

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кваліфікаційна робота магістра

**На тему: «Удосконалення системи менеджменту підприємства на
прикладі "Київська міська клінічна лікарня №6"»**

Здобувач вищої освіти групи 1241Бм спеціальності 073 «Менеджмент» ОПП «Менеджмент у сфері охорони здоров'я »	Сидоренко Дмитро Миколайович
Науковий керівник науковий ступінь, вчене звання	Матукова-Ярига Дар'я Геннадіївна, доцент, кандидат економічних наук, член- кореспондент Академії економічних наук України
Керівник освітньо- професійної програми науковий ступінь вчене звання	Матукова Ганна Іллівна, професор
Завідувач кафедри, науковий ступінь вчене звання	Парій Валентин Дмитрович, професор

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Освітній рівень магістр

Спеціальність 073 «Менеджмент в сфері охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА

Сидоренка Дмитра Миколайовича

1.Тема роботи: «Удосконалення системи менеджменту підприємства на прикладі " Київська міська клінічна лікарня №6»

Керівник роботи: доцент, кандидат економічних наук, член-кореспондент Академії економічних наук України зі спеціальності менеджмент Матукова-Ярига Дар'я Геннадіївна

Затверджені наказом вищого навчального закладу від _____ 2023 р.

2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи

3. Вихідні дані до роботи

4.Цільова установка кваліфікаційної роботи

Мета кваліфікаційної роботи

Об'єкт дослідження

Предмет дослідження

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу

6.Дата видачі завдання

Календарний план

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка

Здобувач вищої освіти

Керівник кваліфікаційної роботи

Зміст дипломної роботи

ЗМІСТ
ВСТУП
РОЗДІЛ I. Дослідження теоретичних основ менеджменту у сфері охорони здоров'я.
1.1 Система фінансування, її трансформація та види сучасного менеджменту в закладах охорони здоров'я України.
1.2 Дослідження викликів, які стоять перед менеджментом в ЗОЗ в умовах теперішнього часу.
Висновки до розділу I
РОЗДІЛ II. Аналіз системи управління в «Київській міській клінічній лікарні №6»
2.1 Характеристика та аналіз основних показників "Київської міської клінічної лікарні №6", її діяльності
2.2 Аналізування системи управління "Київської міської клінічної лікарні №6"
2.3 Оцінка ситуації та визначення стратегій вирішення викликів у функціонуванні управлінської системи Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №6».
Висновки до розділу II
РОЗДІЛ III. Пропозиції щодо підвищення ефективності управління в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6»
3.1 Розробка плану покращення управління в "Київській міській клінічній лікарні №6" на стратегічному рівні.
3.2 Пропозиції щодо покращення управління в "Київській міській клінічній лікарні №6" на оперативному рівні.
3.3 Оцінка та прогнозування результатів удосконалення менеджменту в "Київській міській клінічній лікарні №6".
Висновки до розділу III

ВИСНОВКИ
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ
ДОДАТКИ

ВСТУП

Актуальність: Враховуючи умови, в яких зараз знаходиться наша держава та тривалий процес реформування системи охорони здоров'я, дане дослідження є дуже актуальним, адже саме воно продемонструє, на якому етапі адаптації до нової системи та розвитку знаходиться КНП "Київська міська клінічна лікарня №6".

В складних умовах сьогодення населення вкрай потребує якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги. А ефективне управління та менеджмент закладу має створити усі умови для виконання даних потреб. Тому, тільки сучасному та модернізованому менеджменту це під силу. Саме тому, в даному дослідженні аналізується управління закладом, фінансові результати, наводяться пропозиції та рішення щодо удосконалення менеджменту.

Отже, саме покращення системи управління підприємством, зокрема, медичним закладом, виходить ледь не на перший план для успішного та ефективного розвитку медичної системи в нашій країні та задоволення потреб усіх наших громадян.

Мета дослідження: Беремо до прикладу КНП "Київська міська клінічна лікарня №6", метою якого є аналіз поточної системи менеджменту, фінансових результатів, впровадження пропозиції удосконалення менеджменту, враховуючи вплив війни та процес реформування системи охорони здоров'я, спираючись на сучасні управлінські рішення.

Завдання дослідження:

1. Розглянути управління системою охорони здоров'я в Україні зважаючи на впровадження медичної реформи та війни.
2. Провести порівняльний аналіз різних моделей управління підприємством, визначити їхні сильні та слабкі сторони в сучасному світі.
3. Проаналізувати фінансовий стан речей в КНП «Київська міська клінічна лікарня №6»;
4. Провести аналіз діяльності КНП «Київська міська клінічна лікарня №6».
5. Розробити стратегічні та оперативні кроки для вдосконалення системи менеджменту в закладі в умовах війни та реформування медицини в цілому.

Об'єкт дослідження: менеджмент підприємством (медичним закладом) в умовах впливу війни та процесу реформування системи охорони здоров'я.

Предмет дослідження: соціально-економічні закономірності функціонування та розвитку медичного закладу на прикладі КНП "Київська міська клінічна лікарня №6" в умовах повномасштабної війни та реформи системи охорони здоров'я.

Методи дослідження:

- Теоретичні методи: огляд фахових наукових/літературних джерел, актуальних наукових робіт, теоретичних концепцій та існуючих моделей управління підприємством.
- Емпіричні методи: аналіз статистичних даних, аналіз документації та статутних документів підприємства.
- Математичні методи обробки отриманих даних, зокрема, фінансових показників.

Наукова новизна дослідження полягає в удосконаленні та екстраполяції на теперішні реалії існуючих методів управління медичними закладами.

Практична значущість дослідження полягає в можливості модернізації менеджменту підприємства на основі даних, викладених в дослідженні, та відкриває перспективу для подальшого написання робіт в даній сфері.

РОЗДІЛ І. ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ОСНОВ МЕНЕДЖМЕНТУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Система фінансування, її трансформація та види сучасного менеджменту в закладах охорони здоров'я України.

Менеджмент – це знання, бажання, вміння, можливість, досвід і мистецтво досягати в управлінській системі поставленої мети та забезпечити ефективне управління на науково-практичних принципах в умовах обмеженості ресурсів, координуючи, регулюючи й раціонально використовуючи працю, інтелект, компетентність, кваліфікацію, професіоналізм, натхнення і мотиви співробітників. Ресурси є одним з найважливіших елементів з яким який суттєво впливає на управління підприємства, сфера охорони здоров'я не є винятком.

Концептуальною основою менеджменту медичного підприємства є система фінансування охорони здоров'я (Рис. 1). Часто системи фінансування охорони здоров'я класифікують за моделями чи назвами (наприклад, система «Бевериджа», «Бісмарка», «Семашко»). Ці поняття можуть бути корисними для передачі важливих політичних значень або для відображення культурного контексту, в якому система охорони здоров'я співвідноситься зі «способом життя». Наприклад, багато країн з перехідною економікою можуть характеризувати реформу як перехід до «страхової системи» для того, щоб подати сигнал про зміни в колишній ієрархічно керованій системі охорони здоров'я та економіці. Однак, якщо розглядати системи вужче, крізь призму політики фінансування охорони здоров'я, то ці загальні класифікації не є надто корисними для розуміння існуючих систем, оцінки можливих реформ охорони здоров'я або експериментів з новими ідеями реформування. Моделі визначаються, головним чином, за джерелом надходження коштів (тобто із загальних доходів бюджету або доходів від податку на заробітну плату), але поступово зростає розуміння того, що країни можуть (і мають) впроваджувати

значні реформи у своїй системі фінансування без зміни джерела надходжень. Концептуально джерело надходження коштів не має визначати організацію роботи системи, механізми, за допомогою яких розподіляються ресурси, або рівень деталізації, з якою визначено право на виплати. Отже, такі поняття, як «системи, що фінансуються із загальних податків» або «системи соціального медичного страхування», і цей спосіб мислення про системи фінансування охорони здоров'я загалом, є концептуально неспроможними. Тому, що, насправді, це може обмежити аналіз можливих варіантів політики або сконцентрувати увагу на успіхах чи провалах конкретних систем, а не на їхньому впливі на систему і населення в цілому.

