

З 1 січня 2005 року введено електронна картка пацієнта нового типу. Вона містить фотографію і медичні дані пацієнта, що допомагає уникнути повторних обстежень і підвищити економічну ефективність діяльності лікарень. Заплановано введення електронної форми рецептів, обліковуються на карті пацієнта. Нові технології дозволили об'єднати 350 тис. лікарів, 22 тис. провізорів, 2 тис. лікарень, 300 лікарняних кас і 700 млн. рецептів в єдину інтегральну структуру.

У Сінгапурі діє подвійна система надання медичної допомоги, яка охоплює державні і приватні медичні заклади. В рамках цієї подвійної системи медичного обслуговування пацієнти можуть вільно вибирати постачальників послуг. Медико-санітарне обслуговування в державних установах

субсидується в значному обсязі і доступно всім громадянам Сінгапуру. У Сінгапурі діє система індивідуальних медичних рахунків.

У країні 80% первинних медичних послуг поставляє приватний сектор. Він же генерує 20% послуг по госпіталізації. В приватних клініках і лікарнях пацієнти платять за послуги за преїскурантом. Ціни визначаються ринком. Державні лікарні управляються, як неприбуткові приватні організації, незалежні від держави. Вони конкурують на ринку і борються за кожного споживача, хоча ціни на їх послуги регулює держава. Конкуренція веде до інвестицій в нове обладнання, в інноваційні методи лікування.

Якщо порівнювати Сінгапур з одним з європейських лідерів в галузі охорони здоров'я - Швейцарією, відзначається, що тривалість життя в Сінгапурі майже така ж, як в Швейцарії (80 років), а рівень дитячої смертності ще нижче. При цьому сінгапурська система в чотири рази дешевше (на душу населення), ніж швейцарська. Рівень доходу на душу населення в цих країнах приблизно однаковий (43 300 \$ ВВП на душу населення в Сінгапурі проти \$ 40 840 ВВП на душу населення в Швейцарії).

У порівнянні зі Швейцарією в Сінгапурі майже на 2/3 менше лікарів на 10 тисяч населення, але більше медичного персоналу на кожного пацієнта, що говорить про раціональне використанні ресурсів. Ліжко-місць в Сінгапурі – тільки половина від кількості в Швейцарії. Головна причина такого розбіжності криється в способі фінансування витрат на медичні послуги. Якщо в Швейцарії тільки близько 40% витрат здійснюються на ринкових умовах, в Сінгапурі таких витрат 68%. 94% витрат здійснюється у вигляді готівкових платежів, а в Швейцарії - 76%. Експерти запевняють, що успіх сінгапурської моделі забезпечений за рахунок набагато більшої свободи вибору споживачів. на частку уряду доводиться менше третини всіх витрат.

Клініки в Сінгапурі визнані одними з кращих в світі і вважають основним принципом своєї роботи надання широкого спектру медичних послуг найвищої якості [32].

Лікування в країні дуже комфортне. Палати нагадують номери висококласних готелів. Приділяється величезне значення різного роду реабілітації, вважається, що реабілітація становить половину, а то й більше, успіху. Клініки передбачають наявність надзвичайно компетентного штату медсестр, які відрізняються високим рівнем підготовки, що дає право навіть призначати або скасовувати ліки.

Незайвим буде згадати і неймовірну технічну оснащеність сінгапурських лікувальних установ - в Європі така не скрізь зустрічається. Крім прогресу в біомедицині, сучасному обладнанні, передових технологіях, важливу роль відіграє рівень безпеки і надійності всієї системи.

Даними питаннями в країні займається спеціальна організація, яка контролює якість, безпеку і ефективність медичних препаратів, техніки і використовуваного обладнання.

Нові препарати ретельно перевіряються. Центри по переливанню крові проходять регулярну перевірку, і банк крові використовує виключно якісну кров - одну з найбезпечніших в світі.

Навіть скептично налаштований до приватної медицини Всесвітній банк рекомендує країнам переймати досвід Сінгапуру в сфері охорони здоров'я з урахуванням різниці в рівні доходів, демографічного стану та поточної системи фінансування охорони здоров'я

В КНП «Броварська клінічна багатопрофільна лікарня» застосовуються наступний інноваційний досвід зарубіжних країн:

- автономія медичного закладу та свобода в розпорядженні фінансами та кадровою політикою (характерне для Естонії);
- використання селективних договорів.

Вважаємо доцільним використовувати досвід Німеччини в частині підвищення якості медичних послуг та доступності для населення, а також єдиного принципу ціноутворення. Крім того, необхідно підвищувати рівень інноваційного обладнання та комфортності палат як в Сінгапурі.

3.2. Напрямки удосконалення механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності Броварської багатoproфільної клінічної лікарні

Основними стратегічними напрямками вдосконалення механізмів формування і застосування організаційних інновацій в діяльності Броварської багатoproфільної клінічної лікарні:

