МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА

Навчально-науковий інститут бізнес-освіти імені Анатолія Поручника
Кафедра міжнародного менеджменту

галузь знань	***07 Управління та адміністрування***
спеціальність	***073 Менеджмент***
спеціалізація	***Бізнес-адміністрування (у галузі охорони здоров'я)***

Освітньо-професійна програма *8Е06 «Бізнес-адміністрування (у галузі охорони здоров'я)»*

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «Удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»
(повна назва)

Здобувача **Мінової Людмили Володимирівни** _____
(Прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Науковий керівник ***д. е. н., професор***
(науковий ступінь, учене звання)
_____ Сагайдак М. П.
(підпис) (ініціали, прізвище)

Робота допущена до захисту перед Екзаменаційною комісією з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)

Завідувач кафедри к. е. н., доцент

_____ М. О. Бурмака
(підпис)

Київ 2023

Форма № Н-9.01

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ БІЗНЕС – ОСВІТИ
ІМЕНІ АНАТОЛІЯ ПОРУЧНИКА
Кафедра міжнародного менеджменту

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА	**«БІЗНЕС- АДМІНІСТРУВАННЯ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**
ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ	**07 Управління та адміністрування**
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ	**073 «Менеджмент»**
СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ	**8Е06 «Бізнес-адміністрування у галузі охорони здоров'я»**

ПОГОДЖЕНО
Керівник проектної групи (гарант) освітньо-професійної програми
Н.П.Москалюк
(підпис)
_____ 202___ р.

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
М.О.Бурмака
(підпис)
_____ 202___ р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувачу вищої освіти Міновій Людмилі Володимирівні
прізвище, ім'я, по-батькові
заочної форми навчання
на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи
на тему: «Удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м.Києва»

Тему затверджено наказом ректора Університету " 30" грудня 2022 р. № 2193-ст

Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах КНП «Олександрівська клінічна лікарня м.Києва»

План кваліфікаційної магістерської роботи і терміни подання розділів науковому керівникові

Розділ 1 Теоретико-методичні основи організаційної структури
(назва, термін подання – до 23.01.23)

Розділ 2 Аналітична оцінка діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м.Києва»
(назва, термін подання - до 27.02.23)

Розділ 3 Обґрунтування проекту з удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м.Києва»
(назва, термін подання – до 27.03.23)

Термін подання завершеної роботи науковому керівникові для оформлення відгуку
(до 01.05.23)

Об'єкт дослідження:	Організаційна структура КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»
Предмет дослідження:	Методи, засоби, форми взаємодії структурних підрозділів КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. їх вплив не ефективність діяльності лікувального умовах реформування системи охорони здоров'я
Мета кваліфікаційної магістерської роботи:	Аналіз ефективності організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1 розглянути сутність поняття організаційної структури, основи удосконалення організаційної структури медичного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я.

У розділі 2 провести аналіз сучасного стану організаційних структур медичних закладів України;

здійснити організаційно-економічний аналіз результатів діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»;

сформовати основні недоліки організаційної структури управління досліджуваного лікувального закладу.

У розділі 3 розробити альтернативний проект з удосконалення організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»;

провести оцінку ефективності проектів з удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Завдання підготував науковий керівник _____ _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

"__" _____202___ р.

Завдання одержав здобувач _____ _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

"__" _____202___ р.

РЕФЕРАТ

Магістерська робота містить 134 сторінки, 45 таблиць, 19 рисунків, список літератури з 88 найменувань, 2 додатки.

«Удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м.Києва»

Об'єктом дослідження є організаційна структура КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Предметом дослідження є методи, засоби, форми взаємодії структурних підрозділів КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та їх вплив не ефективність діяльності лікувального закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Метою дослідження є аналіз ефективності організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та розробка проекту з її удосконалення.

Завданнями роботи є:

- розглянути сутність та основи організаційної структури медичного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я;
- провести аналіз сучасного стану організаційних структур медичних закладів України;
- здійснити організаційно-економічний аналіз результатів діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»;

– сформувати основні недоліки організаційної структури досліджуваного лікувального закладу;

– розробити альтернативний проект з удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»;

– провести оцінку ефективності проектів з удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Робоча гіпотеза полягає у тому, що в умовах трансформації системи охорони здоров'я України установа може самостійно формувати цілі та завдання, розробляти стратегію і тактику розвитку, вирішувати питання створення, злиття і

ліквідації структурних підрозділів, перебудови організаційної структури управління для формування своєї конкурентної переваги.

Інформаційна база дослідження були дані Держкомстату України, Закони України, фактичні дані діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за 2020-2022р.р. Також у роботі, крім методу соціологічного дослідження, були використані методи порівняльного аналізу та статистичні методи, результати наукових досліджень щодо проблем організаційної структури та інші джерела.

За результатами дослідження сформульовано змістовно підхід до реформування організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», що підкріплено розробкою комплексу управлінських заходів, а також практичні проекти, а саме – створення нового підрозділу високотехнологічної медичної допомоги, відділення «Хірургія одного дня» та «Контакт-центру» з запровадженням послуги консультування пацієнтів за допомогою телемедицини.

Одержані результати можуть бути використані у діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та сприяти удосконаленню організаційної структури лікарні, створенню нових підрозділів з метою формування своєї конкурентної переваги.

Рік виконання кваліфікаційної магістерської роботи – 2022–2023 рр.

Рік захисту роботи – 2023 р.

ВІДГУК

на кваліфікаційну магістерську роботу
здобувачки Навчально-наукового інституту бізнес-освіти ім. А. Поручника
освітньо-професійної програми
«Бізнес-адміністрування у галузі охорони здоров'я»
Мінової Людмили Володимирівни
на тему: «Удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Українські медичні заклади знаходяться в складних умовах трансформації системи охорони здоров'я, що сповільнились через пандемію COVID-19, яка поглибила економічну кризу та системне недофінансування галузі. Воєнні дії призвели до масштабних процесів руйнування медичних закладів, ще більше поглибилась економічна криза, йде внутрішня та зовнішня міграції населення та медичного персоналу. У цих складних умовах реформування системи охорони здоров'я та посилення конкуренції серед медичних закладів, однією з основних проблем успішного функціонування закладу є формування дієвої організаційної структури управління, як елементу організаційно-економічного механізму управління розвитком. З отриманням статусу комунального некомерційного підприємства, лікарні вимушені самостійно знаходити необхідні матеріальні та трудові ресурси для реалізації поставлених завдань, розробляти стратегію і тактику розвитку закладу, проводити створення, злиття і ліквідацію підрозділів, щоб залишатися конкурентоспроможним та забезпечити розвиток медичного закладу. Як наслідок - потреба в формуванні нової ефективної організаційної структури закладу.

Обґрунтування проекту щодо удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м.Києва» характеризується високою організаційно-економічною складністю, взаємопов'язаністю та взаємозумовленістю. Тому обрана тема кваліфікаційної магістерської роботи є актуальною, вибір напряму дослідження для даного закладу є обґрунтованим.

У першому розділі «Теоретико-методичні основи організаційної структури» розглянуто сутність поняття організаційної структури, типи організаційних структур, проектування організації, основи удосконалення організаційної структури медичного закладу.

Друга частина роботи присвячена аналітичній оцінці діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» - загальній характеристиці підприємства, аналізу зовнішнього середовища, зв'язку між внутрішнім і зовнішнім середовищем, а також оцінці системи управління діяльності медичного закладу.

На базі розглянутих в теоретичному розділі роботи основ побудови організаційної структури підприємства, в роботі запропонована модель для удосконалення організаційної структури управління медичним закладом в сучасних умовах.

Також, в рамках даної моделі запропоновано для реалізації два альтернативний проекти. Проведено оцінку ефективності проектів з удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва». Як видно із наведеного в роботі аналізу, обидва запропоновані проекти є прибутковими та можуть бути запроваджені в лікарні.

Загалом, зважаючи на все вищезазначене, робота здобувача може бути рекомендована до захисту.

Науковий керівник

д.е.н. професор _____ **М. П. Сагайдак**

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну магістерську роботу

здобувачки Навчально-наукового інституту бізнес-освіти ім. А. Поручника освітньо-професійної програми

"Бізнес-адміністрування у галузі охорони здоров'я"

Мінової Людмили Володимирівни

на тему: «Удосконалення організаційної структури

КНП «Олександрівська клінічна лікарня м.Києва»

Актуальність теми кваліфікаційної роботи. Україна на сьогодні в процесі реформування служби охорони здоров'я, на який суттєво вплинули пандемія COVID-19, військові дії, поглиблення економічної кризи та системне недофінансування галузі. В цих складних умовах установа вимушена самостійно знаходити необхідні матеріальні та трудові ресурси для реалізації поставлених завдань, розробляти стратегію і тактику розвитку закладу, проводити створення, злиття ліквідацію підрозділів, удосконалювати організаційну структуру управління закладом.

Якість проведеного дослідження. В роботі ґрунтовно розкрито сутність та основи удосконалення організаційної структури медичного закладу, здійснено організаційно-економічний аналіз результатів діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», висвітлено основні недоліки організаційної структури закладу та запропоновано альтернативну модель її удосконалення.

Зауважень щодо якості виконаної кваліфікаційної магістерської роботи немає.

Новизна проведених досліджень. За результатами дослідження запропоновано створення нового підрозділу високотехнологічної медичної допомоги - відділення «Хірургія одного дня» а також «Контакт-центру». Висвітлено необхідність впровадження в закладі пацієнторієнтованого підходу, удосконалення системи менеджменту якості, розширення додаткових джерел фінансування, удосконалення організації оплати праці.

Практичне значимість роботи. Запропоновані рекомендації допоможуть перебудувати і удосконалити організаційну структуру управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», в результаті чого ресурси лікарні можуть бути мобілізовані і розподілені найбільше раціонально.

Рецензент:

Заступник Директора КНП

«Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»,

кандидат медичних наук Криворчук І.Г.

Печатка

"25" травня 2023 р.

ЗМІСТ

Вступ		4
Розділ 1.	Теоретико-методичні основи організаційної структури	8
	1.1. Сутність поняття організаційної структури	8
	1.2. Типи організаційних структур	13
	1.3. Проектування організації	25
Розділ 2.	Аналітична оцінка діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»	32
	2.1. Аналіз організаційних структур медичних закладів України	32
	2.2. Організаційно-економічний аналіз результатів діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»	38
	2.3. Аналіз основних недоліків організаційної структури лікарні	58
Розділ 3.	Обґрунтування проекту з удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»	69
	3.1. Розробка альтернативної організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»	69
	3.2. Оцінювання ефективності альтернативних проектів удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»	97
	3.3. Корпоративна соціальна відповідальність КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва». Екологічні практики	122
Висновки		127
Список використаних джерел		132
Додатки		141

ВСТУП

Розвиток сучасного господарського середовища характеризується динамічністю процесів, зростанням конкуренції серед виробників, збільшенням вимог та структурування потреб і пріоритетів споживачів, зростанням ризиків, стрімким оновленням технологій, особливо комунікаційних та інформаційно-технологічних.

Сьогодні в країнах, де суб'єкти господарювання вже змогли пристосуватися до організаційно-економічних змін, виникає проблема формування сучасної моделі управління як економічного інструменту для забезпечення стійкого та ефективного функціонування підприємства. Оптимально розроблена організаційна структура підприємством має вирішальне значення для його функціонування незалежно від розмірів, галузевої приналежності, правової форми та інших особливостей. Аналіз зовнішнього та внутрішнього середовищ, прийняття відповідно до цього аналізу управлінського рішення – це процес, який залежить від складного та змінного переліку факторів, що створює нестандартні ситуації. Визначені фактори вимагають від людини, що займається управлінською діяльністю, творчого та одночасно наукового підходу. Якість ухвалених рішень ґрунтується не тільки на знаннях і навичках керівника, а й на його особистісних якостях. Через появу великих транснаціональних корпорацій, прагнення господарюючих суб'єктів до більш ефективного організаційного розвитку та отримання економічного зиску, обмеженість економічних ресурсів чи нераціональність їх розподілу виникають нові теорії та концепції управління, що узагальнюють попередній успішний управлінський досвід.

Для сучасних вітчизняних закладів охорони здоров'я становище в умовах ринкової економіки докорінно змінилося. Тепер установа повинна самостійно формувати цілі та завдання, знаходити необхідні матеріальні та трудові ресурси для реалізації поставлених завдань, розробляти стратегію і тактику розвитку. Нагальним постає питання створення, злиття і ліквідації структурних підрозділів, перебудови системи управління. Це приводить до ускладнення процесу

управління, збільшення вимог та обсягу робіт, що входять у сферу діяльності управлінця.

Україна на сьогодні не завершила процес реформування служби охорони здоров'я. Реформування системи сповільнилося через низку причин, зокрема через пандемію COVID-19, яка поглибила економічну кризу та системне недофінансування галузі.

Воєнні дії призвели до масштабних процесів руйнування медичних закладів, ще більше поглибилась економічна криза, відбуваються внутрішня та зовнішня міграції населення та медичного персоналу.

У цих складних умовах трансформації системи охорони здоров'я та посилення конкуренції серед медичних закладів надавачі медичних послуг мають володіти сучасним бізнесовими процесами з організації управління медичним закладом. Лікарні, які не займаються своїм розвитком, послаблюють свою конкурентну перевагу на відміну від тих закладів, які підвищують якість надання послуг, удосконалюють процеси, посилюють і розвивають свою команду.

Тема роботи пов'язана із необхідністю удосконалення організаційної структури Комунального некомерційного підприємства (КНП) «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Об'єктом роботи є організаційна структура КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Предметом дослідження є методи, засоби, форми взаємодії структурних підрозділів КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та їх вплив на ефективність діяльності лікувального закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Метою роботи є аналіз ефективності організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та розроблення проекту з її удосконалення.

Відповідно до мети поставлено і вирішено *наступні завдання:*

- розглянуто сутність та основи удосконалення організаційної структури медичного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я;

– проведено аналіз сучасного стану організаційних структур медичних закладів України;

– здійснено організаційно-економічний аналіз результатів діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»;

– сформовано основні недоліки організаційної структури управління досліджуваного лікувального закладу;

– розроблено альтернативний проект з удосконалення організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»;

– проведено оцінку ефективності проектів з удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Інформаційною базою дослідження слугували фактичні дані діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за останні три роки (2020–2022). Також у роботі, крім методу соціологічного дослідження, були використані методи порівняльного аналізу та статистичні методи.

З метою реалізації пропозиції щодо удосконалення управління організаційною структурою формування у КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» нами запропоновано наступні заходи:

1. Створення на базі лікарні нових підрозділів високотехнологічної, високоспеціалізованої медичної допомоги, до прикладу відділення «Хірургія одного дня».

2. Створення в закладі «КОНТАКТ-ЦЕНТРУ» як елементу покращення комунікації з метою задоволення інформаційних потреб лікарні.

3. Впровадження пацієнтоорієнтованого підходу, розробка та впровадження стандарту спілкування з клієнтами та стандарту спілкування всередині колективу, формування корпоративної культури.

4. Вдосконалення системи менеджменту якості, що відповідає вимогам міжнародного стандарту ISO 9001-2015. Впровадження індикаторів якості.

5. Розширення додаткових джерел фінансування КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», впровадження платних послуг, стратегії мінімізації витрат.

7. Удосконалення організації оплати праці, впровадження в закладі чек-листа роботодавця, внесення змін системи оплати праці до колективного договору.

8. Промоція досягнень і результатів діяльності лікарні.

Практична значущість запропонованих рекомендацій полягає в тому, що їх використання дасть змогу перебудувати й удосконалити організаційну структуру управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», у результаті чого всі ресурси лікарні можуть бути мобілізовані та розподілені найбільш раціонально.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ

1.1. Сутність поняття організаційної структури

Розвиток сучасного господарського середовища характеризується динамічністю процесів, зростанням конкуренції серед виробників, збільшенням вимог та структурування потреб і пріоритетів споживачів, зростанням ризиків, стрімким оновленням технологій, особливо комунікаційних та інформаційно-технологічних [30; 31].

Запровадження в Україні нової моделі фінансування системи охорони здоров'я спонукало до принципової зміни характеру управління закладами охорони здоров'я із наданням керівникам закладів достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для гнучкого й незалежного менеджменту, орієнтованого, насамперед, на інтереси пацієнтів [40; 44; 45]. Тепер установа повинна самостійно формувати цілі та завдання, знаходити необхідні матеріальні та трудові ресурси для реалізації поставлених завдань, розробляти стратегію і тактику розвитку [63]. Нагально постає питання створення, злиття і ліквідації структурних підрозділів, перебудови організаційної структури закладу [17].

Організація процесу управління – це безперервне та всебічне його удосконалення, що визначає чіткість, послідовність і межі здійснення [47]. Кожна організація діє на підставі певних законів, не ізольовано, а у взаємозв'язку [43]. Сутність організації передбачає необхідність створення організаційної структури, тобто потребу координування та взаємодії працівників [68]. Організаційні структури розвивалися з 1800-х років. Під час промислової революції люди були організовані, щоб додавати частини до виробництва продукту, що рухався вниз по конвеєру. У XX столітті компанія General Motors започаткувала революційний організаційний дизайн, згідно з яким кожен головний підрозділ виготовляв власні

автомобілі [74]. Сьогодні організаційні структури швидко змінюються, від віртуальних організацій до інших гнучких структур.

Організаційна структура – це система, яка визначається як певна діяльність, спрямована на досягнення цілей організації. Ця діяльність окреслюється певними правилами, ролями та обов'язками. Організації утворюються групами людей з метою досягнення результатів, яких одна людина не може досягти окремо. Кращі результати створюються як наслідок організаційного ефекту, який спрямовує організацію на досягнення певних організаційних цілей [73; 77; 83].

Організаційна структура також визначає, як відбувається процес обміну інформацією між рівнями всередині компанії. Наприклад, у централізованій структурі рішення приймаються зверху вниз, тоді як у децентралізованій – розподіляються між різними рівнями організації. Наявність організаційної структури дає змогу компаніям залишатися ефективними та цілеспрямованими [82]. Для досягнення своїх цілей організації створюють внутрішній порядок і відносини між організаційними частинами, які можна описати як організаційну структуру. Для нормального функціонування будь-якої організації важливі всі організаційні частини разом із відносинами та механізмами їх координації. На організації впливають багато факторів, які походять від їх динамічного оточення або від самої організації. Через статичність організаційної структури вона іноді не може відповідати вимогам ефективності й адаптивності [68].

Існує багато різних думок і визначень щодо організаційної структури. Структура, у певному значенні, – це розподіл обов'язків, які використовуються для виконання роботи. Найкраще це відображає організаційна схема [84]. В іншому сенсі «структура – це архітектура бізнес-компетентності, лідерства, таланту, функціональних зв'язків і організації» [66]. Д.Джексон визначив структуру як основу для організації, що включає ієрархічні рівні та діапазони відповідальності, ролі та посади, а також механізми інтеграції та вирішення проблем [77]. П.Ундердоун сказав, що «структура – це внутрішня диференціація та моделювання відносин» [84]. Він визначив структуру засобом, за допомогою

якого організація встановлює межі для ефективної роботи своїх членів через розмежування відповідальності, контролю над ресурсами та інших питань. Згідно зі словником організаційної поведінки [67] організаційна структура визначається як «встановлена модель взаємозв'язків між компонентами частин компанії (спосіб, у який компанія налаштована)». П.Лоуренс заявив, що організаційна структура «складається з посад, їхніх зв'язків одне з одним та відповідальності за результати процесу та підпроцесу» [76]. Організаційна структура керує компетентністю роботи, ентузіазмом співробітників і координацією між вищим керівництвом і підлеглими для перебігу планів і цілей в організації, щоб накреслити плани на майбутнє [75]. Організаційна структура – це спосіб розподілу відповідальності та повноважень, а також виконання робочих процедур між членами організації [68; 74; 76; 83]. В.Чжен та інші згадали, що найважливіші компоненти організаційної структури включають формалізацію, централізацію та контроль. Формалізація вимірює ступінь, до якого організація використовує правила та процедури, щоб приписувати поведінку [87]. В організації з високим рівнем формалізації існують чіткі правила, які можуть перешкоджати спонтанності та гнучкості, необхідним для внутрішніх інновацій [83].

Класики в галузі теорії організації представляли багато різних шкіл впливу факторів на організаційну структуру. Деякі вважали, що організаційну структуру визначають певні фактори, такі як розмір, середовище чи технологія. Вони стверджували, що ці фактори накладали економічні чи інші обмеження на організації, які змушували їх обирати певну структуру замість інших. На організаційну структуру частково впливає зовнішнє середовище підприємства [74]. Результати досліджень показують, що фірми, організовані для роботи з надійним і стабільним ринком, можуть бути не такими ефективними в складному середовищі, що швидко змінюється [74]. Чим певніше середовище, тим більш централізовану ієрархію може мати організаційна структура фірми з формалізованими правилами та процедурами [75]. Організації, які працюють із високим ступенем невизначеності навколишнього середовища, можуть

децентралізувати прийняття рішень [77], покладаючись на формальні правила та політику [83], і згладити свої ієрархії [87].

Централізація відноситься до ієрархічного рівня, який має повноваження приймати рішення. Якщо рішення делегуються нижчим рівням, організація є децентралізованою, а якщо повноваження щодо прийняття рішень зберігаються на верхньому рівні, вони централізовані [77]. Централізація також створює середовище без участі, яке зменшує спілкування, відданість і залученість до завдань серед учасників [87]. Організаційний контроль – це цикл, який включає три етапи встановлення цілей, вимірювання або моніторингу та зворотного зв'язку. Контроль у бюрократії може складатися з правил, стандартів і внутрішніх процедур [78]. Розробка та застосування контролю продуктивності та поведінкових приписів покращують рішення і підвищують передбачуваність ефективності [75].

Дослідники стверджують, що якщо організаційна теорія повинна бути актуальною для практиків, акцент повинен бути зроблений на організаційну ефективність і впливати на її фактори [84; 87]. У всьому цьому аргументі будь-який значущий вплив організаційної структури на підприємство слід виміряти з точки зору зв'язку з ефективною роботою організації. З огляду на труднощі визначення організаційної ефективності, зазначають, що ефективність є центральною темою у вивченні організації, вона залишається однією з найцитованіших, але найзрозуміліших понять у теорії організації. П.Андердаун також стверджував, що неможливість розгляду цілих організацій, їхніх характеристик і складових призводить до помилкових припущень про продукцію[84]. Як тільки організація вирішує, як повинні поводитися її члени, які відносини вона хоче заохочувати і чого прагне від своїх членів, вона може спроектувати свою структуру, мотивувати розвиток культурних цінностей і норм для отримання бажаних відносин, поведінки і цілей [65].

Вважають, що основою організаційної структури є узгодження мети організації з необхідними ресурсами. Швидко розвиваються компанії, які найкращим чином використовують свої ресурси, включно з управлінським

талантом. Коли компанія росте, вплив на структуру організації є значним. Зі зростанням компанії вплив на структуру організації є значним. Це може бути особливо цінним, коли організація починає розширюватися в інші географічні регіони. Компанія може розпочати з малого, однак із часом, коли можна найняти більше співробітників, керівникам відділів необхідно створити управлінську структуру. Крім того, може знадобитися виконавча команда для управління різними аспектами бізнесу, і може виникнути потреба в менеджерах середнього рівня, які будуть підпорядковуватись менеджерам[73]. Ефективність організації та її зв'язок зі структурою визначається відповідністю між вимогами до обробки інформації, щоб люди не мали ні занадто мало, ні занадто багато нерелевантної інформації. Однак потік інформації є важливим для успіху організації [83].

Структура організації повинна бути розроблена таким чином, щоб особи та відділи, які повинні координувати свої зусилля, мали вбудовані в структуру лінії зв'язку. Компанії можуть використовувати різні організаційні структури для комунікаційних цілей. Великі компанії мають багато рівнів управління. Таким чином, найефективніший спосіб спілкування – це з верхівки організації вниз. Керівники створюють певні операційні процедури, про які вони повідомляють директорам і менеджерам[77]. Менеджери, своєю чергою, пояснюють ці операційні процедури підлеглим або погодинним працівникам. Д.Вольф стверджував, що структура має прямий вплив на успіх операційної стратегії організації. «Хороша організаційна структура впливає на поведінку компанії. Структура не лише формує компетенцію організації, а й процеси, які формують продуктивність» [66]. Підтримується ідея, що організаційна структура формує продуктивність: хороші виконавці в погано розробленій структурі прийматимуть форму структури. Багато організацій викликали навчену безпорадність. Люди в них стають жертвами «системи». Це часто пов'язано з відчуттям недостатнього або повного контролю над їхніми робочими процесами, політикою та процедурами, технологіями, системами підтримки тощо. Ці почуття часто посилюються системою управління продуктивністю, яка довільно карає людей за те, що вони ведуть себе так само, як система, структура або процеси, до яких їх

примусили [79]. Дослідники пов’язують структуру з ефективністю, стверджуючи, що реструктуризація управління спрямована на підвищення не тільки ефективності, а й результативності організації управління [35; 77]. Існує твердження про зв’язок швидшої реакції на проблеми, підвищену єдність функцій, узгоджені та послідовні пріоритети, покращені здібності та задоволення від кар’єри з перевагами продуктивності структурного вирівнювання. Це структурне узгодження може лише підкреслити деякі взаємозалежності між видами діяльності. Тому відповідні структури повинні забезпечувати здійснення найважливіших видів координації [65]. Організаційна структура включає прийняття рішень, потреби клієнта та використання досвіду. На повноваження щодо прийняття рішень впливає організаційна структура. У децентралізованій структурі оперативні працівники часто мають повноваження приймати рішення на місці для задоволення потреб клієнтів [84].

У центральних структурах співробітники нижчого рівня передають важливу інформацію керівникам, які приймають більшість рішень. Організаційна структура впливає на використання досвіду працівників [76]. Компанії можуть розподіляти свої підрозділи за певними функціями, такими як маркетинг, бухгалтерський облік, фінанси та інженерія. Метою групування відділів за функціями є використання досвіду груп для виконання завдань і проектів. Певна синергія існує, коли кваліфіковані співробітники з однаковими компетенціями працюють разом як одне ціле. Наприклад, менеджери з маркетингу та реклами можуть краще оцінити потенційний успіх впровадження нового продукту як група [39].

1.2. Типи організаційних структур

Існує два різновиди організаційних структур: централізовані та децентралізовані [43]. Централізовані організації структуровані з центральним пунктом керівництва, інформація в них зазвичай надходить від цього пункту управління до всіх інших співробітників. Централізовані організації також відомі

як механістичні, оскільки вони нагадують механізм, який складається з багатьох частин, які працюють разом на різних рівнях важливості, але в тісній формі для досягнення мети. Їх також називають бюрократичними структурами, оскільки існує певна контрольна точка, яка потім жорстко визначає роль і рівень повноважень кожного працівника.

Серед переваг централізованих організації виділені наступні: для персоналу чітко визначена своя роль, ланцюг командних повноважень чітко визначений, рішення приймаються кількома співробітниками, щоб вплинути на багатьох працівників, позитивно на початковому етапі роботи компанії. Недоліками централізованих організацій є наступні: недостатня креативність та інноваційність, оскільки ролі та робота жорстко визначені. Таку структуру буде важко швидко адаптувати до змін ринку. Особисті якості працівника, а саме його здатність підкорятися, виявляти прихильність можуть впливати на прогрес. Серед недоліків централізованих організацій можна виділити велику відповідальність і навантаження на вищих ключових службовцях.

Децентралізовані організації – вільніші в ланцюжках повноважень і дозволяють неформальні зв’язки влади в різних сферах. Вони відомі як органічні та плоскі структури. Працівники в них можуть вільно працювати між завданнями та областями, а реакція на роботу відповідає потребам або вимогам на даний момент. Серед переваг децентралізованих організації виділені наступні: співробітники можуть використовувати свою ініціативу та інновації для виконання роботи, менше часу необхідно для адаптації до ринкових умов, рішення можна приймати більш демократично.

Недоліками децентралізованих організацій є ймовірність більшого навантаження на співробітників, що може призвести до вигорання. А також можливість невизначеності для працівників щодо пріоритетів зусиль та ключової особи для прийняття рішень [68].

У реальному світі реалізовано такі основні типи організаційних структур управління:

1. Функціональна структура – перший і найпоширеніший тип. Її також називають бюрократичною організаційною структурою, яка розбиває компанію на основі спеціалізації її робочої сили. Більшість малих і середніх підприємств реалізують функціональну структуру. Поділ фірми на відділи, що складаються з маркетингу, продажів і операцій, є актом використання бюрократичної організаційної структури. Функціональна організаційна схема - це візуальне представлення структури компанії зверху вниз, яка поділяє команди на різні відділи. Він об’єднує співробітників із подібними наборами навичок під окремою парасолькою. По суті, «вищий ешелон»: керівники вищого рангу компанії, важлива і впливова и група людей компанії, «C-suite», знаходиться на вершині, за ним йдуть організаційні функції, такі як фінанси, продажі, маркетинг, кадри тощо. Кожен блок має функціональну голову. Наприклад, усі маркетологи згруповані під керівником маркетингу. Потім керівники кожної функції звітують перед загальним менеджером, який керує та об’єднує зусилля цих функцій для створення цінності для клієнтів. Перевагами цієї конструкції є групування співробітників за навичками, більше почуття командної роботи. До недоліків цієї структури можна віднести відсутність зв’язку з іншими підрозділами, шкідливу конкуренцію, питання менеджменту [23].

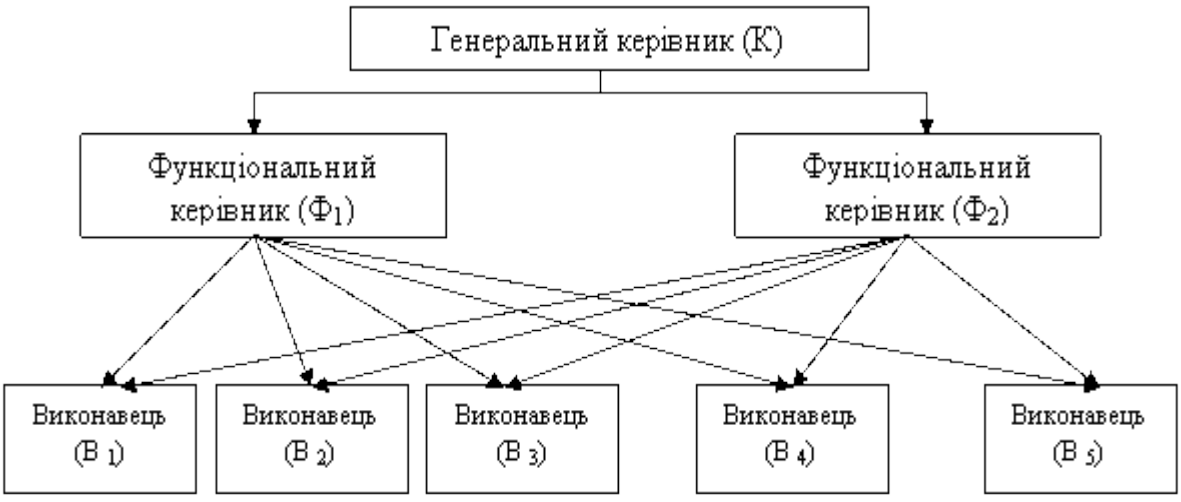

Рисунок. 1.1. – Функціональна організаційна структура [43]

2. Дивізіональна або мультидивізіональна структура – другий тип, поширений серед великих компаній з великою кількістю бізнес-підрозділів. Ця структура стає ще кориснішою та життєво важливою, якщо продуктові лінії компанії сильно відрізняються одна від одної та вимагають ексклюзивних або дуже специфічних навичок і досвіду. Найчастіше групи продуктів підтримують кілька звичайних центральних команд, таких як юридична команда, команда кадрів, фінансів, команда розвитку бізнесу тощо. Хорошим прикладом такої структури є Johnson & Johnson. Маючи тисячі продуктів і напрямків діяльності, компанія структурується таким чином, що кожен підрозділ працює як окрема компанія зі своїм президентом. Окрім спеціалізації, підрозділи також можуть бути визначені географічно. Наприклад, глобальна корпорація може мати північноамериканський підрозділ і європейський підрозділ. До переваг цієї конструкції можна віднести можливість зосередитись на одному товарі чи послузі та більш централізоване керівництво. До недоліків цієї організаційної структури можна віднести погану інтеграцію з іншими підрозділами, конкуренцію між підрозділами, відсутність зв'язку між підрозділами, потенційні податкові наслідки [65].