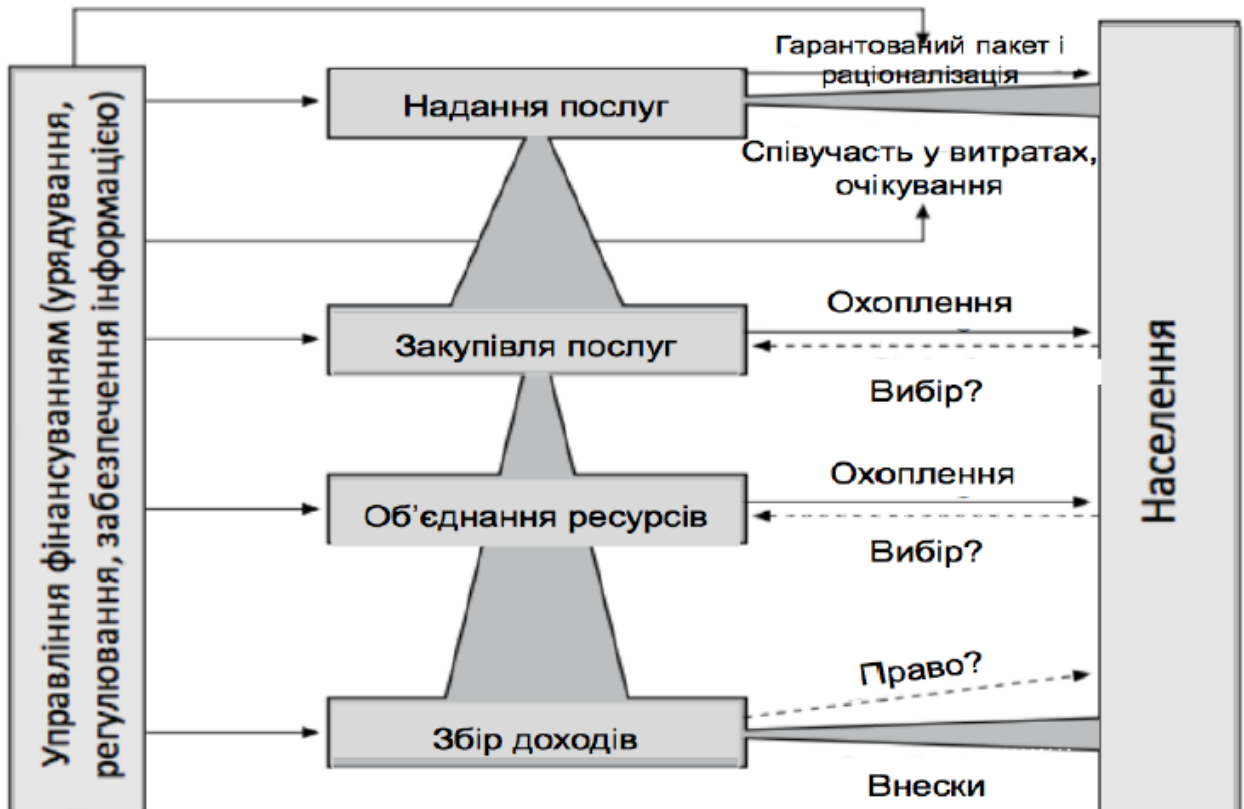


Рис.1.1 Концептуальна основа для розуміння організації системи фінансування охорони здоров'я

На рисунку 1.1 зображено концептуальна основа для розуміння організації системи фінансування охорони здоров'я

Упродовж століть Україна переживає дуже багато випробувань. Через жертви та біль ми рухаємося до кристалізації країни, в якій рівність, воля та повага до людей будуть структурними підвалинами Держави.

У часи кровопролитних воєн за нашу Незалежність, одна із яких наразі триває – із нашим довічним ворогом – росією, ми завжди знаходимо у собі сили для самоорганізації, допомоги одне одному та руху вперед. Навіть під час цієї війни в країні відбуваються зміни, метою яких є прагнення стати частиною сучасного та ефективного світу.

За розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року уряд схвалив Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я. Дане рішення сприятиме забезпеченню громадянам України доступ до гідного європейської держави рівня медичного обслуговування шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі обов'язкового державного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті. Нова модель фінансування охорони здоров'я включає впровадження державного гарантованого пакету медичної допомоги, створення єдиного національного замовника медичних послуг (НСЗУ), автономізацію постачальників медичної допомоги, нові методи оплати та нову систему управління якістю послуг.

Реформи не закінчуються, і трансформація системи фінансування була одним із перших та чи не найголовніших кроків. Важливим наслідком цього етапу є те, що органи місцевого самоврядування стали власниками медичних підприємств, а не закладів чи установ. Відповідно, в них є низка вкрай складних завдань, з якими мають справу й, наприклад, власники мільйонів приватних підприємств у всьому світі. Вони мусять обрати ефективного керівника, модель управління, звітування, інвестиції та багато іншого. Також власники лікарень мають займатися втіленням стратегій у партнерстві з місцевими департаментами та управліннями охорони здоров'я.

Саме на цьому етапі і включається менеджмент медичного закладу. Керівники мають вміти користуватись тісними робочими зв'язками з власниками підприємств, володіти чітким розумінням механізму роботи з НСЗУ, сприяти максимізації доходів в умовах нової реформи та застосовувати сучасні та ефективні системи управління.

В сучасному менеджменті виділяють велику кількість видів систем управління. Враховуючи специфіку, а саме, дослідження менеджменту в закладах охорони здоров'я України, вважаю необхідним розглянути ті види, що є найбільш розповсюдженими саме в нашій країні.

Вид системи управління	Стисла характеристика
Ієрархічна система управління	<ul style="list-style-type: none"> • Основою є влада – рівні управління, обов'язки, субординація. • Централізація влади, сувора службова ієрархія підпорядкованості. • Адміністративно-командний стиль управління. • Розподіл на директорати, департаменти, управління, відділи, служби, сектори. • Прямий шлях управління. • Діяльність співробітників чітко регламентована і розмежована, робочі обов'язки чітко визначені (уставами, положеннями, нормативно-правовими та службово-посадовими документами). • Керівник приймає абсолютну більшість рішень одноосібно або у вузькому колі соратників.
Холекратія	<ul style="list-style-type: none"> • Основою є – ролі, зрілість і відповідальність колег. • Відсутність ієрархії, структура гнучка, влада зосереджена в колах. • Демократично-ліберальний стиль управління.

	<ul style="list-style-type: none"> • Функціональна ієрархія кола. Об'єднання співробітників. у кола за ролями. Члени кола можуть одночасно бути учасниками декількох кіл. • Переважно опосередкований шлях управління • Обов'язки розподіляються залежно від здібностей і інтересів співробітників, членів кола. • Увага - на реалізації особистої мотивації та потенціалу • Вільне прийняття рішень в межах особистої відповідальності або прийняття рішень у межах кола, що відповідає за відповідний процес/розділ роботи.
Соціократія	<ul style="list-style-type: none"> • Основою є – колегіальність управління за принципами. • Складається з ієрархії напів-автономних функціональних, а не авторитарних, кіл. • Авторитарно-демократичний стиль управління. • Обрання посадових осіб кола (не обов'язково членів кола) і визначення їх обов'язків – на відкритих дебатах. • Змішаний (прямий +опосередкований) шлях управління. • Діяльність співробітників організована за 4-ма принципами: погодження; організація кола; подвійний зв'язок; вибори погодженням. • При прийнятті стратегічних управлінських рішень використовується метод погодження інтересів, а не більшості голосів, після обговорення людьми, які знають один одного.
Системний підхід до системи управління	<ul style="list-style-type: none"> • Системний підхід, взаємодія елементів системи, аналітика взаємозв'язків. • Концепція вбачає організацію як взаємопов'язану систему, де кожен елемент впливає на інші. • Аналізує взаємозв'язки між частинами для оптимізації всієї системи.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ефективна організація формується на базі семи взаємозалежних елементів, зміна кожного з яких потребує відповідної зміни шести інших, а саме: стратегії, структури, системі, штату кадрів, стилі, кваліфікації та поділі цінностей.
Селф-менеджмент	<ul style="list-style-type: none"> • Передбачає самостійний вибір сучасним менеджером цілей і шляхів їх досягнення, активну участь персоналу в підготовці, прийнятті та виконанні рішень. • Мистецтво керувати собою, своїм часом, своїм життям, свідомо робити свою кар'єру через самооцінку, самовизначення, самомотивацію, саморозвиток, самоконтроль і, як підсумок, самореалізацію в обраній сфері діяльності. • Сукупність раціональних методів й організаційних важелів управління менеджером власною працею. • Послідовне і цілеспрямоване використання випробуваних методів роботи в повсякденній практиці для того, щоб оптимально та зі змістом використовувати свій час.