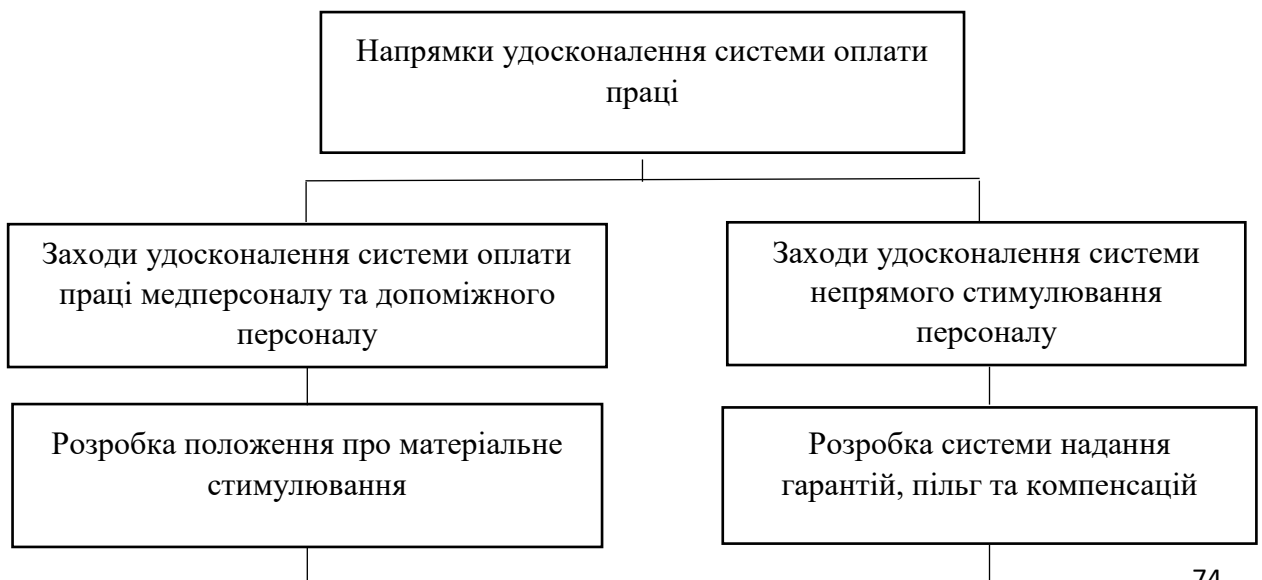
- оптимізація організаційної та кадрової структури в системі надання медичної допомоги;
- організація системи забезпечення і підтримки якості медичної допомоги із її стандартизацією, регулярний перегляд запроваджених стандартів;
- запровадження науково-обґрунтованої медичної практики, організація медичної допомоги з орієнтацією на пацієнта;
- впровадження нововведень в сфері інформатизації, що дозволяють поліпшити процеси взаємодії з клієнтами, наприклад, програма, в яку інтегрована електронна картка пацієнта;
- впровадження аудиту якості клінічної роботи;
- створення внутрішньофірмової мережі Інтернет, удосконалення сайту;
- впровадження телемедицини для покращення доступу сільських жителів до медичних послуг;
- подальша модернізація матеріально-технічної бази медичних організацій з оснащенням сучасним медичним обладнанням;
- збільшення заробітної плати медичних працівників;
- розширення переліку послуг;
- вдосконалення системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів;
- розвиток механізму громадського супроводу реалізації медичних проектів через асоціації, громадські рухи, партії тощо.

Значну роль в наданні медичної допомоги, яка відповідає б сучасним вимогам грає наявність лікувально-діагностичної бази, що позначається на структурній якості і підвищенні доступності, а також раціональному використанні фінансових ресурсів, що знаходить своє відображення в ціні на медичну послугу. У зв'язку з цим перед лікарнею ставляться наступні перспективні завдання:

- 1) збільшення ліжкового фонду лікарні шляхом будівництва нового корпусу на 250 ліжок;
- 2) приведення штатного розпису багатoproфільної клінічної лікарні у відповідність з новими виробничими умовами.

Економічна ефективність за рахунок підвищення потужності ліжкового фонду на 250 ліжок зростає внаслідок скорочення витрат на витрати по утриманню адміністративно-управлінського апарату, а також господарської діяльності медичної організації. При цьому одночасно підвищується дохідна частина лікарні за надання медичної допомоги. Одним з ключових завдань є перегляд штатного розпису. Першочергово необхідно зменшити кількість бухгалтерів до 6 та інших неспеціалізованих посад, при цьому збільшити кількість лікарів. Кількість лікарів можливо збільшити лише за рахунок вигідних умов праці.

На рис. 3.1 представлені заходи щодо удосконалення системи оплати праці.



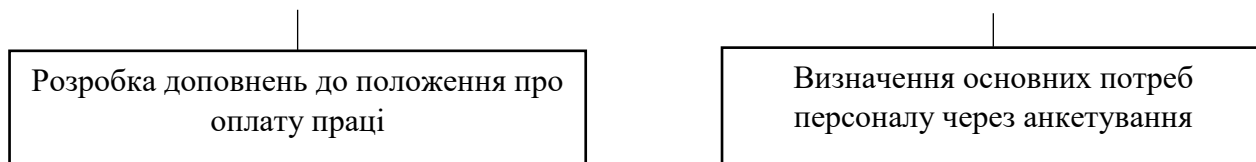


Рис.3.1 Заходи, направлені на удосконалення системи оплати праці в КНП "Броварська багатопрофільна клінічна лікарня"

Джерело: розроблено автором

По-перше, потрібно розробити положення про матеріальне стимулювання. Основним в положенні має бути модель кінцевих результатів діяльності, що представляє собою якісний показник ефективності діяльності лікарів та медичного персоналу.

До моделі ефективності включаються наступні показники:

- показник результативності (кінцевий результат діяльності медперсоналу, а саме: якість лікування, кількість вилікуваних хворих, смертність);
- показник дефектів (високий рівень смертності, скарги на погане ставлення, грубі помилки в роботі);
- шкала оцінки результатів діяльності (розробка бальної оцінки за досягнення результатів);
- встановлені нормативи показників ефективності (розробка нормативів для кожного виду послуг та кожної категорії персоналу).

Розробити гнучку тарифну сітку з оплати праці з розрядами. Присвоювати тарифний розряд необхідно враховуючи складність і відповідальність праці та кваліфікації. В межах кожного тарифу необхідно створити діапазон окладів в залежності від досягнення нормативу ефективності.

Використання гнучкої тарифної сітки дасть можливість підвищити розмір заробітної плати медперсоналу та встановити зв'язок між системою оплати праці та її результативністю.

У поліпшенні матеріального стимулювання працівників КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня" крім прямих стимулів слід брати до уваги ефект від непрямого стимулювання. Отже, головному лікарю доцільно провести заходи з розробки та впровадження непрямой мотиваційної політики в КНП "Броварська багатoproфільна клінічна лікарня". Впровадження непрямой мотиваційної політики неможливо без попереднього вивчення потреб персоналу.