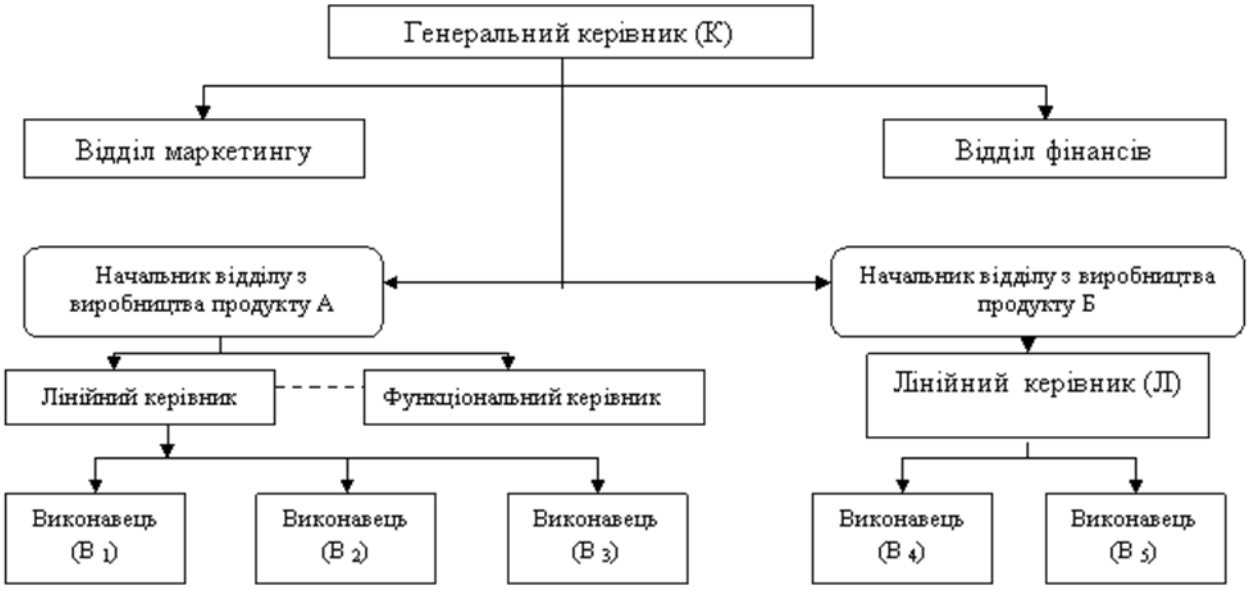

Рисунок 1.2. – Дивізіональна організаційна структура [43]

3. Продуктова організаційна структура. Ця структура управління передбачає передачу повноважень по керівництву виробництвом і збутом продукту або послуги одному керівнику, який є відповідальним за даний вид продукції. Якщо компанія має кілька ліній продуктів, люди, які працюють над однією лінією продуктів, зазвичай об'єднуються в команду або відділ. Вони підпорядковуються керівнику, який очолює лінійку продуктів. Дає змогу створити більш конкретну команду на основі конкретних потреб лінійки продуктів. Наприклад, якщо певній команді потрібні 5 людей з навичками А, вони можуть найняти їх або перевести з інших команд. Кожна лінія продуктів може працювати незалежно, і збій одного не впливає на інший. Такий підхід дає змогу великій організації приділяти максимальну увагу до конкретного продукту, швидше реагувати на попит покупців і конкуренцію, можуть бути делеговані більші повноваження для керівника. Серед недоліків продуктової організаційної структури – підвищення витрат внаслідок дублювання однакових видів робіт для різних видів продукції [23].

4. Командний тип організації, подібний до функціонального. У ньому організації поділяються на згуртовані групи співробітників, які служать певним цілям і функціям, але де кожна команда є одиницею, яка містить як лідерів, так і працівників [85].

5. Плоска (флатархія) структура, також відома як горизонтальна структура, відносно нова і використовується серед багатьох стартапів.

Компанія, яка використовує таку структуру, може мати лише одного керівника між виконавчим директором та всіма іншими працівниками. Її називають плоскою, тому що вона є гібридом ієрархії та плоскої організації. Цей тип організаційної структури більше використовується невеликими компаніями, оскільки вони мають менше співробітників, хоча його можна використовувати в компаніях будь-якого розміру. Вона вирівнює ієрархію та ланцюг команд, надає своїм співробітникам велику автономію. Компанії, які використовують цей тип структури, мають високу швидкість впровадження [87].

6. Матрична структура.

У матричному стилі організаційної структури співробітники поділяються на команди, які підпорядковуються двом менеджерам – менеджеру проекту або продукту та функціональному менеджеру. По суті, матрична структура є поєднанням різноманітних організаційних структур.

Оскільки команди мають двох менеджерів, матрична структура сприяє подвійності та спільному використанню ресурсів. Співробітники, які працюють у компаніях, які використовують матричну структуру, мають потенціал розширити свій набір навичок, оскільки вони можуть бути призначені для різних проектів, що вимагають різного рівня знань або навичок. У цій структурі розподіляються співробітники з різними керівниками, відділами або департаментами. Наприклад, працівник, який працює в матричній компанії, може мати обов'язки як у відділі продажів, так і в обслуговуванні клієнтів. До переваг цієї конструкції можна віднести сприяння відкритому діалогу, гнучке робоче середовище. Недоліками цієї структури є плутанина лідерства, конфліктна лояльність керівництва, вона є потенційно дорожче, ролі можуть бути нечітко визначені, потенційно велике навантаження на співробітника [65; 87].

Рисунок 1.3. – Матрична організаційна структура [43]

7. Кругова структура є ієрархічною. Цей тип організації називають круговими, оскільки вони розміщують співробітників і менеджерів вищого рівня в центрі організації з концентричними кільцями, що розширюються назовні, і містять співробітників і персонал нижчого рівня. Цей спосіб організації призначений для заохочення відкритого спілкування та співпраці між різними рангами [87].

8. Організаційна структура, орієнтована на споживача.

При такій структурі управління деякі організації, такі як охорона здоров'я, банки чи уряди, структуруються навколо клієнтів, яких вони обслуговують. Це допомагає їм адаптувати свої послуги до конкретних потреб клієнтів. Наприклад, банк може мати різні команди, які займаються кредитами, кредитними картками, управлінням капіталом або страхуванням. Переваги і недоліки цієї структури аналогічні перевагам і недолікам продуктової організаційної структури [85].

9. Мережева структура, використовується в сучасних організаціях.

Сьогодні відбувся відхід від організаційного рішення, характерного для індустріальної епохи, у бік мережевої структури. Вона порушує традиційні організаційні рішення та привносить нові способи управління. Мережева структура формується через об'єднання ресурсів співпрацюючих незалежних компаній, які працюють на спільному підприємстві для досягнення більших переваг, ніж працюючи традиційним способом. Поява такого типу структур є не революцією, а еволюційним кроком до створення нових інтелектуальних цінностей, кращого обміну інформацією, безперебійного спілкування. Підвищення рівня співпраці із зовнішніми партнерами з інших країн чи територій дозволяє налагоджувати прямі контакти між зацікавленими сторонами, що дозволяє досягти різноманітних синергій. Мережа складається із самокерованих, взаємодіючих одиниць, зосереджених на різних етапах процесів створення вартості. Причиною формування мережевої структури є зміни в інформаційних технологіях, нове сприйняття організації середовища та стирання кордонів між підприємством і середовищем. Мережева структура організовує підрядників і сторонніх постачальників для виконання певних ключових функцій. Вона має

відносно невелику штаб-квартиру з географічно розпорошеними офісами, а також ключові функції, передані іншим фірмам і консультантам. Безпосереднє оточення розглядається як середовище, яке складається із зацікавлених сторін як всередині, так і поза організацією, які в свою чергу, є джерелом додаткових переваг. Ця структура часто використовується в децентралізованих організаціях, наприклад у технологічних чи консалтингових галузях, де окремі особи чи групи працюють незалежно над конкретними проектами чи завданнями, але все ще співпрацюють і діляться ресурсами з іншими всередині організації [15; 21].

Мережева структура в контексті організацій відноситься до типу організаційної структури, в якій окремі особи або групи всередині організації мають високий ступінь автономії та об’єднані мережею відносин, а не централізованою ієрархією. Структура вважається більш гнучкою, адаптованою та може бути більш ефективною у прийнятті рішень. Основою для розвитку ефективної мережевої структури є комп'ютеризація та ефективний потік інформації. Це альтернатива основним структурам, які все більше не в змозі задовольнити вимоги, з якими стикається компанія у висококонкурентному та динамічному середовищі. Він може функціонувати як спільне керуюче підприємство, стратегічний альянс, дистриб'юторська служба, об'єднання менших підрозділів у нову корпорацію [67; 71].

Існує чотири типи мережевої організації [65].

Інтегрована мережа: цей тип мережевої структури складається з різних підрозділів або філій, які юридично та формально є частиною однієї організації або материнської компанії. Ці підрозділи можуть бути розташовані в різних географічних місцях і можуть виконувати різні функції, але всі вони працюють в рамках однієї організаційної структури та спільно використовують ресурси та інформацію. Приклади інтегрованої мережі включають роздрібну мережу з різними розташуваннями магазинів або виробничу компанію з різними фабриками.

Корельована мережа: цей тип мережевої структури складається з різних підрозділів або організацій, які мають спільні потреби та цілі та співпрацюють

для їх досягнення. Ці підрозділи можуть бути конкурентами, але вони мають спільні інтереси в певних аспектах бізнесу, таких як управління ланцюгом постачання або дослідження та розробки. Приклади корельованої мережі включають групу компаній в одній галузі, наприклад виробників автомобілів, які співпрацюють для розробки нових технологій.

Контрактна мережа: цей тип мережевої структури складається з незалежних партнерів, які укладають угоди, такі як франшизи, концесії або контракти, щоб працювати разом. Ці партнери можуть мати різні структури власності, управління та контролю, але вони співпрацюють на основі конкретних умов угоди. Приклади контрактної мережі включають мережу закладів швидкого харчування, яка працює за угодами про франшизу, або мережу готелів, яка управляє нерухомістю за контрактами на управління.

Мережа прямих зв'язків: цей тип мережевої структури складається з прямих зв'язків між окремими особами чи групами, наприклад у сфері політики чи релігії. Ці мережі часто неофіційні й можуть базуватися на особистих чи соціальних зв'язках. Приклади мережі прямих стосунків включають політичну партію з різними відділеннями або релігійну організацію з різними конгрегаціями.

Управління мережевою структурою вимагає зміни політики, зміни персоналу, нових видів діяльності та методів, перед менеджерами постають нові завдання. Зокрема, це специфіка вимог до кваліфікованих працівників: управління мережевою структурою вимагає іншого набору навичок, ніж традиційні ієрархічні структури. Менеджери повинні вміти визначити конкретні навички, необхідні для їхньої організації, і переконатися, що їхній персонал має необхідну підготовку та розвиток для задоволення цих потреб [19]. Кваліфіковані працівники, здатні працювати самостійно, ефективно співпрацювати з іншими та адаптуватися до мінливих обставин, є важливими для успіху цього типу структури [79; 81].

У мережевій структурі впроваджується нетрадиційна система заохочення. Традиційні системи заохочення, такі як ті, що базуються на ієрархічних структурах і просуванні по службі, можуть бути неефективними в мережевій структурі. Менеджери повинні розробити нові системи заохочення, які б

винагороджували за співпрацю, інновації та адаптивність. Це може бути заохочення на основі продуктивності, командні винагороди або інші нетрадиційні методи мотивації [69;74].

Лідерство як стиль управління у мережевій структурі має важливе значення для підтримки співпраці та координації між різними підрозділами та окремими особами. Це часто вимагає іншого стилю управління, зосередженого на навчанні, наставництві та розширенні можливостей співробітників. Менеджери повинні бути в змозі подавати приклад, надихати та мотивувати інших, а також надавати керівництво та напрямки, коли це необхідно.

У мережевій структурі виникають також підвищені вимоги до нової організаційної культури, більші ніж в традиційній ієрархії. Керівники повинні створити середовище, яке заохочує експерименти та інновації, а також сприятиме почуттю спільності та спільної мети серед працівників.

Нова організаційна культура має базуватися на відкритому спілкуванні, співпраці, гнучкості та адаптивності. Це вимагатиме змін у способах роботи організації, включно з прийняттям рішень, комунікацією та способом розподілу ресурсів [88].

Мережева структура може бути впроваджена для організацій, які працюють у децентралізований спосіб, де окремі особи або групи працюють незалежно над конкретними проектами чи завданнями, але все ще співпрацюють і діляться ресурсами з іншими всередині організації. Мережева організаційна структура забезпечує більшу гнучкість і адаптивність, що важливо в складному бізнес-середовищі, яке швидко змінюється. Компанії з кількома локаціями теж можуть використати мережеву структуру. Це дасть змогу обмінюватися ресурсами та інформацією між різними підрозділами або локаціями, що може бути корисним для компаній з кількома філіями або дочірніми компаніями. Компаніям з декількома функціями або службами, з різноманітною діяльністю мережева структура дозволить співпрацювати та координувати різні функції або служби всередині організації. У компаніях з високим ступенем взаємозалежності мережеві структури дозволяють різним підрозділам працювати разом для

досягнення спільних цілей. Важливо зазначити, що не всім компаніям буде вигідно застосування мережевої організаційної структури. Це залежить від характеру бізнесу, ринку, стратегії організації та її культури.

Переваги мережевої організаційної структури включають:

- Зниження витрат: мережеві структури можуть призвести до зниження витрат за рахунок спільних ресурсів і підвищення ефективності.
- Підвищена гнучкість: мережеві структури дозволяють швидко адаптуватися до змін на ринку чи навколишньому середовищі.
- Кращий доступ до ресурсів і досвіду: організації можуть використовувати ресурси та досвід інших компаній або окремих осіб у мережі.
- Підвищення конкурентоспроможності: мережеві структури можуть зробити компанії більш конкурентоспроможними, дозволяючи їм швидше реагувати на зміни ринку та використовувати нові можливості.
- Розширені інновації: різноманітність поглядів і досвіду членів мережі може призвести до більшої креативності та інновацій.
- Покращена координація та комунікація: структура мережі може сприяти кращій координації та комунікації між членами, що може призвести до більш ефективного прийняття рішень і вирішення проблем [68].

Недоліки мережевої організаційної структури:

- Відсутність контролю: мережеві структури можуть ускладнити організації контроль над своїми операціями та ресурсами.
- Конфліктні цілі: цілі різних організацій у мережі можуть не завжди збігатися, що може призвести до конфліктів і неефективності.
- Залежність від інших організацій: компанії, які покладаються на мережі, можуть стати залежними від інших організацій щодо ресурсів або досвіду, що може створити вразливі місця.
- Труднощі у підтримці довгострокових стосунків: підтримувати довгострокові стосунки з іншими організаціями в мережі може бути складно, особливо якщо мережа постійно змінюється.

- Складне прийняття рішень: децентралізований характер мережевих структур може зробити прийняття рішень більш складним і трудомістким.
- Труднощі у підтримці стандартів якості: оскільки учасники мережі можуть походити з різних професій, може бути складно підтримувати однаковий рівень якості в усій мережі.
- Можливість витоку інформації: структура мережі може призвести до витоку інформації, оскільки інформація, якою обмінюються учасники, може бути конфіденційною та не призначеною для всіх сторін.

Впровадження організаційної структури в компанії має певні переваги. Зокрема, це швидше прийняття рішень. Коли різні команди компанії будуть спілкуватися ефективніше, це матиме позитивний вплив на загальну комунікацію компанії, дозволить швидше приймати рішення. Іншими словами, потік інформації з організаційною структурою може бути використаний для сприяння більш швидкому прийняттю рішень.

Наявність організаційної структури допоможе переконатися, що всі філії компанії працюють однаково та дотримуються однакових процедур.. Особливо це стосується випадків, коли компанія починає зростати. Оскільки організаційні структури поділяють компанії на різні команди або філії, вони допомагають легше виконувати всі завдання та обов’язки, характерні для цих підрозділів. Коли працівник знає, над чим йому потрібно працювати, він може працювати швидше та ефективніше. По суті, організована структура створює ефективну та впорядковану систему, яка допомагає покращити діяльність компанії в цілому. Організована структура надає співробітникам необхідні вказівки, щоб працювати якнайкраще. Поліпшення продуктивності співробітників також може призвести до підвищення їх мотивації та впевненості.

Перевагою впровадження організаційної структури в компанії є виключення дублювання роботи за рахунок розподілу працівників на команди відповідно до їхніх навичок і досвіду, виключається ризик дублювання службових обов’язків. Наприклад, якщо проект доручено одній команді, інші команди знають, що вони не відповідають за його виконання, оскільки вони також мають свої власні

завдання. Використання організаційних структур потенційно може усунути конфлікти між співробітниками. Хоча в цьому відношенні можуть впливати кілька факторів, коли працівник знає свої обов'язки, тим більше він буде зосереджений на своїй роботі. Здебільшого це чудовий спосіб уникнути загострення конфлікту між колегами. Організаційна ієрархія має потенціал для сприяння позитивному спілкуванню між різними підрозділами та командами. Коли обов'язки будуть делеговані різним командам і окремим особам, інші на робочому місці знатимуть, до кого звертатися з певних питань [87].

1.3. Проектування організації

Проектування організації – це процес організації структури компанії таким чином, щоб вона відповідала її цілям та організаційній культурі. Організації створені таким чином, щоб підтримувати стратегію та цілі компанії. Ключовим аспектом організаційного дизайну є встановлення потоку процесів прийняття рішень [68]. Це визначено як ієрархія. Ієрархія може передбачати дві протилежні організаційні конструкції. По-перше, організації, які впроваджують формальні або жорсткі ієрархічні структури, дотримуються офіційних протоколів, у яких кожен ієрархічний рівень має чітко визначені ролі та обов'язки. Зв'язок всередині і між рівнями ієрархії зазвичай формальний. З іншого боку, організації, які дотримуються неформальної або плоскої ієрархії, офіційно не встановлюють ролі та обов'язки працівників, замість цього працівники мають гнучкість щодо своїх обов'язків та відповідальності. Крім того, спілкування між співробітниками та керівниками зазвичай неформальне. Організація виглядає як піраміда, на вершині якої постає керівний орган, а основою є структурні елементи. Елементи нижчого рівня зазвичай функціонально поєднуються з визначеними елементами вищого рівня. Кожний рівень ієрархії складається з певної кількості структурних підрозділів і елементів, підпорядкованих вищому рівню. Це слугує основою для раціонального розподілу відповідальності і повноважень, швидкому і цілеспрямованому потоку інформації в системі управління. Зменшення до

оптимальної кількості рівнів управління слугує визначенню найкоротших шляхів потоку інформації, прискорює прийняття управлінських рішень[75].

Є кілька важливих елементів організаційного дизайну, яких дотримуються при розробці або перепроектуванні організаційної структури:

1. Діапазон контролю, показує кількість співробітників, за яких відповідає керівник. Розрізняють два типи: широкий діапазон контролю, коли один керівник відповідає за багатьох працівників, і вузький контроль, коли менеджери відповідають лише за кількох працівників.

2. Ланцюжки управління, описують організаційну структуру з точки зору того, як співробітники звітують один одному залежно від свого ієрархічного рівня. Наприклад, у централізованій структурі нижня ієрархія підпорядковуватиметься одному ієрархічному рівню вище, і так далі. У децентралізованій структурі звітність буде проходити горизонтально.

3. Рівні ієрархії, описують кількість рівнів управління, які мають організації. Це відноситься до двох традиційних способів проектування організаційної структури, яка є або високою, або плоскою. Високі організації зазвичай мають формальну структуру, яка має багато ієрархічних рівнів. Плоска структура зазвичай має менше або взагалі не має рівнів ієрархії та відповідає неформальній структурі.

4. Рівні повноважень, показують рівень повноважень, що мають менеджери в організації над своїми підлеглими для прийняття рішень. Чим вищий рівень повноважень, тим більше повноважень мають менеджери. Кількість рівнів повноважень зазвичай подібна до кількості рівнів ієрархії в організаціях із жорсткою ієрархічною структурою. У той час як у плоскій структурі рівнів повноважень мало або взагалі немає, оскільки кожен працівник має певний рівень повноважень для прийняття рішень [87].

Принципи проектування організації відрізнятимуться залежно від характеру та стратегії компанії, але в більшості випадків бізнес повинен дотримуватися таких принципів:

1. Узгодження зі стратегією – структура організації повинна, перш за все, служити інструментом, який допомагає досягати цілей компанії.

2. Максимізація ефективності – структура організації має слугувати збільшення до максимального рівня продуктивності та ефективності компанії.

3. Гнучкість – структура організації має дозволяти компанії швидко адаптуватися до змін.

4. Масштабованість – структура організації повинна дозволяти бізнесу розвиватися або скорочуватися, коли це необхідно.

5. Підзвітність – структура організації має визначати ролі та обов'язки кожного працівника [84].

Задля уникнення хаосу та збереження компанії, організації можуть розглянути питання про вдосконалення та зміну свого організаційного дизайну. Це може бути при її зростанні чи розширенні, через злиття, поглинання або переосмислення того, як компанія хоче продовжити роботу з новим продуктом чи на новому ринку. Однією з причин переорієнтування організації є виникнення проблем. До прикладу, якщо продажі не працюють і компанія традиційно зосереджена на розподілі функцій продажів між різними товарними лініями, об'єднання всіх продавців у організаційну структуру відділу може допомогти переорієнтувати усіх продавці задля однієї мети. Необхідність зміни організаційної структура може бути спричинена ринковими змінами, як і у випадку з пандемією, у випадку змін реакції клієнтів на зміни ринку та реагуванням компаній на ці зміни. Необхідність покращення якості послуг чи товарів компанії може бути чинником розгляду питання зміни її організаційного дизайну. Організаційна структура може допомогти з'ясувати, які прогалини існують у потребах працівників [83].

Зміни в організаційному дизайні можуть допомогти ефективно керувати внутрішніми операціями, особливо якщо хтось старший у ланцюжку командування пішов то організаційна структура може допомогти зрозуміти вплив і знайти найкращий спосіб продовжити процес. Компанії можуть вдосконалювати свій організаційний дизайн якщо співробітники потребують

більшої мотивації, а поточний організаційний дизайн їх не залучає та не мотивує. Зазвичай організації розвиваються послідовно та передбачувано. Проходячи через різні етапи розвитку, вони стикаються з необхідністю вирішувати різні проблеми, що спонукає до потреби в різних організаційних структурах, навичках управління та пріоритетах.

Чотири етапи розвитку в життєвому циклі організації включають:

1. Стартап – початковий етап розвитку. Характеризується простою структурою, непостійним темпом зростання та неформальними системами. На цьому етапі організація, як правило, дуже централізована.

2. Розширення – підтверджується швидким позитивним зростанням і появою формальних систем. Організації на цьому етапі зазвичай зосереджуються на централізації з обмеженим делегуванням.

3. Консолідація – характеризується повільнішим зростанням, створенням департаментів, формалізованими системами та помірною централізацією.

4. Диверсифікація. Настає, коли старі, великі організації відчувають швидке зростання, бюрократію та децентралізацію. Коли організація росте або переходить від однієї стадії розвитку до іншої, для досягнення максимальної ефективності можуть знадобитися добре продумані зміни в практиках і стратегіях та ретельно сплановані дії. Немає жодних гарантій, що організація пройде від одного етапу до наступного. Насправді, ключовою можливістю для лідерства є розпізнавання індикаторів, які вказують на те, що організація перебуває в ризикованій стадії та швидке внесення відповідних структурних змін.

5. Метричний етап – полягає в оцінці основних аспектів середовища та їхнього значення для майбутнього організації. Вибираючи найкращу структуру для організації, керівники компаній повинні вивчити й оцінити поточні ключові структурні параметри та контекстуальні фактори. Перетворення цих характеристик у правильну структуру має вирішальне значення для підвищення ефективності компанії та оптимізації витрат [75].

Керівники компанії можуть оцінювати та вивчати внутрішнє середовище організації шляхом вимірювання та аналізу його структурних параметрів. Основні параметри, які зазвичай вимірюються за допомогою опитування, включають:

1. Спеціалізація. Наскільки діяльність організації розподілена на спеціалізовані ролі.

2. Стандартизація. Ступінь, до якого організація працює за стандартними правилами чи процедурами.

3. Централізація. Ступінь, до якого лідери на вершині управлінської ієрархії мають повноваження приймати певні рішення.

4. Формалізація. Ступінь документування інструкцій і процедур.

5. Конфігурація. Форма рольової структури організації, яка включає:

- Ланцюжок команд. Кількість вертикальних рівнів або шарів на організаційній діаграмі.
- Діапазон контролю. Кількість прямих підпорядкованих на керівника або кількість горизонтальних рівнів або шарів на організаційній діаграмі [71].

У процесі побудови організаційної структури компанії чи здійсненні її реорганізації виникає потреба в визначенні факторів зовнішнього середовища організації та зв’язку між внутрішнім і зовнішнім середовищем [76]. Існують важливі контекстуальні фактори, які слід враховувати при цьому. Вони включають:

1. Походження та історія компанії. Чи була організація приватною? Які зміни відбулися у власності чи місцезнаходження?

2. Власність і контроль. Організація приватна чи державна? Як розподіляється контроль, між кількома особами чи багатьма?

3. Розмір. Скільки співробітників в організації? Які його чисті активи? Яка її позиція на ринку?

4. Місцезнаходження. Скільки діючих сайтів підтримує організація?

5. Продукти та послуги. Які види товарів і послуг виробляє та надає організація?

6. Технології. Чи ефективно інтегровані робочі процеси організації?

7. Взаємозалежність. Який ступінь залежності організації від клієнтів, постачальників, профспілок чи інших пов’язаних організацій? [67]

Розгляд альтернативних структур керівником організації буде доцільним після аналізу структурних аспектів, контекстуальних факторів, вивченням зв’язку між структурою організації та її стратегією. При цьому можливо використовувати діагностичні моделі та інструменти для керування процесом проектування.

За останні кілька років спостерігається безпрецедентне розширення та вдосконалення онлайн-спілкування. Програмне забезпечення розширило межі спілкування на робочому місці за рамки електронної пошти до спільних платформ соціальних медіа та інноваційних інтранетів. Занепад традиційних методів спілкування та різке зростання кіберкомунікації призвели до реструктуризації організацій. Оскільки організації продовжують змінюватись, щоб залишатися конкурентоспроможними, комунікації можуть стимулювати перехід до ефективної нової організаційної структури. Дослідження показують, що компанії можуть позитивно вплинути на свій авторитет серед співробітників за допомогою різноманітних організаційних комунікаційних програм [75]. Встановлюючи канали внутрішньої комунікації, керівництво має знати про переваги та недоліки комунікаційних технологій і узгоджувати їх із потребами організації, стратегічними цілями та структурою. Роботодавці також повинні знати та бути готовими до вирішення загальних комунікаційних проблем у різних організаційних структурах. Наприклад, комунікаційні технології дозволили організаціям створювати віртуальні робочі місця та команди. У віртуальній команді учасники з різних географічних місць разом працюють над завданням, спілкуючись за допомогою електронної пошти, обміну миттєвими повідомленнями, телеконференцій, відеоконференцій і веб-робочих просторів. Незважаючи на те, що віртуальні команди мають значні переваги, зокрема зниження витрат на відрядження та гнучкість персоналу та графіків роботи, вони також створюють проблеми. Віртуальним командам часто важко координувати логістику команди та освоїти нові технології. Спілкування також є серйозною проблемою через відсутність візуального (мова тіла) та вербального (інтонація)

контакту. Дослідження показують, що організації можуть подолати ці проблеми за допомогою ефективної підтримки та навчання [75].

Організаційні структури часто потребують змін, оскільки компанії розширюються по всьому світу, зокрема при рішенні відкрити міжнародну філію, найняти іноземних працівників і сформулювати глобальну стратегію. Коли організація відкриває міжнародні офіси, спеціалісти з управління персоналом та інші бізнес-лідери повинні мати можливість ефективно спілкуватися з працівниками в усьому світі. Наявність надійної внутрішньої мережі та використання відеоконференцій є альтернативою особистому спілкуванню [88].

Оскільки швидкі зміни в технологіях впливають на глобальну комунікацію, співробітники повинні знати про мовні, культурні, релігійні та соціальні відмінності між колегами та діловими контактами. Роботодавці повинні усвідомлювати, що мовні труднощі, проблеми з часом і відстанню, відсутність особистого контакту та, перш за все, бар'єри, створені культурними відмінностями та особистими стилями спілкування, роблять глобальну віртуальну роботу набагато складнішою, ніж місцеві структури. Незалежно від типу структури організації, роботодавці повинні забезпечити дотримання вимог законодавства в країнах, де працюють їхні компанії. Коли організаційні структури змінюються, або якщо ланцюжок командування є слабким або не встигає бути в курсі змін у бізнесі, компанія може мати проблеми з відповідністю, оскільки структура не була оцінена з огляду на законодавство. У міру виходу організації на міжнародний рівень необхідно врахувати закони в приймаючих країнах, зокрема всі аспекти прав працівників, включаючи наймання, пільги, відпустки та звільнення [83].

РОЗДІЛ 2.
АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ОЛЕКСАНДРІВСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ М. КИЄВА»

2.1. Аналіз організаційних структур медичних закладів України

Для надання медичної допомоги населенню існує широка мережа лікувально-профілактичних установ амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного типу. В залежності від виконуваними ними функцій і завдань, що вирішуються, виділяють лікарняні, поліклінічні заклади, диспансери, станції швидкої медичної допомоги, установи охорони материнства і дитинства, санаторні заклади[4]. До лікарняних установ належать лікарні, госпіталі і диспансери, вони орієнтовані на лікування пацієнтів у стаціонарних умовах. Деяким хворим, переважно з неускладненим перебігом недуги, медична допомого надається в поза лікарняних умовах (у поліклініках, амбулаторіях або вдома). У лікарнях проводиться надання допомоги хворим, що потребують постійного нагляду за їх станом, виконання специфічних процедур (виконання яких в амбулаторних умовах є неможливим), надається допомога хворим, що перебувають на ліжковому режимі або потребують ізоляції від суспільства.

Сучасна лікарня являє собою медичний заклад, в якому існують можливості для діагностики і лікування хворих, створені умови для задоволення їх побутових потреб. Спеціалізований лікувально-профілактичний заклад, який входить до складу медичного вищого навчального або науково-дослідного закладу називається клінікою. У клініці лікування хворих поєднується з навчанням студентів, виконанням науково-дослідної роботи [6].

Стаціонари бувають моно- (відбувається лікування лише певної групи патологій) або багатопрофільними. За останнім принципом функціонують більшість лікарень у районних та обласних центрах. Перевагою даного типу

закладів є можливість надання пацієнтам медичних послуг по комплексному обстеженню, оптимізація руху пацієнтів у межах лікарняних підрозділів.

Кожний лікувально-профілактичний заклад складається із спеціалізованих частин (підрозділів). Основними структурними підрозділами лікарні є: приймальне відділення, адміністративно-господарська частина та лікувально-діагностичний підрозділ. Кожна частина лікувально-діагностичного підрозділу має свої особливості, наприклад, у стаціонарних відділеннях терапевтичного профілю будуть відсутні перев'язувальна та операційний блок, а у геронтологічному відділення – ігрова кімната тощо.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) № 385 від 28 жовтня 2002 року «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», окрім лікарень виділяють наступні види лікувально-профілактичних закладів [10]:

1. Лікарняні заклади:

а) багатопрофільні: госпіталі, Державна установа «Головний медичний центр Міністерства внутрішніх справ України», дитяча басейнова лікарня на водному транспорті, дитяча лікарня (республіканська, обласна, міська, районна), дитяче територіальне медичне об'єднання, дільнична лікарня (зокрема й сільських, селищних, міських рад), лікарня (республіканська, обласна, центральна міська, міська, центральна районна, районна) лікувально-діагностичний центр, медична частина, міська лікарня швидкої медичної допомоги, перинатальний центр зі стаціонаром, пологовий будинок (обласний, міський, районний), національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», та інші;

б) однопрофільні: дерматовенерологічна лікарня, інфекційна лікарня, онкологічний диспансер, туберкульозна лікарня та інші;

в) спеціалізовані: гастроентерологічний диспансер, дерматовенерологічна лікарня (зокрема й дитяча), онкологічний диспансер, лікарсько-фізкультурний диспансер, центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям та інші.;

г) особливого типу: спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення (Український, республіканський, обласний, міський), спеціалізована поліклініка Українського науково-дослідного протичумного інституту ім. І. І. Мечникова, лікарня «Хоспіс» (республіканська, обласна, міська, районна), Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, спеціальний заклад з надання психіатричної допомоги та інші.

2. Амбулаторно-поліклінічні заклади: центр первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторія загальної практики – сімейної медицини, поліклініка (центральна міська, міська, центральна районна басейнова стоматологічна поліклініка, дитяча міська поліклініка, дитяча стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), діагностичний центр (різного профілю), жіноча консультація, консультація «Шлюб і сім'я», фельдшерсько-акушерський пункт (зокрема й сільських і селищних рад) тощо.

3. Заклади переливання крові, заклади швидкої та екстреної медичної допомоги: обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф республіканський територіальний центр екстреної медичної допомоги, станція переливання крові (республіканська, обласна, міська), станція швидкої медичної допомоги та інші.

4. Санаторно-курортні заклади: бальнеологічна лікарня (зокрема й дитяча), грязелікарня (зокрема й дитяча), дитячий оздоровчий центр, санаторій (зокрема й дитячий, однопрофільний, багатопрофільний, спеціалізований) та інші.

5. Санітарно-епідеміологічні заклади: дезінфекційна станція з профілактичної дезінфекції, протичумна станція та інші.