Таб.1.1 Сучасні підходи до системи управління у медичній галузі в Україні

В таблиці 1.1 наведені сучасні підходи до системи управління у медичній галузі в Україні та їх коротка характеристика.

На сьогоднішній день ключовими та найбільш поширеними є дві основні системи управління – ієрархічна та системна. На жаль, саме ієрархічність, як і системність, обмежує гнучкість, демократичність, інноваційність й ініціативність в управлінській діяльності, а це, в свою чергу, означає відсутність миттєвої реакції на зміни чи критичну ситуацію, можливість працювати у швидкому темпі за відповідним управлінським пакетом. Така модель управління – шлях до занепаду. Саме тому, більш раціонально обирати інші моделі управління, які краще сприймають і впроваджують його нові гнучкі, демократичні схеми.

До таких схем відносяться холякратія та соціократія. Саме ці системи за своїми принципами дають більшої автономії в системі управління, що дає змогу подивитись на ту чи іншу ситуацію під різними кутами, з різним життєвим досвідом та компетенціями.

Холякратія – це система управління, в якій: влада зосереджена не в окремих людей, а в наборі правил; посадові обов'язки замінені ролями; прийняття рішень надаються працівникам організації; розподіл відповідальності лідерів і співробітників здійснено в рамках їх ролей.

Соціократія – це система управління, яка покликана для прийняття управлінських рішень, які формують гармонію в колективі чи суспільстві, а також ефективні організації; набір інструментів для формування домовленостей між співробітниками, принципів і правил поведінки в організації, варіантів реагування на виклики та зміни.

Селф-менеджмент або самоменеджмент – це функція, вид людської діяльності, управління собою для досягнення визначених власних цілей.

Комбінація цих підходів може сприяти оптимізації управлінських процесів у медичній сфері, забезпечуючи ефективність та гнучкість в управлінні.

1.2 Дослідження викликів, які стоять перед менеджменту в ЗОЗ в умовах теперішнього часу.

Ще починаючи з 2014 року Україна знаходиться у війні з російською федерацією, що ще з того часу створювало деякий тиск на бюджет держави, що відповідно і впливало на фінансування сфери охорони здоров'я. Незалежно від цього з 2018 року почалось повноцінне реформування медицини в країні, що також можна вважати дещо дестабілізуючим фактором для розвитку галузі. Тож за цей час медицина пережила велику кількість різних трансформацій про, що і буде викладено в даному підрозділі.

Не беручи до уваги вищезгадані фактори, Україна, подібно багатьом іншим країнам, стикається зі значущими та складними викликами у сфері охорони здоров'я, що створює комплексні завдання для менеджменту в закладах охорони здоров'я. Нинішні реалії вимагають від керівництва у цьому секторі не лише стратегічного планування та ефективного управління ресурсами, але й гнучкості в реагуванні на швидкозмінні умови.

Одним із ключових аспектів управління в охороні здоров'я в Україні є адаптація до системних реформ та модернізація підходів до надання медичних послуг. Впровадження концепцій, спрямованих на покращення якості та доступності медичної допомоги, відображається на роботі керівництва та визначає стратегічні напрями подальшого розвитку системи охорони здоров'я.

Фінансова стійкість, оптимізація бюджетних ресурсів та ефективна робота з НСЗУ є суттєвим аспектом, що визначає діяльність керівництва в умовах змін економічної кон'юнктури та потреб суспільства. Здійснення ефективного фінансового управління є необхідністю для забезпечення стабільності та якісного надання медичних послуг.

На тлі викликів війни, пандемії та динаміки здоров'я громади, керівництво зобов'язане реагувати на нові виклики, що вимагають не лише стратегічних рішень, але й оперативності та високого рівня взаємодії з іншими суб'єктами системи охорони здоров'я.

Проведено дослідження актуальних викликів, які стоять перед менеджментом в закладах охорони здоров'я в Україні.

Актуальні виклики для менеджменту в системі охорони здоров'я в Україні варто почати з системних реформ в охороні здоров'я. Україна переживає період активних системних реформ в охороні здоров'я, спрямованих на вдосконалення якості медичних послуг та ефективніше використання ресурсів. Впровадження нових моделей фінансування, перегляд організаційних структур, а також

розширення використання інформаційних технологій ставлять перед менеджментом завдання адаптації до нового етапу розвитку системи охорони здоров'я.

Важливим аспектом є розуміння та врахування вітчизняних та міжнародних тенденцій у розвитку медичної сфери. Здатність менеджменту аналізувати та адаптуватися до змін у ландшафті охорони здоров'я дозволить ефективно впроваджувати стратегії, спрямовані на покращення системи.

Необхідно переймати практики інших країн та користуватись можливістю вчитись на помилках інших, аналізувати їх та впроваджувати зміни вже зважаючи на досвід різних країн.

Згідно з даними Українського центру охорони здоров'я загальні державні видатки на охорону здоров'я у 2023 році становлять 176,9 млрд гривень (у 2022 році — 196,8 млрд гривень) або майже 4,2 млрд доларів США (у 2022 — 6,9 млрд доларів США). Уряд скоротив загальні видатки на охорону здоров'я у гривні на 10%, що співмірно зі скороченням інших програм, крім оборони. Видатки на душу населення у гривні навіть дещо зростуть, зважаючи на меншу кількість громадян, які перебуватимуть на території України у 2023 році. У доларовому еквіваленті видатки на охорону здоров'я скоротилися майже на 40%. Цей показник більш реально відображає виклики для повноцінного забезпечення надання медичної допомоги наступного року. Ріст споживчих цін впливатиме на тарифи на медичні послуги. Крім цього, у зоні ризику опиняться послуги, залежні від імпорту ліків, медичних виробів та витратних матеріалів. Загальні державні видатки на охорону здоров'я на душу населення зменшилися зі 159 до 116 доларів США, а державні видатки на охорону здоров'я відносно до ВВП зменшилися з 4,2% до 2,8% (медіана у країнах Європи становить 5%) що відкидає Україну до показників 2019 року.