Важливим є підвищення кваліфікації персоналу. Для цього необхідно планувати навчання кожного працівника, впроваджувати дистанційне навчання, тренінги, обов'язкові курси тощо.

Лікарню до сих пір очолює головний лікар. Раніше він консультував молодших лікарів і займався важкохворими. Замість цього, очоливши лікарню, він повинен займатися паперовою роботою, вибиванням грошей і ремонтами, хоча спеціальної освіти для цього не має. Продовжувати практикувати як лікар не може, тому що немає часу та й навички втрачаються. На Заході ця проблема давно вирішена простим розподілом функцій. Там менеджер піклується про злагоджену роботу установи: наймає персонал і знаходить стимули для організації його роботи, стежить за раціональним використанням фінансів, якістю клініки і якістю надання послуг, тобто робить все для того, щоб лікарі були повністю зосереджені на своїх пацієнтах. Образно кажучи, лікарні в Європі - це великі механізми, яким менеджери змащують коліщатка і пружини, щоб ті працювали.

Робота в умовах інноваційно-стратегічного управління потребує формування нового типу ініціативних і відповідальних управлінців, нової культури міжособистісних відносин. В інноваційній сприйнятливості медичної організації істотна роль лідера, наявність у нього новаторського настрою, необхідних організаційних здібностей і таланту керувати колективом в умовах постійного освоєння нового.

Тому вважаємо доцільним найняти ефективного топ-менеджера для управління Броварською багатопрофільною клінічною лікарнею. Він повинен бути своєрідним менеджером закладу, і мати відповідну закінчену вищу освіту в галузі знань "Управління та адміністрування" або "Публічне управління і адміністрування", без обов'язкового зв'язку з лікарською спеціалізацією. Це логічно, і відповідає його посадовим обов'язкам, які пов'язані з управлінськими процесами.

Крім вищезазначеного важливим є впровадження телемедицини. Обладнання кабінету телемедицини являє собою комплекс апаратури та програмного забезпечення, що є багатопрофільним та багатозадачним робочим місцем фахівця.

Передбачено можливість вводу, архівації, зберігання, виводу та пересилання наданої до кабінету медичної інформації.

Основними видами даних, що передаються до кабінету телемедицини лікарні є: документи в електронному вигляді; фотознімки у різних форматах; записи електричних сигналів; мультимедійна інформація.

Таким чином, зі створенням кабінету телемедицини, для мешканців сільської місцевості з'явилася можливість отримати кваліфікований висновок спеціаліста не виїжджаючи до м. Бровари. Це заощаджує кошти пацієнтів, час, а інколи - і здоров'я. Лікарня готова до подальшого всебічного розвитку телемедицини як інструменту дистанційного консультування хворих віддалених районів, із залученням фахівців різних профілів надання медичної допомоги.

Ще одним напрямком організаційних інновацій є впровадження електронних медичних карт. Електронна медична карта (ЕМК) - це цифрова система, в якій автоматично обробляються всі дані про пацієнта. Це дозволяє як пацієнту, так і лікарю мати доступ до точної і актуальної інформації. Точна і повна медична інформація про здоров'я пацієнта додатково виключає ймовірність неправильного прийому ліків.

ЕМК спростить управління даними як для клініки, так і для пацієнтів. Оскільки ці записи обробляються в цифровому вигляді, немає необхідності у важкій паперовій роботі і громіздких файлах. Доступ до карти пацієнта можна отримати простим клацанням миші. Пацієнтам також не потрібно турбуватися про свої лабораторні квитанції або рецепти, так як вся така інформація вже зберігається в системі.

ЕМК не тільки скоротить тягар документації, а й зробить діагностику більш ефективною. Швидкий доступ до точних даних зменшить кількість медичних помилок і забезпечить більш точну допомогу пацієнтам.

ЕМК покращить якість медичної допомоги. Це також зробить медичне обслуговування більш зручним для постачальників і пацієнтів. Система забезпечить розширену підтримку прийняття рішень, клінічні попередження і нагадування, а також усуне необхідність в заповненні форм і відвідуванні клініки кілька разів. Можна буде подзвонити і призначити зустріч, поділившись своїми даними з клінікою за допомогою ЕМК.

Дані про пацієнтів в електронних записах про стан здоров'я є більш захищеними і систематичними. В рамках ІТ-системи охорони здоров'я були розроблені різні інструменти, що дозволяють користувачам зберігати свої медичні дані в безпеці.

Електронні медичні записи практично виключають використання паперу в управлінні даними. Це заощадить не тільки вартість, але і трудовитрати, необхідні для забезпечення безпеки цих записів. Також немає необхідності дублювання тестування. Для пацієнта ці записи підвищують безпеку і дають доступ до поліпшення здоров'я завдяки належному лікуванню.

Крім ЕМК необхідно впровадити в практику корпоративну розраховану на багато користувачів автоматизовану інформаційну систему лікарні.

Програма інформатизації роботи лікарні буде сприяти впровадженню в лікувальному закладі сучасних економічних методів господарювання, що забезпечить жорсткий облік і контроль за використанням обмежених матеріальних і фінансових ресурсів. Вона сприятиме впровадженню в практику нових медичних технологій діагностики та лікування хворих, впровадженню менш витратних організаційних форм і методів медичного обслуговування таких, як стаціонари денного перебування при лікарні.

Наявність такої програми дозволить автоматизувати багато процесів, зокрема планування робочого часу лікарів, медичних сестер, адміністраторів, розрахунок заробітної плати.