6. Заклади санітарної просвіти: центр здоров'я (Український, республіканський, обласний, міський, районний), заклади громадського здоров'я, центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, центр громадського здоров'я (обласний, міст Києва, лабораторний центр (обласний, міський, на водному, залізничному, повітряному транспорті) Міністерства охорони здоров'я України, центр контролю та профілактики хвороб

(республіканський, обласний, міста Києва, центр превентивної медицини Державного управління справами.

7. Фармацевтичні (аптечні) заклади: аптека, аптечна база (склад), лабораторія з аналізу якості лікарських засобів, база спеціального медичного постачання (центральна, республіканська, обласна).

8. Інші заклади у сфері охорони здоров'я: інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, Державний заклад «Референс-центр з молекулярної діагностики Міністерства охорони здоров'я України».

9. Заклади медико-соціального захисту: будинок дитини (обласний, міський, районний), центр (бюро) медико-соціальної експертизи.

10. Установи/заклади системи соціального захисту населення.

Рисунок. 2.1. – Типова структура лікувально-профілактичного закладу[10]

Ринок приватних медичних закладів в Україні постійно зростає та розвивається. Це пов'язано з тим, що уряд надає обмежені фінансові ресурси для підтримки державних медичних закладів, тому пацієнти все частіше обирають приватні медичні заклади за наявність вищого рівня обслуговування та більш широкого спектру послуг [53].

За даними МОЗ, у 2021 році приватні медичні заклади складали близько 50 % від загальної кількості медичних закладів в країні. Ці заклади надають різноманітні послуги, такі як амбулаторна терапія, педіатрія, хірургія, онкологія, кардіологія та інші [51;52].

На сьогодні приватні клініки прагнуть масштабування, і водночас зростає кількість нових компаній – установи консультативного та терапевтичного профілю, лікувально-діагностичні центри з хірургічними відділеннями, клініки, які використовують малоінвазивну методику. Швидко розвиваються стоматологічні кабінети та центри.

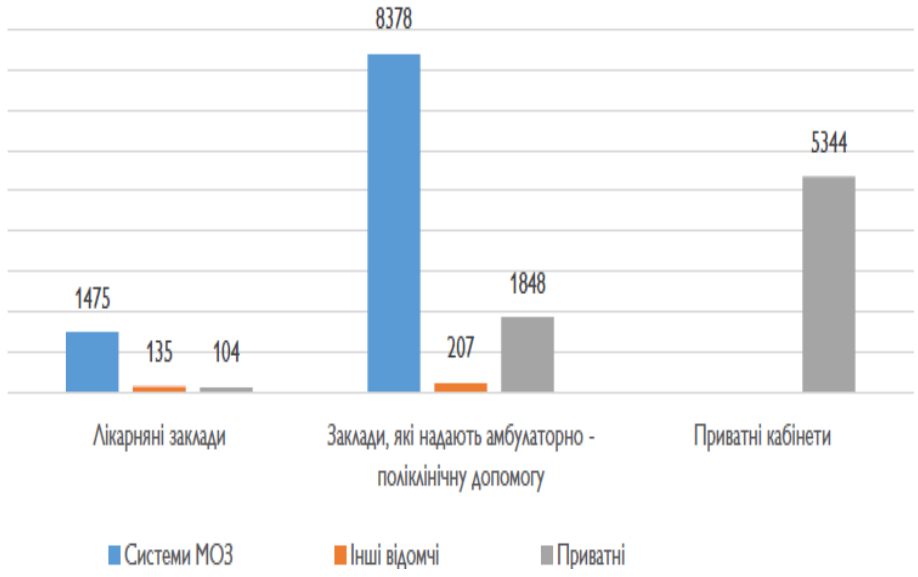

Рисунок 2.2. – Структура закладів охорони здоров'я України у 2021 році

Джерело: побудовано автором за даними компанії Pro-Consulting [52]

З 2018 року набув чинності Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон про фінансові гарантії), який і запровадив початок медичної реформи [1; 2].

Серед позитивних змін, які вводяться медичною реформою можна виділити наступні.

По-перше, цікавим нововведенням є запровадження згідно з п. 2 ст. 2, ст. 11 Закону про фінансові гарантії системи охорони здоров'я (e-Health). Система збирає узагальнені дані про лікування пацієнтів та фіксує надані їм послуги [2].

У системі e-Health є медична інформація кожного пацієнта, рецепти для лікування, тож за потреби будь-який лікар зможе зрозуміти, яка хвороба є в конкретної людини.

По-друге, створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), на яку покладається функція замовника медичних послуг (таких як надання консультацій, проведення діагностики та лікування) незалежного від надавачів послуг (лікарень і МОЗ). Тобто НСЗУ виконує роль оператора, який здійснює закупівлю медичних послуг, укладає договори про співпрацю з медичними закладами [6].

Модель НСЗУ має мінімальні корупційні ризики, оскільки як центральний орган виконавчої влади підконтрольна Рахунковій палаті, Державній аудиторській службі, а також Національному антикорупційному бюро і Національному агентству з питань запобігання корупції. НСЗУ не володіє бюджетними коштами, а лише курує оплати, які здійснюватиме казначейство за надані послуги [5]. Крім того, на НСЗУ покладається функція контролю якості послуг, наданих пацієнту у медичній установі відповідно до умов підписаного договору. Тобто на НСЗУ покладена функція укладання договорів та перевірка їх виконання [6].

Основна ідея реформи у тому, що держава міняє вектор своєї спрямованості з утримання мережі лікувальних закладів, які надають безоплатні медичні послуги, на закупівлю чітко визначеного переліку послуг у цій мережі. Отже, держава бере на себе обов'язок оплачувати повністю надані медичні послуги [7].

У серпні 2022 року стартував другий етап медичної реформи в Україні, однак через військовий стан впровадження її відтерміновано. У межах реформи передбачається організація госпітальних округів, а поділ лікарень на районні, міські та обласні зникне [9].

Статус лікарні визначать відповідно до ключових завдань і послуг, які надаються:

1. Надкластерні надаватимуть весь спектр послуг медичної допомоги.
2. Кластерні лікарні надаватимуть послуги хірургії, реабілітації та лікування пацієнтів.
3. Загальні лікарні місцевого рівня будуть надавати базові послуги.

Перегляд мережі лікарень на ступінь фаховості буде проводитися кожні три – шість років. Так вони зможуть підвищити свій рівень до кластерного або надкластерного.

2.2. Організаційно-економічний аналіз результатів діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» реорганізовано згідно з рішенням Київської міської ради від 24 жовтня 2019року № 6/7579 «Про реорганізацію закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної власності територіальної громади міста Києва» шляхом перетворення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва в комунальне некомерційне підприємство «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). Місцезнаходження: 01601, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1.

Підприємство зареєстроване в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань юридичної особи, яка утворена в результаті перетворення 03.02.2020 року та є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Олександрівської клінічної лікарі м. Києва.

Продукт діяльності: медична послуга, яка сплачується НСЗУ, страховими компаніями в рамках медичного страхування, а також громадянами, що не є резидентами України.

Мета створення підприємства*:* надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах

лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультацій, проведення діагностики, лікування, реабілітації.

Згідно зі Статутом КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» структура Підприємства, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів затверджуються Генеральним директором. Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників Підприємства також затверджуються його Генеральним директором.

Штатну чисельність Підприємства Генеральний директор визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану Підприємства, погодженого в установленому законодавством та Статутом закладу впорядку з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги. Структура Комунального некомерційного підприємства «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), затверджена Наказом директора.

Джерелами формування майна та коштів КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» є:

- комунальне майно, передане Підприємству відповідно до рішення про його створення;
- кошти міського бюджету (бюджетні кошти);
- власні надходження Підприємства: кошти від здачі в оренду (зі згоди Засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг);
- цільові кошти;
- кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб;

– майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі;

– майно та кошти, отримані з інших джерел, не заборонених законодавством України;

– інші джерела, не заборонені законодавством.

Вилучення майна КНП може мати місце лише у випадках, передбачених законодавством України.

Зареєстрований статутний капітал КНП становить 132 992 тис. грн.

Кількість штатних посад 1946 штатних ~~о~~диниць, зокрема:

– лікарі – 452;

– середній медичний персонал – 660;

– молодші медичні сестри – 473;

– спеціалісти не медики – 160;

– інший персонал – 201.

Підприємство є одержувачем бюджетних коштів в межах затверджених бюджетних асигнувань, а також коштів, отримання яких передбачено законодавством України.

Проведемо аналіз техніко-економічних показників КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за 2020–2022 рр. – таблиця 2.1.

За даними таблиці видно, що середньорічна вартість власного капіталу в 2021 році становить 1876460,5 тис. грн. Це на 41091,0 тис. грн менше минулорічного показника (темп приросту становить – 2,8 %), а за 2022 рік вартість капіталу збільшилась на 14917,0 тис. грн (темп приросту власного капіталу за 2020–2022 роки становить 0,3 %).

Таблиця 2.1 – Техніко-економічні показники КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за 2020–2022 рр.

Показники	За рік			Абсолютне відхилення, ±		Темп приросту, %	
	2020	2021	2022	за 2020-2021 рр.	за 2021-2022 рр.	за 2020-2021 рр.	за 2021-2022 рр.
Вартість основних засобів, тис. грн	44900110,0	4520026,0	4516961,0	29916,0	14935,0	0,6	0,3
Вартість власного капіталу, тис. грн	1917551,3	1876460,5	1918377,1	-41091,0	41917,0	-2,8	2,3
Реалізовано продукції, тис. грн	1336708,4	1244718,0	571106,0	-92990,0	-673612,0	-7,4	-54,2
Собівартість реалізованої продукції, тис. грн	1200276,3	1210168,1	853 276	-2054444	-20560	-1,7	-2,4
Чисельність працюючих, осіб	2124	2085	2086	-39	1,0	-1,8	0,05
Чистий прибуток, тис. грн	1364813,0	1244718,2	572 159	-12010,8	-447688	-0,2	-78,2
Валовий прибуток/збиток, тис. грн	-42564,6	-34330,1	- 281 117	-8334,0	-246787,0	-19,3	-718,0
Фінансовий результат від операційної діяльності, тис. грн	-23186,0	-47799,2	- 324 073	-24613	-276273,8	-106,1	-85,2
EBITDA тис. грн	н/з	н/з	- 251 442	н/з	н/з	н/з	н/з
Продуктивність праці персоналу, тис. грн/особу	642,6	580,4	274,3	-62,2	-306,1	-9,7	-52,7
Рентабельність продукції за чистим прибутком %	113,7	102,9	67,1	- 10,8	-35,8	-9,4	-34,8
Рентабельність активів за чистим прибутком, %	30,3	27,5	12,7	-3,0	-14,8	-9,9	-53,8
Рентабельність власного капіталу за чистим прибутком, %	71,1	66,3	29,8	-4,8	-36,5	6,8	-38.3
Рентабельність EBITDA	н/з	н/з	-44	н/з	н/з	н/з	н/з

Джерело: за матеріалами підприємства

Середньорічна вартість основних засобів (за первісною оцінкою) становить в 2020 році 44900110,0 тис. грн. За останній рік вартість основних засобів збільшилася на 14935,0 тис. грн (темп приросту основних засобів за останній рік становив 2,3 %). Порівняно з 2020 роком, вартість основних засобів збільшилася на 314851,0 тис. грн (темп приросту за 2020–2022 роки становить 0,9 %). Виручка від реалізації в 2020 була 1336707,4 році. За останній рік обсяг реалізації зменшився на 673612,0 тис. грн (темп приросту за останній рік зменшився на 54,2 %). Порівняно з показником за 2020 рік, обсяг реалізації зменшився на 766602,0 тис. грн (темп приросту становить -61,6 %). Собівартість реалізації продукції в 2022 році становила 853276 тис. грн, що на 20560 тис. грн менше значення 2021 року. Темп приросту за 2021–2022 роки становив -1,7 %. Порівняно з 2021 роком із показником за 2020 рік собівартість реалізації продукції зменшилася на 205444 тис. грн, а темп приросту за цей період становив -1,7 %. Питома вага собівартості реалізації у загальних витратах медичного закладу в 2022 році становила 107,4 %.

Порівнюючи темпи приросту активів, основних засобів, власного капіталу та виручки від реалізації, ми бачимо, що найбільша динаміка зниження виручки від реалізації (-61,6 %). За 2021–2022 роки темп приросту власного капіталу більший темп приросту основних засобів. Цей показник є позитивним, оскільки основні засоби збільшуються за рахунок власних джерел фінансування. Виручка від реалізації знижується більшими темпами, ніж активи медичного закладу, що говорить про неефективне використання ресурсів. Однак для того, щоб підприємство не вичерпало зовсім свої технічні та матеріальні запаси, необхідно нарощувати обороти пропорційно збільшенню вартості основних засобів. Питома вага собівартості реалізації у загальних витратах медичного закладу в 2022 році становила 107,4 %.

За 2022 рік чисельність працюючих не змінилась. Заклад не зменшив число працюючих попри економічну кризу та воєнний стан. Негативним фактором є зменшення продуктивності праці. За останній рік вона зменшилась на 306,1 тис. грн. Зазначимо, що фонд оплати праці за останній рік збільшився, що

пов’язано зі змінами в законодавстві Україні щодо оплати праці медичним працівникам. Це є негативним фактором, що свідчить про погіршення ефективності використання трудових ресурсів.

Аналіз ефективності діяльності медичного закладу показав, що підприємство є збитковим, збиток в 2022 році становить 281117,0 тис. грн, що на 246787,0 тис. грн більше показника 2021 року.

Проведемо аналіз фінансових результатів КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за 2020–2022 рр. Почнемо із аналізу доходів у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Аналіз динаміки та структури доходів КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за 2020–2022 рр.

Вид доходу	За рік, тис. грн			Абсолютне відхилення, ±		Темп приросту, %		Відхилення питомої ваги, %	
	2020	2021	2022	2020/ 2021	2021/ 2022	2020/ 2021	2021/ 2022	2020 від 2021 рр.	2021 від 2022 рр.
Чистий дохід	1364813	1244718	572159	-120095	-672559	-8,7	-54,0	1.5	1,2
Інші операційні доходи	9260	8000	4784	-1260	-3216	-24.3	-14.0	-1,0	-0.5
Всього доходи	1379273	1257918	582143	-121455	-675775	-8.7	-27.2	н/з	н/з

Показники рентабельності за останній рік погіршилися. Так, рентабельність продукції за останній рік зменшилася на 0,5 % і становила в 2019 році 77,8 %. Рентабельність активів за останній рік зменшилася на 4,8 % і становила в 2019 році 4,8 %, рентабельність власного капіталу за останній рік зменшилася на 12,1 % і становила в 2019 році 32,2 %.

Чистий дохід у 2022 році становив 572 159 тис. грн, що на 672 559 тис. грн менше значення 2021 року. Темп приросту за останній рік становив -54 %. Питома вага чистого доходу в доходах медичного закладу в 2019 році становила 98,9 %. Інші операційні доходи в 2022 році становили 4784 тис. грн, що на 3216 тис. грн менше значення 2021 року. Темп приросту за останній рік становив -14 %.

Порівняно з показником за 2021 рік інші операційні доходи зменшилися на 4473,0 тис. грн (темп приросту становив -48,3 %). Питома вага інших операційних доходів у доходах медичного закладу в 2021 році становила 0,6 %, у 2022 році – 0,8 %. Аналіз витрат надано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Аналіз динаміки та структури витрат КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за 2020–2022 рр.

Види витрат, тис. грн	За рік, тис. грн			Абсолютне відхилення, ±		Темп приросту, %		Питома вага у підсумку за рік, %		
	2020	2021	2022	2020 / 2021	2021 / 2022	2020 / 2021	2021 / 2022	2020	2021	2022
Адміністративні витрати	86860	86570	46 166	-290	-40404	-0,3	-46,6	6,6	6,7	5,1
Інші операційні витрати	34708	34405	34 288	-303	-117	-0,8	-0,3	2,6	2,6	3,8
Витрати на оплату праці	67865	67453	395176	-412	+327773	-0,6	+486 %	5,2	5,2	43,9
Всього витрати	1300622	1300517	901 016	-105	-399501	-0,001	-30,7	н/з	н/з	н/з

Порівняно з показником за 2021 рік у 2022 році адміністративні витрати зменшилися на 40404 тис. грн, за період із 2020 по 2022 роки темп приросту адміністративних витрат становив -46,6 %. Інші операційні витрати в 2022 році становили 34288 тис. грн, що на 117 тис. грн менше значення 2021 року. Темп приросту за останній рік становив -0,3%. Порівняно з показником за 2020 рік інші операційні витрати зменшилися на 420 тис. грн.

Питома вага інших операційних витрат у витратах медичного закладу в 2022 році становила -3,8%. Загальна сума витрат у 2022 році становила 901016 тис. грн, що на 399501 тис. грн менше значення 2021 року. Темп приросту за останній рік становив -30,7 %. Порівняно з показником за 2020 рік фінансові витрати зменшилися на 399606 тис. грн.

На балансі КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» у 2022 році обліковуються нематеріальні активи на суму 177 666 грн (земельна ділянка), основні засоби на загальну суму 4516961 тис. грн, незавершені капітальні

інвестиції на суму 12539 тис. грн, запаси на суму 241 885 тис. грн.

Збільшення вартості основних засобів на суму 14935 тис. грн. відбулося у зв'язку з надходженням на баланс основних засобів на загальну суму 19992 тис. грн, списанням з балансу основних засобів на загальну суму 5057 тис. грн. У 2022 році дебіторська заборгованість становить 57493 тис. грн.

Сума статутного капіталу становить 132992 тис. грн, а сума додаткового капіталу 1657083 тис. грн.

Сума цільового фінансування в 2022 році становила 225946 тис. грн, зокрема й суму залишків запасів, які надійшли за рахунок цільового фінансування (216069 тис. грн), інвестицій, які надійшли за рахунок цільового фінансування (9824 тис. грн. залишку коштів на рахунках в органах Державної казначейської служби Украй отриманих як цільове фінансування (53 тис. грн.).

Основним джерелом наповнення бюджету в 2020–2022 роках є кошти, отримані з НСЗУ за виконані медичні послуги. У 2022 році частка цих коштів становила 83,4 % від загальної суми надходжень.

Основні джерела формування бюджету лікарні в 2020–2022 роки представлені на рис. 2.3.

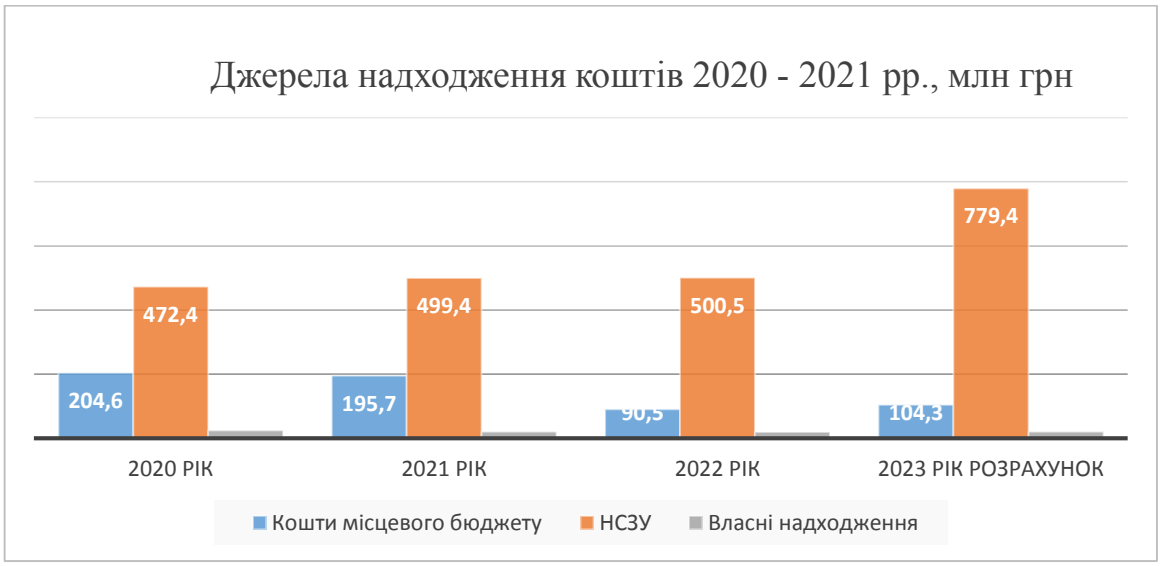

Рисунок 2.3. – Джерела формування бюджету КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» у 2020–2021 рр.

Джерело: за матеріалами підприємства

У 2022 році значно зменшилось надходження коштів до закладу з бюджету міста, на 114,1 тис. грн, що становить 55,8 % від суми 2020 року.

Аналіз надходжень коштів до лікарні, поза межами державного фінансування, представлений на рис. 2.4.

Рисунок 2.4. – Позабюджетні фінансові надходження в 2021 році
Джерело: за матеріалами підприємства

У структурі позабюджетних фінансових надходжень КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» переважає надання платних сервісних послуг пацієнтам, питома вага 66 % від загальної суми надходжень. Сума поточної кредиторської заборгованості в 2022 році перед постачальниками за товари, роботи, послуги становила 4540 тис. грн.

Собівартість реалізованих послуг за елементами витрат становить 853 276 тис. грн, а саме:

1. Матеріальні затрати – 254370 тис. грн, із них:

– медикаменти та перев’язувальні матеріали 244257 тис. грн.

– предмети, матеріали, обладнання та інвентар 1696 тис. грн.

2. Витрати на оплату праці – 395176 тис. грн.

3. Відрахування на соціальні заходи – 73423 тис. грн.

4. Амортизація – 75 056 тис. грн.

5. Інші операційні витрати – 34 288 тис. грн, зокрема й оплата комунальних

послуг та енергоносіїв 35 103 тис. грн, оплата послуг (крім комунальних) – 13 220 тис. грн.

Проаналізуємо структуру амбулаторної медичної допомоги в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» у розрізі медичних послуг.

Рисунок 2.5. – Структура наданих амбулаторних послуг

Джерело: за матеріалами підприємства

Як видно з діаграми, у 2022 році значно зросла кількість наданих амбулаторних послуг з вакцинації від COVID-19, що припала на січень-лютий місяці.

У таблиці 2.4 представлено інформацію щодо кількості наданих медичних послуг в лікарні в 2020–2021 рр.

Таблиця 2.4 – Надані медичні послуги в 2020–2021 рр. КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Перелік послуг	одиниця виміру	2021 рік		2022рік		Враховано до розрахункового періоду в договорі на 2023 рік	
		Осіб	Послуг	Осіб	Послуг	Осіб	Послуг
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	осіб	7 379		9 288		9 140	
Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару	осіб	612		641		1 175	
Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	осіб	14 399		12 759		12 230	
Стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19,	осіб	2 891		2 240			
Медична допомога при гострому мозковому інсульті	осіб	1 402		1 173		864	
Медична допомога при гострому інфаркті міокарда	осіб	1 008		1 455		1 320	
Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах	послуг						
Стоматологічна допомога дорослим та дітям	осіб	1 934		2 429			
Мамографія	послуг		278		233		96
Гістероскопів	послуг		174		86		
Езофагогастродуоденоскопія	послуг		1 024		1 015		264
Колоноскопія	послуг		272		349		168
Цистоскопія	послуг		160		153		
Бронхоскопія	послуг		72		50		
Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям	осіб / послуг	127	1 397	151	I 963	72	

Продовження таблиці 2.4

Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям	осіб / послуг	304	610	375	1 676		
Медична реабілітація дорослих з ураженням опорно-рухового апарату	осіб / послуг			21	210		
Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи	осіб / послуг	160	1 920	469	5 544		
Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19	осіб / послуг		2 844		33 556		
Реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах	осіб / послуг					576	
Реабілітаційна допомога дорослим у амбулаторних умовах	осіб / послуг					120	
Секційне дослідження	осіб / послуг					624	
Разом надано послуг за рік		30 216	8 751	31 001	44 835	26 121	528

Джерело: за матеріалами підприємства

Отже, у 20201–2022 роках найбільшу частку у наданих послугах займала стаціонарна допомога (30216 осіб у 2021 році, 31001 пацієнтів у 2022 році, збільшення на 785 пацієнтів, збільшення на 2,5 %). Частка медичних послуг за пакетом «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» була найбільшою та становила в 2021 році 14 399 пацієнтів (47,6 % від загальної кількості), незначно зменшилась до 12 759 осіб (41,2 % від загальної кількості) у 2022 році.

Проаналізуємо структуру наданих послуг у стаціонарі.

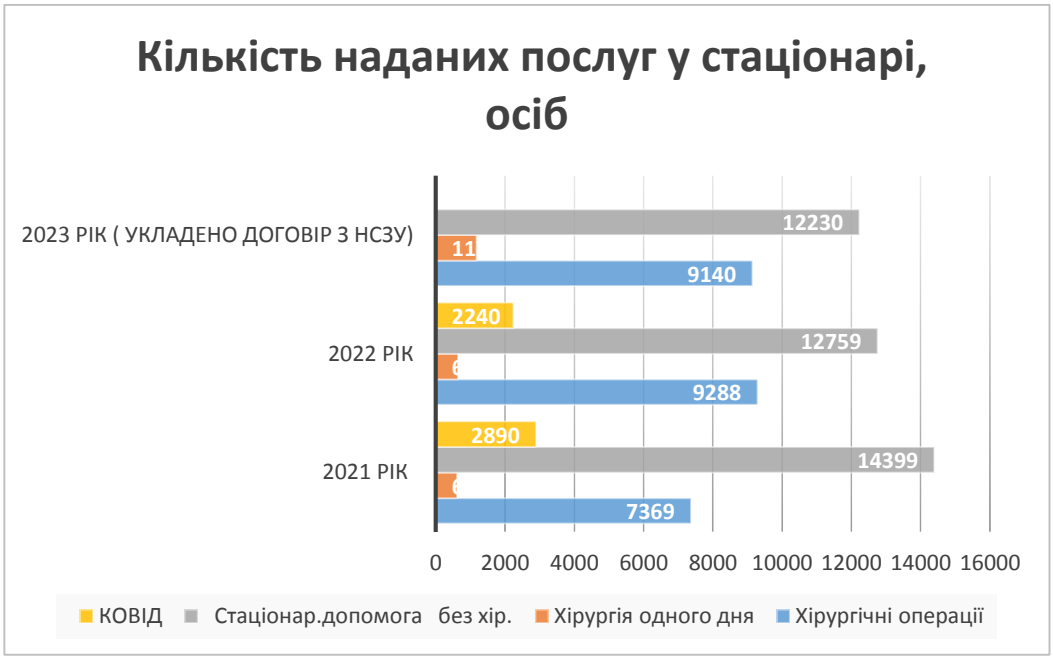

Рисунок 2.6. – Структура наданих послуг в стаціонарі КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Джерело: за матеріалами підприємства

Частка медичних послуг за пакетом «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» у 2022 році зросла на 5,1 %, з 7379 осіб (24,4 %) до 9140 (29,5 %) осіб. Вагомою є частка наданих послуг за пакетом «Стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2». У 2021 році проліковано 2891 осіб (9,6 %), у 2022 році надано допомогу

2240 особам (7,2 %). Частка інших медичних послуг в умовах стаціонару складає у межах до 5–8 % кожна.

Проаналізуємо структуру фінансових надходжень з НСЗУ за програмою медичних гарантій, згідно з представленими даними в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Аналіз надходжень коштів з НСЗУ 2021–2022 рр.(тис. грн.)

№ з/п	Назва пакету	2021 Абсолютне значення	% до загальної кількості	2022 Абсолютне значення	% до загальної кількості	Динаміка, абс.	Динаміка %
1	Хірургічні операції	151512, 6	31,1	146593,2	29,2	-4919,4	-3,2
2	Стаціонарна допомога без хірургії	49715,3	10,2	61870,6	12,4	12155,3	24,4
3	Гострий інсульт	16687,2	3,3	25352.9	5,1	8665,7	51,9
4	Інфаркт міокарду	17121,6	3,4	43299,7	8,7	26178,1	152,9
5	Амбулаторна допомога	4643,5	0,9	4749,8	0,9	106,3	2,2
6	Мамографія	8,7	0,002	156,2	0,03	147,5	1695,4
7	Ендоскопічні дослідження	728,5	0,14	1277,8	0,3	549,3	75,4
8	Стаціонарна паліативна допомога	4277,4	0,9	3700,5	0,7	-577,1	-13,4
10	Медична реабілітація	1134,6	0,2	1428,2	0,3	-293,4	-25,8
11	COVID-19	225690,1	45,2	194372,0	38,8	-31318	-13,9
12	Вакцинація COVID-19	1374,4	0,3	735,9	0,2	-638,5	-46,4
13	Хірургічні операціїстаціонар одного дня	2295,7	0,4	2736,5	0,5	440,8	19,2
14	Залучення лікарів інтернів	0	0	1573,6	0,3	1573,6	н/з
15	Всього	499383,9	100	500494,3	100	н/з	н/з

Джерело: за матеріалами підприємства

Отже, в 2021–2022 роках основними джерелами надходження коштів з НСЗУ за програмами медичних гарантій були кошти, отримані за лікування

пацієнтів з COVID-19. У 2021 році ця сума становила 225690,1 тис. грн, що становить 45 % від суми загальних надходжень. У 2022 році відбулось зниження суми надходження за цим пакетом послуг на 13,9 %, але ця послуга в надходження коштів з НСЗУ залишилась домінуючою, її питома вага становила38 % від загальної суми надходжень.

Другу позицію в структурі надходжень займає хірургічна стаціонарна допомога. У 2021 році ця сума становила 151 512,6 тис. грн, а саме 31,1 % у структурі загальної суми надходжень. У 2022 році за пакетом хірургічної стаціонарної допомоги лікарня отримала 146 593,2 тис. грн, 29,2 % від суми загальних надходжень, що на 3,2 % менше попереднього року.

Значну питому вагу (10,2 %) у структурі надходжень коштів з НСЗУ займає стаціонарна допомога без проведення хірургічних операцій. У 2022 році спостерігається зростання питомої ваги за цією послугою на 24,5 %. Значне зростання надходження коштів у 2022 році відбулося за пакетом лікування інфаркту міокарду (на 152,9 %), за пакетом лікування гострого інсульту (на 51,9 %), мамографії (на 1695,4%).

Частка інших медичних послуг в структурі отриманих коштів з НСЗУ складає у межах до 5–8 % кожна.

Структура КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), затверджена Наказом директора.

Директор має заступників, які призначаються та звільняються з посади наказом директора. Компетенція заступників визначається посадовими інструкціями та контрактами. Розпорядження заступників директора є обов’язковими до виконання підлеглими їм працівниками.

Керівники структурних підрозділів призначаються посаду і звільняються з посади Наказом директора КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Організаційна структура КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» представлена на рис. 2.7 та рис. 2.8.