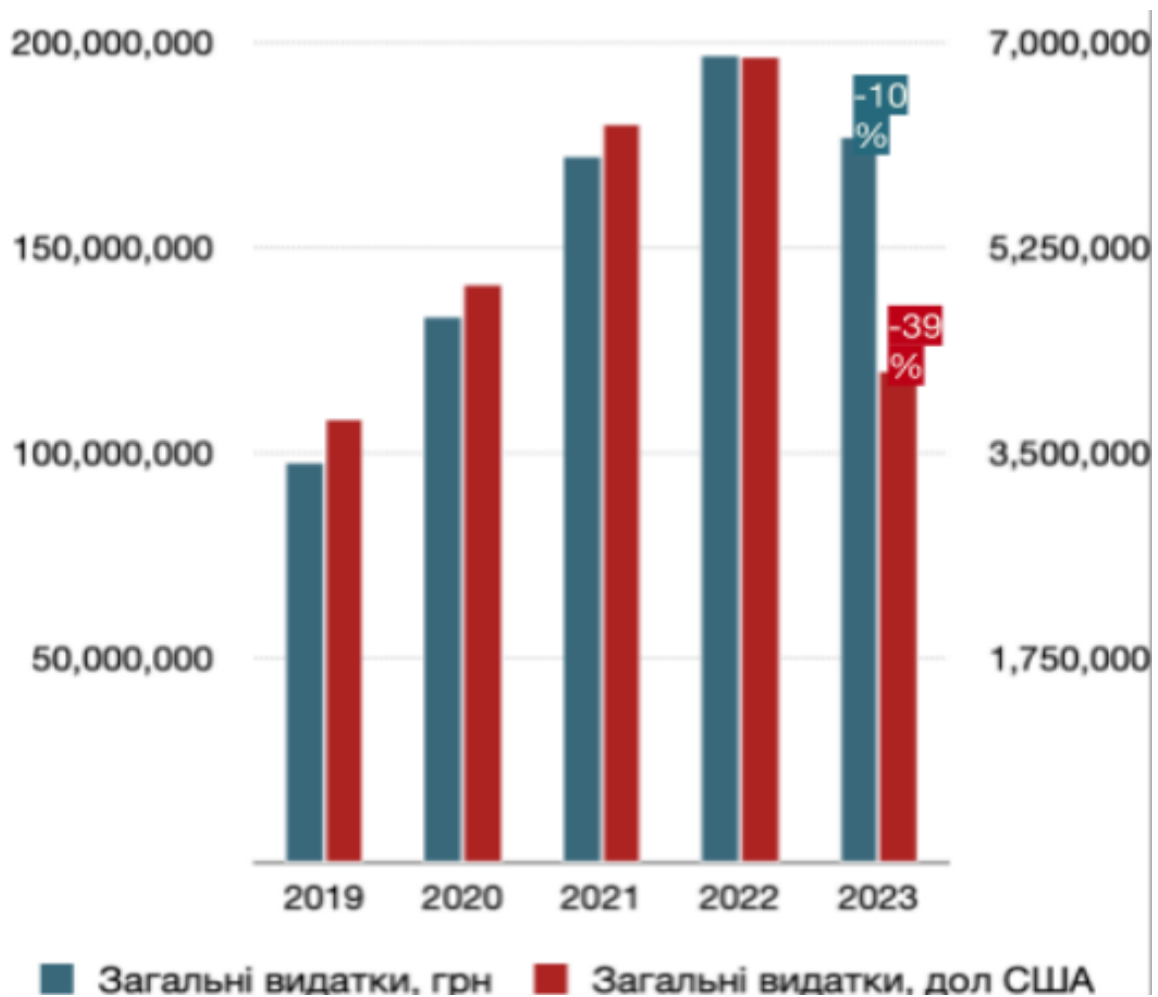


Рис. 1.2 Загальні державні видатки на охорону здоров'я у грн та доларах США(2019-2023рр.)

На рисунку 1.2 наведено порівняння загальних видатків на охорону здоров'я у грн та доларах США за 2019-2023 роки.

Зниження обсягу фінансування та економічна нестабільність викликають необхідність активного фінансового управління в установах охорони здоров'я. Менеджмент повинен розробляти та впроваджувати стратегії, спрямовані на оптимізацію витрат, забезпечення фінансової стабільності та ефективне використання бюджетних ресурсів.

Важливо зазначити, що ці стратегії повинні бути орієнтовані на забезпечення якісних медичних послуг, навіть у змінених фінансових умовах. Раціональне

розподілення коштів та пошук додаткових фінансових ресурсів стане ключовим завданням менеджменту.

Останні роки визначили важливість ефективного управління в умовах пандемій та епідемій. Керівництво має створити та реалізувати стратегії, які враховують непередбачені обставини та забезпечують максимальний рівень безпеки для пацієнтів та медичного персоналу.

Зокрема, розробка та підтримка механізмів оперативного реагування на епідемічні загрози, вдосконалення системи логістики, забезпечення належного рівня оснащення та ресурсів для високоефективного лікування в умовах епідемічного тиску – це ключові аспекти, на які повинен звертати увагу менеджмент.

Саме тому, ми можемо спостерігати зміни в кількості лікарів з відповідною спеціальністю, а саме інфекціоністів. Це вказує на те, що держава реагує на події, що відбувались раніше (пандемія Covid-19) та робить відповідні дії для унеможливлення повторення пандемії.

Сучасне суспільство висуває високі вимоги до якості медичних послуг. У цьому контексті менеджмент має виробляти та впроваджувати стратегії, спрямовані на підвищення рівня медичної допомоги та задоволення пацієнтів.

Важливим аспектом є створення системи постійного моніторингу та контролю за якістю послуг. Впровадження стандартів обслуговування, аудит медичної практики, а також залучення пацієнтського фідбеку дозволяють активно працювати над поліпшенням медичних процесів.

Запровадження інновацій та цифрових технологій стає стратегічно важливим напрямом розвитку системи охорони здоров'я. Використання електронних медичних карт, електронних систем запису та обміну даними, телемедицина –

це лише кілька прикладів, які можуть покращити доступність медичної допомоги та оптимізувати процеси управління.

Менеджмент повинен визначати стратегічні напрямки впровадження технологій, розробляти плани їхньої імплементації та забезпечувати відповідний розвиток інформаційно-комунікаційної інфраструктури.

Як зазначалось і раніше, війна в нашій країні значно вплинула на процеси в сфері охорони здоров'я. Сильно вона вплинула і на зміну кількості як лікарів, так і молодшого медичного персоналу. Зокрема, велика кількість молодих спеціалістів, інтернів, молодих людей, які щойно закінчили медичний університет, виїхала закордон з неясною перспективою повернення. Тому, зараз спостерігається доволі високе навантаження на працівників, що в майбутньому може призвести до виникнення дефіциту кадрів. Менеджерам треба бути до цього готовими, виробляти стратегії збереження персоналу та бути зацікавленими в збереженні людей. Уміле управління персоналом є важливим аспектом успіху в системі охорони здоров'я. Забезпечення належного рівня кваліфікації та мотивації персоналу стає завданням менеджменту. Створення ефективних систем оцінки та розвитку кадрів, а також впровадження мотиваційних програм – це стратегічні напрями, які можуть позитивно впливати на роботу медичного персоналу.

Висновки до розділу I

1. Система охорони здоров'я в Україні зараз переживає визначні зміни, які характеризуються як і зміни в фінансуванні, форми власності, так і в менеджменті та якості надання медичної допомоги населенню.

2. Комбінація підходів до систем управління може сприяти оптимізації управлінських процесів у медичній сфері, забезпечуючи ефективність та гнучкість в цих складних умовах.

3. Адаптація до системних реформ, фінансова стійкість, антикризове управління (на прикладі здатності протидіяти пандемії), кадрове питання, управління персоналом та мотивація покращення якості послуг та впровадження інновацій - визначені основні виклики для менеджменту в сфері охорони здоров'я.

Тож, у наступному розділі, на прикладі комунального некомерційного підприємства, а саме «Київської міської клінічної лікарні №6», буде наведена характеристика та аналіз закладу, щоби показати, як саме сьогодні менеджмент пристосувався за заданих умов та продовжує успішне управління закладом.

РОЗДІЛ II. АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В «КИЇВСЬКІЙ МІСЬКІЙ КЛІНІЧНІЙ ЛІКАРНІ №6»

2.1 Характеристика та аналіз основних показників "Київської міської клінічної лікарні №6", її діяльності.

Київська міська клінічна лікарня № 6 заснована в 1963 році й розташована у мальовничій зеленій частині міста Києва. Загальною площею 25749,1м², розрахунковою потужністю - 460 ліжок. Складається з таких найбільших структурних елементів, як стаціонарне відділення, яке знаходиться за адресою м. Київ, Солом'янський район, проспект Любомира Гузара, 3 та амбулаторії з консультативно-діагностичним елементом, що знаходиться за адресою Вадима Гетьмана 3.

Територія КНП «КМКЛ № 6» складає 124993 га. До складу лікарні входить два клінічних корпуси, адміністративний корпус, лабораторно-діагностичний корпус, центральне стерилізаційне відділення, харчоблок, пральня та господарча частина.