Було встановлено, що офіційний сайт лікарні є неінформативним, ненаповненим та не забезпечує відповідний доступ до публічної інформації. Необхідно модернізувати сайт лікарні, додати звіти про виконання бюджетних програм, інформацію щодо запланованих програм. Доцільним буде розмістити на сайті опитування для населення щодо якості медичних послуг, що дасть можливість своєчасно реагувати на запити громадськості та підвищить рівень довіри до лікарні. Також необхідно більш детально розписати на сайті структуру відділень, часи прийому, телефони для консультацій.

В КНП «Броварській багатопрофільній клінічній лікарні» застосовують менеджмент якості на досить низькому рівні. Таким чином, необхідно підвищити його рівень застосування лікарнею. Функціонування системи менеджменту якості об'єднує і згуртовує колектив. Приходить розуміння, що управління організацією не обмежується роллю керівного складу, а відбувається процес колективного управління один одним. Командою вищого керівництва здійснюється аналіз і оцінка існуючого положення, а рядові працівники виконують управлінські функції через процеси контролю якості [3]. Система динамічна, орієнтована на постійне поліпшення, розвиток,

передбачення, що дозволяє уникнути застою і кризових ситуацій, віддається перевага попередженню проблемних ситуацій, а не просто корекції.

Важливим є залучення громадськості до участі в реалізації медичних проектів КНП «Броварської багатoproфільної клінічної лікарні».

З метою поліпшення якості надання медичних послуг, підвищення довіри населення та реалізації основних функцій публічного управління на місцевому рівні необхідно залучати громадські організації для вирішення проблемних питань, обговорення проектів, пошуку фінансових ресурсів. Участь громадськості в реалізації медичних проектів підвищить обізнаність населення в сфері надання медичних послуг та підвищить рівень довіри населення до лікарні.

Представимо схематично на рис.3.2. процес удосконалення формування та впровадження організаційних інновацій в КНП «Броварська багатoproфільна клінічна лікарня».



Рис.3.2. Процес удосконалення формування та впровадження організаційних інновацій в КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня»

Реалізація вище запропонованих заходів підвищить якість медичних послуг, довіру населення до лікарні та сприятиме подальшому формуванню та впровадженню організаційних інновацій в діяльності КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня».

ВИСНОВКИ

На даний час одним з найбільш повних визначень інновацій є наступне: «Інновація є введення у вживання будь-якого нового або значно поліпшеного продукту (товару або послуги) або процесу, нового методу маркетингу або нового організаційного методу в діловій практиці, організації робочих місць або зовнішніх зв'язків». Таким чином, головною ознакою будь-якої інновації є її успішне впровадження, інші особливості нововведень можуть розглядатися на підставі різних класифікацій.

Драйверами інноваційної активності в зовнішньому середовищі медичних організацій можуть виступати органи влади (в тому числі органи управління охороною здоров'я), споживачі (клієнти) і конкуренти, а у внутрішньому середовищі - менеджмент і персонал.

Організаційні інновації зачіпають зовнішню і внутрішню інфраструктуру медичної організації і дозволяють створити нову бізнес-модель.

Іноді розглядають укрупнено організаційні інновації, під якими розуміються «зміни в системі управління підприємницькою структурою з метою підвищення ефективності її функціонування та конкурентоспроможності». Така класифікація, звичайно, трохи умовна. Так, нововведення в сфері інформатизації, що дозволяють поліпшити процеси взаємодії з клієнтами, відносяться і до процесних, і до маркетингових інновацій.

Інновації можуть бути радикальними (кардинальна зміна існуючих послуг, процесів та інститутів) і поступовими (незначні поліпшення). Мінімальною вимогою до інновацій з точки зору даної класифікації є новизна нововведень для організації, що в повній мірі виповнюється в ЛПУ при введенні нових послуг і зміні організаційної структури.

Інновації в громадському секторі можуть бути ініційовані і впроваджені на різних рівнях управління: загальнодержавному, галузевому та організаційному. Залежно від джерела інновації, використовуються різні критерії оцінки їх успішності.

У більш стислому формулюванні інновації в системі охорони здоров'я можуть бути визначені як «ті зміни, які допомагають медичним працівникам (healthcare practitioners) приділяти більше уваги пацієнтам в результаті підвищення ефективності роботи всіх фахівців системи охорони здоров'я (healthcare professionals)».

Джерелом інновацій в системі охорони здоров'я в цілому і в ЛПУ зокрема в більшості випадків стає держава. Так, наприклад, Міністерство охорони здоров'я Сінгапуру було одним з основних ініціаторів впровадження електронних медичних карт для пацієнтів ЛПУ. Впровадження даної процесної інновації, при збереженні в електронному документі тієї ж структури надання інформації, що була прийнята в традиційних медичних картах, націлене на підвищення організаційної ефективності роботи установ охорони здоров'я - «фахівці повинні витратити більше часу на аналіз клінічної інформації, ніж на її обробку».

Сучасні дослідження показали, що успіх і розвиток системи охорони здоров'я багато в чому визначається ефективністю використання ІКТ в процесі надання медичних послуг. Це можна пояснити необхідністю достовірного та своєчасного опису процесу і умов надання медичних послуг, наприклад - запис інформації про скарги пацієнтів або взаємодія зі страховими організаціями.

В роботі показано, що, незважаючи на лідируючу роль держави у впровадженні інновацій в ЛПУ, успішність нововведень безпосередньо залежить від готовності керівництва і рядових співробітників ЛПУ прийняти нововведення. Більше того, будь-які організаційно-управлінські інновації будуть успішні тільки при наявності тісного і відкритого професійного співробітництва між представниками всіх рівнів управління в організації.

Аналіз впровадження організаційних інновацій розглянули на прикладі Броварської багатопрофільної клінічної лікарні.