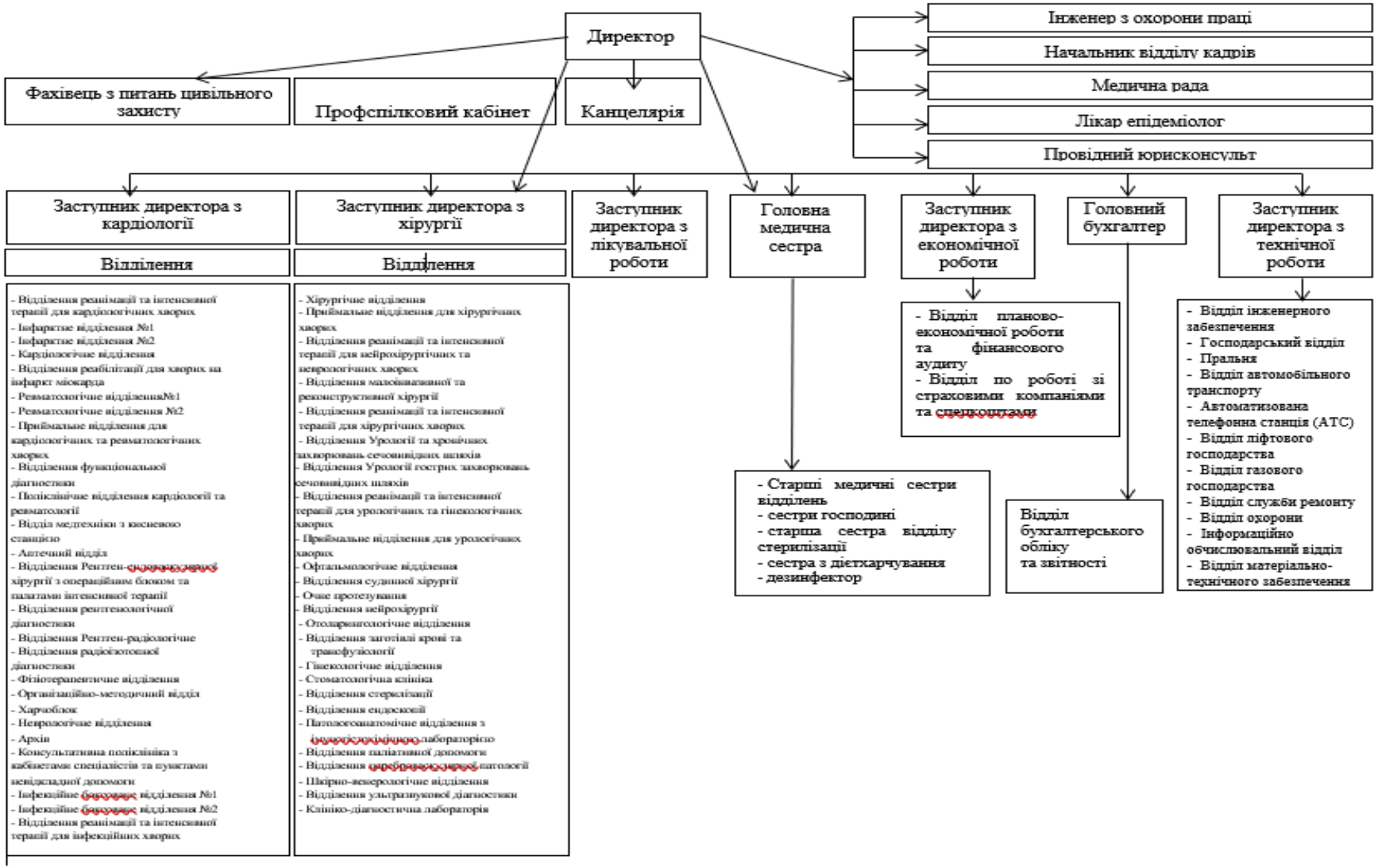

Рисунок. 2.7. – Організаційна структура КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

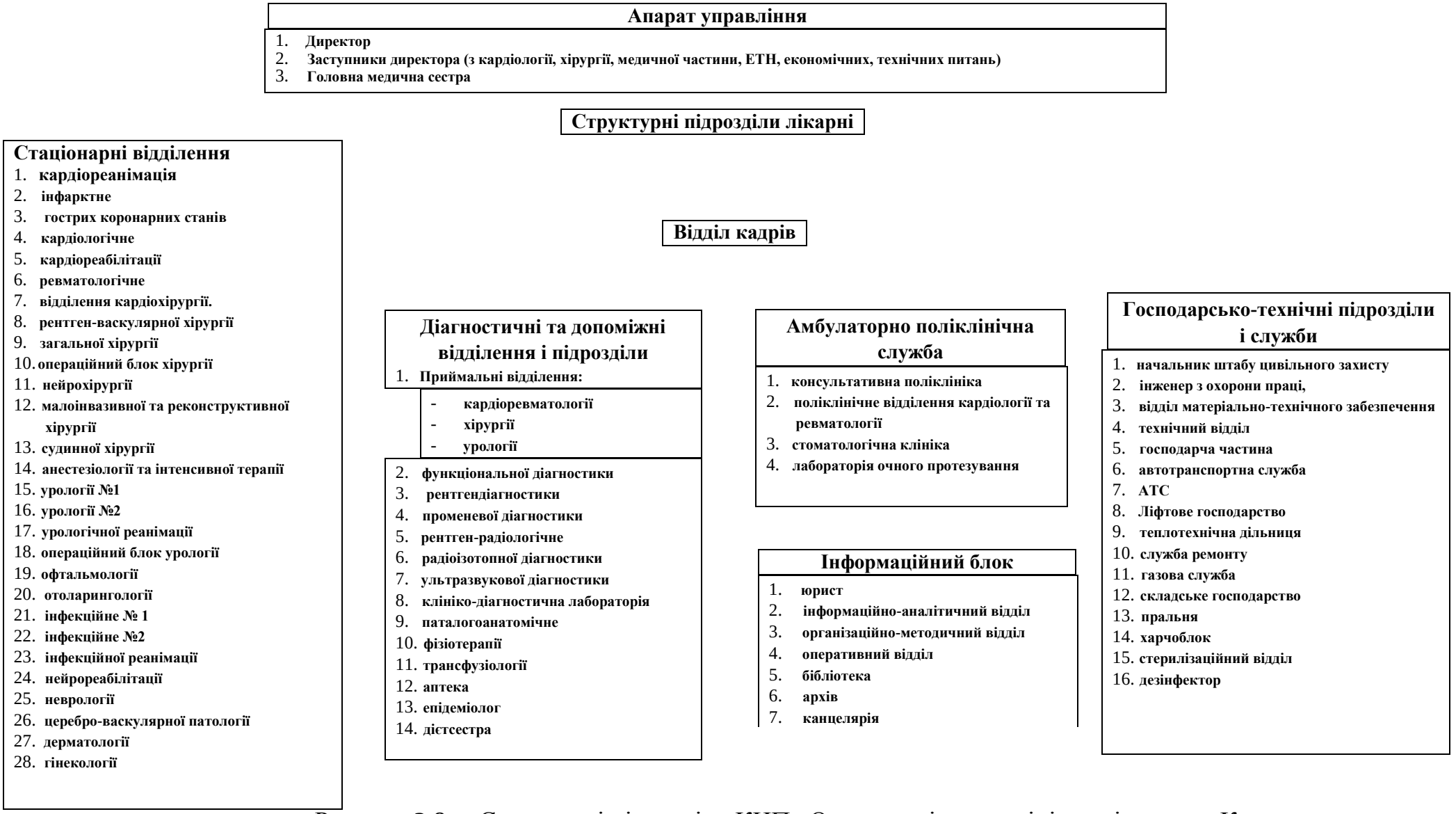

Рисунок 2.8. – Структурні підрозділи КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Структура КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»:

1. Адміністративна частина.
2. Стаціонарна частина, включає 28 вузькоспеціалізованих відділень з надання стаціонарної медичної допомоги.
3. Діагностична частина: клініко-діагностичні лабораторії та відділення ультразвукової діагностики, ендоскопії, функціональної діагностики, рентгенологічної діагностики.
4. Поліклінічна частина: консультативна поліклініка з кабінетами спеціалістів та пунктами невідкладної допомоги
5. Поліклінічне відділення кардіології та ревматології
6. Господарча частина.
7. Спеціальний фонд: стоматологічна клініка, відділ по роботі зі страховими компаніями та спецкоштами, лабораторія очного протезування.
8. Інформаційній блок: інформаційно-аналітичній відділ, архів.

Проаналізуємо показники штатного розкладу лікарні – таблиця 2.6.

Таблиця 2.6 – Штатний розклад КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Штат	% укомплек-тованості (фізичні особи)	Штатних одиниць	Зайнято посад	% Зайнятості (фізичні особи + зовнішне та внутрішне сумісництво)	Фізичних осіб	% укомплек-тованості (фізичні особи)
Лікарі	83 %	452,00	368,00	82%	369	82 %
Середній медперсонал	82 %	660,00	601,50	91%	649	98 %
Молодший медперсонал	92 %	473,00	442,75	94%	447	95 %
Спеціалісти не медики, Інші	69 %	361,00	287,25	80%	263	73 %
Всього	82 %	1946,00	1699,50	87%	1728	89 %

З таблиці 2.6 видно, що лікарня недостатньо укомплектована штатом загалом на 18 %. Найбільша частка недокомплекту у немедичного персоналу, де штат укомплектований всього на 69 %, що зумовлено низькою заробітною платою, серед інших спеціальностей штат укомплектований на 80–90 %.

Фактична структура персоналу лікарні представлена на рис. 2.9.

Рисунок 2.9. – Фактична структура персоналу лікарні

Джерело:за матеріалами підприємства

Отже, найбільшу частку у штаті лікарні займають середній медичний персонал (38 %), потім іде молодший медперсонал (26 %), лікарі (21 %) та не медичний персонал (15 %).

Розглянемо професійний склад персоналу лікарні. В лікарні працює:

37 кандидатів медичний наук, 8 заслужених лікарів України, 2 заслужених працівники України.

Кількість лікарів-інтернів (бюджет) – 43 особи, кількість лікарів-інтернів (контракт) – 64 особи.

У 2022 році 204 лікарі пройшли курси підвищення кваліфікації, з них:

1) курси спеціалізації – 5;

2) курси стажування – 73;

3) тематичне удосконалення – 126.

У 2022 році 175 працівників середнього медичного персоналу пройшли курси підвищення кваліфікації, із них:

1) курси спеціалізації – 7;

2) тематичне удосконалення – 168.

У закладі 226 лікарів протестованих на кваліфікаційні категорії:

3) вища категорія – 165;

4) перша категорія – 35;

5) друга категорія – 26;

6) звання лікаря-спеціаліста – 90

371 працівників середнього медичного персоналу протестованих на кваліфікаційну категорію:

7) вища категорія – 261;

8) перша категорія – 39;

9) друга категорія – 71.

Не підлягає атестації 278 осіб середнього медичного персоналу з них:61 особи студенти, що працюють за сумісництвом;

34 особи знаходяться в відпустці по догляду за дитиною.

183 особи мають недостатньо стажу для атестації.

Проаналізуємо плинність кадрів працівників (таблиця 2.7).

Коефіцієнт плинності кадрів (К.п. кадрів) розрахуємо за формулою:

К.п.кадрів = (Кількість звільнених / Чисельність персоналу) х 100 % (2.1).

Як видно з таблиці 2.7, середня плинність кадрів у лікарні становить 17,53%, при тому що природнім і прийнятним показником вважається 5 %.

Найбільша плинність у молодшого медичного персоналу та у немедичного персоналу (20 % і 21 % відповідно), що зумовлено низькими зарплатами, і чим вища кваліфікація персоналу тим менша плинність: середній медперсонал – 16,95 %, лікарі – 12,74 %.

Таблиця 2.7 – Плинність кадрів КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Кваліфікація	Фізичних осіб	Прийнято	Звільнено	Розрахунок коеф.плинності	К п.кадрів
1	2	3	4	5 = 4/2*100%	6
Лікарі	369	42	47	=47/369	12,74 %
Середні медперсонал	649	118	110	=110/649	16,95 %
Молодший медперсонал	447	65	93	=93/447	20,81 %
Інші	263	52	53	=53/263	20,15 %
Всього	1728	277	303	=303/1728	17,53 %

Джерело: за матеріалами підприємства

2.3. Аналіз основних недоліків організаційної структури лікарні

Відповідно до Статуту КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» структура Підприємства, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів затверджуються директором. Функціональні обов’язки та посадові інструкції працівників Підприємства також затверджуються його директором.

Штатну чисельність закладу директор визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану Підприємства, погодженого в установленому законодавством та Статутом закладу впорядку з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги

Структура КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), затверджена Наказом директора. Директор має заступників, які призначаються та звільняються з посади наказом директора. Компетенція заступників визначається посадовими інструкціями та контрактами. Розпорядження заступників директора є обов'язковими до виконання підлеглими їм працівниками.

Керівники структурних підрозділів призначаються посаду і звільняються з посади наказом директора КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Організаційна культура закладу закріплена в статуті КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та включає у себе наступні права та обов'язки персоналу:

1. Працівники Підприємства мають право брати участь в управлінні Підприємством через загальні збори трудового колективу, професійні спілки, які діють у трудовому колективі, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи Підприємства, а також з питань соціально-культурного і побутового обслуговування.

2. Працівники Підприємства проводять свою діяльність відповідно до Статуту, колективного договору та посадових інструкцій згідно з законодавством.

3. Медичний працівник повинен поважати право пацієнта на вибір лікаря, медичної установи і право на участь хворого в прийнятті рішень про проведення лікувально-профілактичних заходів.

4. Добровільну згоду пацієнта на лікування медичний працівник отримує при особистій розмові з хворим. Ця згода має бути усвідомленою, хворий повинен бути неодмінно проінформований про методи лікування, про наслідки їх застосування, зокрема, про можливі ускладнення і існуючі альтернативні методи лікування.

5. Проведення лікувально-діагностичних заходів без згоди пацієнта дозволено тільки у випадках загрози для життя і здоров'я пацієнта і нездатності його адекватно оцінювати ситуацію.

6. Якщо пацієнт не здатний свідомо висловити свою згоду, її повинен висловити законний представник або особа, яка постійно здійснює опіку пацієнта тощо.

Мета будь-якої організаційної структури полягає в тому, щоб забезпечити досягнення завдань, що стоять перед організацією.

При розробці організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» було здійснено поділ організації по горизонталі на широкі блоки, що відповідають найважливішим напрямкам діяльності: заступники директора з клініко-експертної роботи, з кардіології, хірургії, лікувальної роботи та ін. Встановлено співвідношення повноважень різних посад. У цьому керівництво встановлює мету команд і здійснює подальший розподіл на більш дрібні організаційні підрозділи, щоб ефективніше використовувати спеціалізацію та уникнути перевантаження керівництва. Таким чином, у заступника директора з хірургії у підпорядкуванні перебувають 8 відділень, керують якими завідувачі відділень: хірургічні відділення, оториноларингологічне, судинної хірургії та інші.

У КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» розроблено посадові інструкції, визначено посадові обов'язки як сукупність певних завдань та функцій, доручено їх виконання конкретним особам. У деяких випадках, пов'язаних з виробничою необхідністю, наказом директора визначаються конкретні завдання, які закріплюються за безпосередніми виконавцями, що несуть відповідальність за їхнє виконання.

У всіх відділеннях КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» розроблено положення, у яких визначено взаємовідносини підрозділів один з одним.

Для оцінки позиції закладу на ринку медичних послуг, проведемо його оцінку. Ринок медичних послуг в Україні сьогодні представлений приватним та державним сектором. З кожним роком медична галузь України все більше фінансується з боку держави, але в умовах економічного спаду і військового часу це не покриває всі витрати закладів. Також ринок надання медичних послуг має ряд своїх особливостей, які впливають на зовнішнє середовище закладу та, відповідно, на подальше функціонування медичної установи.

Особливості ринку надання медичних послуг надані на рис. 2.10.

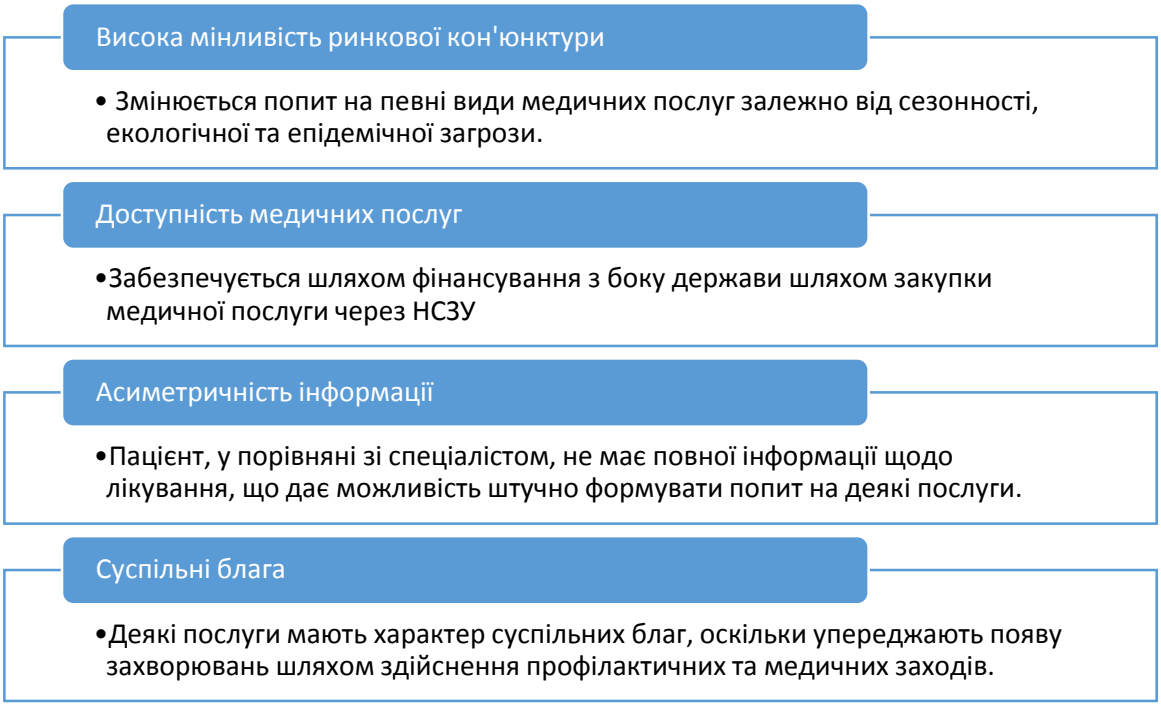

Рисунок 2.10. – Особливості ринку медичних послуг

Джерело: складено автором

Серед вагомих особливостей ринку в сучасних умовах є забезпечення більшого доступу до медичної послуга через фінансування державою гарантованих пакетів медичних послуг, що фінансуються НСЗУ [6;45].

Державою також проводяться централізовані закупівлі лікарських засобів і медичного обладнання. Перелік захворювань, лікарських засобів і номенклатуру, включно з формами випуску та дозуванням, щорічно формує МОЗ та затверджує Кабінет Міністрів України. Інші ліки, для решти захворювань, що не входять до цього переліку, лікарні та департаменти охорони здоров'я закуповують самостійно через систему «Прозорро» [5].

Враховуючи зазначені особливості, необхідно оцінити конкурентне середовище КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва за моделлю М. Портера [81] (рис. 2.11).

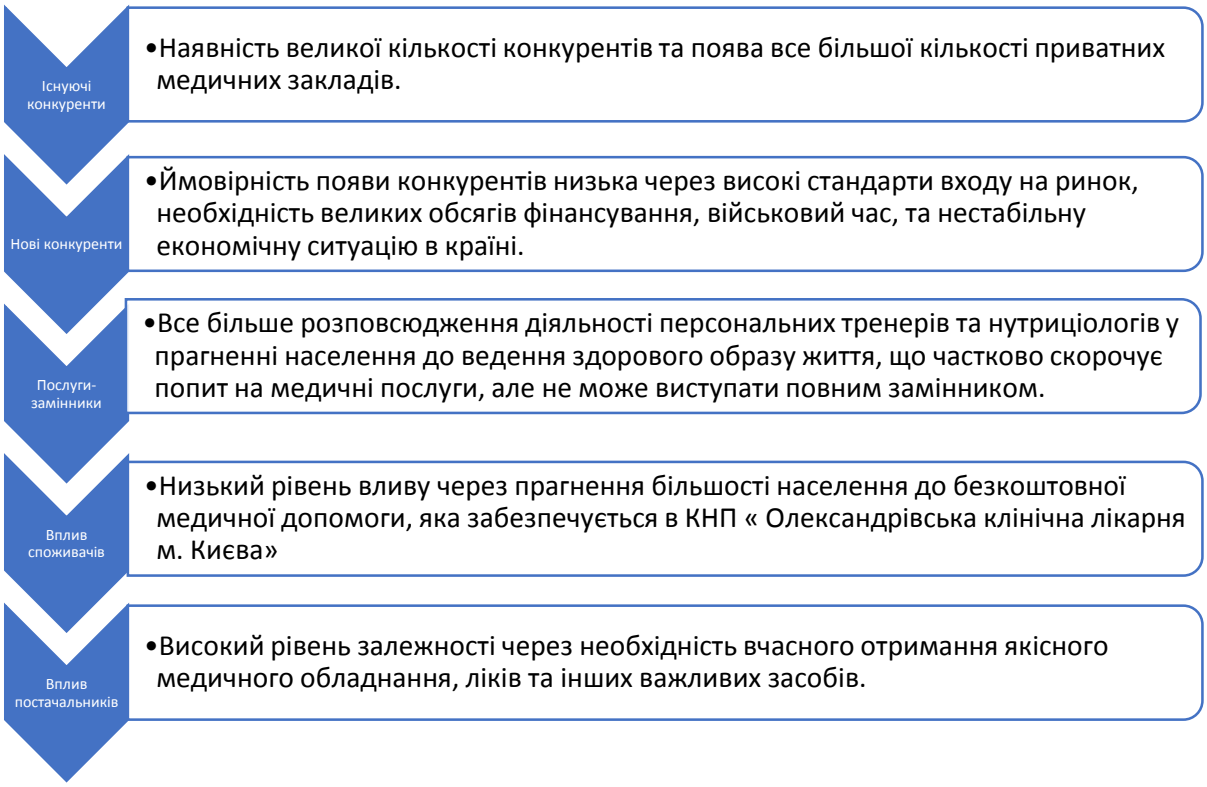

Рисунок 2.11. – Конкурентне середовище КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва за моделлю М. Портера

Джерело: складено автором

Для оцінки основних конкурентів КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» була побудована карта стратегічних груп на основі двох показників: асортименту наданих послуг та відношення ціна-якість. Дослідження було здійснено серед медичних закладів м. Києва, вибір був здійснений на основі популярних закладів пошукової системи Google. Серед розглянутих лікарень переважно були бюджетні, з яких КНП «Київська клінічна лікарня № 4» мала найгірші показники. КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за асортиментом наданих послуг та відношенням ціна-якість може активно конкурувати серед схожих за рівнем лікарень, однак по відношенню до приватних установ вона поступається позиціями.

На основі здійсненого аналізу можна зробити висновок, що найбільш важливими чинниками, які впливають на ринок медичних послуг та

ефективність функціонування закладу на цьому ринку, є низка зовнішніх факторів та конкурентних переваг у контексті асортиментного ряду й відповідності високої якості за справедливими цінами.

Для визначення основних факторів, що найбільш впливають на діяльність закладу проведемо PEST-аналіз.

Політичні фактори:

1. Нестабільна політична ситуація країни, яка до того ж ускладнилася і підтримується війною.
2. Введення нових медичних реформ, пристосування до яких потребує багато часу та ресурсів.
3. Збільшення внутрішньої і зовнішньої міграції населення через воєнні дії.
4. Оновлення цільових орієнтирів розвитку системи охорони здоров’я та якості медичних послуг.

Економічні фактори:

1. Низькі темпи економічного зростання населення.
2. Невисока інвестиційна привабливість закладу.
3. Скорочення фінансування лікарні з бюджетних коштів (за Законом України про автономізацію від 2018 року).
4. Залежність від курсу національної валюти через необхідність ввезення ліків та обладнання.

Соціальні:

1. Погіршення демографічної ситуації (збільшення рівня смертності, зменшення рівня народжуваності).
2. Скорочення рівня захворюваності населення в абсолютному значенні.
3. Невисокий рівень соціальної забезпеченості населення.
4. Розвиток культу ведення здорового образу життя.

Технологічні:

1. Постійний розвиток технікі та технологій надання медичних послуг, що вимагає додаткових інвестицій та необхідності швидко адаптуватися до сучасних умов.

2. Збільшення рівня обізнаності та свідомості населення завдяки доступності інформації в мережі Інтернет.

Для визначення характерних особливостей медичного закладу доцільно зробити SWOT-аналіз.

Завдяки багатопрофільності, можливості надання повного спектру послуг, успішному досвіду та великій кількості високопрофесійних кадрів, лікарня займає одну з домінуючих позиції в місті і залишається лідером у деяких категоріях надання медичних послуг.

Таблиця 2.8 – SWOT-аналіз КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Сильні сторони	Бальна оцінка	Слабкі сторони	Бальна оцінка
1. Багатопрофільність:наявність великого спектру послуг, що допомагає надавати повний цикл лікування та реабілітації хворого.	5	1. Низький рівень інформаційно-технічного, зокрема й програмного забезпечення.	5
2. Наявність достатнього кадрового та матеріального ресурсів лікарні для розширення кількості послуг.	5	2. Низький рівень цін на послуги НЗСУ за програмами державного фінансування, часто нижче реальної вартості.	5
3. Репутація лікарні -досвід роботи більше 50 років, що зарекомендувало її як місце із надійною та якісною медичною допомогою.	4	3. Неможливість самостійно та оперативно приймати управлінські рішення з фінансових та організаційних питань.	4
4. Висококваліфіковане професійне кадрове забезпечення	4	4. Неможливість самостійно регулювати ціни на послуги.	5
5. Співпраця з НСЗУ і можливість надання безоплатних медичних послуг, гарантованих державою для всіх громадян України , незалежно від місця проживання.	5	5. Слабкаа політика просування на медичний ринок. Малофункціональні сторінки в соціальних мережах, відсутня рекламна кампанія.	4

Продовження таблиці 2.8

6. Низькі ціни на медичні послуги, що входять до переліку платних послуг, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних та комунальних закладах охорони здоров'я та вищих навчальних закладах».	4	6. Слабкий механізм зворотного зв'язку від пацієнтів задоволеності медичними послугами	3
7. Зручне місце розташування лікарні в центрі міста.	4	7. Недостатня матеріальна мотивація персоналу.	5
8. Залучення до медичних проектів, що фінансуються за рахунок бюджету міста за програмою «Здоров'я киян»	3	8. Недостатня кількість високотехнологічного обладнання.	3
9. Співпраця з освітніми медичними закладами.	3	9. Висока вартість лікування «критичних» категорій пацієнтів.	4
10. Можливість проведення клінічних досліджень.	4		
11. Фінансова підтримка з боку міської ради та міської адміністрації.	4		
Сума	45	Сума	38
Можливості	Бальна оцінка	Загрози	Бальна оцінка
1. Оптимізація роботи існуючих та організація нових підрозділів хірургічного і терапевтичного профілю, впровадження проекту «Хірургія одного дня».	4	1. Зміна поведінки частини пацієнтів і орієнтація на приватні медичні заклади.	5
2. Розширення спектру амбулаторних і стаціонарних послуг за оплату і залучення нових пацієнтів.	5	2. Швидке впровадження нових високотехнологічних медичних послуг в приватних клініках	3
3. Підвищення прибутковості за рахунок оптимізації лікувального процесу і дотримання стандартів лікування.	4	3. Збільшення конкурентності через інтенсивність появи невеликих приватних надавачів послух вторинного рівня.	5
4. Зменшення витрат шляхом переведення на аутсорсинг підрозділів господарського сектору і служби інформаційно – технічної підтримки.	5	4. Відтік високопрофесіональних кадрів до конкурентних і зарубіжних клінік через низьку матеріальну мотивацію.	4
5. Підвищення конкурентоспроможності порівняно з іншими медичними закладами комунального і приватного сектору.	3	5. Відсутність командного рівня прийняття управлінських рішень серед керівного складу.	4
6. Розширення участі в програмах державним і регіональним фінансуванням.	4	6. Відсутність чіткої виробленої стратегії розвитку лікарні.	4

Продовження таблиці 2.8

7. Удосконалення системи інфекційного контролю у всіх підрозділах і зниження рівня внутрішньо лікарняних інфекцій і післяопераційних ускладнень.	4	7. Зниження платоспроможності населення через соціальні виклики (пандемія, військовий стан).	3
8. Підвищення прибутковості за рахунок здачі в оренду вільних приміщень.	5	8. Коливання інтенсивності надання послуг через сезонність деяких захворювань.	3
Сума	34	Сума	31

Джерело: складено автором

Таблиця 2.9 – Карта SWOT-аналізу КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

	Можливості(М)	Загрози(З)
Сильні сторони(С)	С*М=45*34=1530	С*З = 45*31 = 1395
Слабкі сторони (Сл)	Сл*М=38*34=1292	Сл*З = 38*31 =1178

Джерело: складено автором

Таким чином, поєднання вже існуючих сильних сторін лікарні з потенційними можливостями має більший вплив на функціонування закладу, аніж його слабкі сторони та загрози.

Через наявність сучасного обладнання, кадрів, достатньої кількості приміщень, вдалого розташування в центрі міста, лікарня має великий потенціал розвитку. Впровадження нових послуг, підвищення якості існуючих, оптимізація лікувальних процесів, сучасне інформаційне забезпечення підвищить рівень конкурентоспроможності. Багатопрофільність закладу дозволить йому долучатись до програм з державним і регіональним фінансуванням.

Незважаючи на це, лікарні необхідно зміцнювати свої позиції на ринку медичних послуг та підвищувати конкурентоспроможність. Приділити увагу стратегічному розвитку, розширенню кількості амбулаторних послуг,

пришвидшити впровадження нових послуг, покращити матеріальну мотивацію персонал, поліпшити комунікації з пацієнтами. Перспективним напрямком може стати організація відділення «Хірургія одного дня» та організація Контакт-центру для покращення комунікації з пацієнтами, надання консультацій за допомогою телемедицини.

Зважаючи на те, що державне фінансування хоч і є основним, але недостатнім джерелом для перспективного розвитку досліджуваного закладу, тому важливо збільшувати додаткові фінансові надходження.

Додатковим джерелом фінансування КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» може бути дохід від передавання в оренду нерухомого майна. Тому необхідно провести заходи щодо залучення до співпраці приватних підприємців, які виявлять бажання взяти в оренду приміщення, які знаходяться в оперативному управлінні КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», під організацію власного бізнесу (наприклад, приватної медичної лабораторії, приватного стоматологічного кабінету, аптечного кіоску, торгової точки з продажу продуктів харчування, товарів першої необхідності, преси тощо), та оформити орендні відносини відповідним чином згідно зі статутом КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та законодавства України.

Також як додаткове джерело фінансових надходжень КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» можна запропонувати розширення переліку надання платних медичних послуг пацієнтам. Одним з джерел фінансових надходжень може бути покращення сервісних послуг [18]. Зокрема мова йде про організацію палат покращеного сервісного перебування, у яких можна буде розміщувати пацієнтів за додаткову оплату.

Обґрунтування необхідності збільшення капітальних інвестицій у закладі (закупівля обладнання, будівництва, ремонт приміщень тощо):

1. За рахунок спонсорських коштів виконати капітальний ремонт та поточне оновлення обладнання стерилізаційного блоку КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

2. Провести поточний ремонт приміщень поліклініки КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

3. Постійно проводити заходи щодо благоустрою території КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

4. Розширити покриття інтернет-мережею відділень лікарні для безперешкодного доступу персоналу під час роботи з медичною інформаційною системою (МІС) та можливістю надавати послуги за допомогою телемедицини, а також розширити «WIFI» мережу для користування пацієнтами.

5. Для покращення комунікації з пацієнтами, основними споживачами медичних послуг та задля оптимізації робочого часу лікаря у рамках створення єдиного інформаційного медичного простору пропонується запровадити «Контакт – центру» з організацією консультування пацієнтів за допомогою телемедицини.

РОЗДІЛ 3.
ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОЕКТУ З УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ КНП «ОЛЕКСАНДРІВСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ М. КИЄВА»

3.1. Розробка альтернативної організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Оптимізація роботи лікарні, як регіонального центру високоспеціалізованої медичної допомоги, в умовах реформування системи охорони здоров'я з пріоритетним впровадженням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та формуванням госпітальних округів, зі створенням лікарень нового типу за інтенсивністю лікувального процесу, потребує розробки концептуальних підходів та стратегічного плану інноваційного розвитку [13; 39]

Оптимізація діяльності лікарні має здійснюватися на основі наукового аналізу та прогнозу розвитку медико-демографічної ситуації в регіоні та прогнозу потреби в високоспеціалізованій медичній допомозі з урахуванням проведення запланованих змін на первинному та вторинному рівнях медичної допомогих [14].

Основні напрями, за якими планується удосконалення організаційної структури управління медичним закладом:

1) лідерство та менеджмент;
2) фінанси;
3) комунікація;
4) пацієнтоорієнтованість;
5) управління якістю.

У період суспільних змін, трансформацій, військового стану та реформ гостро постає питання лідерства, як явища, що потребує чіткої позиції та готовності взяти відповідальність [49].

У межах реформування закладів охорони здоров'я лідером колективу має стати його керівник. Згідно з чинним законодавством керівники державних і комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі.

Керівник лікарні має стати її справжнім лідером, не формальним за посадою, а дійсним за якостями.

Лідер – це насамперед звичайна людина, яка самовіддано працює щодня, вміє чути та прислухатись до інших.

Основна риса лідера управління закладом – вміння якісно комунікувати, щоб тебе чули. Це спілкування всередині команди та зі стейкхолдерами. Уміння переконувати, вдало проводити дебати, ідейність та вміння надихати інших щоб спільно дійти до запланованої мети.

Часто може бути не єдиний лідер, а існує неформальний конкурент, а то й кілька. Загалом, це не є негативом. Мудрий керівник заручиться їхньою підтримкою і не буде йти на конфлікт. Справжній лідер гуртує навколо себе таких же лідерів, не позбавляється їх, не усуває, не звільняє. Оскільки кожен із команди є успішним і сильним по-своєму [36].

Найважливішим і найголовнішим вмінням є здатність розгледіти, проаналізувати та оцінити так, щоб всім членам команди було комфортно, цікаво, щоб співпраця мотивувала, надихала, була плідною та ефективною.

Основою взаємодії команди в закладі має стати принцип «win-win», де кожний є однаково залученим, захищеним, вмотивованим задля свого власного добробуту та прогресування, а також заради спільної вигоди. Доволі складно буде побудувати міцну команду у великій лікарні зі складною структурою, але це має стати проявом адаптивності та колективного усвідомлення, відповідального виконання, яке ґрунтується на

децентралізації повноважень. Прозора діяльність та побудова культури організації, розуміння всіх процесів, співпраця та кооперація – складові побудови команди [41; 42].