Відповідно до Рішення Київської міської ради від 24 жовтня 2019 року №6/7579 «Про реорганізацію закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної власності територіальної громади міста Києва» шляхом перетворення Київської міської клінічної лікарні № 6 було утворене комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня № 6» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). Підприємство є правонаступником усього майна, грошових коштів, усіх прав та обов'язків Київської міської клінічної лікарні №6.

Електронна пошта [-medgorodok.kmkl6@gmail.com](mailto:medgorodok.kmkl6@gmail.com)

Лікарня забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах стаціонару дорослим з гострими станами або загостренням хронічних захворювань, що потребують високої інтенсивності лікування та планової

медичної допомоги в стаціонарних умовах населенню території обслуговування та знаходиться у взаємодії з закладами охорони здоров'я первинного та третинного (високоспеціалізованого) рівнів.

Лікарня являється клінічною та учбовою базою вищих і середніх медичних учбових закладів (III - IV рівнів акредитації).

Організація та надання послуг «НП «КМКЛ № 6» ґрунтується на принципах:

- Доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання
- Безпечності, що полягає у наданні послуг КНП «КМКЛ № 6» у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;
- Своєчасності;
- Економічної ефективності, що досягається шляхом надання медичних послуг таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;
- Забезпечення наявності якісних препаратів, вакцин і витратних матеріалів;
- Географічна доступність медичних послуг та посилення якості служби екстреної допомоги;
- Орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг КНП «КМКЛ № 6» у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря;
- Безперервний та постійний розвиток, навчання та підвищення кваліфікації працівників КНП «КМКЛ № 6».

Мета діяльності:

КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» проводить некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення, збереження і зміцнення здоров'я населення та інших соціальних результатів без мети одержання прибутку.

Інструменти досягнення мети:

1. Задоволення потреб пацієнта кваліфікованою медичною допомогою, надання високоспеціалізованої медичної допомоги, проведення великого спектру лабораторних, рентгенологічних та інших досліджень. Висока якість послуг

2. Етичні принципи. Довіра. Наша робота базується на професійності, конфіденційності та етичності.

3. Фінансова ефективність. Наш заклад забезпечує високу якість надання послуг, забезпечуючи фінансову ефективність.

4. Професіоналізм – безперервна самоосвіта кожного фахівця закладу (лікарі та медичні сестри), спрямованість знань, досвіду та можливості на вирішення проблем зі здоров'ям пацієнтів на постійній основі.

5. Дисципліна та командність – ми вимогливі до себе та до своїх пацієнтів.

6. Забезпечення належними умовами праці медичного персоналу.

7. Покращення іміджу КНП «КМКЛ № 6».

8. Комп'ютеризація системи – використання електронних технологій як провайдерів сучасного управління та перший крок до інтеграції.

Джерела отримання коштів підприємства є:

- бюджетні кошти (підприємство є одержувачем бюджетних коштів в межах бюджетних асигнувань у відповідному бюджетному році в т.ч. бюджет розвитку);
- коштів отриманих за надання медичних послуг відповідно до Договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій від 30.03.2020 № 0388-420-Р000 з Національною службою здоров'я України;
- надання в оренду приміщень;
- інші джерела, не заборонені чинним законодавством.

Джерело надходжень	Відсоток від загальної суми
Програма медичних гарантій	62,4%
Бюджет від Київської міської ради	17,6%
Державний бюджет (централізовані закупівлі)	1,7%
Благодійна допомога	7,6%
Платні послуги, страхові виплати	8,0%
Інше	2,7%
Всього	100,0%

Табл. 2.1 Розподіл надходжень за джерелами фінансування за 2023 рік

Тож, враховуючи той факт, що саме робота з НСЗУ є найбільшим джерелом надходжень, саме це треба використовувати для можливості збільшення надходжень.

До того ж, достатньо велику частку надходжень займають платні послуги та страхові виплати, що мотивує продовжувати працювати в даному напрямку та активно його розвивати.

Назва будівлі	Рік введення в експлуатацію	Площа на балансі, кв.м	Орендована площа, кв.м	Вільна площа, кв.м	Площа для власних потреб, кв. м
Нежитлова будівля складу літ. Д-1	1993	554,7	0	0	554,7
Нежитлова будівля(гараж), літ. Н-1	1990	64,9	0	0	64,9
Нежитлова будівля(гараж) О-1	2005	20,5	0	0	20,5
Нежитлова будівля “Складу кисню” літ. Л-1	2005	20,2	0	0	20,2
Нежитлова будівля лікувального корпусу, літ. Ж-1	1964	3160,60	1510,80	0	1649,2
Нежитлова будівля майстерні- 2, літ. П-1	2005	318	0	318	0
Нежитлова будівля харчоблоку, літ. Г-1	1978	3309,30	76,7	0	3232,6
Нежитлова будівля центрального стерилізаційного відділення, літ. Е-1	1962	762,3	133,3	0	629,0
Нежитлова будівля адмінкорпусу А-1	1963	1862,5	101,7	0	1764,8
Нежитлова будівля головного корпусу, літ. Б-1	1963	11616,1	288,2	0	11327,9
Нежитлова будівля котельні, літ. К-1	1962	1032,90	276,6	0	756,3
Нежитлова будівля майстерні, літ. Р-1	1960	91,2	0	0	91,2
Нежитлова будівля паталогоанатомічної лабораторії, літ. І-1	1963	227,6	10,3	0	217,3
Нежитлова будівля пральні, літ. Ї-1	1963	823,1	0	192	631,1
Нежитлова будівля прохідної№ 2, літ. 3-1	1963	7,2	0	0	7,2

Нежитлова будівля бомбосховища, літ. А	1974	282,4	0	0	282,4
Нежитлова будівля господарського корпусу, літ. В-1	1963	1149,30	152,1	0	997,2
Нежитлова будівля центральної лабораторії, літ. М-1	1963	446,3	38,9	0	407,4
Всього	-	25749,1	2588,6	510,0	22650,5

Таблиця 2.2. Наявна матеріально-технічна база

У таблиці 2.2. можна ознайомитись з наявною матеріально технічною базою, яка складається з площі близько 22650,5 м². Наявність такої значної території дозволяє мати можливість здавати в оренду деякі приміщення та отримувати за це кошти.

У додатку Б наведені основні фінансові показники за 2020-2022 роки та план на 2023 рік, з яких можна зробити деякі висновки, а саме можна відзначити ріст доходів за рахунок операційних доходів, проте зменшення надходжень від НСЗУ, що може бути зумовлено рядом факторів, як зменшення фінансування на охорону здоров'я пов'язані з війною. При цьому, витратна частина також збільшилась за рахунок операційних витрат та собівартості реалізованої продукції, це може бути спричинено девальвацією та інфляцією, яка наявна в державі.

Назва	На 01.01.2018	На 01.01.2019	На 01.01.2020
Всього в т.ч.	495426,1	520496,3	958137,0
Будівлі, споруди	127330,8	133550,4	382144,8
Земельні ділянки	288790,9	288790,9	454002,5
Машини та обладнання	51986,4	69191,8	78903,4
Інструменти, прилади, інвентар	763,4	799,7	1162,0
Багаторічні насадження	23488,4	23058,7	35236,8

Бібліотечні фонди	91,5	92,3	92,1
Малоцінні необоротні матеріальні активи	2407,3	4159,4	5244,9
Білизна, постільні речі	322,5	608,2	899,7
Транспортні засоби	161,5	161,2	367,0

Табл.2.3. Вартість основних засобів підприємства (тис.грн)

Дані наведені на початок 2020 року, але в порівнянні з 2019 роком спостерігається збільшення матеріально-технічного оснащення.

Проте, проаналізувавши Додаток А, можна дійти до висновку, що більша частина матеріально-технічної бази є застарілою та вимагає модернізації та реставрації.

Ця проблема є найбільше поширеною для Комунальних некомерційних підприємств, бо тривалий час кошти на ремонти та модернізацію приміщень виділялись в досить невеликих кількостях. Проте, зараз ця проблема дещо зменшується, адже з переходом підприємств у власність Київської міської ради, кошти на капітальні ремонти виділяються більш регулярно.