Серед основних організаційних інновацій, які були впроваджені в діяльності лікарні за останні три роки можна відмітити:

- автономізація закладу (перетворення на комунальне некомерційне підприємство);
- комп'ютеризація закладу: для забезпечення можливості фіксувати інформацію про надані медичні послуги та для обміну інформацією з НСЗУ заклад забезпечили достатньою кількістю комп'ютерів;
- підключення закладу до електронної системи охорони здоров'я;
- наявність у закладу чинної ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також інших ліцензій та дозволів, необхідних для надання відповідних медичних послуг;
- наявність медичного персоналу і необхідного обладнання згідно з табелем оснащення та умовами закупівель НСЗУ.

КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня» після реорганізації розширюються до рівня всіх інших суб'єктів господарювання України. Сюди входить право підписувати контракти, мати свій рахунок і встановлювати рівень заробітної плати працівників без прив'язки до тарифної сітки. Джерелами фінансування закладу, перетвореного в комунальне некомерційне підприємство, можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних і фізичних осіб.

Крім того, лікарня може отримати право створювати об'єднання з іншими установами, які також діють в статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними і загальної оптимізації використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів.

У зв'язку з покладанням на багатопрофільну лікарню функцій по керівництву усіма лікувально-профілактичними установами регіону, в її структуру додатково введено організаційно-методичний відділ, що включає

в себе методичний, статистичний кабінети і архів. В основу створення нової організаційної структури управління Броварської багатопрофільної клінічної лікарні в умовах нового лікувально-господарського механізму були закладені такі основні принципи:

- принцип обмеження числа ієрархічних рівнів. Заміна трьох- і чотирьохрівневої системи управління на дворівневу систему дозволяє значно спростити діючу систему управління. При цьому взаємини між адміністрацією і лікуючим підрозділом лікарні регулюються на підставі взаємних договірних зобов'язань;

- принцип оптимізації контролю або управління;

- принцип єдиноначальності: жодна особа не має отримувати накази і звітувати більш ніж перед одним керівником;

- принцип оптимального розподілу праці.

Всі діючі функції лікарні повинні бути чітко розділені між усіма структурними одиницями, щоб виключити їх дублювання, а також наявність "нічийних" функцій. Тому для ефективного управління і усунення дублювання органів управління на різних рівнях необхідна розробка регламентованих матеріалів - положень про установу, її підрозділи, а також посадових інструкцій (регламентів) для всіх співробітників лікарні [3].

У нових умовах в порівнянні з діючою системою організації управління відкриваються якісно нові можливості вирішення завдань, що стоять перед колективом медичних працівників. Масштаби цих можливостей не є постійно заданою величиною, а з освоєнням поверхневих резервів ефективності праці поступово будуть розкриватися наступні глибинні можливості його вдосконалення і досягнення якісно нових ефективних підходів [4]. Якщо такий механізм розвитку буде правильно зрозумілий кожним працівником установи, то об'єктивно буде розвиватися прагнення трудових колективів до якнайшвидшої реалізації резервів ефективності на кожному робочому місці.

Перерахуємо ряд проблем, які виникли в лікарні під час впровадження інновацій:

- при установці дорогого устаткування в рамках Програми модернізації не врахований недолік трудових ресурсів, необхідних для експлуатації даного обладнання в повному обсязі. Склалася парадоксальна ситуація: заклад оснащений найсучаснішим медичним обладнанням, а на цьому обладнанні часто просто нікому працювати. Відповідно ростуть черги на прийом до лікарів. В цілому, основною і дуже важливою проблемою є брак кадрів;

- впровадження медико-економічних стандартів не передбачає зміну штатного розкладу лікарні;

- включення в ОМС швидкої медичної допомоги проходить з відсутністю програмного забезпечення для виставлення рахунків;

- недостатньо розвинена система контролю якості медичної допомоги. Відсутність мотивації персоналу до підвищення якості надання медичної допомоги;

- керівником лікарні став головний лікар, який не має профільної освіти в області «Публічне управління та адміністрування»;

- відсутність доступу громадськості до публічної інформації лікарні;

- відсутність бажання персоналу працювати «по новому», страх перед змінами;

- наявність комп'ютерної техніки, але відсутність професійних навичок працювати з нею;

- роздутий штат непрофільних співробітників.

В результаті розгляду впровадження організаційних інновацій в КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня» та визначення проблем, які цьому процесу перешкоджають були запропоновані наступні шляхи їх вирішення:

- зміна керівника лікарнею на ефективного топ-менеджера;

- перегляд штатної структури та зменшення кількості непрофільних працівників;
- розробка програми підвищення кваліфікації персоналу та постійного неперервного навчання;
- перегляд положення про оплату праці в сторону надання більш вигідних умов праці медперсоналу та підвищення заробітної плати;
- впровадження централізованої системи управління закладом, впровадження електронних медичних карток, телемедицини;
- зростання рівня матеріально-технічного забезпечення лікарні;
- покращення рівня менеджменту якості наданих медичних послуг;
- залучення громадськості до реалізації медичних проектів лікарні.

Реалізація запропонованих заходів дасть можливість КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня» підвищити якість своїх послуг, рівень довіри населення та лояльності пацієнтів, що в свою чергу буде сприяти збільшенню дохідності лікарні, підвищенню оплати праці персоналу та розширенню можливостей установи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Батигіна О. М. Охорона здоров'я в Україні: організація та законодавче забезпечення / О. М. Батигіна. Київ : МОРІОН, 2014. – 335 с.
2. Вашев О. Є. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я // Теорія та практика державного управління. - 2015. - Вип. 1. - С. 101-106.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu_2015_1_18
3. Висоцький Д. Є. Поняття, структура та суб'єкти національної інноваційної система // Економіка та право. - 2017. - № 2. - С. 16-25.
4. Зінченко О. А., Пономаренко Л. Р. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. Інфраструктура ринку. 2018. № 18. С. 123–126.
5. Інноваційна теорія Йозефа Шумпетера: сучасне звучання економічних та управлінських ідей: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. – К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2017.
6. Корнійчук О. Стратегія побудови сучасної української системи охорони здоров'я / О. Корнійчук // Вільне слово. — 2017 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://vilneslovo.com>
7. Краснокутська Н. В. Інноваційний менеджмент: Навч. посібник. – К.: КНЕУ, 2003. – 504 с.
8. Лепський В. В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. Вісник НТУ «ХПІ». 2016. № 2(1174). С. 101–112.
9. Лозовська Л. І. Моделювання систем управління в галузі охорони здоров'я: монографія / Л. І. Лозовська, Г. С. Трофименко. Дніпропетровськ : Герда, 2015. – 197с.

10. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах / О. А. Мартинюк, Н. Ф. Курдибанська // Причорноморські економічні студії. - 2016. - Вип. 6. - С. 75-79.

11. Петрух О. А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. Економіка та держава. 2018. № 11. С. 107–111.

12. Петрух О. А., Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України // Інвестиції: практика та досвід. Наук.-практ. журн.: Чорномор. держ. ун-т ім. Петра Могили, ТОВ “ДКС Центр”. Київ : Центр, 2018. Вип. 21. С. 83–86.

13. Петрух О. А., Юринець З. В. Державне регулювання та фінансування інноваційно-інвестиційної діяльності в Україні // Інвестиції: практика та досвід. Наук.-практ. журн.: Чорномор. держ. ун-т ім. Петра Могили, ТОВ “ДКС Центр”. Київ : Центр, 2018. Вип. 6. С. 79–82.

14. 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>

15. Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України / З. В. Юринець, О. А. Петрух // Інвестиції: практика та досвід. 2018. – № 22. – С. 116–121.

16. Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.02.2011 № 389. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/389-2011-%D0%BF>

17. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>

18. Свінціцький А. С. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони

здоров'я. Практикуючий лікар. - 2015. - № 1. - С. 7-13. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/PraktLik_2015_1_4

19. Смирнов С. О. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я / С. О. Смирнов, В. Г. Бикова // Управління розвитком. – 2016. – № 3. – С. 78–83.

20. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я / Л. С. Стефанишин // Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. – 2019. – № 3. – С. 160-166.

21. Чорна М. В. Оцінка ефективності інноваційної діяльності підприємств: монографія / М. В. Чорна, С. В. Глухова. – Харків : ХДУХТ, 2017. – 210 с.

22. Халапсина Т. И. Инновации в медицине и общественное здравоохранение // Проблемы здоровья и экологии. 2018. № 1. С. 75-78.

23. Хашиєва Л. В. Інновації в державному управлінні: перспективи та загрози / Л. В. Хашиєва // Актуальні проблеми державного управління. - 2018. - № 2. - С. 79-86.

24. Ціжма Ю. І. Трансформація фінансового забезпечення трудового потенціалу крізь призму реформування системи охорони здоров'я / Ю. І. Ціжма, О. А. Ціжма // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. - 2019. - Вип. 15(1). - С. 159-168. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprer_2019_15\(1\)__20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprer_2019_15(1)__20)

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

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

27. Шевчук В. В. Удосконалення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в умовах

модернізації економіки / В. В. Шевчук // Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу "Києво-Могилянська академія"]. Серія : Державне управління. - 2015. - Т. 263, Вип. 252. - С. 151-156.

28. Шевчук В. В. Державне регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в умовах трансформації інститутів громадянського суспільства // Державне управління: удосконалення та розвиток. - 2015. - № 8. С.132-136.

29. Шкільняк М. М. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи [Електронний ресурс] / М. М. Шкільняк, Т. Л. Желюк, А. Ю. Васіна, О. П. Дудкіна, Т. М. Попович, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна // Вісник Тернопільського національного економічного університету. - 2018. - Вип. 4. - С. 168-180. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2018_4_18

30. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід / Т. М. Ямненко // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2018. – № 2. – С. 116-120.

31. DOSVID KRAIN EUROPI FINANSUVANNI GALUZI HEALTH PROTECTION URL: <https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/docum>

32. National Health Service URL: <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>

ДОДАТКИ

БАЛАНС

на 31 грудня 2019 року

Форма № 1-дс

АКТИВ	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. НЕФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Основні засоби	1000	116123728	117909769
первісна вартість	1001	200766558	211265877
знос	1002	84642830	93356108
Нематеріальні активи:	1020	22056	22056
первісна вартість	1021	22056	22056
накопичена амортизація	1042	-	-
Запаси	1050	25254615	19089483
Усього за розділом I	1095	141400399	137021308
II. ФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Поточна дебіторська заборгованість:			
за розрахунками з бюджетом	1120	-	-
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1125	820112	-
за внутрішніми розрахунками	1145	-	-
інша поточна дебіторська заборгованість	1150	114368	275988
Поточні фінансові інвестиції	1155	-	-
Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у:			
національній валюті, у тому числі в:	1160	4322019	4928133
касі	1161	213122	124871
казначействі	1162	-	-
установах банків	1163	4108897	4803262
дорозі	1164	-	-
іноземній валюті	1165	-	-
Інші фінансові активи	1180	-	-
Усього за розділом II	1195	5256499	5204121
III. ВИТРАТИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1200	-	-
БАЛАНС	1300	146656898	142225429
ПАСИВ			
	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. ВЛАСНИЙ КАПІТАЛ ТА ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ			
Внесений капітал	1400	20078861 4	21128793 3
Капітал у дооцінках	1410	-	-
Фінансовий результат	1420	-60618888	-73933556

Капітал у підприємствах	1430	-	-
Резерви	1440	-	-
Цільове фінансування	1450	-	-
Усього за розділом I	1495	14016972	13735437
		6	7
II. ЗОБОВ'ЯЗАННЯ			
за розрахунками із соціального страхування	1565	-	-
за внутрішніми розрахунками	1570	6260244	4871052
інші поточні зобов'язання, з них:	1575	226928	-
за цінними паперами	1576	-	-
Усього за розділом II	1595	6487172	4871052
III. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	1600	-	-
IV. ДОХОДИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1700	-	-
БАЛАНС	1800	14665689	14222542
		8	9