Запропоновані заходи по впровадженню формування лідерства і команди для управління змінами в закладі представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Зміни і критерії їх оцінки за напрямом лідерство і менеджмент

Етапи змін	Критерії змін	Критерії оцінки якості впровадження
Формування лідерства та підвищення його ролі.	Лідером колективу стає його керівник	Керівництво демонструє лідерство та відданість до забезпечення якості на всіх етапах діяльності та в усіх процесах.
Формування команди змін	Втілення формули лідерства: Лідер=цінності=команда Розвиток комунікацій	Керівництво створює можливості для участі кожного працівника у прийнятті рішень в закладі. Керівництво допомагає потенційним лідерам розвивати свої навички та наділяє їх відповідними повноваженнями, ресурсами Відповідальність за втілення заходів і покращення якості поділяють між усім персоналом, від керівника до всіх членів команд. Виконавцями заходів з покращення якості визначено всі команди закладу.
Формування основних компетенцій лідера	Самоповага та повага до інших; толерантність; баланс між стриманістю та емоційністю; вірність переконанням та позиції; стратегічне бачення.	Колегіальність у прийнятті рішень, співпраця, добровільна взаємодопомога та підтримка. Оновлення колективного договору і включення соціальних гарантії та зобов'язань. Запровадження культури повідомлення, обговорення помилок без звинувачень і покарань із метою попередження подібних ситуацій у майбутньому. Запровадження практики обговорення в колективі стратегії розвитку закладу.

Джерело: побудовано автором на основі [36]

До прикладу співпраці керівника з колективом – ініціація проведення опитування колективу щодо їхньої думки про шляхи розвитку лікарні, створення нових підрозділів та напрямів удосконалення існуючих.

Можливі запитання в анкеті:

1. Яким Ви бачите лікарню через 3 та через 5 років?

2. Що б Ви змінили в роботі відділень лікарні ?

3. Що може спонукати Вас працювати більш ефективно?

4. Якби Ви були Директором закладу, що було би серед 5 основних завдань для себе? Яким чином це би допомогло стати лікарні більш успішною.

Результати опитування допоможуть порівняти позицію керівництва та позицію персоналу, узагальнити спільні напрями розвитку, що згодом можуть бути покладені в основу операційного та стратегічного плану розвитку закладу, підвищення кваліфікації працівників шляхом навчання, покращення матеріально-технічної бази, формування корпоративної культури. Все це буде слугувати підвищення якості надання медичних послуг та рівня задоволеності пацієнтів.

Соціальні гарантії та зобов'язання необхідно включити до оновленого колективного договору. Чітко окресленими в ньому мають бути умови стимулювання, преміювання згідно з впровадженими новими індикаторами якості.

Лікарня має повноваження самостійно здійснювати підбір персоналу, самостійно формувати команду. Тому на етапі підбору потенційного кандидата на посаду визначити, чи збігаються його особисті цінності з принципами роботи закладу, його корпоративною культурою, чи зможе він інтегрувати власний досвід та вміння у роботу команди лікарні, чи, навпаки, руйнуватиме її. Доцільно буде створити профілі посад, де в деталях описати ключові вимоги до кандидатів, не тільки кваліфікаційні вимоги, а й всі ключові для лікарні цінності. Для цього необхідно сформувати групу компетентних спеціалістів, які братимуть участь в складанні документів. Профіль складається з урахуванням організаційної структури лікарні, тому вона повинна бути вивчена і відображати всі ступені командної взаємодії.

Основним документом, що регламентує діяльність медичного закладу, що функціонує в статусі комунального некомерційного підприємства є його статут [8]. У ньому чітко прописано мету діяльності, функції та завдання підприємства.

Формування місії закладу та його мети мають здійснювались відповідно до ціннісного підходу та узагальнюють бачення всього колективу, це те, що об'єднує колектив у команду [20; 39].

Визначення місії як відповідь на запитання: хто ми є і для чого існуємо? Визначення візії, це відповідь на запитання: чого ми прагнемо?

При проведенні стратегічного планування важливо провести внутрішній аудит, залучити до цього процесу представників власника, громадські організації (пацієнтські спільноти) та активних мешканців громади [37; 46]. Стратегічний план має стати не тільки внутрішнім документом закладу. Він має бути дороговказом для розвитку медицини громади міста та нести в собі комунікаційну (взаємодія із населенням, пацієнтами) і управлінську (фінансово-економічний розвиток, залучення додаткових інвестицій, впровадження нових напрямів діяльності, оптимізація ресурсів) функції[19;54]. Перед стратегічним плануванням доцільно буде провести інформаційну кампанію серед населення в соціальних мережах, через місцеві ЗМІ, громадські обговорення, щоб почути думку та потребу зовнішніх клієнтів (пацієнтів, відвідувачів, уразливих верств населення).

Запропоновано, до прикладу, КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» у своїй діяльності, може керуватись місією закладу: «Ми існуємо, щоб піклуватись про збереження вашого здоров'я, а у разі потреби – забезпечити доступну та якісну медичну допомогу, шляхом формування дружніх відносин, що ґрунтуються на взаємодовірі та повазі, комфортних умовах та професійності наших працівників. Ваше міцне здоров'я та хороший настрій є ціллю нашої роботи».

Таблиця 3.2 – Напрями змін КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» у частині стратегічне планування

Етапи змін	Критерії змін	Критерії оцінки якості впровадження
Формування мети діяльності, функцій, завдання закладу	Внесення змін до Статуту. Провести опитування внутрішнього клієнта (працівника), зовнішнього (пацієнта, відвідувача), враховувати результати опитування.	Проведено внутрішній аудит діяльності закладу.
Визначення місії і візії закладу	Створити умови, які вигідно вирізнятимуть заклад на тлі конкурентів, будуть максимально привабливими. Вирішення питання «Як саме досягнути візії?»	Внесено зміни до статуту закладу з визначенням місії і візії. У закладі функціонує система внутрішньої комунікації, яка дає змогу всім працівникам закладу обмінюватись інформацією, а також швидко і правильно реагувати на зміни Керівництво створює можливості для участі кожного працівника у прийнятті рішень в закладі. У лікарні створені якісні та безпечні послуги;
Формування стратегічного плану розвитку	Визначеннястратегічних цілей закладу, очікуваних результатів та заходів з їх реалізації. Визначення відповідальних за виконання стратегічних цілей осіб та терміни їх реалізації	У закладі створено план стратегічного розвитку В закладі наявний операційний план імплементації стратегії розвитку. Процеси та умови надання допомоги відповідають потребам різних категорій пацієнтів. Заклад використовує сучасні інформаційні технології для управління інформацією, документами, процесами. Заклад гарантує інформаційну безпеку. У закладі забезпечений доступ працівників до документів, які гарантують надання якісної медичної допомоги.

Джерело: побудовано автором на основі [36]

Основні цінності закладу пропонується визначити такі:

1. Відповідальність. Репутація лікарні, заснована на принципі турботи про пацієнта і відповідальності перед людьми. Персонал завжди дотримується взятих на себе зобов’язань, не залишаючи питання без відповідей, а проблеми без рішень.

2. Клієнтоорієнтованість. Заклад впевнений, що довіра пацієнтів – це капітал, який необхідно примножувати. Тому в свої роботі персонал орієнтується на потреби пацієнта, застосовуючи гнучкий, індивідуальний підхід до кожного.

3. Інноваційність. Як один із найбільших постачальників медичних послуг у м. Києві, заклад пропонує споживачам нові підходи і рішення, інноваційні технології та прогресивні методики діагностики та лікування.

4. Ефективність. Якість медичного обладнання, якість надання послуг і якість сервісу лежать в основі принципу ефективності. Лікарня пропонує своїм пацієнтам медичні послуги найвищої якості поряд із доступною, простою і прозорою схемою співпраці.

Сформовані цінності лікарні мають стати не просто переліком формальних правил та рекламних фраз, а практичною основою для щоденної роботи. Якщо заклад не буде дотримуватись власних переконань, це одразу буде помітним і стене впливати на рівень довіри до нього [36]. Тому важливо долучати колектив до формування місії, візії та цінностей на етапі створення стратегії КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Цінності закладу, що будуть визначати основні напрямки розвитку КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Напрями розвитку КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Напрям	Ціль
Служіння потребам пацієнта	надання якісної спеціалізованої медичної допомоги населенню з використанням сучасних методів діагностики; – своєчасна рання діагностика; – сприйняття пацієнтів і їх родин як партнерів в процесі лікування; – забезпечення пацієнтам доступу до інформації про характер, діагностику та лікування захворювання; – усвідомлення відповідальність перед кожним, хто звернувся за допомогою.

Продовження таблиці 3.3

Прихильність до якості	– безперервне прагнення до ідеальної якості наданих послуг; – постійне вдосконалення всіх процедур, що забезпечують якість: професійну майстерність, якість обслуговування, майстерність технологій, якість менеджменту; – оцінка, моніторинг і звітність щодо послуг та стандартів якості, задоволеності пацієнтів.
Командна робота	– спільна робота в дусі співробітництва, активної участі кожного, а також заохочення особистих ініціатив; – реалізація принципів наступності в лікуванні пацієнтів; – постійна зацікавленість у професійному розвитку кожного співробітника; – формування і підтримання тісних робочих відносин в колективі диспансеру з партнерами та іншими громадськими установами
Соціальна відповідальність	– робота на благо людства – збереження і поліпшення здоров'я населення, підвищення якості життя; – прагнення змінюватися у відповідь на зміни потреб суспільства

Джерело: побудовано автором на основі [36]

Пропонується керівництву лікарні визначитись, яку корпоративну культуру необхідно розвивати в своєму закладі? Що не подобається в наявній культурі? Що необхідно змінити? Яких цінностей дотримуються співробітники лікарні?

Корпоративна культура має стати головною конкурентною перевагою, яку неможливо скопіювати, оскільки це єдиний чинник, який можливо контролювати в умовах мінливого середовища. У сучасному світі маркетингу особистостей та персональної довіри до конкретної людини – вплив мають реальні люди, що створюють робочу культуру, яку потім обговорюють з друзями та в родині[27;58]. Співробітники лікарні впливають на репутацію закладу. Тому важливо дбати про них, створювати комфортні умови роботи, приділяти більше уваги. Доцільно перетворити співробітників КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» на послів цього медичного закладу.

Стратегічне бачення КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» передбачає, що до 2022–2027 років заклад стане лідером серед медичних установ комунальної власності м. Києва. За основними напрямами медичної

діяльності, буде збережений позитивний імідж і впізнаваний бренд у медичної громадськості та жителів міста.

Враховуючи завдання медичного закладу, на мою думку, також доцільно б було застосувати стратегію фокусування. Ця стратегія допоможе зосередити увагу саме на тих підрозділах, які будуть ефективними, спрямовуючи фінансові ресурси та залучаючи спеціалістів саме цього напряму [55].

В умовах такої діяльності варто визначити поточну стратегію розвитку лікарні: стратегія мінімізації витрат [26]. Доцільність застосування цієї стратегії обумовлена необхідністю збільшення доходів і підвищення інвестиційної привабливості через медичну реформу розпочату у 2018 році. Її сутність полягає в розбудові системи функціонування медичного закладу таким чином, щоб забезпечити постійне зниження собівартості послуг. Це сприятиме досягненню позицій лідера на ринку медичних послуг за допомогою маневру ціною при високій рентабельності.

Також, на нашу думку, доцільним буде застосування стратегії реструктуризації, яка використовується для покращення якості медичних послуг при дефіциті фінансових ресурсів. Вона ґрунтується на кардинальній зміні організації виробничого циклу, методів діагностики і лікування, що сприяють економії фінансових та трудових ресурсів [57].

Запровадження в Україні нової моделі фінансування системи охорони здоров’я потребувало принципової зміни характеру управління закладами охорони здоров’я із наданням керівникам закладів охорони здоров’я достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для гнучкого й незалежного менеджменту, орієнтованого, насамперед, на інтереси пацієнтів [60].

Корпоративне управління лікарні направлено стати системою взаємовідносин між адміністрацією закладу, його власником та іншими зацікавленими особами. Саме корпоративне управління має бути тим інструментом, який буде сприяти визначенню стратегічних цілей,

спрямуванню та контролю за діяльністю лікарні на шляху до їх досягнення. Наявність ефективної системи корпоративного управління також буде сприяти раціональнішому використанню ресурсів лікарні [61]. Ефективне управління потребує наявності у структурі закладу незалежного органу корпоративного управління та кваліфікованого виконавчого органу (менеджменту), а також раціонального й чіткого розподілу повноважень між ними, належної системи підзвітності та контролю.

Таким органом корпоративного управління може стати реформування медична рада лікарні, до якої буде залучено лікарів-експертів та завідувачів відділень. Оптимальна кількість осіб – 17 членів ради [16].

Втілення стратегії розвитку лікарні в життя може стати надзвичайно складним завданням. Через існування груп людей, які по-різному будуть сприймати зміни в організації, ці зміни і впровадження нововведень можуть проходити не рівномірно і не лінійно [32].

Найбільша проблема в поширенні змін може бути спричинена тим, що між «інноваторами», «агентами змін» та рештою співробітників, які становлять 84 %, існує простір несприйняття.

Існує три глибинні причини, чому ця прірва може існувати. Перша причина – «не знаю». Тобто люди просто не знають, що певні зміни відбуваються в організації. Друга причина – «не вмію». Люди будуть знати про зміни, але не мають відповідних інструментів, знань та навичок для їх реалізації. І третя причина – «не хочу» – люди будуть знати про зміни, мають всі необхідні можливості, але просто недостатньо вмотивовані для того, щоб змінити свою поведінку. підбирає інструменти для пришвидшення змін в організаціях.

Одним з ефективних інструментів впровадження змін може стати «шаблон змін». «Шаблон змін» – це концептуальна модель створення цінності організацією для своїх клієнтів, де клієнти – це співробітники самої лікарні, а самі зміни є пропозицією цінності для них. Робота з шаблоном

змін – це розроблення стратегії для поступового завоювання сердець всіх п’яти категорій людей моделі Роджерса [16; 36].

Пропонується три послідовних етапи для системного подолання ключових причин супротиву змінам в закладі:

(1) «Не знаю» > (2) «Не вмію» > (3) «Не хочу» .

Продовженням роботи команди із шаблоном змін повинен стати мініплан реалізації зміни із чітким описом: що, коли і як необхідно втілювати. Шаблон змін та мініплан буде допомагати команді втілити пілотну реалізацію зміни в одному з відділень закладу, до прикладу в реєстратурі консультативної поліклініки. В управлінні змінами працює формула: Успішна зміна = мотивація= зусилля.

Шляхи подолання супротиву змінам в удосконаленні організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» на етапі «Не знаю», «Не вмію», «Не хочу» представлені в таблицях 3.4–3.6.

Таблиця. 3.4. – Управління змінами на етапі супротиву «Не знаю»

Підрозділ	Питання	Інструменти
1. Клієнти	•Хто основний клієнт/користувач зміни? •Хто зі співробітників є «інноваторами» та «агентами змін», а хто – «консерваторами»? •На кого спрямувати початкові зусилля, а кого не треба поки що залучати в зміни, щоб не отримати супротив? •Яка основна проблема для «інноваторів» та «агентів змін», яку зміна допоможе вирішити?	•Опитування співробітників. •Метод інтерв’ю співробітників у закладі
2. Цінність 3. Зміни	• Як впроваджувана зміна може допомогти вирішити проблеми «інноваторів» та «агентів змін»? • У чому унікальна цінність зміни, чому обраний спосіб кращий за інші? •В який спосіб цю цінність зміни краще донести до «інноваторів» та «агентів змін»?	•Спостереження. • Брейнштормінг сесії. • Демонстрації практичної цінності

Продовження таблиці 3.4

4. Канали комунікації	•Через які канали краще вести комунікацію про зміни? • Для яких цілей потрібен той чи інший канал? • Як виміряти ефективність каналу?	• Робочі зустрічі. • Презентації. • Електронна пошта. • Групи для спілкування.
5. Відносини	• Як утримати «інноваторів» та «агентів змін»? • Як зробити так, щоб «інноватори» та «агенти змін» рекомендували нову зміну іншим колегам? • Як виміряти ефективність відносин?	•Зворотний зв'язок людей, які почали користуватись змінами. • Передача досвіду цими людьми іншим • Залучення їх у постійні нововведення.

Таблиця 3.5 – Управління змінами на етапі супротиву «Не вмію »

Розділ	Питання	Інструменти
1. Знання	• Які тренінги потрібні, щоб дати працівникам нові знання та навички? • Як виміряти ефективність тренінгових програм?	•Тренінги. • Практикуми. • Залучення «інноваторів» та «агентів змін» у покращення.
2. Практика	• Які практичні аспекти нової поведінки? • Які проблеми можуть виникнути? • Як їх вирішувати? •Як виміряти ефективність застосування нових знань на практиці?	• Наставництво. • Атестації. • Впровадження ключових показників ефективності.
3. Союзники	• Хто ще в організації зацікавлений в «зміні», і хто міг би допомогти • Хто поза організацією міг би стати нашим партнером? • Як виміряти ефективність використання «союзників»?	• Аналогічний досвід. • Найкращі практики. • Передовий досвід. •Консалтинг.

Джерело: побудовано автором на основі [36]

Після успішного відпрацювання зміни в пілотному проекті, досвід втілення допоможе поширити успішну практику на всю лікарню

Оскільки зміни організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» будуть проходити три основні стадії, для кожної з них необхідно розробити свій шаблон змін, оскільки

фокус кожної стадії – своя унікальна цільова аудиторія. Стадія «Дебют» – завоювання прихильності 16 % аудиторії, робота з «інноваторами» та «агентами змін». Стадія «Розвиток» це подолання «прірви змін», робота з «ранньою більшістю». Стадія «Масштабування» відбувається, коли вже

50 % колективу успішно змінили свою поведінку, і можна підключати більше ресурсів для просування змін у другій половині аудиторії – «пізній більшості» та «консерваторам». На третьому етапі шаблон змін складається з «Мотиваторів» та «Зусиль».

Таблиця 3.6 – Управління змінами на етапі супротиву «Не хочу»

Розділ	Питання	Інструменти
1. Мотиватори		• Опитування персоналу. • Система преміювання і заохочування.
2. Зусилля	• Як інноватори та агенти змін вивільнять час для змін? Що вони перестануть роботи? • Скільки часу (зусиль) вимагають зміни в інноваторів та агентів змін? • Як виміряти ефективність витрачання ресурсів на впровадження змін?	• Фотографія робочого дня. • Аналіз втрат ефективності. • Перерозподіл/додаткові ресурси.

Джерело: побудовано автором на основі [36]

Результатом реформування медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства стала більша свобода їх керівників у формуванні доходів та видатків та більша автономія у прийнятті управлінських рішень. Поруч із випадками ефективного використання отриманих повноважень є приклади прийнятих рішень, внаслідок яких заклади мали фінансові проблеми бо опинилися на межі банкрутства. Тому у сучасних умовах економічний аналіз має бути пріоритетним в плануванні діяльності закладу та прийнятті рішень [27; 28].

Основою успішної діяльності медичних закладів має стати проведення комплексного аналізу ключових показників ефективності в різних сфер діяльності медичного закладу [17; 22].

Цілями економічного аналізу можуть бути:

1) реальна оцінка поточного стану лікарні;

2) визначення сильних та слабких сторін закладу;

3) пошук нових можливостей (зокрема фінансових) для розвитку;

4) прийняття обґрунтованих рішень;

5) ефективна взаємодія з громадою міста та виконавчим органом Київської міської ради Київської міської адміністрації);

6) досягнення стратегічних цілей розвитку.

Існуючі дані статистичної, фінансової звітності, дані бухгалтерського та управлінського обліку можуть стати основою для аналізу та подальшого прийняття рішень. Керівник має визначитись та делегувати проведення економічного аналізу як додаток до поточної роботи одного з фахівців планово-економічного відділу [23]. При цьому варто реально оцінити можливості та час персоналу, щоб уникнути перевантаження чи низької якості аналізу.

На сьогодні основним документом, відповідно до якого медичний заклад охорони здоров’я у формі комунального підприємства отримує доходи і здійснює видатки, а також визначає обсяг та спрямування коштів на різні потреби для виконання своїх функцій, є фінансовий план. Для закладів надання медичних послуг це інструмент планування та забезпечення фінансової стабільності, а для власника – інструмент контролю та оцінки фінансового стану медичного закладу [33].

Форма та порядок погодження фінансового плану затверджує власник відповідного медичного закладу.

Одним із додаткових джерел фінансування КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» є платні послуги, які можуть надаватися відповідно до статей 3, 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» та статей 77, 78 Господарського кодексу України [29].

Оскільки на законодавчому рівні сьогодні нема чітко визначеної єдиної методики для розрахунку тарифів на медичні послуги в закладах комунальної власності, то можна запровадити використання електронного інструменту

Pay&Care 3.0. Цей інструмент був розроблений експертами проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» для всіх надавачів медичної

допомоги як первинної, так і спеціалізованої. Він дасть змогу в автоматичному режимі розраховувати тарифи на платні послуги закладу, залежно від внесених вхідних даних щодо персоналу, обладнання, лікарських засобів, витратних матеріалів тощо, а також автоматично формує аналітичні таблиці з розрахунками щодо кожної послуги та графічні представлення результатів розрахунків. У Pay&Care 3.0 передбачено можливість розраховувати тарифи для понад 400 платних послуг в межах 24 груп відповідно до чинного законодавства [34].

Впровадження платних послуг буде потребувати певної послідовності дій.

На підготовчому етапі буде необхідно буде:

1) здійснити аналіз переліку і кількості послуг (кожного виду аналізів, інструментальних досліджень, звернень до лікарів тощо), які було виконано за попередні 2021–2022 роки;

2) визначитись, яка питома вагу цих послуг в загальній кількості послуг лікарні;

3) проаналізувати річний фонд оплати праці з виокремленням видатків на заробітну плату медичного, допоміжного та адміністративно-управлінського персоналу;

4) визначити, хто з медичного персоналу буде залучений до надання платних медичних послуг;

5) з'ясувати інформацію щодо заробітної плати працівників, які будуть залучені до надання платних медичних послуг;

6) здійснити хронометраж робочого часу для визначення тривалості надання кожної з послуг;

7) скласти перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, витратних матеріалів, необхідних для надання платних медичних (найменування, кількість, вартість);

8) скласти перелік обладнання, яке буде залучено для надання платних медичних (найменування, залишкова вартість, річна кількість всіх послуг, що може надаватись із використанням цього виду медичного обладнання, очікувана тривалість його експлуатації);

9) визначитись з експлуатаційними витратами за відповідний період (витрати на електропостачання; теплопостачання; водопостачання та водовідведення; природний газ; телекомунікаційні витрати; витрати на утилізацію відходів; вивезення сміття та інші витрати(індивідуально);

10) визначити витрати на транспортні засоби, зокрема очікувана тривалість експлуатації; залишкова вартість; річні витрати на пальне; на страхування; на технічне обслуговування; інші річні поточні витрати;

11) зібрати дані про витрати на немедичне обладнання (наприклад комп'ютерну техніку): очікувана тривалість експлуатації; залишкова вартість, витрати на заправку картриджів, інші витратні матеріали.

На етапі роботи з Pay&Care 3.0 потрібно буде внести всю необхідну інформацію у вкладки відповідно до інструкції та вказати норму рентабельності, яка затверджується власником відповідно до статті 13 Закону України «Про ціни та ціноутворення». Натепер граничний норматив рентабельності на загальнонаціональному рівні для закладів охорони здоров'я не встановлено.

На етапі впровадження потрібно буде затвердити тарифи, оприлюднити їх на власному сайті, а також на інформаційному стенді в місці надання послуг.

У межах удосконалення організації оплати праці в досліджуваному медичному закладі треба зауважити, що з 1 квітня 2020 року змінився принцип фінансування закладів спеціалізованої медичної допомоги. Лікарні почали укладати договори із Національною службою здоров'я України та

надавати медичні послуги за Програмою медичних гарантій. Через що заклади почали отримувати кошти за послуги, які надали пацієнту, а не просто за наявність ліжок. Відповідно у закладів з'явилася мотивація бути привабливими для пацієнтів, аби надавати більше послуг, адже відтепер для них «гроші ходять за пацієнтом». Аби конкурувати за пацієнтів, медичні установи отримали свободу управлінських рішень, зокрема щодо визначення умов оплати праці для працівників. Раніше питання оплати праці регламентувались постановами Кабінету Міністрів України та наказами Міністерства охорони здоров'я, а наразі це відповідальність адміністрації лікарні та трудового колективу.

Основними законодавчими актами, що регламентують питання оплати праці, є Закон України «Про оплату праці» та Кодекс законів про працю України, а регулювання оплати праці в Україні забезпечується двома способами – державним та договірним регулюванням оплати праці.

Впровадження у закладі чек-листа роботодавця буде сприяти побудові нової системи оплати праці [80]. Запропонований зразок чек-листа роботодавця має такі пропозиції:

1. Довести до відома працівника лікарні під час укладання трудового договору умови оплати праці, розмір, порядок і строки виплати заробітної плати.

2. Повідомити працівника лікарні про впровадження нових або зміну існуючих умов оплати праці не пізніше, як за 2 місяці до їх запровадження або зміни.

3. Здійснювати виплату заробітної плати регулярно в робочі дні, але не рідше двох разів на місяць.

4. У випадку, коли день виплати заробітної плати збігається з вихідним, святковим або неробочим днем, виплачувати заробітну плату у попередній робочий день.

5. Здійснювати виплату заробітну плату за час щорічної відпустки не пізніше, ніж за 3 дні до початку відпустки.

6. Під час кожної виплати заробітної плати повідомляти працівника про загальну суму заробітної плати, про розміри й підстави відрахувань та утримань із заробітної платити та суму заробітної плати, що належить до виплати.

7. Проводити індексацію заробітної плати.

8. Здійснювати відрахування із заробітної плати винятково у випадках, передбачених законодавством.

9. У разі звільнення працівника провести повний розрахунок із працівником в день звільнення.

Побудова ефективної системи оплати праці в медичній установі – це процес, зміни підходів до оплати праці. Він починається з прийняття рішення про перегляд існуючої на підприємстві системи оплати праці (І етап). Після цього необхідно буде розпочати процес обговорення необхідних змін та збір пропозицій від трудового колективу (ІІ етап). Напевно, чим більше прихильників матиме система оплати праці, що впроваджується – тим більшими будуть шанси такої системи на втілення та на сприйняття колективом. Задля цього, до обговорення нової системи оплати праці слід залучити якомога більшу кількість працівників [36].

Наступним етапом стане фінансове планування (ІІІ етап). Проведення розрахунків для нової системи оплати праці зможе визначити чи є прийнятною запропонована системи для закладу. Проведення розрахунків дасть змогу оцінити зміну питомої ваги витрат на оплату праці у видатковій частині фінансового плану підприємства. Що допоможе уникнути надмірного збільшення видатків на оплату праці, а також сприятиме недопущенню виникнення зобов’язань установи з оплаті праці перед працівниками, які вона не зможе виконати.

Згодом фінальної версія системи оплати праці має бути узгоджена (ІV етап) та внесено зміни до колективного договору (V етап).

Напевно, що не існує ефективної системи оплати праці, яка могла б працювати без змін впродовж тривалого періоду часу. Змінюються умови,

змінюється час, відповідно має змінюватись і система оплати праці. Тому також ймовірно, що вже через рік після впровадження та відображення нової системи оплати праці в тексті колективного договору може розпочатись процес обговорення нових необхідних змін до неї.

Процес побудови зміни системи оплати праці КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» представлений на рис. 3.1.

Рисунок 3.1– Удосконалення системи оплати праці.

Джерело: побудовано автором на основі [36]

В процесі реформування комунальні медичні заклади зацікавлені якнайшвидше покращити свою клієнтоорієнтованість та якість медичних послуг і саме тому впровадження індикаторів якості є одним з важливих інструментів контролю якості не лише медичної допомоги, а й організаційної складової послуг. Вони є підґрунтям змін у кадрових, управлінських питаннях та якості медичних послуг.

Для проведення оцінки різних вимірів якості – ефективності, безпеки та орієнтації на пацієнта – необхідно впровадити різні індикатори. Пропонується визначати індикатори якості як кількісні показники, які будуть забезпечувати інформацію про ефективність, безпеку та орієнтованість на пацієнтів.

Під час розробки індикаторів пропонується визначити мету або завдання, яке буде виконувати індикатор, метод збору даних та спосіб розрахунку індикатора, визначення того, як передбачається використовувати індикатор для оцінки якості.

Пропонується вибір індикаторів якості за наступним критеріями:

1) індикатор відображає пріоритети медичного закладу та пріоритети держави;

2) індикатор вимірює роботу конкретного працівника чи впливає на його поведінку;

3) індикатор ґрунтуються на внутрішніх даних, і ці дані – достовірні та можуть бути верифіковані;

4) індикатори фіксують зміни в часі або періоді, є реалістичними і досяжними.

Впровадження індикаторів якості в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» буде слугувати двом основним цілям вимірювання якості :

1. Механізм зовнішньої звітності та перевірки. Стандарти та клінічні протоколи лікування, що розроблюються в Україні, містять набір індикаторів якості, що мають використовуватися при моніторингу якості надання медичної допомоги.

2. Механізм підвищення якості. За допомогою виміру та наступної оцінки індикаторів якості, адміністрація лікарні може формувати бажану поведінку медичного персоналу в процесі надання послуг та мати механізм стимулювання.

Основні етапи удосконалення управління в розрізі управління якістю і критерії оцінювання впроваджених змін представлені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7 – Етапи удосконалення в розрізі управління якістю

Етапи змін	Критерії змін	Критерії оцінки якості впровадження
Моніторинг та оцінювання	Впровадження індикаторів якості: •індикатор своєчасного та правильного внесення інформації до МІС; •індикатор проактивного контакту з окремими групами пацієнтів; •індикатори дотримання культури обслуговування та стандартів спілкування.	•моніторинг та оцінювання якості є частиною системи управління якістю в лікарні •індикатори якості відображають пріоритети у сфері якості; •в установі визначений процес розробки індикаторів якості; •заклад здійснює систематичний моніторинг, верифікацію та аналіз визначених індикаторів, проводить внутрішнє і зовнішнє оцінювання якості; •результати моніторингу та оцінювання використовуються для зміни поточних практик у лікарні; • установа забезпечує публічну звітність щодо якості медичної допомоги; •проведено внутрішній аудит діяльності закладу.
Залучення і мотивація персоналу як частина системи управління якістю	Впровадження індикаторів якості, що є основою фінансової мотивації персоналу	•орієнтованість на пацієнта є однією з ключових цінностей і мотиваторів роботи персоналу; •в установі впроваджена прозора та зрозуміла система винагороди працівників за роботу над покращенням якості послуг •в лікарні діє нематеріальна мотивація працівників для залучення до процесу покращення якості надання медичних послуг.

Джерело: побудовано автором на основі [36]

Для закладу охорони здоров’я забезпечення належного догляду за пацієнтами вимагає не лише виконання медичних процедур і становлення діагнозів. Комунікація є важливим елементом на всіх етапах лікувального процесу. Налагоджена, проста і зрозуміла система комунікації в лікарні робить медичну допомогу більш якісною, ефективнішою та безпечнішою.

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), яка виділяє шість принципів ефективної комунікації, пропонується провести удосконалення на кожному з них [88].

1. Доступність

Для покращення процесу комунікації пропонується ідентифікувати доступні канали комунікації та їх можливості для охоплення цільової аудиторії. Використання правильного поєднання каналів дозволить надати доступ до інформації цільовим групам, що її потребують. Процес побудови доступності каналів комунікації в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» представлений на рис. 3.2.

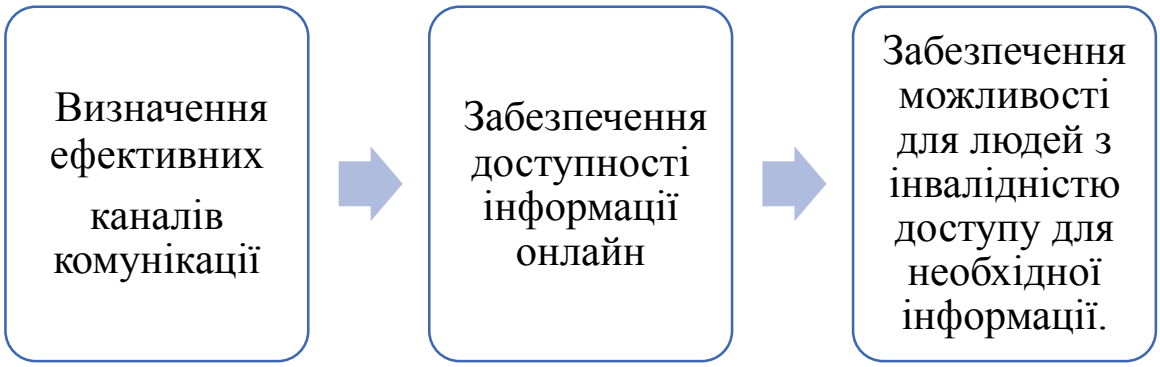

Рисунок. 3.2. – Процес побудови доступності каналів комунікації в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Джерело: побудовано автором на основі [36]

2. Дієвість

Щоб бути успішним та спонукати споживачів медичних послуг та інформації до дії, необхідно буде розуміти свою цільову аудиторію, знати їхні навички та поведінку. Це допоможе створювати повідомлення та інформаційні матеріали, що будуть заохочувати до дії.