Назва пакету послуг	Сума виділених коштів на пакет, грн	Відсоток від загальної кількості, %
Первинна медична допомога	2482886	1,23
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	68864412,60	34,2
Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	44404299	22,05
Медична допомога при гострому мозковому інсульті	20945520	10,4

Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах	28 705 194	14,26
Гістероскопія	11 555	0,01
Езофагогастродуоденоскопія	1 298 715	0,65
Колоноскопія	711 177	0,35
Цистоскопія	150 880	0,08
Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям	3 160 806	1,57
Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям	1 069 656	0,53
Готовність до надання медичної допомоги в умовах поширення інфекційних захворювань, епідемій та в інших надзвичайних ситуаціях	12 642 120	6,28
Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	783 552	0,39
Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів	1 414 102	0,7
Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги	23 058	0,01

Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах	13 332 120	6,62
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах	638 380	0,32
Секційне дослідження	700 656	0,35
Всього	201 339 089 ₴	100,0

Таб.2.4. Надходження до пакетам медичної допомоги згідно програми медичних гарантів

Згідно з даними про надходження коштів по пакетах програми медичних гарантів, найбільш оплачуваний є пакет “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”, що приносить лікарні понад третину всього доходу від НСЗУ. При цьому, є пакети, по яких надходження є на досить низькому рівні, що змушує розглянути покращення роботи з даними пакетами.

Для аналізу роботи закладу є важливим рівень заробітних плат працівників.

Категорія	Середньомісячна ЗП штатних працівників на 1 особу, грн
Керівники	50684,7
Керівники структурних підрозділів	35665,7
Лікарі	30103,4
Середній медичний персонал	19457,9
Молодший медичний персонал	11621,9
Інший персонал	15463,2

Табл. 2.5 Середні показники заробітної плати в закладі

Дані показники є задовільними в порівнянні з заробітними платами в інших регіонах країни. Проте, якщо порівнювати з країнами Європейського союзу, то показник є далеким від конкурентоспроможної заробітної плати, тому цей

аспект є доволі важливим, адже медики з високою заробітною платою значно якісніше виконують свою роботу.

Охорона здоров'я є однією з найважливіших галузей соціальної сфери України. Праця медичних працівників безпосередньо пов'язана з реалізацією конституційного права людини і громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Ефективна організація праці медичних працівників є одним з основних факторів, що забезпечують суспільне та особисте здоров'я і, як наслідок, обумовлює соціальну стабільність у суспільстві.

Назва відділення	Кількість ліжок
Відділення паліативної допомоги	15
Відділення фізичної та реабілітаційної медицини	55
Кардіологічне відділення з ревматологічними, ендокринологічними та гастроентерологічними ліжками	50
Відділення загальної та невідкладної хірургії, з пластичною хірургією	65
Травматологічне відділення	55
Анестезіологічне відділення (реанімація)	15
Терапевтичне відділення	50
Гінекологічне відділення	30

Інсультне відділення з неврологічними ліжками	50
Урологічне відділення	50
Відділення гнійної хірургії	35
УСЬОГО	460

Табл.2.6 Ліжковий фонд

Дана таблиця відображає наявні відділення в стаціонарі та кількість ліжок у кожному з них. Ліжковий фонд закладу налічує 460 ліжок. Можна відзначити, що більшість ліжок, а саме 240 займають хворі хірургічного профілю, а терапевтичного – 220. Слід відзначити, що лікарня має інсультний центр, який спеціалізується на наданні спеціалізованої допомоги при мозковому інсульті. Також, у відділенні проводяться тромболізіс і виконуються нейрохірургічні втручання.

Згідно штатного розпису підприємства, затвердженого станом на 01.06.23р. штатна чисельність працівників складає - 980,75 штатних одиниць.

Категорії	Штатні одиниці	Фактично зайнято	Фізичних осіб	Відсоток забезпечення персоналом
Лікарі	248,0	200,25	217,0	87,5%
Середній медперсонал, провізор	302,75	261,75	287,0	94,8%
Молодший медичний персонал	201,25	167,0	173,0	86,0%
Спеціалісти з немедичною освітою	94,75	67,0	68,0	71,8%

Інший персонал	134,0	107,0	108,0	87,09%
Всього	980,75	803,0	853,0	87,0%

Табл.2.7 Дані, щодо залучених одиниць персоналу по категоріях

В «Київській міській клінічній лікарні №6» наявний дефіцит кадрів, адже згідно з таблицею 2.7 лише 87.5% лікарів та 86% молодшого медичного персоналу заповнено на червень 2023 року.

Профіль ліжок	Факт кількі- сть ліжок	Поступ ило хворих	Виписано	Померло всього		Ліжко/дн і	Летальність		Середн є перебу вання на ліжку	Обіг ліжка	Зайня- тість ліжка
				У від-ні	Крім того		У відділенні	Загальна			
				348							
Всього	460	13169	12728	249	99	99251	2,661		7,56	28,42	215,76
Терапія	50	1714	1586	63	32	10031	3,820	5,651	5,97	33,63	200,62
Кардіологія	25	1011	978	2	7	7035	0,204	0,912	7,07	39,82	281,40
Ревматологія	10	276	269	0	0	1978	0,000	0,000	7,26	27,25	197,80
Ендо	10	109	114	0	0	917	0,000	0,000	8,22	11,15	91,70
Гастро	5	130	133	0	0	833	0,000	0,000	6,33	26,30	166,60
Хірургія І	35	1330	1282	0	7	7791	0,000	0,543	5,97	37,31	222,60
Травматологія	55	745	726	0	0	7023	0,000	0,000	9,55	13,37	127,69
Пластика	30	71	78	0	0	2916	0,000	0,000	39,14	2,48	97,20
Хірургія ІІ	35	1327	1325	3	11	7570	0,226	1,046	5,70	37,93	216,29
Урологія (всього)	50	2167	2138	0	2	10530	0,000	0,093	4,89	43,05	210,60
Гінекологія	30	1701	1702	0	0	5234	0,000	0,000	3,08	56,72	174,47
Неврологія	10	316	290	3	6	2723	1,024	3,010	8,94	30,45	272,30
Реанімація	15	0	0	99		1905	14,580		2,81		127,00
Паліативне	15	188	89	88	5	2708	49,718	51,099	14,84	12,17	180,53
Відновна реаб	55	708	736	0	0	19617	0,000	0,000	27,17	13,13	356,67
Терапевтичне	220	5641	5290	201	67	56260	4,525	5,944	10,18	20,37	255,73
Хірургічні	240	7528	7438	3	20	41086	0,040	0,308	5,49	31,19	171,19
Інсультичне	40	1189	1095	90	29	10418	7,595	9,802	8,78	29,68	260,45

Табл. 2.8 Інформація КМКЛІ №6 про використання ліжкового фонду за 9 міс 2023 р

На таблиці 2.9 вказані основні показники використання ліжкового фонду за 9 місяців 2023 року. Згідно цих даних можна проаналізувати кількість всього пролікованих пацієнтів по різних відділеннях, летальність в лікарні, середнє перебування на ліжку, обіг ліжка та зайнятість ліжка, що є важливими показниками в організації роботи лікарні, та які використовуються для розрахунку основних виробничих показників, що враховуються при розрахунку коштів на придбання медикаментів і продуктів харчування, при складанні кошторисів витрат.

За цей час було проліковано 13169 осіб, що є достатньо високим показником який відображає, наскільки лікарня є важливим об'єктом в спроможній мережі. До того ж, в таблиці наведений показник середнього перебування на ліжку по відділеннях. Відштовхуючись від наведених даних, можна зробити висновок, що в хірургічних відділеннях цей показник майже в 2 рази менше, отже пацієнти менше перебувають у стаціонарі, що дає змогу надавати допомогу більшій кількості людей. Також, слід відзначити, що у відділенні відновної реабілітації цей показник є найвищим по лікарні.

Всього	2020р.	2021р.	2022р.	2023р. – 12 міс.
Всього	12000	10495	12854	17452
- з погіршенням	3	-	3	-
- з одужанням	1005	298	639	272
- з покращенням	10720	9812	11790	16928
- здорових	37	226	130	48
- без змін	235	159	292	204

Табл.2.9. Кількість пролікованих пацієнтів в залежності від ефективності лікування

Відмічається високий рівень ефективності лікування: у 97,75 % хворих відмічається покращення показників здоров'я, а лише 2,25% лишається без змін згідно з даними 2022 року. У 2023 році планується, що цей показник виросте ще та досягне цифри 99,15 %.