ЗВІТ ПРО ФІНАНСОВІ РЕЗУЛЬТАТИ

за рік

2019

року

Форма № 2-дс

I. ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ ДІЯЛЬНОСТІ

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
ДОХОДИ			
Доходи від обмінних операцій			
Бюджетні асигнування	2010	213868376	191921824
Доходи від надання послуг (виконання робіт)	2020	15578868	11047982
Доходи від продажу активів	2030	-	40330
Фінансові доходи	2040	-	-
Інші доходи від обмінних операцій	2050	1353577	1199985
Усього доходів від обмінних операцій	2080	230800821	204210121
Доходи від необмінних операцій			
Податкові надходження	2090	-	-
Неподаткові надходження	2100	-	-
Трансферти	2110	-	-
Надходження до державних цільових фондів	2120	-	-
Інші доходи від необмінних операцій	2130	780934	5685946
Усього доходів від необмінних операцій	2170	780934	5685946
Усього доходів	2200	231581755	209896067
ВИТРАТИ			
Витрати за обмінними операціями			
Витрати на виконання бюджетних програм	2210	217407045	197978688
Витрати на виготовлення продукції (надання послуг, виконання робіт)	2220	15062691	10463153
Витрати з продажу активів	2230	-	-
Фінансові витрати	2240	-	-
Інші витрати за обмінними операціями	2250	8859899	8514202
Усього витрат за обмінними операціями	2290	241329635	216956043
Витрати за необмінними операціями			
Трансферти	2300	-	-
Інші витрати за необмінними операціями	2310	3436860	3288013
Усього витрати за необмінними операціями	2340	3436860	3288013
Усього витрат	2380	244766495	220244056
Профіцит/дефіцит за звітний період	2390	-13184740	-10347989

II. ВИДАТКИ БЮДЖЕТУ (КОШТОРИСУ) ЗА ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ВИДАТКІВ ТА КРЕДИТУВАННЯ БЮДЖЕТУ

Найменування показника	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
------------------------	-----------	-------------------	---

			року
1	2	3	4
Загальнодержавні функції	2420	-	-
Оборона	2430	-	-
Громадський порядок, безпека та судова влада	2440	-	-
Економічна діяльність	2450	-	-
Охорона навколишнього природного середовища	2460	-	-
Житлово-комунальне господарство	2470	-	-
Охорона здоров'я	2480	244766495	220244056
Духовний та фізичний розвиток	2490	-	-
Освіта	2500	-	-
Соціальний захист та соціальне забезпечення	2510	-	-
УСЬОГО:	2520	244766495	220244056

IV. ЕЛЕМЕНТИ ВИТРАТ ЗА ОБМІННИМИ ОПЕРАЦІЯМИ

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Витрати на оплату праці	2820	142079905	116050198
Відрахування на соціальні заходи	2830	30735254	25524620
Матеріальні витрати	2840	59465191	66867023
Амортизація	2850	8859899	8514202
Інші витрати	2860	189386	-
Усього	2890	241329635	216956043

БАЛАНС
на 31 грудня 2018 року

Форма № 1-дс

АКТИВ	Код рядка	На початок звітнього періоду	На кінець звітнього періоду
1	2	3	4
I. НЕФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Основні засоби	1000	117933000	116123728
первісна вартість	1001	193968121	200766558
знос	1002	76035121	84642830
Інвестиційна нерухомість:	1010	0	0
первісна вартість	1011	-	-
знос	1012	-	-
Нематеріальні активи:	1020	22396	22056
первісна вартість	1021	22396	22056
накопичена амортизація	1022	-	-
Незавершені капітальні інвестиції	1030	-	-
Довгострокові біологічні активи:	1040	0	0
первісна вартість	1041	-	-
накопичена амортизація	1042	-	-
Запаси	1050	24564677	25254615
Виробництво	1060	-	-
Поточні біологічні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	142520073	141400399
II. ФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Довгострокова дебіторська заборгованість	1100	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції, у тому числі:	1110	0	0
цінні папери, крім акцій	1111	-	-
акції та інші форми участі в капіталі	1112	-	-
Поточна дебіторська заборгованість:			
за розрахунками з бюджетом	1120	-	-
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1125	-	820112
за наданими кредитами	1130	-	-
за виданими авансами	1135	-	-
за розрахунками із соціального страхування	1140	-	-
за внутрішніми розрахунками	1145	-	-
інша поточна дебіторська заборгованість	1150	294339	114368
Поточні фінансові інвестиції	1155	-	-
Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у:			
національній валюті, у тому числі в:	1160	2661334	4322019
касі	1161	170622	213122
казначействі	1162	2490712	-
установах банків	1163	-	4108897
дорозі	1164	-	-
іноземній валюті	1165	-	-
Кошти бюджетів та інших клієнтів на:			
єдиному казначейському рахунку	1170	-	-

рахунках в установах банків, у тому числі в:	1175	0	0
в національній валюті	1176	-	-
в іноземній валюті	1177	-	-
Інші фінансові активи	1180	-	-
Усього за розділом II	1195	2955673	5256499
III. ВИТРАТИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1200	-	-
БАЛАНС	1300	145475746	146656898