3. Надійність

Репутація КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» є ключовим чинником того, як буде сприйматись інформація від лікарні. Пропонується використовувати всі наявні можливості, щоб підвищити довіру до закладу. Процес подання інформації має бути точним, прозорим, бути узгодженим з партнерами, містити одне ключове повідомлення. Це буде сприяти покращенню репутації закладу.

4. Релевантність

Щоб бути релевантною, комунікація має допомагати потенційним пацієнтам розуміти ризики та зменшувати їх, використовуючи інформацію від медичного закладу для прийняття рішень. Для досягнення успіху пропонується здійснити наступні кроки, які представлені на рис.3.3.

Рисунок 3.3. – Побудова релевантності комунікації в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Джерело: побудовано автором на основі [36]

5. Вчасність

Для досягнення ефективності комунікації, інформація від КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» має надаватись своєчасно, щоб пацієнти мали потрібну інформацію та рекомендації для прийняття відповідних рішень.

6. Зрозумілість

Оскільки аудиторія КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» не завжди має медичну освіту, тому важливо доносити інформацію до своїх можливих і існуючих пацієнтів простими та зрозумілими для них словами. Щоб покращити сприйняття інформації пацієнтами, вона має бути викладена простими словами, з розповідями про реальні історії, з використанням візуалізації і простих термінів.

Методи та інструменти комунікації можуть відрізнятися залежно від її виду – внутрішньої (спілкування лікарів та інших працівників закладу з пацієнтами та комунікація всередині команди), а також залежно від цільової аудиторії (споживачі медичних послуг, колеги, зовнішні партнери та зацікавлені сторони, громадськість, ЗМІ тощо).

Ефективна комунікація – це навичка, необхідна всім медичним працівникам. Оскільки не всі добре володіють нею від природи, то цю навичку треба розвивати в закладі.

Стандарти спілкування є невід'ємною частиною корпоративної культури. Тому пропонується розробити їх відповідно до цінностей, місії КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та візії.

Пропонується скористатись розробленими та дієвими інструментами, впроваджуючи їх у практика закладу повністю чи частково.

Прикладами таких інструментів є комунікаційні моделі AIDET, RESPECT, LEARN, BELIEF та Respond with H.E.A.R.T. Всі моделі – це акроніми важливих елементів комунікації між співробітниками медичного закладу та пацієнтами. Якщо лікарня побудує спілкування із своїми пацієнтами за цими принципами, це допоможе встановити довірливі відносини, покращити комплаєнс, клінічні результати та загалом підвищити задоволеність [70].

Тому важливим елементом удосконалення організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» є розробка та впровадження стандарту спілкування із клієнтами (акронім ПОВАГА) та стандарту спілкування всередині колективу (акронім УВАГА) [36].

Корпоративна культура формується всіма співробітниками КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», а насамперед її керівником. Людяність, бажання допомогти, щирість і турбота – це те, що справді відчувається і цінується.

Тому орієнтація на пацієнта – це один з принципів досягнення успіху медичного закладу. Пацієнтоорієнтованість – це прояви доброти, співчуття, емпатія, бажання й готовність діяти в інтересах пацієнта.

Надання персоналізованої медичної допомоги в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» не буде вимагати додаткового збільшення кількості персоналу або високовартісних технологій в діагностиці та лікування. Згідно з даними міжнародних досліджень запровадження пацієнтоорієнтованої моделі розвитку лікарні позитивно впливає на задоволеність пацієнтів, дає змогу оптимізувати витрати, покращити якість медичної допомоги, підвищити безпеку та сприяти популярності медичного закладу [74]. Пропонується в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» дотримуватись восьми основних принципів пацієнтоорієнтованості, які представлені на рис. 3.4.

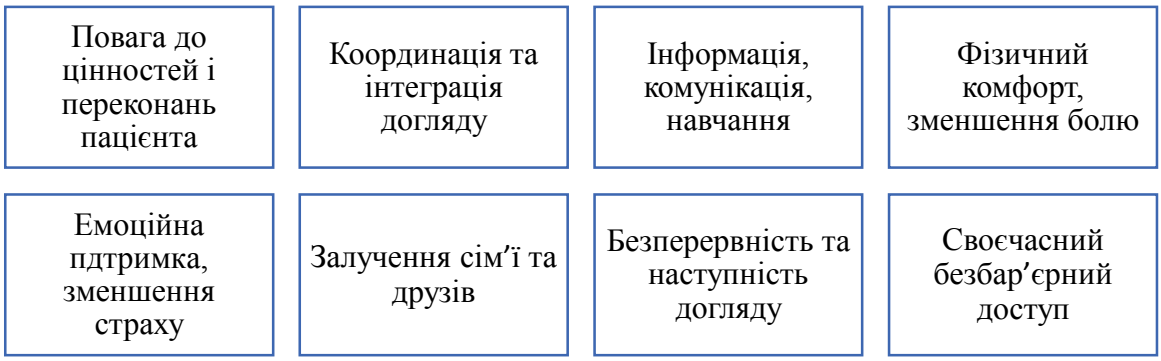

Рисунок 3.4. – Принципи пацієнтоорієнтованості КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Джерело: побудовано автором на основі [36]

Впровадження пацієнтоорієнтованого підходу в закладі буде потребувати змін в способі надання медичної допомоги, дизайні послуг, управлінні та механізмах фінансування, вимагати зміни ролі пацієнта від пасивного «виконавця призначень лікаря» до активного «члена команди». Зміна корпоративної культури закладу, світогляду та ставлення усього

персоналу буде вирішальними для розвитку пацієнтоорієнтованості. Медичному персоналу треба буде зосереджуватися більше на проблемі пацієнта, ніж на його діагнозі. Вирішальне значення необхідно буде приділити побудові довірливих стосунків, емпатії, двосторонній комунікації та спілкуванню віч-на-віч, використанню сучасних та ефективних методів консультування.

Задля успіху та перспективи розвитку КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» очевидним є необхідність розширення переліку медичних послуг, що сприятиме більшому потоку пацієнтів, а також зниження собівартості надання медичних послуг [40; 89]. Покращення якості послуг, збереження і розвиток кадрового потенціалу є одним із головних факторів успішного розвитку лікарні [59].

Досягнення цілей нової стратегії вимагає перебудови й удосконалювання організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», у результаті якої всі ресурси лікарні можуть бути мобілізовані і розподілені найбільше раціонально. Організаційна структура КНП « Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» має бути спрямована на реакцію на зміни у зовнішньому та внутрішньому середовищі, з більшою децентралізацією, мобільністю, універсальністю окремих підрозділів, націлених на виявлення проблем і прийняття нових управлінських рішень.

Для побудови та аналізу цілей закладу обрано метод забезпечення необхідних умов, а інструментом – «дерево цілей», яке представлене на рис. 3.5. В основі «дерева цілей» можна сформулювати одну з основних цілей КНП «Олександрівська клінічна лікаря м. Києва» – забезпечення мінімального обсягу реалізації медичних послуг у 2024 році на рівні 120 % від рівня 2023 року.

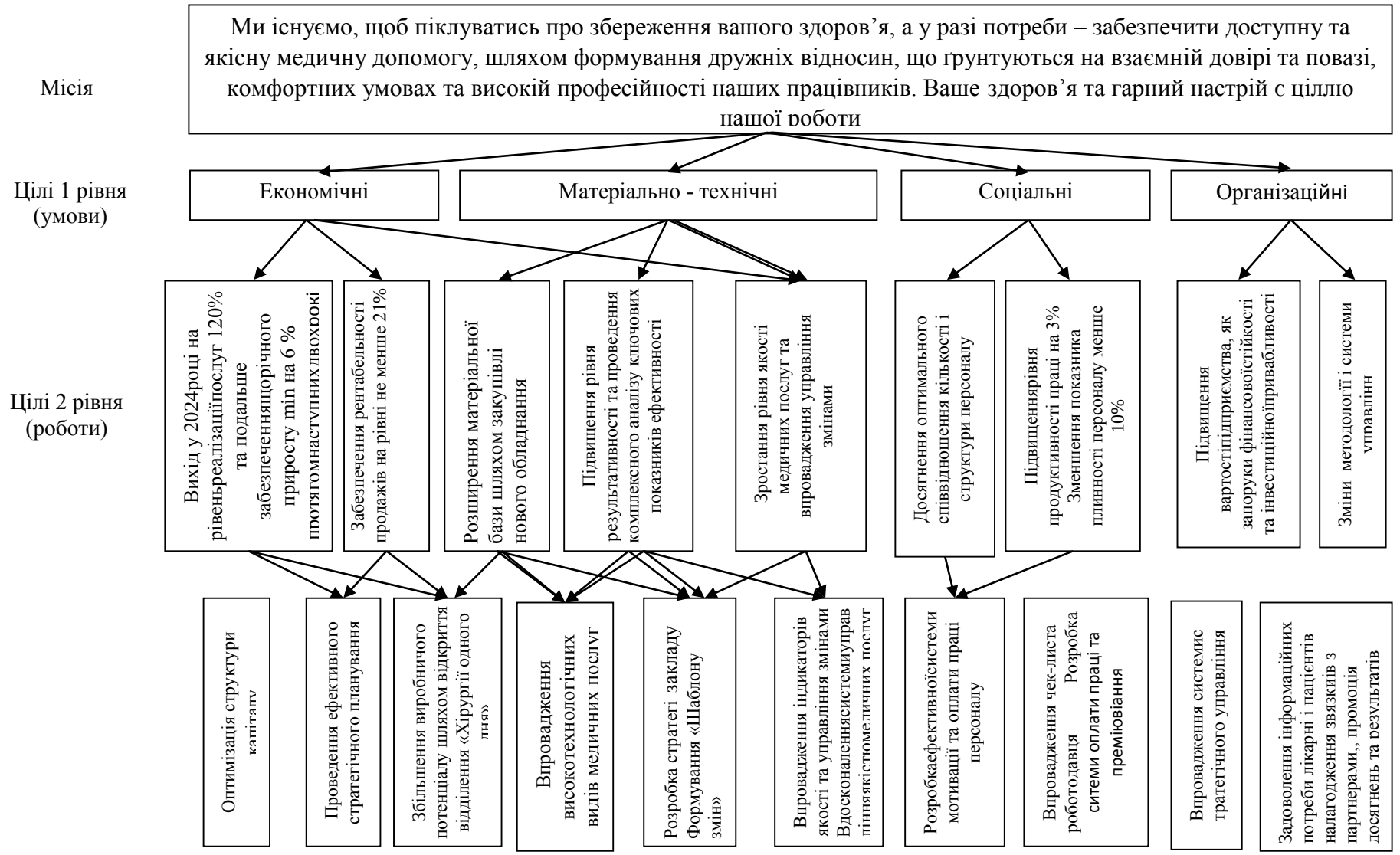

Рисунок 3.5. – «Дерево цілей» КНП « Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Джерело: складено автором

Отже, головну ціль медичного закладу КНП «Олександрівська клінічна лікаря м. Києва» можна сформулювати наступним чином – збільшення обсягів прибутку та підвищення ефективності медичного закладу за рахунок розширення переліку медичних послуг. КНП «Олександрівська клінічна лікаря м. Києва» має працювати на засадах збалансованості структури переліку медичних послуг в процесі якого необхідно враховувати можливість використання зовнішніх факторів, які визначають успішність функціонування лікарні і внутрішні фактори, які впливають на загальний фінансовий результат.

З урахуванням тенденцій розвитку ринку та можливостей КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» розроблено основні принципи стратегії і вдосконалення діяльності:

1. Створення на базі лікарні нових підрозділів високотехнологічної, високоспеціалізованої медичної допомоги, до прикладу відділення «Хірургія одного дня».

2. Розширення можливості додаткових джерел фінансування КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», впровадження стратегії мінімізації витрат, розширення переліку платних послуг, впровадженням дистанційного консультування за допомогою телемедицини.

3. Постійне вдосконалення системи менеджменту якості, що відповідає вимогам міжнародного стандарту ISO 9001-2015, що дозволяє домогтися ефективного управління всіма процесами, які впливають на якість надання медичних послу. Впровадження індикаторів якості.

4. Впровадження та удосконалення інформаційних технологій, медичних інформаційних систем, що забезпечують ефективну взаємодію і моніторинг якості робіт всіх підрозділів установи.

5. Покращення комунікації з метою задоволення інформаційних потреб лікарні. Налагодження зв’язків з виконавчими органами, пацієнтами, партнерами. Формування та підтримка позитивного іміджу закладу. Промоція досягнень та результатів діяльності лікарні. Розробка алгоритму відповіді на скарги, стандартів

спілкування із пацієнтами та всередині колективу. Створення в закладі «КОНТАКТ-ЦЕНТРУ».

6. Впровадження пацієнтоорієнтованого підходу в закладі, розробка та впровадження стандарту спілкування із клієнтами та стандарту спілкування всередині колективу, формування корпоративної культури.

7. Удосконалення організації оплати праці, впровадження в закладі чек-листа роботодавця, внесення змін системи оплати праці до колективного договору.

3.2. Оцінювання ефективності альтернативних проектів удосконалення організаційної структури «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Попередній аналіз фінансово-економічної діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», показав, що на сьогоднішній день заклад є збитковим. З метою збільшення доходу від НСЗУ, як основного джерела формування бюджету лікарні в 2020–2022 роки найбільш доцільним варіантом може бути створення підрозділу «Хірургія одного дня» (зважаючи на позитивні тенденції даного ринку).

Наявність широкого профілю фахівців різних галузей медицини та перспективи дистанційного консультування, актуальність якого підтверджено пандемією, може слугувати підґрунтям для створення «Контакт-центру». Це розширить обсяги як амбулаторних, так і стаціонарних послуг. Покращення комунікацій з пацієнтами та їх близькими розширить доступ до отримання послуг, буде впливати на задоволеність пацієнтів, дасть змогу оптимізувати витрати, покращити якість медичної допомоги, підвищити безпеку та сприяти популярності медичного закладу [38; 60].

Як результат, посилення фінансової стійкості КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», сприяння збільшенню прибутків, забезпечення підвищення конкурентоспроможності.

Концепція проекту «Контакт-центр»

Проект прогнозовано створить сприятливі умови для популяризації дистанційної форми консультування пацієнтів. В умовах воєнного стану, міграції населення всередині країни та за її межам та під час пандемії отримання інформації особливо актуально. Організація роботи «Контакт-центр» зможе розвантажити лікарів, розподілити потоки пацієнтів. Особливо актуальним наразі є введення електронного обігу відвідувань, попередній запис на прийом до лікаря, вибір лікаря, можливість для пацієнта змінювати дату і час консультації [64; 68].

Інформація щодо роботи закладу та консультації медичних фахівців, місця госпіталізації пацієнта зробить роботу закладу більш доступною для пацієнтів, основних споживачів послуг.

Проект організації «Контакт-центру» передбачає можливість налагодити роботу зі зворотним зв'язком від пацієнтів, створення. контенту в соціальних мережах, просування бренду лікарні, залучення нових споживачів.

Проект передбачає допомогу в проведенні профілактичних медичних оглядів, вакцинації, призначенні необхідних досліджень при плановій госпіталізації.

У процесі надання медичних послуг буде запроваджено послугу консультування пацієнтів за допомогою телемедицини, яка дозволятиме пацієнтам отримувати поради та допомогу в попередньому діагностуванні та направленні на подальше лікування за потребою в профільне відділення [63].

Послуги «Контакт-центру» дозволять вчасно отримати належну інформаційну допомогу та мінімізувати госпіталізацію в критичних станах здоров'я.

У результаті реалізації проекту планується досягти наступних цілей: збільшити наповнення бюджету лікарні, скоротити процес надання послуги при плановій госпіталізації для частини пацієнтів, отримати частину ринку медичних послуг, що надаються за допомогою телемедицини, вивчити та задовольнити потреби існуючих та потенційних пацієнтів.

До фінансування проекту планується залучити кошти лікарні.

Основні потреби проекту:

1) лікарі для проведення консультацій за допомогою телемедицини, працівники з середньою медичною освітою і без медичної освіти для роботи адміністраторами контакт центру;

2) програмне забезпечення для організації консультування за допомогою телемедицини;

3) послуги провайдера віртуальної автоматичної телефонної станції (АТС);

4) витрати на програмне забезпечення для координації робот МІС та віртуальної (АТС);

5) послуги маркетингової кампанії з метою ознайомлення потенційних пацієнтів.

Для організації онлайн-консультацій на початковому етапі потрібно скласти типові опитувальники для кожного поширеного звернення до різних фахівців, що входить в процес базової он-лайн консультації. Це можуть виконати лікарі, що плануються бути залученими до проекту.

Ця робота додатково буде для них оплачуватися. Вартість оплати праці лікарів за консультацій за допомогою телемедицини буде розрахована в наступній таблиці.

Запропоновані консультації будуть індивідуальними та тривати 30 хвилин. У вартість пакету річного консультування для пацієнта на буде надано максимум можливих 120 консультацій на рік, це 60 годин консультування лікарями різного профілю, на вибір пацієнта.

Розрахунки витрат на оплату праці лікарів та фонду оплати праці в період онлайн- консультацій представлено в таблицях 3.8-3.9 .

Таблиця 3.8 – Розрахунок витрат на оплату праці лікарів у період онлайн-консультацій

Тижні реалізації проекту (запуск платформи)	Кількість фахівців	Кількість годин онлайн-консультацій	Середня вартість години роботи лікаря онлайн, грн	Вартість онлайн-консультацій, грн
1	6	360	400	144000
2	8	396	400	158400
3	9	432	400	172800
4	9	432	400	172800
5	12	504	400	201600
6	13	504	400	201600
7	14	540	400	2376000
8	16	648	400	259200
9	18	720	400	288000
10	19	720	400	288000
11	20	720	400	288000
Усього	х	5976	х	2390400

Джерело: розроблено автором на основі[44,47]

На основі проведеного аналізу відомо, що замовлення Веб-лікарні чи порталу, віртуальної АТС буде вигіднішим, ніж реалізація його шляхом найму спеціалістів з сфери інформаційних технологій (ІТ), адже в ІТ-компаніях, зазвичай, вже налагоджені всі процеси розробки, тому буде заощаджено час, а також і частково фінанси.

Таблиця 3.9. – Розрахунок фонду оплати праці (враховуючи податки) лікарів за консультації за допомогою телемедицини

Вартість всіх онлайн-консультацій /рік, грн	Податок на доходи ФО (18%) за рік, грн	Єдиний соціальний внесок(22%) за рік, грн	Військовий збір (1,5%) за рік на одного пацієнта, грн	Фонд оплати праці з податками, грн/рік
2390400	430272	525888	35856	2856528

До прикладу, можливо замовити створення сайту-відеопорталу із функцією проходити тестування, базове опитування, які міститимуть різні типи кабінетів для різних користувачів (лікар, пацієнт, адміністратор тощо) за ціною 30 000 грн [34]. Час розробки даного проекту близько двох місяців. Також компанія проведе короткий навчальний курс для лікарів з метою навчити користуватися порталом за додаткову плату у 8 000 грн.

Всі витрати описані в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10. – Витрати на програмне забезпечення для організації консультування пацієнтів за допомогою телемедицини

Початкові витрати:	Витрати, грн
Консультативний портал	30000
Завантаження відео та програм користування порталом	8000
Початкові витрати, всього	38000
Постійні витрати	Витрати, грн/рік
Хостинг	400
Доменне ім’я	2800
Постійні витрати, всього	3200

Джерело: розроблено автором на основі[67]

Додатково лікарня буде мати постійні витрати на експлуатацію даного порталу, а саме вартість доменного імені (400 грн/рік) та хостинг із можливістю використання баз даних для зберігання відеоматеріалів (1480 грн/рік). Для більшого числа залучених до консультування за допомогою телемедицини та користування послуг дистанційно можуть бути використані інформаційні стенди у лікарні, сторінки лікарні в соціальних мережах, сайт лікарні. Планується запустити рекламу у соцмережах для вікових груп потенційних клієнтів (40–65 років), які перебувають за межами України, а також контекстна реклама Google.

Витрати на рекламну кампанію описані в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11– Розрахунок витрат на рекламну кампанію

Контекстна реклама	Вартість 1тис показів оголошення, грн	Кількість показів оголошень	Цільова аудиторія	Загальна вартість, грн
Google	2,54	1356800	2000000	3446,3
Facebook	3,10	820000	820000	2542,0
Instagram	1,75	30000		5250,0
Усього		3411800		11238,3

Розрахунок початкових витрат проекту представлено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12 Розрахунок початкових витрат проекту

Витрати	Сума
Вартість онлайн- консультацій /рік, грн	2856528
Розробка навчального проекту	30000
Витрати на рекламу	11238,3
Усього початкових витрат	2897766,3
Покриття початкових витрат за рахунок власних інвестицій	2897766,3

Для проведення розрахунку експлуатаційних витрат слід розрахувати можливості медичного закладу по наданню консультацій за допомогою телемедицини. Згідно з даними попередньо проведених досліджень у кількості пацієнтів виступає допустима завантаженість медичного порталу користувачами та можлива кількість телемедичних консультацій, що може бути проведена лікарями. Результати представлені у таблиці 3.13.

Таблиця 3.13 – Розрахунок можливостей медичного закладу за кількістю консультацій

Кількість консультацій, що надаються одному пацієнту на рік	Кількість годин консультацій, що надаються одному пацієнту на рік	Кількість лікарів у проекті	Кількість годин консультацій, які всі лікарі можуть провести	Кількість пацієнтів, яким сервіс може провести 120 консультацій на рік
120	60	40	121920	1008

Експлуатаційні витрати проекту на перший, другий та на третій роки будуть незмінними, оскільки не планується розширювати штат лікарів-консультантів, що будуть залучені у проект- таблиця 3.14.

Таблиця 3.14 – Експлуатаційні витрати проекту

Витрати	1 рік	2 рік	3 рік
Фонд оплати праці з урахуванням податків, грн/рік	2856528	2856528	2856528
Хостинг, грн/рік	400	400	400
Доменне ім'я, грн/рік	2800	2800	2800
Усього за рік	2859728	2859728	2859728

Розрахунки доходів за проектом організації «Контакт-центру» в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за оптимістичним сценарієм зазначені в наступній таблиці 3.15.

Таблиця 3.15 – Доходи проекту за оптимістичним варіантом розвитку подій

Показник	1 рік	2 рік	3 рік
Ціна консультування за допомогою телемедицини, грн/рік	7000	7100	7200
Кількість пацієнтів, які будуть залучені до програми	1008	1008	1008
Усього, грн/рік	7056000	7156800	7257600

Також можна розрахувати фінансові результати реалізації проекту, відштовхуючись від отриманих витрат (таблиця 3.16).

Таблиця 3.16 – Фінансові результати реалізації проекту за оптимістичним сценарієм, грн

Показник	1 рік	2 рік	3 рік
Доходи	7056000	7156800	7257600
Витрати	2859728	2859728	2859728
Фінансовий результат	4196722	4297072	4397872
Податок на прибуток (18%)	755410	773473	791617
ЄСВ (22%), грн/рік	1552320	1574496	1596672
Чистий прибуток	3441312	3523599	3606255

Зауважимо, що КНП « Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» є державним некомерційним підприємством і ліцензована для надання медичних послу, звільняється від сплати ПДВ за статтею 197 Податкового кодексу України.

Подальший аналіз даного проекту проведено в частині розрахунку періоду окупності (РР). Початкові витрати по проекту складали 2897766,3 грн, а грошовий потік за перший рік реалізації – 3441312 грн. Таким чином, бачимо, що період окупності проекту є меншим року. Тобто, період окупності РР = 0,16 року, або майже 2 місяці.

Для поглибленого аналізу проекту, необхідно розрахувати основні показники проекту за умов реалістичного та песимістичного сценаріїв розвитку подій. За реалістичним сценарієм, припустимо, що кількість пацієнтів знизиться до 85 %, а за песимістичним сценарієм ця кількість знизиться до 70 %.

Таблиця 3.17– Доходи проекту за реалістичним варіантом розвитку подій

Показник	1 рік	2 рік	3 рік
Ціна консультування за допомогою телемедицини, грн/рік	7000	7100	7200
Кількість пацієнтів, які будуть залучені до програми	857	857	857
Усього, грн/рік	5999000	6084700	6170400

Розрахунок фінансових результатів та грошові потоки за реалістичним сценарієм представлено в таблиці 3.18.

Таблиця 3.18 – Номінальні і дисконтовані грошові потоки за реалістичним сценарієм розвитку подій у проекті

1	2	3	4
Показник	1 рік	2 рік	3 рік
Доходи, грн	5999000	6084700	6170400
Витрати, грн	2859728	2859728	2859728
Фінансові результати, грн	3139272	3224972	3310672
Початкові витрати, грн	2897766,3	0,00	0,00
Власні кошти, грн	2897766,3	0,00	0,00
ЄСВ(22%), грн			
Податок на прибуток (18 %), грн	565069	580495	595921
Чистий прибуток, грн	2574203	2279233	2714751

Початкові витрати по проекту складали 2897766,3 грн, а грошовий потік за перший рік реалізації – 2574203 грн. Таким чином, бачимо, що період окупності проекту є трохи більшим року. Тобто період окупності PP = 1,12 року. Таким чином, за реалістичним сценарієм показники погіршилися, але даний проект навіть за таких умов є прибутковим.

Проаналізуємо показники за песимістичним сценарієм розвитку подій, що відображено у таблицях 3.19–3.20.

Таблиця 3.19– Доходи проекту за песимістичним варіантом розвитку подій

Показник	1 рік	2 рік	3 рік
Ціна консультування, за допомогою телемедицини, грн/рік	7000	7100	7200
Кількість пацієнтів, які беруть участь у програмі	705	705	705
Усього, грн/рік	4935000	5005500	5076000

Таблиця 3.20 – Грошові потоки за проектом за умови песимістичного варіанта розвитку подій

1	2	3	4
Показник	1 рік	2 рік	3 рік
Доходи, грн	4935000	5005500	5076000
Витрати, грн	2859728	2859728	2859728
Фінансові результати грн	2075272	2145722	2216272
Початкові витрати, грн	2897766,3	2897766,3	2897766,3
Власні кошти, грн	2897766,3	0,00	0,00
Податок на прибуток, грн	373549	386230	398929
Чистий прибуток, грн	1701723	1759492	1817343
Номінальні грошові потоки, грн	1701723	1759492	1817343
Коефіцієнт дисконтування			
23,5%	1	0,8097	0,6556
Дисконтовані грошові потоки			
23,5%	1701723	14246661	1191450

Таким чином, можна зробити висновки, що проект навіть за песимістичним сценарієм розвитку подій залишається привабливим.

Період окупності становить менше ніж 2 роки.

Проект 2 – відкриття відділення «Хірургія одного дня на базі» КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

У 2022 році у Програмі медичних гарантій (ПМГ), що фінансується НСЗУ з’явився новий пакет – «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня». У межах пакету цієї допомоги пацієнтам проводять ті хірургічні операції, які не можливо виконати в умовах поліклініки, лише у стаціонарі [6].

Це означає, що пацієнти, яким будуть проводити нескладні операції, зможуть повернутися додому в той самий, або на наступний день. У випадку виникнення ускладнень їх зможуть госпіталізувати до стаціонару на необхідний термін. І для цього не потрібне окреме направлення сімейного лікаря чи якісь

додаткові дії з боку пацієнта. Послугу хірургії одного дня можуть надавати тільки ті медичні заклади, які мають договір із НСЗУ на хірургічні операції дорослим і дітям в умовах стаціонару [8]. Для пацієнтів, які оперуватимуться в рамках пакету хірургії одного дня, в лікарні має бути виділено або окреме відділення, або частина відділення, або певні ліжка.

Обсяг медичних послуг, які мають бути забезпеченими за договором з НСЗУ відповідно до медичних потреб пацієнта за напрямом «Хірургія одного дня» [6]:

1. Здійснення планової госпіталізації пацієнта/пацієнтки за наявності в нього/неї відповідного обсягу досліджень до запланованої медичної послуги, виконаних на амбулаторному етапі надання медичної допомог., відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

2. Забезпечення огляду пацієнта лікарем перед наданням медичної послуги.

3. Передопераційний огляд пацієнта/пацієнтки лікарем-анестезіологом.

4. Проведення лабораторних обстежень у випадку виникнення ускладнень, зокрема: проведення у випадку виникнення ускладнень додаткових інструментальних обстежень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, таких як електрокардіографія (ЕКГ), рентгенодослідження, ультразвукове дослідження (УЗД) та інші.

5. Здійснення медичної підготовки пацієнта/пацієнтки до діагностичного, лікувально-діагностичного втручання або оперативного лікування, яке не може бути проведене на амбулаторному рівні.

6. Забезпечення анестезіологічного супроводу під час діагностичних, лікувально-діагностичних та хірургічних втручань.

7. Здійснення лікувально-діагностичних та хірургічних процедур, проведення яких неможливе в поліклінічних умовах і потребує спостереження протягом не більше 24 год в умовах стаціонару.

8. Проведення гістологічного, цитологічного досліджень матеріалу, отриманого при проведенні втручань при наявності показань.

9. Здійснення медичного спостереження за пацієнтом після оперативного лікування профільним лікарем-спеціалістом, а також лікарем-анестезіологом у разі здійснення анестезіологічного забезпечення.

10. Проведення післяопераційного знеболення за наявності показань.

11. Забезпечення необхідними лікарськими засобами, медичними виробами та розхідними матеріалами.

12. Надання пацієнту/пацієнтці необхідних рекомендацій для подальшого медикаментозного та відновлювального лікування.

13. Навчання осіб, які здійснюватимуть догляд за пацієнтом/пацієнткою після виписки зі стаціонару одного дня або самих пацієнтів основ післяопераційного догляду вдома.

14. Забезпечення надання медичної допомоги у разі виникнення невідкладних станів у пацієнта/пацієнтки.

15. Здійснення госпіталізації пацієнта/пацієнтки у профільне стаціонарне відділення при виникненні ускладнень під час перебування пацієнта/пацієнтки в стаціонарі одного дня та наявності показань до цілодобового спостереження та лікування.

Умови закупівлі медичних послуг за напрямом «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня» [6]:

Вимоги до організації надання послуги:

1. Забезпеченість ліжками стаціонару одного дня в складі стаціонарного відділення відповідного профілю або окремого відділення для надання послуг стаціонару одного дня для перебування пацієнтів у післяопераційний період.

2. Наявність окремо виділеної операційної, перев’язочної та/або процедурної для проведення оперативних втручань у межах стаціонару одного дня.

3. Наявність в установі приймального відділення чи відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

4. Наявність у лікувальному закладі відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

5. Забезпечення огляду пацієнта/пацієнтки з оцінкою його/її загального стану, супутньої патології та відсутності протипоказань до моменту надання медичної послуги в умовах стаціонару одного дня.

6. Наявність можливості проведення діагностичних, лікувально-діагностичних або хірургічних втручань, які не можуть бути проведеними на амбулаторному рівні.

7. Забезпечення анестезіологічного супроводу під час хірургічних втручань та обстежень.

8. Можливість здійснення забору матеріалу та проведення гістологічного та/або цитологічного дослідження у закладі.

9. Забезпечення проведення інструментальних досліджень у закладі або на умовах договору оренди обладнання за місцем надання послуг.

10. Співпраця з іншими надавачами медичних послуг для своєчасного та ефективного надання медичної допомоги.

11. Наявність у закладі програми та локальних документів з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов’язаним з наданням медичної допомоги.

12. Наявність обов’язково відпрацьованих операційних процедур щодо впровадження протиепідемічного режиму в закладах охорони здоров’я та його суворого дотримання в організації роботи та наданні медичної допомоги в умовах виникнення епідемії, а також у випадку виникнення осередку інфікування особливо небезпечним інфекційним захворюванням.

13. Дотримання прав пацієнта/пацієнтки на допуск до нього/неї відвідувачів 24 год на добу у будь-який день тижня згідно з правилами, визначеними у наказі МОЗ від 15 червня 2016 року № 592 «Порядок допуску відвідувачів до пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії».

14. Забезпечення внутрішньої системи управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності згідно з вимогами до їх організації та проведення відповідно до чинного законодавства.

15. Проведення закупівлі лікарських засобів та медичних виробів, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Організація ефективного управління запасами лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, закуплених установою чи отриманих для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я МОЗ.

16. Здійснення оцінки стану здоров'я пацієнта, зокрема й виявлення ознак насильства, та дотримання вимог законодавства в сфері протидії насильству.

17. Здійснення дотримання прав людини в установі охорони здоров'я відповідно до рекомендацій Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, та положень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенції про права осіб з інвалідністю.

Інші вимоги НСЗУ до установи [8]:

1. Наявність діючої ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю «анестезіологія» та/чи «дитяча анестезіологія».

2. Наявність діючої ліцензії на право провадження господарської діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

3. Ліцензія на право використання джерел іонізуючого випромінювання або реєстрація в Державному регістрі джерел іонізуючого випромінювання.

Мета проекту – створення сучасного відділення «Хірургія одного дня на базі КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Спеціалізація відділення – хірургічні операції дорослим і дітям в умовах стаціонару для пацієнтів, які оперуватимуться в рамках пакету хірургії одного дня. Відділення буде мати у своєму розпорядженні палати на перебування 20 пацієнтів.

У своїй роботі фахівці відділення будуть застосовувати сучасні методики хірургічного лікування та діагностичного обстеження, згідно з галузевими стандартами.