В додатку 4 можна ознайомитись з кількість планових, ургентних й транспортних госпіталізацій та проведених ліжко-днів пацієнтами по цих госпіталізаціях.

Варто відзначити низький рівень планових госпіталізацій, а саме 7,43% з числа всіх поступлень.

В додатку В наведений SWOT-аналіз підприємства. SWOT-аналіз – це один із найпоширеніших аналітичних методів, який дозволяє в комплексі оцінити сильні й слабкі сторони компанії, а також можливості й загрози, що впливають на неї.

Для КМКЛ№6 можна виділити наступні основні сильні сторони: вигідне географічне розташування, велика кількість підписаних договорів з НСЗУ, великий резерв виробничих площ та можливість надавати допомогу хворим з гострим порушенням мозкового кровообігу цілодобово, проте є і слабкі сторони, з яким вважаю необхідним виділити низькі заробітні плати та дещо застаріла матеріально технічна база.

Також, вважаю за необхідним виділити найважливіші можливості для розвитку закладу згідно цього аналізу, а саме, після реорганізації самостійно визначити розмір оплати праці своїх працівників, а також забезпечити реалізацію системи мотивації співробітників у колективному договорі, впровадження в закладі медичної інформаційної системи відділень та розвиток нових медичних послуг, в тому числі платних.

2.2. Аналіз системи управління "Київської міської клінічної лікарні №6"

КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» є центральною ланкою в системі надання медичної стаціонарної і консультаційно-діагностичної допомоги переважно населенню м. Києва, екстреної допомоги громадянам міста і представляє комплекс лікувально-діагностичних підрозділів, організаційно і функціонально пов'язаних між собою. Заклад функціонує з метою інтеграції і ефективного використання сил і засобів його лікувально-діагностичних

відділень для досягнення якісних кінцевих результатів в наданні медичної допомоги населенню. Згідно зі Статутом підприємства, Установу утворено з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги населенню міста Києва, ефективного і раціонального використання ресурсів. Головним завданням Установи є забезпечення потреб населення у якісному кваліфікованому та доступному медичному обслуговуванні.

Апарат управління КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» здійснює загальне керівництво роботою лікувально-діагностичних підрозділів по охороні здоров'я населення і безпосереднє - діяльністю лікарні. Апарат управління підпорядковується безпосередньо головному лікарю КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6», діючому на основі єдиноначальності, згідно з статутом КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6».

Директор виражає інтереси держави і трудового колективу, призначається на конкурсній основі начальником ДОЗ м. Києва по узгодженню з головою Київської міської держадміністрації. Директор КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» може достроково звільнитися від посади наказом ДОЗ (КМДА).

Заступники директора, завідувачі відділеннями та функціональними підрозділами призначаються та звільнюються з посади наказом директора. Кандидати на посаду завідуючих структурно-функціональними підрозділами (відділами, відділеннями, кабінетами) підбираються з числа кваліфікованих лікарів, бажано атестованих не нижче 1-ї кваліфікаційної категорії з спеціальності, і які пройшли підготовку з організації та управління охороною здоров'я. Кандидатури керівників структурних підрозділів КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» призначаються наказом директора закладу. При цьому враховуються дані якісного аналізу показників роботи відділення в динаміці за 3 роки, результати атестації претендента, ступінь його особистої участі в управлінській діяльності і ефективність здійснюваного ним керівництва роботою підрозділу. Керівники структурно-функціональних підрозділів можуть

достроково звільнятися з посади, яку займають, головним лікарем закладу. Єдиноначальність в системі управління в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» здійснюється директором, його заступниками по напрямкам (розділам) роботи, керівниками структурно-функціональних одиниць і підрозділів в межах делегованих їм повноважень.

Задля дослідження системи управління даним закладом є необхідним знати, в першу чергу, функціонально-організаційну структуру лікарні, яка наведена на малюнку

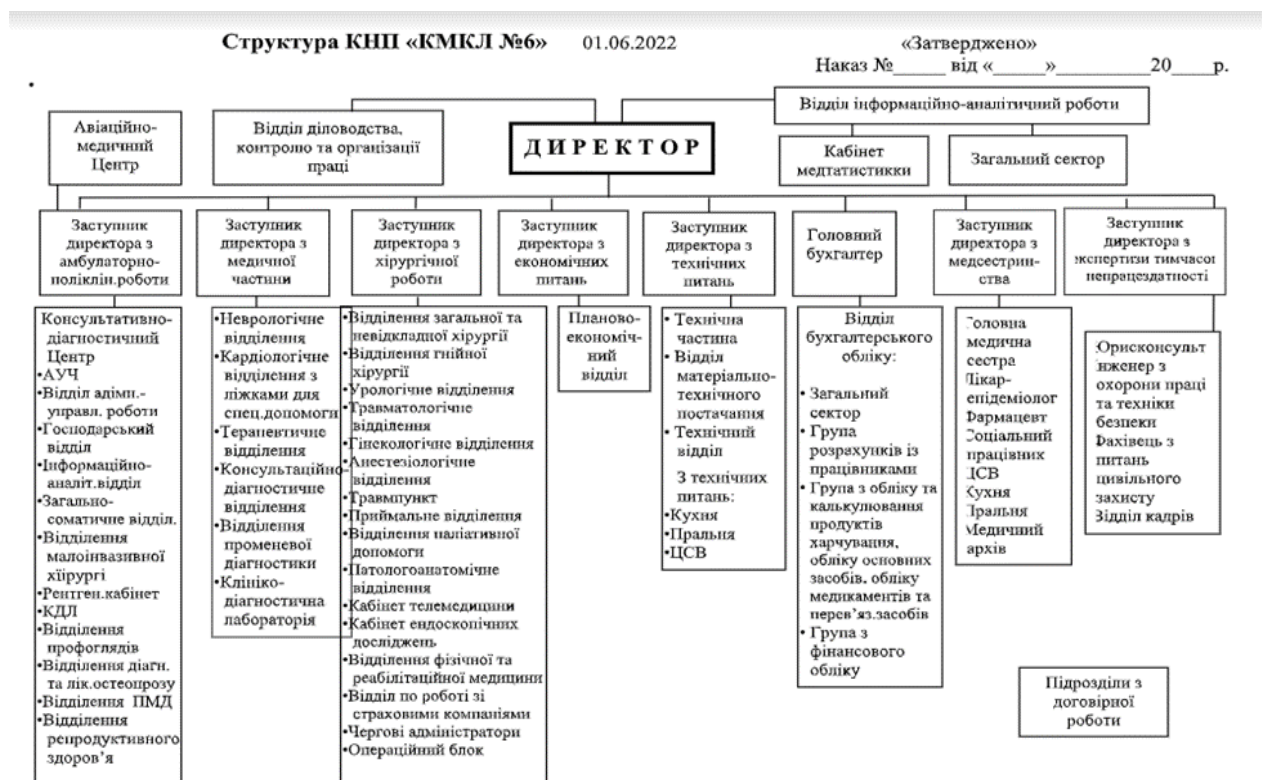


Рис.2.1 Функціонально-організаційна структура лікарні

Внутрішні взаємозв'язки в структурі управління лікарні визначаються як горизонтальні, так і вертикальні. Горизонтальні зв'язки виникають між однаковими рівнями управління або між різними підрозділами, які спільно працюють над вирішенням спільних завдань. Наприклад, взаємодія між медичними відділеннями, які обслуговують того ж пацієнта, необхідна для забезпечення якісної медичної допомоги у випадках, коли лікування вимагає комплексного підходу (наприклад, пацієнт з хірургічною патологією, який

одночасно отримує консультації від лікаря-терапевта). З іншого боку, вертикальні зв'язки на різних рівнях управління забезпечують передачу інформації, повноважень і відповідальності від вищих рівнів до нижчих і навпаки. Наприклад, існує взаємодія між заступником директора з медичної частини та керівниками відділень, щодо вирішення тієї чи іншої ситуації.