ПАСИВ	Код рядка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
1	2	3	4
I. ВЛАСНИЙ КАПІТАЛ ТА ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ			
Внесений капітал	1400	193990517	200788614
Капітал у дооцінках	1410	-	-
Фінансовий результат	1420	-52563899	-60618888
Капітал у підприємствах	1430	-	-
Резерви	1440	-	-
Цільове фінансування	1450	-	-
Усього за розділом I	1495	141426618	140169726
II. ЗОБОВ'ЯЗАННЯ			
Довгострокові зобов'язання:			
за цінними паперами	1500	-	-
за кредитами	1510	-	-
інші довгострокові зобов'язання	1520	-	-
Поточна заборгованість за довгостроковими зобов'язаннями	1530	-	-
Поточні зобов'язання:			
за платежами до бюджету	1540	-	-
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1545	-	-
за кредитами	1550	-	-
за одержаними авансами	1555	-	-
за розрахунками з оплати праці	1560	-	-
за розрахунками із соціального страхування	1565	-	-
за внутрішніми розрахунками	1570	4034007	6260244
інші поточні зобов'язання, з них:	1575	15121	226928
за цінними паперами	1576	-	-
Усього за розділом II	1595	4049128	6487172
III. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	1600	-	-
IV. ДОХОДИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1700	-	-
БАЛАНС	1800	145475746	146656898

за рік

2017

року

I. ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ ДІЯЛЬНОСТІ

Форма № 2-дс

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
ДОХОДИ			
Доходи від обмінних операцій			
Бюджетні асигнування	2010	173421527	-
Доходи від надання послуг (виконання робіт)	2020	9169195	-
Доходи від продажу активів	2030	152851	-
Фінансові доходи	2040	-	-
Інші доходи від обмінних операцій	2050	1344509	-
Усього доходів від обмінних операцій	2080	184088082	0
Доходи від необмінних операцій			
Надходження до державних цільових фондів	2120	-	-
Інші доходи від необмінних операцій	2130	4504662	-
Усього доходів від необмінних операцій	2170	4504662	0
Усього доходів	2200	188592744	0
ВИТРАТИ			
Витрати за обмінними операціями			
Витрати на виконання бюджетних програм	2210	170590467	-
Витрати на виготовлення продукції (надання послуг, виконання робіт)	2220	8274710	-
Усього витрат за обмінними операціями	2290	178865177	0
Витрати за необмінними операціями			
Трансферти	2300	-	-
Інші витрати за необмінними операціями	2310	3125076	-
Усього витрати за необмінними операціями	2340	3125076	0
Усього витрат	2380	181990253	0
Профіцит/дефіцит за звітний період	2390	6602491	0

IV. ЕЛЕМЕНТИ ВИТРАТ ЗА ОБМІННИМИ ОПЕРАЦІЯМИ

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Витрати на оплату праці	2820	1538576	-
Відрахування на соціальні заходи	2830	341111	-
Матеріальні витрати	2840	169042293	-
Амортизація	2850	7943197	-
Інші витрати	2860	-	-
Усього	2890	178865177	0

БАЛАНС
на 1 січня 2018 року

Форма № 1-дс

Актив	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. НЕФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Основні засоби	1000	117649316	117933000
первісна вартість	1001	185741240	193968121
знос	1002	68091924	76035121
Інвестиційна нерухомість:	1010	0	0
первісна вартість	1011	-	-
знос	1012	-	-
Нематеріальні активи:	1020	18231	22396
первісна вартість	1021	18231	22396
накопичена амортизація	1022	-	-
Незавершені капітальні інвестиції	1030	-	-
Довгострокові біологічні активи:	1040	0	0
первісна вартість	1041	-	-
накопичена амортизація	1042	-	-
Запаси	1050	16700755	24564677
Виробництво	1060	-	-
Поточні біологічні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	134368302	142520073
II. ФІНАНСОВІ АКТИВИ			
Довгострокова дебіторська заборгованість	1100	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції, у тому числі:	1110	0	0
цінні папери, крім акцій	1111	-	-
акції та інші форми участі в капіталі	1112	-	-
Поточна дебіторська заборгованість:			
за розрахунками з бюджетом	1120	-	-
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1125	-	-
за наданими кредитами	1130	-	-
за виданими авансами	1135	-	-
за розрахунками із соціального страхування	1140	-	-
за внутрішніми розрахунками	1145	-	-
інша поточна дебіторська заборгованість	1150	314825	294339
Поточні фінансові інвестиції	1155	-	-
Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у:			
національній валюті, у тому числі в:	1160	567745	2661334
касі	1161	182131	170622
казначействі	1162	374692	2490712
установах банків	1163	10922	-
іноземній валюті	1165	-	-
Кошти бюджетів та інших клієнтів на:			

єдиному казначейському рахунку	1170	-	-
рахунках в установах банків, у тому числі в:	1175	0	0
в національній валюті	1176	-	-
в іноземній валюті	1177	-	-
Інші фінансові активи	1180	-	-
Усього за розділом II	1195	882570	2955673
III. ВИТРАТИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1200	-	-
БАЛАНС	1300	135250872	145475746

ПАСИВ	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. ВЛАСНИЙ КАПІТАЛ ТА ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ			
Внесений капітал	1400	117667547	193990517
Капітал у дооцінках	1410	-	-
Фінансовий результат	1420	8925535	-52563899
Капітал у підприємствах	1430	-	-
Резерви	1440	-	-
Цільове фінансування	1450	-	-
Усього за розділом I	1495	126593082	141426618
II. ЗОБОВ'ЯЗАННЯ			
Довгострокові зобов'язання:			
за цінними паперами	1500	-	-
за кредитами	1510	-	-
інші довгострокові зобов'язання	1520	-	-
Поточна заборгованість за довгостроковими зобов'язаннями	1530	-	-
Поточні зобов'язання:			
за платежами до бюджету	1540	-	-
за розрахунками за товари, роботи, послуги	1545	1560	-
за кредитами	1550	-	-
за одержаними авансами	1555	-	-
за розрахунками з оплати праці	1560	-	-
за розрахунками із соціального страхування	1565	-	-
за внутрішніми розрахунками	1570	8622282	4034007
інші поточні зобов'язання, з них:	1575	33948	15121
за цінними паперами	1576	-	-
Усього за розділом II	1595	8657790	4049128
III. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	1600	-	-
IV. ДОХОДИ МАЙБУТНІХ ПЕРІОДІВ	1700	-	-
БАЛАНС	1800	135250872	145475746