Роботу відділення пропонується організувати на базі відділення ревматології, у корпусі 10-А. Нині цей корпус оснащений сучасним

діагностичним обладнанням: апарат магнітнорезонансної томографії, комп'ютерної томографії, у ньому розміщені відділення кардіохірургії та інтенсивної терапії, функціональної діагностики

Заплановано співпрацю з провідними фахівцями кафедр Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця.

Цілі проекту:

1) збільшити бюджетні надходження лікарні;

2) стати лідером надання послуг у межах пакету «Хірургії одного дня» серед державних медичних установ м. Києва;

3) покращити якість надання медичних послуг у закладі;

Джерело фінансування проекту є кошти КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та залучення кредиту. Нижче наведені умови, на яких надається інвестиційний кредит для підприємств банком «Укргазбанк».

Основні умови кредитування на інвестиційні цілі: Основні умови кредитування комунальних підприємств на інвестиційні цілі:

1) ціль кредиту на здійснення капітальних витрат (придбання/модернізація/реконструкція основних засобів),повернення кредиторської заборгованості або іншого раніше залученого фінансування для здійснення капітальних витрат позичальника;

2) валюта кредиту – гривня;

3) строк кредитування – до 84 місяців;

4) власний внесок встановлюється індивідуально (згідно з ТЕО/бізнес-планом проекту; відсоткова ставка – гривня – від 12,37 % річних);

5) комісія – 1 % від суми кредиту, сплачується одноразово;

6) забезпечення кредиту -застава об'єкту фінансування за проектом (якщо кредит надається для придбання нових: обладнання, транспортних засобів, сільськогосподарської техніки) та/або застава/іпотека інших основних засобів;

7) періодичність сплати процентів та повернення кредиту – проценти сплачуються щомісячно, кредит – рівними частинами щомісячно, можливе встановлення індивідуального графіку.

Основні потреби проекту: ремонт відділення; лікарі та адміністративний персонал; маркетингова кампанія; обладнання; інші потреби проекту. Для старту роботи проекту необхідна достатня кількість персоналу. Необхідний персонал представлено в таблиці 3.21.

Таблиця 3.21 – Витрати на заробітну плату персоналу відділення

Посада	Кількість годин навантаження/тиждень	Заробітна плата, грн	К-сть осіб	Витрати на заробітну плату/ місяць	Витрати на заробітну плату/ рік
Завідувач відділенням	42	30000	1	30000	360000
Старша медична сестра	42	20000	1	20000	240000
Медична сестра	168	16000	4	61000	732000
Адміністратор	42	10000	1	10000	120000
Молодша медична сестра	84	8500	2	17000	204000
Прибиральниця	1	7500	1	7500	90000
Всього	546		10	145500	439200

Джерело: складено автором

Приміщенням відділення слугуватиме площі відділення ревматології, яке реструктуризовано. Необхідно врахувати податки, а саме ЄСВ (22 %), податок на доходи ФО (18 %) та військовий збір (1,5 %).

Отже, для проекту потрібні: Завідувач відділенням – 1 особа; старша медична сестра – 1 особа; медична сестра – 4 особи; адміністратор – 1 особа; молодша медична сестра – 2 особи; прибиральниця – 1 особа.

Лікарі-анестезіологи та лікарі-хірурги плануються залучатись з відділень хірургічного профілю та відділень інтенсивної терапії та реанімації, згідно з попередньо узгодженим графіком оперативних втручань. Персонал і його кваліфікаційні навички є найважливішою діяльності хірургічного відділення.

Початковий період роботи відділення потребує проведення активної рекламної кампанії, задля ознайомлення із переліком послуг та можливостями

закладу. Також буде розширено контент у соціальних мережах та на сіті-лайтах амбулаторно- поліклінічних установах містах.

Планується запустити контекстну рекламу Google, орієнтовану на членів родини потенційних пацієнтів. Витрати на цю частину маркетингової кампанії описані у таблиці 3.22.

Таблиця 3.22 – Витрати на проведення рекламної кампанії

Контекстна реклама	Вартість 1000 показів оголошення, грн	Кількість показів оголошення	Цільова аудиторія	Загальна вартість, грн
Google	2,72	10000000	н/д	27200
Facebook	3,08	9840000	820000	31207
Instagram	2,4	14820000	1235000	35568
Усього		34660000		93975

Джерело: складено автором на основі[57,59]

Для розміщення реклами у соцмережах буде обрано таку цільову категорію: потенційні пацієнти, люди віком від 25 до 65 років, які працюють в розміщених неподалік офісних центрах чи проживають неподалік лікарні.

Заплановано встановити 5 рекламних конструкцій кожна на 3 місяці, кожні три тижні планується змінювати їх розташування для цільової аудиторії. Доцільно скористатись послугами дизайнера-маркетолога, що буде розробляти рекламні оголошення, організовувати їх розміщення та підтримку. Для цього планується проектна піврічна зайнятість на неповний робочий день чи робота он-лайн, тому розглядається фізична особа-підприємець, фрілансер [41; 47]. Витрати на розміщення реклами на сіті-лайтах наведені у таблиці 3.23.

Таблиця 3.23– Витрати на розміщення реклами на сіті-лайтах

Кількість сіті лайтів	Вартість розміщення, грн/місяць	Тривалість розміщення, місяців	Загальна вартість, грн
15	5000	6	450000

Доцільно скористатись послугами дизайнера-маркетолога, що буде розробляти рекламні оголошення, організовувати їх розміщення та підтримку.

Для цього планується проектна піврічна зайнятість на неповний робочий день чи робота он-лайн, тому розглядається фізична особа-підприємець, фрілансер [68].

Маркетолог зможе використовувати вільно бюджет, перерозподіляючи його між видами рекламної кампанії, чи ввести інші види реклами, не виходячи за рамки виділеного бюджету. Витрати на оплату маркетолога за 6 місяців складуть 90000 грн. Розраховуємо бюджет на рекламну кампанію – таблиця 3.24.

Таблиця 3.24 – Бюджет рекламної кампанії проекту

Різновид витрат	Витрати, грн
Послуги маркетолога	90000
Реклама на сіті-лайтах	450000
Реклама в інтернеті	93975
Всього	636975

Джерело: складено автором на основі [57; 59]

Планується придбати спеціалізоване медичне обладнання (з розрахунку на надання медичної допомоги одночасно 25 пацієнтам на день).

Частина обладнання може бути залучена з інших відділень лікарні шляхом перерозподілу для біль ефективного його використання. Витрати на закупівлю необхідного медичного обладнання представлено в таблиці 3.25.

Таблиця 3.25 – Витрати на обладнання

Обладнання	Кількість	Витрати, грн
Ліжка функціональні	25	275000
Стіл операційний	2	142000
Тумба приліжкова для пацієнта	25	250000
Стіл маніпуляційний медичний	4	306000
Кушетка медична	4	21000
Електрокардіограф	1	48000
Монітор операційний	2	93000
Монітор пацієнта	4	88000
Пульсоксиметр	6	7200
Ларингоскоп	2	11600
Автоматичний дозатор лікувальних	2	54000
Портативний дефібрилятор	1	64700
Наркозно-дихальний апарат середнього класу	1	465500
Усього		1825500

Джерело: складено автором на основі [52; 60]

Для успішного функціонування проекту, окрім визначених потреб, необхідно передбачити фінансування на інші потреби, що представлені в таблиці 3.26.

Таблиця 3.26 – Додаткові змінні потреби проекту

Стаття витрат	Ціна, грн/рік
Програмне забезпечення, 5 ноутбуків та 10 планшетів	60500
Система професійного прибирання	156000
Прання білизни	94380
Харчування для пацієнтів (кейтеринг)	8600
Інше (інтернет, засоби прибирання, санітарні засоби і т. д.)	60000
Всього змінні витрати на інші потреби проекту	379480

Джерело: складено автором на основі [52; 60]

Необхідно також обчислити початкові витрати проекту та частки, що буде покриватися за рахунок кредиту – таблиця 3.27.

Кредит планується брати у АБ «Укргазбанк» під 12,5 % річних із цільовим призначенням – на інвестиційний проект. За умовами банку, 20 % вартості інвестиційного проекту повинен сплатити позичальник за умовами банку [56], комісія – 1 % від суми кредиту, сплачується одноразово.

Таблиця 3.27 – Розрахунок початкових витрат проекту та суми кредиту

Стаття витрат	Сума, грн
Витрати на маркетингову кампанію	636975
Витрати на обладнання	1825500
Всього початкових витрат	2462475
Покриття початкових витрат за рахунок власних інвестицій	492495
Покриття початкових витрат за рахунок кредиту	1969980

Джерело: складено автором на основі[52]

За умовами кредитування, відсотки за кредитом будуть нараховуватися на суму боргу на початок кожного місяця. Відсотки по кредиту за рік обчислюються як сума сплачених відсотків за всі місяці поточного року. Відсотки будуть

нараховуватись на початок місяця на суму боргу. Очікується, що кредит може бути погашений протягом двох років.

Розрахунок грошових потоків обслуговування кредиту по роках наведений у таблиці 3.28.

Таблиця 3.28 – Обслуговування кредиту, грошові потоки

Показник	1 рік	2 рік	Всього
Повернення основної суми, грн	984990	984990	1969980
Відсотки за кредит (12,5 %), грн	246247,5	123124	369371,5
Разом по обслуговуванню кредиту, грн	1231237,5	1108123	2339360,5
Комісія банку, грн	19699,8	0,00	19699,8
Загальні витрати на залучення кредиту, грн.	1250937,3	1108123	2359060,3

Джерело: складено автором на основі [52]

Проводимо оцінку можливостей відділення «Хірургія одного дня» в медичному закладі по надання допомоги пацієнтам:

Максимальна кількість пацієнтів у відділенні щоденно – не більше 20.

Щодення робота ліжка при 6 денному графіку роботи – 120 пацієнтів за тиждень, 480 на місяць.

Далі вияснимо щодо встановленого НСЗУ на 2023 рік тарифу на послугу по пакету «Хірургічні операції дорослим на дітям в умовах стаціонару одного дня». Він визначається як комбінація глобальної ставки та ставки за пролікований випадок, яка становить 8635 грн.

За оптимістичним сценарієм очікується надати допомогу 80 % пацієнтів від максимальної у 1 рік, 90 % – у другий рік і 100 % – у подальші роки. Таким чином, розрахуємо експлуатаційні витрати проекту при оптимальній кількості пацієнтів, відповідно до таблиці 3.29.

Таблиця 3.29 – Експлуатаційні витрати проекту

Витрати	1 рік	2 рік	3 рік	4 рік
Фонд оплати праці, грн/рік	439200	439200	439200	439200
ЄСВ (22 %), грн/рік	96629	96624	96624	96624
Податок на доходи ФО (18 %), грн/рік	79056	79056	79056	79056
Військовий збір (1,5 %), грн/рік	6588	6588	6588	6588
Змінні витрати на інші потреби проекту	379480	379480	379480	379480
Усього за рік	1429168	1429168	1429168	1429168

Джерело: складено автором

За оптимістичним сценарієм очікується надати допомогу 80 % пацієнтів від максимальної у 1 рік, 90 % – у другий рік і 100 % – у подальші роки. У таблиці 3.30 представлено розрахунок доходу проекту за оптимістичним сценарієм.

Таблиця 3.30 – Доходи проекту за оптимістичним сценарієм розвитку подій

Показник	1 рік	2 рік	3 рік	4 рік
Ціна за медичну послугу, грн	8635	8635	8635	8635
Кількість пацієнтів в рік	4608	5184	5760	5760
Доходи відділення за рік, грн	39790080	44763840	49737600	49737600

Результати розрахунку фінансових результатів реалізації проекту представлені в таблиці 3.31, ґрунтуючись на отриманих витратах.

Таблиця 3.31– Фінансові результати реалізації проекту за оптимістичним сценарієм

Показник	1 рік	2 рік	3 рік	4 рік
Доходи проекту, грн	39790080	44763840	49737600	9737600
Амортизація	1392652,8	1566734,4	1740816	1740816
Витрати проекту (включаючи амортизацію), грн	6752862,8	2537291	3169984	3169984
Фінансовий результат, грн	33037217,2	40659814,6	46657616	46657616
Податок на прибуток (18 %), грн	5946699,1	7318766,6	8382171	8382171
Чистий прибуток, грн	27090518,1	33341048	38275445	38275445

Джерело: власні розрахунки

Грошові потоки по представленому проекту в цілому формують три види діяльності: основна діяльність; інвестиційна діяльність (придбання обладнання); фінансова діяльність (обслуговування боргу по кредиту та виплати відсотків по кредиту).

Початкові витрати по проекту складали 24624750 грн, а грошовий потік за перший рік реалізації – 27090518,1 грн. Таким чином, бачимо, що період окупності проекту є меншим року. Тобто, період окупності PP = 0,26 року.

Оскільки можливі зміни внутрішніх та зовнішніх чинників впливу на економічну діяльність закладу, доцільно, окрім оптимістичного сценарію, розглянути також реалістичний та песимістичний сценарії подій.

Розрахункові доходи проекту за реалістичним сценарієм представлені в таблиці 3.32.

Таблиця 3.32 – Доходи проекту за реалістичним сценарієм розвитку подій

Показник	1 рік	2 рік	3 рік	4 рік
Ціна за медичну послугу, грн	8635	8635	8635	8635
Кількість пацієнтів в рік	3360	3840	4320	4320
Доходи відділення за рік, грн	29013600	33158400	37303200	37303200

Джерело: власні розрахунки

За реалістичним сценарієм очікується, що в перший рік відділення буде заповнено на 70 %, в другий рік – на 80 %, а на третій і четвертий – на 90 %. Дні роботи відділення скоротяться до 5 на тиждень. Тобто за місяць при 100 % наповнені допомогу максимально можуть отримати 400 пацієнтів, за рік – 4800 осіб, а при 70 % наповнення в 1 рік – 3360 пацієнтів.

Номінальні і дисконтовані грошові потоки за проектом за реалістичним сценарієм представлені в таблиці 3.33.

Таблиця 3.33 – Грошові потоки за проектом за реалістичним варіантом розвитку подій

	Роки			
Показник	1	2	3	4
Основна діяльність				
Доходи, грн	29013600	33158400	37303200	3703200
Витрати, грн	1429168	1429168	1429168	1429168
Фінансові результати до оподаткування, грн	27584432	31729232	29304032	29304032
Податок на прибуток, грн	4965198	5711262	5274725,8	5274725,8
Інвестиційна діяльність				
Початкові витрати, грн	2462475	0,00	0,00	0,00
Кредит, грн	1969980	0,00	0,00	0,00
Власні кошти, грн	492495	0,00	0,00	0,00
Фінансова діяльність				
Повернення кредиту, грн	1250937,3	1108123	0,00	0,00
Податок на прибуток, грн	4965198	57112624	5274725,8	5274725,8
Чистий прибуток, грн	20875801,7	24909847	24029306,2	24029306,2
Номінальні грошові потоки, грн	20875801,7	24909847	24029306,2	24029306,2
Дисконтовані грошові потоки (індекс дисконтування 23,5%), грн	4905813,4	6227461,7	11011065,03	18021976,6

Джерело: власні розрахунки

Як видно, за реалістичним сценарієм проект залишається економічно привабливим, період окупності менше року (РР-0,47 року).

Доходи від проекту за песимістичним сценарієм представлені в таблиці 3.34.

Таблиця 3.34 – Доходи проекту за песимістичним сценарієм

Показник	1 рік	2 рік	3 рік	4 рік
Ціна за медичну послугу, грн	8635	8635	8635	8635
Кількість пацієнтів в рік	1680	2880	3840	3840
Доходи відділення за рік, грн	14506800	24868800	33158400	33158400

Джерело: власні розрахунки

Фінансові показники проекту при песимістичному сценарію відображені в таблиці 3.35.

Таблиця 3.35 – Грошові потоки за проектом за песимістичним сценарієм розвитку подій

	Роки			
Показник	1	2	3	4
Основна діяльність				
Доходи, грн	1406800	2486800	33158400	33158400
Витрати, грн	1429168	1429168	1429168	1429168
Фінансові результати до оподаткування, грн	13077632	23439632	31979232	31929232
Податок на прибуток, грн	2353973,8	4219133,8	5711262	5711262
Інвестиційна діяльність				
Початкові витрати, грн	2462475	0,00	0,00	0,00
Кредит, грн	1969980	0,00	0,00	0,00
Власні кошти, грн	809492,3	0,00	0,00	0,00
Фінансова діяльність				
Повернення кредиту, грн	1250937,3	1108123	0,00	0,00
Податок на прибуток, грн	2353973,8	4219133,8	5711262	5711262
Чистий прибуток, грн	7010246	18112375,2	26267970	26267970
Номінальні грошові потоки, грн	7010246	18112375,2	26267970	26267970
Дисконтовані грошові потоки, грн	6162838,2	13855967,2	20094997	20094997

При розгляді песимістичного сценарію, за основу розрахунку було взято припущення щодо завантаженості відділення на 35 % у перший рік реалізації проекту, 60 % – у другий та 80 % – на третій та четвертий рік. При песимістичному варіанті розвитку проект є прибутковим, а його період окупності буде менше року (РР – 0,82 року).

Як наведено в попередньому аналізі обидва запропоновані проекти є прибутковими і можуть бути запропоновані для реалізації в лікувальному закладі. Однак для остаточного вибору буде доцільним зробити порівняльний аналіз проектів. У таблиці 3.36 представлена порівняльна характеристика проектів. Згідно з наведеною порівняльною характеристикою, другий проект більш масштабний і дороговартісний, його реалізація вимагає залучення додаткових коштів – кредиту.

Таблиця 3.36 – Порівняльна характеристика проектів

Об’єкт порівняння	1 проект	2 проект
Проект	Послуга: консультування за допомогою телемедицини	Медична послуга: «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня»
Початкова вартість проекту, грн	2859728	2462475
Джерело фінансування	Кошти медичного закладу	80 % за рахунок кредиту, 20 % – власні кошти лікарні
Потреба в додатковому персоналі	Так	Так
Необхідність придбання нового обладнання	Ні	Так
Потреба пошуку нових пацієнтів	Так	Так

Тож перший проект відносно легко припинити в разі невдачі. Другий більш масштабний.

Згідно проведеному аналізу, обидва проекти залишаються прибутковими навіть за песимістичного варіанту розвитку подій.

Не тільки за оптимістичним сценарієм розвитку подій, але також і за песимістичним, в обох проектів доволі швидкий період окупності.

Можна підсумувати, що в випадку орієнтації медичного закладу на менші затрати та ризики, доцільним для впровадження буде перший проект. В тому

випадку, коли медичний заклад має за ціль отримати більші прибутки та погоджується на більші ризики, то доцільнішим для впровадження буде другий проект. За своєю направленістю, дані проекти не є взаємовиключними, вони можуть реалізовуватись паралельно і доповнювати один одного. Можлива їх реалізація з розмежуванням у часі.

3.3. Корпоративна соціальна відповідальність КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва». Екологічні практики

У світі забруднення довкілля та токсини з навколишнього середовища спричинили щонайменше 9 млн передчасних смертей. Найбільшою екологічною причиною є забруднення повітря, яке спричиняє близько 7 млн смертей на рік. Кількість смертей від хвороб, пов'язаних із забрудненням навколишнього середовища, становить кожну шосту, що в 15 разів перевищує кількість смертей від насильства [82].

Різке збільшення обсягу побутових і медичних відходів є одним з ключових негативних наслідків COVID-19. Утворення відходів у період епідемії Коронавірусу стало новою формою глобального забруднення. Запроваджений карантин, ізоляція й соціальне дистанціювання призвели до значного збільшення обсягу побутових (15–25 %) і медичних відходів у закладах охорони здоров'я (у 10–20 разів) [66].

Починаючи з 2020 року, одним із негативних побічних ефектів пандемії стало глобальне збільшення кількості біомедичних відходів у зв'язку з тим, що лікувальні заклади надавали допомогу більшій, ніж зазвичай, кількості хворих. Щомісяця використовувалися та утилізувалися приблизно 65 млрд рукавичок і 129 млрд масок для обличчя [86]. Використання захисних індивідуальних засобів у громадських місцях було запроваджено більшістю урядів країн, і створювало додаткове навантаження для проведення утилізації відходів [86]. Викиди парникових газів унаслідок проведення утилізації цих пластикових відходів

становили від 14 до 33,5 тон вуглекислого газу на тонну використаних засобів захисту [86].

У 2020–2022 роках заклад було перепрофільовано в госпіталь по наданню медичної допомоги хворим на COVID-19. За цей час проліковано близько 37800 пацієнтів. Щоденно тисячі одиниць комплектів засобів індивідуального захисту, масок, рукавичок, шприців, голок потребувало знешкодження і утилізації. Це стало викликом для лікарні та фактором додаткового фінансового навантаження. Незважаючи на непростий для лікарні період, втілювався принцип «бережливості», що означало бережливе ставлення до природного середовища, мінімізація процесу серйозного впливу на довкілля та сприяння розвитку і розповсюдженню екологічно безпечних технологій.

У лікарні запроваджена система екологічного менеджменту, яка стосується дезінфекції біологічного матеріалу і використаних медичних виробів, утилізація використаних засобів індивідуального захисту, дезінфекція залишків продуктів харчування і стічних вод в інфекційних відділеннях, збір знезаражених пластикових медичних виробів для повторного використання.

Медичні відходи розділено на такі категорії: категорія А – побутові відходи (безпечні відходи); категорія В – епідемічно (інфекційно) небезпечні відходи; категорія С – токсикологічно небезпечні відходи; категорія D – радіологічно небезпечні відходи [11].

У закладі виділені спеціальні приміщення для приймання, знезараження, дезактивації та тимчасового зберігання відходів. Проведено також зонування приміщень на «брудну» зону та «чисту» зону:

1. «Брудна» зона – приміщення для прийому та тимчасового зберігання відходів, що утворюються в підрозділі, для обробки відходів з обладнанням для дезінфекції відходів категорії В.

2. «Чиста» зона – приміщення для зберігання знезаражених відходів, приміщення для вимитих і знезаражених засобів для переміщення відходів, склад витратних матеріалів.

Для прибирання «чистої» та «брудної» зон використовується різний інвентар. У лікарні впроваджена система професійного прибирання «Чиста Лікарня».

Основними етапами втілення системи екологічного менеджменту в КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» є:

1. Робота з медичними відходами проводиться відповідно до «Стандартних операційних процедур поводження з відходам», що визначає місця збору та тимчасового зберігання, порядок транспортування та вивезення відходів за категоріям.

2. Збір медвідходів проводиться щонайближче до місця їх утворення в окремі ємності, що візуально чітко відрізняються за кольором та/або маркуванням.

3. Знешкодження медвідходів не проводиться в маніпуляційних кабінетах.

4. Місця первинного утворення відходів обладнані запасними ємностями для збору відходів.

5. Наповнені ємності герметизуються після первинного збору, позначаються біркою для маркування та переміщуються в накопичувальні контейнери, що закриваються кришкою.

6. Складена система маркування медичних відходів .

7. Продезінфіковані пакети з відходами категорій В і С маркуються, вказуючи дані про категорію відходів, дату та час проведення дезінфекці.

8. Відходи різних категорій не змішуються.

9. Медичні відходи обліковуються.

10. Проводиться хімічна дезінфекція відходів перед передачею на утилізацію.

Збирання харчових відходів здійснюється роздільно від інших відходів у багаторазові ємності або одноразові пакети. Тимчасове зберігання харчових відходів в окремих спеціальних контейнерах чи в спеціальному холодильному обладнанні. Відходи, які можуть бути використані як вторинна сировина,

обробляються та передаються підприємствам , що займаються збиранням та вторинним переробленням відходів.

Перевезення та утилізація небезпечних медичних відходів проводиться суб'єктами господарювання, які отримали ліцензію на внутрішнє перевезення та знешкодження небезпечних відходів та з якими в лікарні встановлено договірні відносини.

Система екологічного менеджменту лікарні всіляко підтримує положення Глобального плану дій ВОЗ/ЮНІСЕФ в сфері водопостачання, санітарії і гігієни (WASH) в медичних закладах, розробленого в відповідності до Цілей в області стійкого розвитку ООН (ЦСР), з Ціллю 3 про здоров'я, Ціллю 6 про безпечне управління послугами водопостачання та санітарії і Ціллю 12 про раціональні моделі споживання і виробництва та впровадження WASH до 2030 р. (WHO/UNICEF, 2016). До них входить і безпечна утилізація медичних відходів, в тому числі їх сортування, збір, транспортування, обробка і утилізація [86].

В Україні на державному рівні прийнято рішення на користь екологічних

практик в медичних установах шляхом впровадження жорстких норм екологічного регулювання в частині утилізації медичних відходів [3; 11; 12].

Від впровадження системи екологічного менеджменту в лікарні знижено ризики і пов'язані з ними можливі втрати, у тому числі штрафні санкції оптимізовано внутрішні ресурси, посилено контроль за їх використанням, а також забезпечено відповідність виробничих процесів вимогам законодавства. Впровадження системи екологічного менеджменту сприяло більш чіткому розподілу повноважень і відповідальності всередині лікарні, скорочення числа медичних «аварій» і, як наслідок, фінансових і трудовитрат.

Серед отриманих зовнішніх переваг – спрощення процедури отримання різних дозволів і ліцензій, підвищення репутації лікарні в очах пацієнтів і партнерів та інших зацікавлених сторін. Таким чином, безпечне управління медичними відходами зміцнює довіру населення, збільшує рівень користування послугами, підвищує ефективність надання послуг, сприяє зниженню витрат на надання медичних послуг.

ВИСНОВКИ

У роботі проведено аналіз сучасного стану організаційних структур медичних закладів України. Другий етап медичної реформи в Україні, розпочатий у 2018 році вніс корективи в структуру медичних закладів України та їх фінансування. Реформування системи сповільнилось через низку причин, зокрема через пандемію COVID-19, яка поглибила економічну кризу та системне недофінансування галузі.

Воєнні дії призвели до масштабних процесів руйнування медичних закладів, ще більше поглибилась економічна криза, йде внутрішня та зовнішня міграції населення та медичного персоналу. В цих складних умовах трансформації системи охорони здоров'я та посилення конкуренції серед медичних закладів, надавачі медичних послуг мають володіти сучасним бізнесовими процесами з управління медичним закладом.

Інформаційною базою дослідження слугували фактичні дані діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» за останні три роки (2020-2022). Частина роботи присвячено організаційно-економічному аналізу результатів діяльності КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва». Проаналізовано конкурентне середовище медичного закладу, ринок медичних послуг, визначено основні фактори, що найбільш впливають на діяльність закладу, його сильні та слабкі сторони. В роботі також проведено аналіз основних джерел фінансових надходжень, структури наданих медичних послуг, тощо. Очевидним є критичність фінансових показників діяльності лікарні, що поглиблюється під час реформування галузі та військового стану. Вихід на беззбитковість і в перспективі на прибутковість, має стати фундаментом ефективної системи управління медичним закладом.

У дослідженні сформульовано основні недоліки організаційної структури управління досліджуваного лікувального закладу.

Спираючись на результати аналізу діяльності лікарні, розроблено альтернативний проект з удосконалення організаційної структури управління

КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва». Оптимізація діяльності лікарні має здійснюватися на основі наукового аналізу та прогнозу розвитку медико-демографічної ситуації в регіоні та прогнозу потреби в високоспеціалізованій медичній допомозі з урахуванням проведення запланованих змін на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

З урахуванням тенденцій розвитку ринку та можливостей КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» розроблено основні принципи стратегії і вдосконалення діяльності:

1. Створення на базі лікарні нових підрозділів високотехнологічної, високоспеціалізованої медичної допомоги, до прикладу відділення «Хірургія одного дня».

2. Розширення можливостей додаткових джерел фінансування КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», впровадження платних послуг, впровадити стратегію мінімізації витрат.

3. Постійне вдосконалення системи менеджменту якості, що відповідає вимогам міжнародного стандарту ISO 9001-2015, що дозволяє домогтися ефективного управління всіма процесами, які впливають на якість надання медичних послу. Впровадження індикаторів якості.

4. Впровадження та удосконалення інформаційних технологій, медичних інформаційних систем, що забезпечують ефективну взаємодію і моніторинг якості робіт всіх підрозділів установи.

5. Покращення комунікації з метою задоволення інформаційних потреб лікарні. Налагодження зв’язків з виконавчими органами, пацієнтами, партнерами. Формування та підтримка позитивного іміджу закладу. Промоція досягнень та результатів діяльності лікарні. Розробка алгоритму відповіді на скарги, стандартів спілкування із пацієнтами та всередині колективу. Створення у закладі «Контакт-центру».

6. Впровадження пацієнтоорієнтованого підходу в закладі, розробка та впровадження стандарту спілкування із клієнтами та стандарту спілкування всередині колективу, формування корпоративної культури

7. Удосконалення організації оплати праці, впровадження в закладі чек-листа роботодавця, внесення змін системи оплати праці до колективного договору.

Задля успіху та перспективи розвитку КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» очевидним є необхідність розширення переліку медичних послуг, що сприятиме більшому потоку пацієнтів, а також зниження собівартості надання медичних послуг. Покращення якості послуг, збереження і розвиток кадрового потенціалу є одним із головних факторів успішного розвитку лікарні.

Досягнення цілей нової стратегії вимагає перебудови й удосконалювання організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», у результаті якої всі ресурси лікарні можуть бути мобілізовані і розподілені найбільше раціонально.

У роботі виділено основні напрями удосконалювання організаційної структури і процесу управління закладом: лідерство та менеджмент, фінанси, комунікація, пацієнт-орієнтованість, управління якістю.

Також у межах цього дослідження запропоновано для реалізації два проекти.

Перший проект – створення «Контакт-центру» з організацією надання консультативних медичних послуг за допомогою телемедицини.

Наявність «Контакт-центру» зможе розширити обсяги як амбулаторних, так і стаціонарних послуг. Покращення комунікацій з пацієнтами та їх близькими розширить доступ до отримання послуг, буде впливати на задоволеність пацієнтів, дасть змогу оптимізувати витрати, покращити якість медичної допомоги, підвищити безпеку та сприяти популярності медичного закладу.

У процесі надання медичних послуг буде запроваджено послугу консультування пацієнтів за допомогою телемедицини, яка дозволятиме пацієнтам отримувати поради та допомогу в попередньому діагностуванні та направленні на подальше лікування за потребою в профільне відділення.

У результаті реалізації проекту планується досягти наступних цілей: збільшити наповнення бюджету лікарні, скоротити процес надання послуги при

плановій госпіталізації для частини пацієнтів, отримати частину ринку медичних послуг, що надаються за допомогою телемедицини, вивчити та задовольнити потреби існуючих та потенційних пацієнтів.

Другий проект – відкриття відділення «Хірургія одного дня».

З метою збільшення доходу від НСЗУ, як основного джерела формування бюджету лікарні в 2020–2022 роки запропоновано створення підрозділу «Хірургія одного дня». У роботі наведено аналіз обсягу медичних послуг, які мають бути забезпеченими за договором з НСЗУ відповідно до медичних потреб пацієнта за напрямом «Хірургія одного дня». Проаналізовано також вимоги до організації надання послуги пацієнтам за пакетом НСЗУ «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня», вимоги до спеціалістів та кількості фахівців, вимоги до обладнання в відділені. Мета проекту – створення сучасного відділення «Хірургія одного дня» на базі КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва». Спеціалізація відділення- хірургічні операції дорослим і дітям в умовах стаціонару для пацієнтів, які оперуватимуться в рамках пакету хірургії одного дня. Відділення буде мати у своєму розпорядженні палати на перебування 20 пацієнтів.

У своїй роботі фахівці відділення будуть застосовувати сучасні методики хірургічного лікування та діагностичного обстеження, згідно з галузевим стандартом.

У роботі розраховано грошові потоки за проектами за умови оптимістичного, реалістичного і песимістичного варіанту розвитку подій.

Як видно із викладеного в роботі аналізу, обидва запропоновані проекти є прибутковими та можуть бути запроваджені в лікарні. Відповідно до здійсненого аналізу обидва проекти залишаються прибутковими навіть за песимістичного варіанту розвитку подій, в обох проектах доволі швидкий період окупності, менше року. За своєю направленістю, дані проекти не є взаємовиключними, вони можуть реалізовуватись паралельно і доповнювати один одного. Можлива їх реалізація з розмежуванням у часі.

У випадку орієнтації медичного закладу на менші затрати та ризики, доцільним для впровадження буде перший проект. У тому випадку, коли медичний заклад має за ціль отримати більші прибуток та готовий на більші ризики, то доцільнішим для впровадження буде другий проект.

Отже, в роботі запропоновано проект з удосконалення організаційної структури управління КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва» та проведено оцінку його ефективності, представлено модель розвитку закладу в умовах реформування системи охорони здоров’я, що дасть змогу підвищити конкурентоспроможність цього медичного закладу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text (дата звернення: 10.02.2023).

2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 2 березня 2015 р. № 222-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19 (дата звернення: 10.02.2023).

3. Про управління відходами: Закон України від 20 червня 2022 р. № 2320-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2320-20#Text (дата звернення: 10.02.2023).

4. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII. URL: https://ips.ligazakon.net/document/T172002 (дата звернення: 10.02.2023).

5. Про публічні закупівлі: Закон України від 25 грудня 2015 р. № 922-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-19#Text (дата звернення: 10.02.2023).

6. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text (дата звернення: 10.02.2023).

7. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF (дата звернення: 10.02.2023).

8. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF (дата звернення: 10.02.2023).

9. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF (дата звернення: 10.02.2023).

10. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. № 85, редакція від 19 серпня 2022 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text (дата звернення: 10.02.2023).

11. Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 червня 2015 р. № 325. URL: https://zakon. rada.gov.ua/laws/show/z0959-15#Text (дата звернення: 10.02.2023).

12. Про затвердження Змін до Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 6 вересня 2022 р. № 1602. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1387-22#Text (дата звернення: 10.02.2023).

13. Анісімова О. М. Підвищення конкурентоспроможності медичного закладу в процесі адаптації до світового ринку. *Наукові записки. Серія «Економіка».* Острог: Острозька академія, 2010. 398 с.

14. Багрова І. В., Нефедова О. Г. Складові та фактори конкурентоспроможності. *Вісник економічної науки України*. 2011. № 1 (11). С. 11–16.

15. Балабанова Л. В. Маркетинг: підруч. Донецьк: ДонДУЕТ, 2002. 562 с.

16. Білинська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України. Київ: Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2006. 56 с.

17. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон: Олди-плюс, 2020. 391 с.

18. Булах І. В. Вибір конкурентної стратегії медичного закладу: методичний підхід. *Економіка і організація управління*. 2010. Вип. № 2 (8). С. 25–32.

19. Василенко В. О., Ткаченко Т. І. Виробничий (операційний) менеджмент: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2003. 532 с.

20. Вологін Ю. Становлення менеджменту та навчання майбутніх вчителів технологій процесу управління як науки людських стосунків. *Молодь і ринок*. 2011. № 10 (81). С. 140–144.

21. Гірностай П. Маслоу Абрахам Гарольд. *Політична енциклопедія* / редкол.: Ю. Левенець (голова), Ю. Шаповал (заст. голови) та ін. Київ: Парламентське видавництво, 2011. 430 с.

22. Головкін Б. М. Теоретичні та прикладні проблеми управління в системі медичної допомоги населенню в Україні дис. д-ра мед. наук. Харків, 2021. 406 с.

23. Данюк В. М. Організація праці менеджера: навч. посіб. Київ: КНЕУ, 2006. 276 с.

24. Данько В. В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на іноваційних засадах. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія «Економіка і управління»*. 2019. Т. 30 (69). № 2.

25. Дахно І. І. Зовнішньоекономічний менеджмент : навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 568 с.

26. Довбня С. Б., Найдовська А. О., Хитько М. М. Стратегія медичного закладу: навч. посіб.: у 2 ч. Дніпропетровськ: НМетаАУ, 2011. Ч. 1. 71 с.

27. Довгань Л. Є., Каракай, Ю. В. Артеменко Л. П. Стратегічне управління: навч. посіб. 2-ге вид. Київ: Центр навч. л-ри, 2011. 440 с.

28. Економічний аналіз використання ресурсів у системі охорони здоров'я : навч. посіб. / за заг. ред. проф. В. Д. Парія. Житомир: Полісся, 2015. 148 с.

29. Загребний В. М. Проблеми розвитку здоров'я в Україні. Бюджетно-страхова модель. СК «Київ». *Аптека.* 2020. № 5.

30. Зозульов О. В. Формування концепції ведення бізнесу на маркетингових засадах: сьогодення та майбутнє. Маркетинг в Україні. 2017. № 5–6. С. 64–72.

31. Зозульов О. В., Царьова Т. О. Процесно-технологічний підхід до формування маркетингової моделі товару. Економічний вісник Національного технічного університету України «КПІ». Київ: НТУУ «КПІ» ВПІ ВПК «Політехніка». 2016. № 13. С. 369–376.

32. Клівець Н. Г. Стратегія медичного закладу: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2007. 320 с.

33. Ковальська Ю. Г. Формування конкурентної стратегії медичного закладу: автореф. дис. … канд. екон. наук: спец. 08.06.01 / Європейський ун-т фінансів, інформаційних систем, менеджменту і бізнесу. Київ, 2004. 20 с.

34. Корнацький В. М., Залеський В. М., Дорогой А. П., Манойленко Т. С. Методологічна основа оцінки вартості медичної допомоги хворим кардіологічного профілю. *Аптека*. 2020. № 15.

35. Котлер Ф., Келлер К. Л., Павленко А. Ф. та ін. Маркетинговий менеджмент : підруч. Київ: Хімджест, 2008. 720 с.

36. Кращі практики управління медичним закладом: посіб. / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021.

37. Кулиняк Ю. І. Проблеми визначення сутності конкурентної стратегії організації. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка».* 2011. № 714. С. 87–95.

38. Магуайр Е., Гендерсон Д. Ж., Муні Г. Економіка охорони здоров'я / пер. з англ. Київ: Основи, 2015. 313 с.

39. Мартиненко М. М. Основи менеджменту: підруч. Київ: Каравела, 2018. 496 с.

40. Мельник П. В. Фінансові важелі забезпечення охорони здоров'я. *Аптека.* 2020. № 2.

41. Менеджмент у системі медичної допомоги населенню: навч. посіб. / за заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В. Д. і д. мед. н., проф. Журавля В. І.;

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Київ: Видавник, 2022. 1346 с.

42. Мінова Л. Забезпечення ефективності управління медичним закладом на засадах екологічного менеджменту. Пріоритети сталого розвитку в умовах інноваційної економіки URL: https://kneu.edu.ua/userfiles/Conference_28.04.2023_MEiM/23-5774_-EV_-_zamD196na_pravka.pdf

43. Монастирський Г. Л. Теорія організації: підруч. Тернопіль: ТНЕУ, 2014. 288 с.

44. Москаленко В. Ф. Підґрунтя розробки, прийняття та реалізації Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. *Охорона здоров'я України*. 2021. № 4 (1). С. 4–7.

45. Назарко С. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. – 2019. № 4 (20).

46. Нефедова О. Г. Механізм вибору конкурентної стратегії медичного закладу. *Вісник економічної науки України*. 2008. № 2. С. 117–120.

47. Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я України / Міжнародний банк реконструкції та розвитку. Світовий банк. Вашингтон: ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015. 224 с.

48. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування. *Страхування. Статистичний щорічник України за 2021 рік – Держкомстат України.* Київ: Техніка, 2021. 576 с.

49. Нємцов В. Д., Довгань Л. Є. Стратегічний менеджмент: навч. посіб. Київ: УВП «ЕксОб», 2004. 560 с.

50. Олексюк М. І. Адаптивний підхід до управління ризиками підприємств. *Ефективна економіка*. 2013. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2526.

51. Офіційний інтернет-сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/main/hcare/analitic/ (дата звернення: 10.02.2023).

52. Офіційний інтернет-сайт компанії Pro-consulting. URL: https://pro-consulting.ua/ua/issledovanie-rynka/analiz-rynka-medicinskih-uchrezhdenij-v-ukraine-2023-god .

53. Павлова В. А. Конкурентоспроможність медичного закладу: управління, оцінка, стратегія: монографія. Дніпропетровськ: Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля, 2011. 352 с.

54. Портер М. Стратегія конкуренції. Методика аналізу галузей і діяльності конкурентів / пер. з англ. А Олійника, Р. Скіпальського. Київ: Основи, 1997. 390 с.

55. Ревуцька Н. В. Формування бізнес-моделі медичного закладу: автореф. дис. … канд. екон. наук: спец. 08.06.01 «Економіка, організація і управління медичного закладами». Київ: КНЕУ. 2005. 22 с.

56. Рудий В. Сучасні підходи до охорони громадського здоров'я: пропозиції для України. *Вісник УАДУ.* 2021. № 4. С. 415–421.

57. Сазоненко Л. В., Толстанов О. К. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід.* 2021. № 16. С. 86–92.

58. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка.* 2020. № 5. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910 (дата звернення: 10.02.2023).

59. Скриль В. В. Бізнес-моделі медичного закладу: еволюція та класифікація. *Економіка і суспільство.* 2016. № 7. С. 490–496.

60. Солоненко І. М. Перебудова галузі охорони здоров'я: умови стійкого фінансування та ефективної діяльності. 2022. 352 с.

61. Стратегія медичного закладу та стратегічний менеджмент : навч. посіб. Харків: Олант, 2002. 416 с.

62. Теорія управління: навч. посіб. / І. А. Грузіна, І. О. Кінас, І. М. Перерва та ін. Харків: ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2021. 138 с.

63. Чорномаз В. Ц. Механізми державного управління системою первинної медико-санітарної допомоги міському населенню: автореф. дис. … канд. наук з держ. упр. спец.: 25.00.02. Одеса, 2021. 20 с.

64. Яремко І. І Антикризове управління закладами охорони здоров'я. *Молодий вчений*. 2021. № 11 (99). С. 272–277.

65. Andrews D. C. Is There an Organizational Structure for Our Reengineering Business Operation? *Enterprise Reengineering*. URL: http://www.efenselink.mil/c3ibpr/prcd 5280.html (дата звернення: 10.02.2023).

66. Aragaw T. A., Mekonnen B. A. Current plastics pollution threats due to COVID-19 and its possible mitigation techniques: a waste-to-energy conversion via Pyrolysis. DOI: 10.1186/s40068-020-00217-x. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7816145 (дата звернення: 03.03.2023).

67. Bourgeois L. J., McAllister D. W., Mitchell T. R. The Effects of Different Organizational Environments upon Decisions about Organization Structure. *Academy of Management Journal.* 1978. Vol. 21. No. 3. Pp. 508–514. DOI: 10.2307/255732.

68. Car J., Sheikh A. Telephone consultations. DOI:10.1136/bmj.326.7396.966. URL: https://www.researchgate.net/publication/10776929_Telephone_consultations (дата звернення: 21.03.2023).

69. Dictionary-Organizational Behavioral URL: http://www.ivey.uwo.ca/intlstudentsdictionary/OBdic.html (дата звернення: 10.02.2023).

70. Freeman J. The BELIEF Instrument: A Preclinical Teaching Tool To Elicit Patients'. *Health Beliefs. Fam Med*. 2003. № 35(5). Pp. 316–319.

71. Jackson J. H., Morgan C. P. Organization Theory. 2nd ed. Prentice Hall, Upper Saddle River, 1982.

72. Kotler Ph., Keller L. Marketing Management. Pearson, 2016. 692 p.

73. Kristina B. et al. Impact of ICT on the organizational Structure Elements: Case of the Varazdin County. Varazdin, Croatia.

74. Lambin J.-J., Schuiling I. Market-Driven Management: Strategic and Operational Marketing. Bloomsbury Academic, 2012. 622 p.

75. Lawrence P. R., Lorsch. Organization and Environment J. W. Irwin: Homewood, 2017.

76. Liao C. C. et al. How Knowledge Management Mediates the Relation between Environment and Organizational Structure. *Journal of Business Research.* 2011. Vol. 64. No 7. Pp. 728–736. DOI:10.1016/j.jbusres.2010.08.001.

77. Maslow A. A Theory of Human Motivation. Longman, 1987. 80 p.

78. Noriaki K., Seraku N., Takahashi F., Sh. Tsuji. Attractive quality and must be quality. *Journal of the Japanese Society for Quality Control (in Japanese).* 1984. № 14 (2). Pp. 147–156.

79. Osterwalder A., Pigneur Y. The Business Model Generation. Wiley&sons, 2010. 278 p.

80. Porteous J. M, Stewart-Wynne E., Connolly M., Crommelin P. F. iSoBAR – a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. URL: https://www.mja.com.au/journal/2009/190/11/isobar-concept-and-handover-checklist-national-clinical-handoverinitiative (дата звернення: 10.02.2023).

81. Porter M. Competitive Advantage: Creatingand Sustaining Superior Performance. N. Y.: Free Press, 1985. 592 p.

82. Rume T., Didar-Ul Islam S. M. Environmental effects of COVID-19 pandemic and potential strategies of sustainability. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7498239 (дата звернення: 03.03.2023).

83. Tran Q., Tian Ye. Organizational Structure: Influencing Factors and Impact on a Firm. *American Journal of Industrial and Business Management*. 2013. Vol. 3. No 2. Pp. 229–236. DOI: 10.4236/ajibm.2013.32028.

84. Underdown R. Organizational Structures. URL: http://dept.lamar.edu/industrial/underdown/org_mana/org/org_structure-George.html (дата звернення: 10.02.2023).

85. Underdown R. Organizational Structures. URL: http://dept.lamar.edu/industrial/underdown/org_mana/org/org_structure-George.html (дата звернення: 03.03.2023).

86. WHO Strategic Communications Framework for effective communications. URL: https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf (дата звернення: 10.02.2023).

87. Wolf D. Execution and Structure 2002. URL: http://www.dewarloan.com/workin%20papers-execution%20and20%structure.html (дата звернення: 10.02.2023).

88. Zheng W., Yang B., Mclean G. N. Linking Organizational Culture, Strategy and Organizational Effectiveness; Mediating Role of Knowledge Management. *Journal of Business research.* 2010. Vol. 63. No 7. Pp. 763–771. DOI: 10.1016/j.jbusres.2009.06.005.

ДОДАТКИ

Додаток А

ФІНАНСОВИЙ ПЛАН
на 2023 рік
Основні фінансові показники

Найменування показника	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Очікувані показники поточного року	Плановий рік	у тому числі за кварталами:				Інформація згідно зі стратегічним планом розвитку		
						I	II	III	IV	плановий 2023 рік	плановий 2024 рік	плановий 2025 рік
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
I. Формування фінансових результатів												
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	1000	572 159	1 194 041	1 194 041	790 763	197 690	197 690	197 691	197 692	1 244 718	1 306 954	1 372 302
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	1010	853 276	1 175 874	1 175 874	808 570	203 522	200 763	200 763	203 522	1 210 168	1 270 677	1 334 210
Валовий прибуток/збиток	**1020**	**- 281 117**	**18 167**	**18 167**	**- 17 807**	**- 5 832**	**- 3 073**	**- 3 072**	**- 5 830**	**34 550**	**36 278**	**38 092**
Адміністративні витрати	**1030**	**46 166**	**94 643**	**94 643**	**94 643**	**23 661**	**23 661**	**23 661**	**23 660**	**86 570**	**90 899**	**95 444**
Витрати на збут	**1060**											
Інші операційні доходи, усього, в тому числі:	**1070**	**4 784**	**7 710**	**7 710**	**106 862**	**28 096**	**25 337**	**25 335**	**28 094**	**8 000**	**8 400**	**8 820**
одержані гранти та субсидії	1073											
дохід від операційної оренди активів	1074/1	1 370	5 486	5 486	5 486	1 372	1 372	1 372	1 370			
Інші операційні витрати	**1080**	**1 574**	**3 634**	**3 634**	**66 812**	**16 703**	**16 703**	**16 702**	**16 704**	**3 779**	**3 968**	**4 167**
Фінансовий результат від операційної діяльності	**1100**	**- 324 073**	**- 72 400**	**- 72 400**	**- 72 400**	**- 18 100**	**- 18 100**	**- 18 100**	**- 18 100**	**0**	**0**	**0**
EBITDA	**1310**	**- 251 442**										
Дохід від участі в капіталі	1110											
Втрати від участі в капіталі	1120											
Інші фінансові доходи	1130											
Фінансові витрати	1140											
Інші доходи, усього, в тому числі:	**1150**	**324 073**	**72 400**	**72 400**	**72 400**	**18 100**	**18 100**	**18 100**	**18 100**	**47 799**	**50 189**	**52 699**
дохід від безоплатно одержаних активів	1150/1	72 631	72 400	72 400	72 400	18 100	18 100	18 100	18 100			
дохід від реалізації необоротних активів, утримуваних для продажу	1150/2											
курсові різниці	1151											
Інші витрати	1160											
Фінансовий результат до оподаткування	**1170**											
Податок на прибуток	1180											
Чистий фінансовий результат	**1200**											

Найменування показника	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Очікувані показники поточного року	Плановий рік	у тому числі за кварталами:				Інформація згідно зі стратегічним планом розвитку		
						I	II	III	IV	плановий 2023 рік	плановий 2024 рік	плановий 2025 рік
Прибуток	1201											
Збиток	1202											
II. Сплата податків, зборів та інших обов'язкових платежів												
Сплата податків та зборів до Державного бюджету України (податкові платежі), усього, у тому числі:	**2110**	**5 928**	**10 732**	**10 732**	**8 392**	**2 098**	**2 098**	**2 098**	**2 098**			
податок на додану вартість, що підлягає сплаті до бюджету за підсумками звітного періоду	2112											
податок на додану вартість, що підлягає відшкодуванню з бюджету за підсумками звітного періоду	2113											
Сплата податків та зборів до бюджету міста Києва, усього, у тому числі:	**2120**	**71 368**	**129 334**	**129 334**	**101 242**	**25 310**	**25 310**	**25 311**	**25 311**			
податок на доходи фізичних осіб	2121	71 132	128 782	128 782	100 690	25 172	25 172	25 173	25 173			
земельний податок	2122	236	552	552	552	138	138	138	138			
орендна плата з юридичних осіб	2123											
податок на прибуток підприємств	2124											
відрахування частини чистого прибутку комунальними підприємствами (установами, організаціями)	2125											
інші податки та збори (розшифрувати)	2126											
Інші податки, збори та платежі,	**2130**	**86 822**	**157 399**	**157 399**	**123 065**	**30 767**	**30 767**	**30 766**	**30 765**			
єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування	2133	86 822	157 399	157 399	123 065	30 767	30 767	30 766	30 765			
Усього виплат на користь держави	**2200**	**164 118**	**297 465**	**297 465**	**232 699**	**58 175**	**58 175**	**58 175**	**58 174**			
III. Капітальні інвестиції												
Капітальні інвестиції	4000	192 137	98 730	104 683						174 615	205 949	92 378
у т.ч. за рахунок бюджетних коштів, усього	4001		40 000	45 953								
- за рахунок Державного бюджету України	4001/1											
- за рахунок бюджету міста Києва	4001/2		40 000	45 953								
IV. Коефіцієнтний аналіз												
Рентабельність діяльності (чистий фінансовий результат, рядок 1200 / чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), рядок 1000) х 100,	5010											

Найменування показника	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Очікувані показники поточного року	Плановий рік	у тому числі за кварталами:				Інформація згідно зі стратегічним планом розвитку		
						I	II	III	IV	плановий 2023 рік	плановий 2024 рік	плановий 2025 рік
%												
Рентабельність активів (чистий фінансовий результат, рядок 1200 / вартість активів, рядок 6020) x 100, %	5020											
Рентабельність власного капіталу (чистий фінансовий результат, рядок 1200 / власний капітал, рядок 6080) x 100, %	5030											
Рентабельність EBITDA (EBITDA, рядок 1310 / чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), рядок 1000) x 100, %	5040	- 44.00	0.00	0.00	0.00							
Коефіцієнт фінансової стійкості (власний капітал, рядок 6080 / (довгострокові зобов'язання, рядок 6030 + поточні зобов'язання, рядок 6040))	5050	2.40	2.40	0.00	2.68							
Коефіцієнт зносу основних засобів (сума зносу, рядок 6003 / первісна вартість основних засобів, рядок 6002)	5060	0.57	0.58	0.58	0.58							
V. Звіт про фінансовий стан												
Необоротні активи, усього, у тому числі:	6000	2 134 368	2 134 368	2 081 371	2 101 102	2 101 102	2 101 102	2 101 102	2 101 102			
основні засоби	6001	1 946 393	1 946 393	1 891 166	1 915 132	1 971 018	1 951 507	1 934 468	1 915 132			
первісна вартість	6002	4 502 026	4 418 850	4 516 961	4 507 464	4 507 464	4 507 464	4 507 464	4 507 464			
Знос	6003	2 555 633	2 555 633	2 625 795	2 592 332	2 536 446	2 555 957	2 572 996	2 592 332			
Оборотні активи, усього, у тому числі:	6010	425 535	425 535	361 108	362 837	362 837	362 837	362 837	362 837			
дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	6011	289	289	225	716	716	716	716	716			
дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	6012											
гроші та їх еквіваленти	6013	50 331	50 331	61 730	50 025	50 025	50 025	50 025	50 025			
Усього активи	**6020**	**2 559 903**	**2 559 903**	**2 442 479**	**2 463 939**	**2 463 939**	**2 463 939**	**2 463 939**	**2 463 939**			
Довгострокові зобов'язання і забезпечення	6030	270 094	270 094		244 895	244 895	244 895	244 895	244 895			
Поточні зобов'язання і забезпечення, у тому числі:	6040	479 654	479 654		425 532	425 532	425 532	425 532	425 532			

Найменування показника	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Очікувані показники поточного року	Плановий рік	у тому числі за кварталами:				Інформація згідно зі стратегічним планом розвитку		
						I	II	III	IV	плановий 2023 рік	плановий 2024 рік	плановий 2025 рік
поточна кредиторська заборгованість за товари, роботи, послуги	6041	91 062	91 062	4 540	3 976	3 976	3 976	3 976	3 976			
поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	6042	317	317	320	1 446	1 446	1 446	1 446	1 446			
Усього зобов'язання і забезпечення	**6050**	**749 748**	**749 748**	**0**	**670 427**	**670 427**	**670 427**	**670 427**	**670 427**			
У тому числі державні гранти і субсидії	6060											
У тому числі фінансові запозичення	6070											
Власний капітал	**6080**	**1 810 155**	**1 810 155**	**1 790 075**	**1 793 512**	**1 793 512**	**1 793 512**	**1 793 512**	**1 793 512**			
VI. Кредитна політика												
Заборгованість за кредитами на початок періоду	**7000**											
Отримано залучених коштів, усього, у тому числі:	**7010**											
довгострокові зобов'язання	7011											
короткострокові зобов'язання	7012											
інші фінансові зобов'язання	7013											
Повернено залучених коштів, усього, у тому числі:	**7020**											
довгострокові зобов'язання	7021											
короткострокові зобов'язання	7022											
інші фінансові зобов'язання	7023											
Заборгованість за кредитами на кінець періоду	**7030**											
VII. Дані про персонал та витрати на оплату праці												
Середня кількість працівників (штатних працівників, зовнішніх сумісників та працівників, які працюють за цивільно-правовими договорами)**, у тому числі:**	**8000**	**2 086**	**2 086**	**2 086**	**1 966**	**1 966**	**1 966**	**1 966**	**1 966**	**2 084**	**2 084**	**2 084**
Керівник	8001	1	1	1	1	1	1	1	1			
адміністративно-управлінський персонал	8002	251	251	251	251	251	251	251	251			
Працівники	8003	1 834	1 834	1 834	1 714	1 714	1 714	1 714	1 714			
Витрати на оплату праці	**8010**	**395 176**	**715 454**	**715 454**	**559 392**	**139 848**	**139 848**	**139 848**	**139 848**	**267 161**	**293 869**	**323 253**
Керівник	8011	1 280	1 409	1 409	1 264							
адміністративно-управлінський персонал	8012	35 372	72 790	72 790	72 935							
Працівники	8013	358 524	641 255	641 255	485 193							
Середньомісячні витрати на оплату праці одного працівника (грн), усього,	**8020**	**15 787**	**28 582**	**28 582**	**23 711**	**21 560**	**21 560**	**21 560**	**21 560**	**10 683**	**11 751**	**12 926**

Найменування показника	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Очікувані показники поточного року	Плановий рік	у тому числі за кварталами:				Інформація згідно зі стратегічним планом розвитку		
						I	II	III	IV	плановий 2023 рік	плановий 2024 рік	плановий 2025 рік
зокрема:												
керівник, усього, зокрема:	8021	106 667	117 417	117 417	105 333	105 333	105 333	105 333	105 333			
посадовий оклад	8021/1	26 325	26 325	26 325	26 325							
Преміювання	8021/2	80 342	91 092	91 092	79 008							
інші виплати, передбачені законодавством	8021/3											
адміністративно-управлінський працівник	8022	11 744	24 167	24 167	24 215	24 215	24 215	24 215	24 215			
Працівник	8023	16 291	29 137	29 137	23 590	21 123	21 123	21 123	21 123			

Керівник

_____ _____ _____

(посада) (підпис) Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

ДОДАТОК Б.

Схема взаємодії відділення «Хірургія одного дня»

UNICHECK

Ім'я користувача:
Міжнародного менеджменту Олійник Вікторія

ID перевірки:
1015296760

Дата перевірки:
29.05.2023 11:12:04 EEST

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
29.05.2023 13:15:18 EEST

ID користувача:
100005721

Назва документа: **Мінова Л.В.Удосконалення організаційної структури КНП «Олександрівська клінічна лікар...**

Кількість сторінок: **140** Кількість слів: **27211** Кількість символів: **211848** Розмір файлу: **1.05 MB** ID файлу: **1014968710**

15.9%
Схожість

Найбільша схожість: **3.16%** з джерелом з Бібліотеки (ID файлу: **1005981635**)

10.7% Джерела з Інтернету	377	Сторінка 142
11.3% Джерела з Бібліотеки	450	Сторінка 150

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнене

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0%
Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи	13

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА

ФАКУЛЬТЕТ МІЖНАРОДНОЇ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ БІЗНЕС-ОСВІТИ
ІМЕНІ АНАТОЛІЯ ПОРУЧНИКА

КАФЕДРА ІННОВАЦІЙНИХ БІЗНЕС-ТЕХНОЛОГІЙ

ЗАГАЛЬНОУНІВЕРСИТЕТСЬКА СТУДЕНТСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

«ПРІОРИТЕТИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ ІННОВАЦІЙНОЇ ЕКОНОМІКИ»

(м. Київ, 28 квітня 2023 р.)

КИЇВ
КНЕУ-2023

5

Головань Н.Б.
ЦИФРОВІЗАЦІЯ БІЗНЕС-МОДЕЛІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ЯК СКЛАДОВА МАРКЕТИНГОВОЇ СТРАТЕГІЇ
Філовенко В.М.
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ
Мінова Л.В.
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ НА ЗАСАДАХ ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ
Бабенко В.В., Ярош В.О.
КЛЮЧОВІ НАПРЯМИ ВПРОВАДЖЕННЯ ESG-ПРИНЦИПІВ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Marchenko K.
SOCIAL RESPONSIBILITY: APPROACHES AND CHALLENGES OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT
Кузьменко О.М.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ІНЖИНІРИНГОВОЇ КОМПАНІЇ НА МІЖНАРОДНОМУ РИНКУ
Степанець В.В.
ІМПАКТ ІНВЕСТУВАННЯ ЯК КОНЦЕПТ СТАЛОГО РОЗВИТКУ БІЗНЕСУ
Довцов Б.І.
СТАНДАРТИЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ ЯК НАПРЯМОК РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ
Логінова М.В.
ТРЕНДИ РИНКУ HoReCa ТА ФАКТОРИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ БІЗНЕСУ НА РИНКУ КАВ'ЯРЕНЬ
Половинко І.Ю.
КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВ НА РИНКУ БУДІВНИЦТВА
Rozumenko T.
THE ROLE OF WOMEN IN THE MODERN ECONOMY AND THEIR IMPACT ON THE DEVELOPMENT OF THE ECONOMY
Шильпікова А.М.
УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВИМИ КОМУНІКАЦІЯМИ ПІДПРИЄМСТВА В УМОВАХ ІННОВАЦІЙНОЇ ЕКОНОМІКИ
Надрічко М.В.
СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЕНЕРГЕТИКИ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ АГРЕСІЇ В РОСІЙСЬКОЇ ФЕДЕРАЦІЇ В УКРАЇНУ
РОЗДІЛ 2. ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ
Ковальчук Ю.І.
КОНКУРЕНТНА СТРАТЕГІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВОМ

стратегії дозволяє медичним закладам адаптуватися до змін у зовнішньому середовищі, реагувати на нові виклики та можливості, а також досягати своїх довгострокових цілей. В Україні відсутні чіткі стандарти та рекомендації щодо розробки та впровадження таких стратегій, тому медичним закладам варто досліджувати та використовувати кращі практики вітчизняних та зарубіжних колег. Результатом використання ефективної стратегії розвитку медичного закладу є покращення якості медичних послуг та забезпечення конкурентоспроможності на ринку.

Список літератури:

1. Богданова І. І. Формування стратегії розвитку медичного закладу на основі системи балансових показників. Економіка. Управління. Інновації. 2017. № 3. С. 122-131.
2. Гаврилів С. В., Дяченко Л. І. Оцінка стратегічного потенціалу розвитку медичного закладу. Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського. 2018. № 1. С. 58-63.
3. Мельник Л. Г., Романенко О. М. Стратегічне управління розвитком медичних закладів в Україні: проблеми та перспективи. Управління розвитком складних систем. 2019. № 37. С. 28-33.
4. Стельмах О. В. Моделювання стратегічних змін в діяльності медичних закладів на основі адаптивного управління. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка. 2020. № 1. С. 62-68.
5. Яремко І. В., Ярмолюк С. В. Особливості формування стратегії розвитку медичних закладів в умовах ринкових перетворень. Вісник Львівського університету. Серія економічна. 2016. № 73. С. 182-190.

Мінова Л.В.
ННІБО ім. А. Поручника, магістрант

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ НА ЗАСАДАХ ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

У світі забруднення довкілля та токсини з навколишнього середовища спричинили щонайменше 9 мільйонів передчасних смертей. Найбільшою екологічною причиною є забруднення повітря, яке спричиняє близько 7 мільйонів смертей на рік. Кількість смертей від хвороб, пов'язаних із забрудненням навколишнього середовища, становить кожну шосту, що в 15 разів перевищує кількість смертей від насильства [1].

«бережливості», що означало бережливе ставлення до природного середовища, мінімізація процесу серйозного впливу на довкілля та сприяння розвитку і розповсюдженню екологічно безпечних технологій.

В лікарні запроваджена система екологічного менеджменту, яка стосується дезінфекції біологічного матеріалу і використаних медичних виробів, утилізація використаних засобів індивідуального захисту, дезінфекція залишків продуктів харчування і стічних вод в інфекційних відділеннях, збір знезаражених пластикових медичних виробів для повторного використання.

Медичні відходи розділено на такі категорії: категорія А - побутові відходи (безпечні відходи); категорія В - епідемічно (інфекційно) небезпечні відходи; категорія С - токсикологічно небезпечні відходи; категорія D - радіологічно небезпечні відходи.

У закладі виділені спеціальні приміщення для приймання, знезараження, дезактивації та тимчасового зберігання відходів. Проведено також зонування приміщень на «брудну» зону та «чисту» зону.

Збір медвідходів в установі проводиться цонайближче до місця їх утворення в окремі ємності, що візуально чітко відрізняються за кольором та маркуванням. Знешкодження медвідходів не проводиться в маніпуляційних кабінетах. Наповнені ємності герметизуються після первинного збору, позначаються біркою для маркування та переміщуються в накопичувальні контейнери. Складена система маркування медичних відходів. Відходи різних категорій не змішуються.

Система екологічного менеджменту лікарні всіляко підтримує положення Глобального плану дій ВОЗ/ЮНІСЕФ в сфері водогостачання, санітарії і гігієни (WASH) в медичних закладах та впровадження WASH до 2030 р. (WHO/UNICEF, 2016).

Від впровадження системи екологічного менеджменту знижено ризики і пов'язані з ними можливі втрати, у тому числі штрафні санкції оптимізовано внутрішні ресурси, посилено контроль за їх використанням, а також забезпечено відповідність виробничих процесів вимогам законодавства. Впровадження системи екологічного менеджменту сприяло більш чіткому розподілу

повноважень і відповідальності всередині лікарні, скорочення числа медичних «аварій» і, як наслідок, фінансових і трудовитрат.

Серед отриманих зовнішніх переваг - спрощення процедури отримання різних дозволів і ліцензій, підвищення репутації лікарні в очах пацієнтів і партнерів та інших зацікавлених сторін. Таким чином, безпечне управління медичними відходами зміцнює довіру населення, збільшує рівень користування послугами, підвищує ефективність надання послуг, сприяє зниженню витрат на надання медичних послуг.

Список літератури:

1. Забруднення довкілля вбило більше людей ніж COVID-19, – ООН. URL: https://compolitic.com.ua/ua/news/zabrudnenie-dovkillya-vbilo-bilshe-liudei-nizh-covid-19-oon

2. Tadele Assefa Aragaw, Bassazin Avalew Mekonnen. Current plastics pollution threats due to COVID-19 and its possible mitigation techniques: a waste-to-energy conversion via Pyrolysis. doi: 10.1186/s40068-020-00217-x. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7816145

3. Ardusso M., Forero-López A.D., Buzzi N.S., Spetter C.V., Fernández-Severini M.D. COVID-19 pandemic repercussions on plastic and antiviral polymeric textile causing pollution on beaches and coasts of South America. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7726578

4. Tanjena Rume, S.M. Didar-Ul Islam. Environmental effects of COVID-19 pandemic and potential strategies of sustainability. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7498239

Бабенко В.В., Ярош В.О.
ННІБО ім. А. Порубника, магістрант

КЛЮЧОВІ НАПРЯМИ ВПРОВАДЖЕННЯ ESG-ПРИНЦИПІВ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