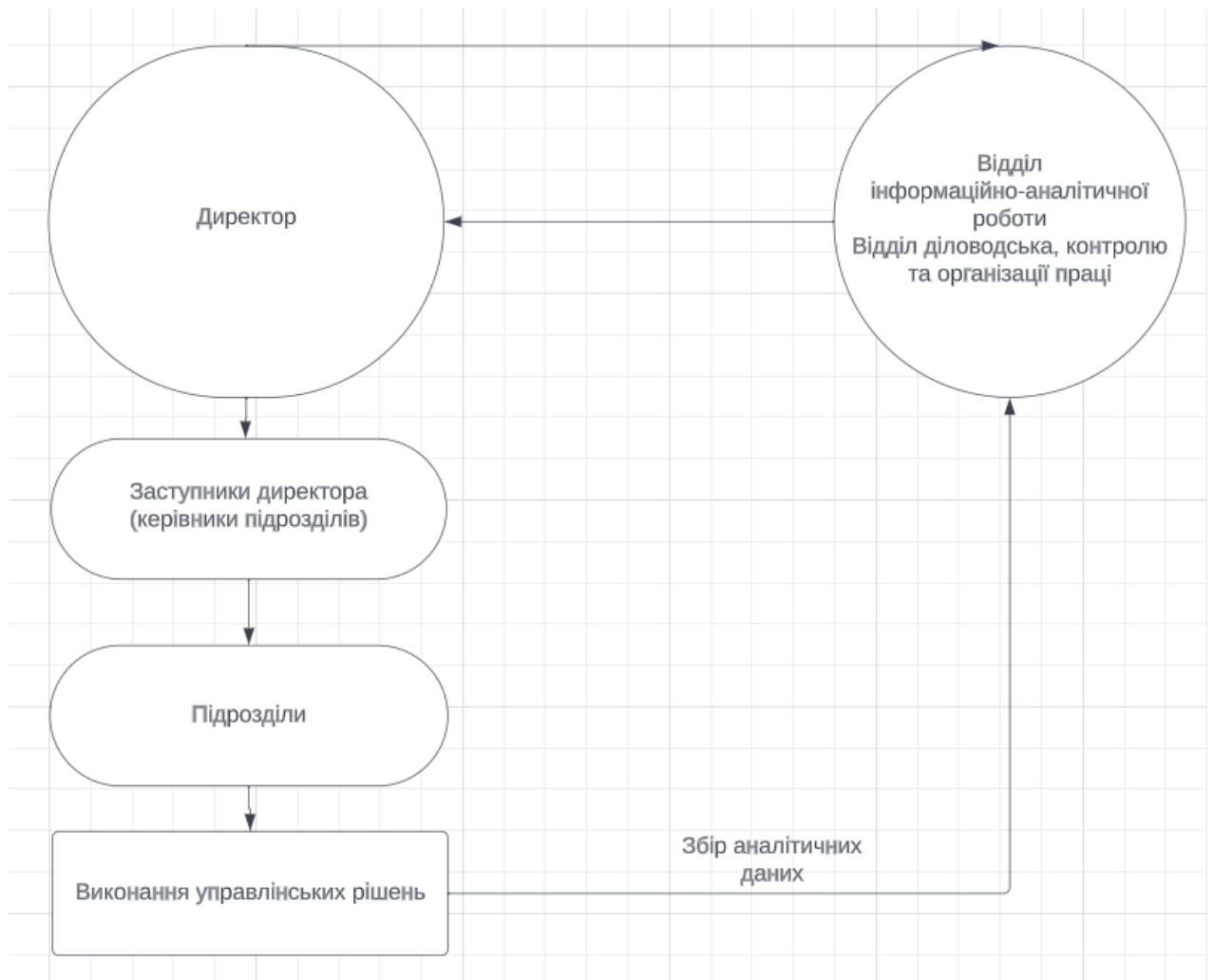


Рис.2.2 Формування та прийняття управлінських рішень

На даній діаграмі зображено процес формування та прийняття управлінських рішень. Вони приймаються на підставі аналітичних та статистичних даних, які формуються в інформаційно-аналітичному відділі та подаються директору, після чого на цій підставі ухвалюється те, чи інше рішення. Зміст рішення оговорюється з керівниками підрозділів, за необхідністю коригуються та

переходять на нижчий рівень, а саме у підрозділи, де розпочинається процес їх реалізації. Після реалізації відбувається процес аналізу змін та приймаються наступні відповідні рішення.

Дослідивши систему управління в КНП ««Київська міська клінічна лікарня № 6»», можна зробити висновок, що основою управління є **ієрархічна** модель – адміністративної з переважно вертикальним поділом підпорядкованості, адже директором затверджуються всі рішення на найвищому рівні, але з елементами **демократичної** – з переважно горизонтальним поділом підпорядкованості, адже на рівнях відділень (завідувачів відділень) в багатьох питаннях відбувається “живе” обговорення різноманітних питань, де багато в чому до співробітників прислуховуються.

Аналіз організаційно-управлінської системи є важливим елементом цілісного розуміння картини в Установі та стратегічне планування відіграє не останню роль в ньому.

З 1970-х років найбільшого поширення «цільовий підхід до управління» набув у формі стратегічного управління, яке продемонструвало свою ефективність на процвітаючих підприємствах різного типу в усьому світі. Визначення концепції стратегічного управління передбачає формування системи управління певного (стратегічного) типу з визначення мети як відправної точки стратегічних дій.

Стратегічне управління — процес, за допомогою якого менеджери здійснюють довгострокове керування організацією, визначають специфічні цілі діяльності, розробляють стратегії для досягнення цих цілей, враховуючи всі релевантні (найістотніші) зовнішні та внутрішні умови, а також забезпечують виконання розроблених відповідних планів, які постійно розвиваються і змінюються.

Орієнтація стратегічного управління на визначення, обґрунтування та реалізацію довгострокових цілей організації розробкою відповідних стратегій

дозволяє стверджувати, що стратегічне управління є однією з форм реалізації цільового підходу. Це виявляється у принципах стратегічного управління.

Для КНП «КМКЛ №6» система стратегічного планування є одним з основних принципів планування майбутнього Установи. Тому, кожні три роки менеджментом лікарні створюється план стратегічного розвитку підприємства, в якому наведені основні показники підприємства, його цілі та стратегічні плани на майбутнє.

Саме в плані стратегічного розвитку прописується дуже важливий елемент аналізу діяльності закладу, як SWOT-аналіз.

SWOT-аналіз – це один із найпоширеніших аналітичних методів, який дозволяє в комплексі оцінити сильні й слабкі сторони підприємства, а також можливості й загрози, що впливають на неї. У додатку 3 наведений SWOT-аналіз підприємства.

Для КМКЛ№6 можна виділити наступні основні сильні сторони: вигідне географічне розташування, велика кількість підписаних договорів з НСЗУ, великий резерв виробничих площ та можливість надавати допомогу хворим з гострим порушенням мозкового кровообігу цілодобово, проте є і слабкі сторони, з яким вважаю необхідним виділити низькі заробітні плати та дещо застаріла матеріально технічна база.

2.3 Оцінка ситуації та визначення шляхів вирішення викликів у функціонуванні управлінської системи Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №6».

Проаналізувавши основні показники, діяльність, систему управління "Київської міської клінічної лікарні №6" можна провести оцінки загального стану та визначити стратегію для вирішення викликів.

Визначено, що у "Київській міській клінічній лікарні №6" наявна в своїй більшості ієрархічна модель управління.

Ієрархічна модель управління – це тип організаційної структури, в якій влада та відповідальність розподілені у вигляді піраміди, де на вершині знаходиться один керівник або керівництво, а різні рівні підлеглих розташовані на різних рівнях ієрархії.

Виділяють наступні плюси ієрархічної моделі управління:

- Чіткість влади та відповідальності: Кожен рівень ієрархії має чітко визначені ролі, владу та відповідальність, що сприяє уникненню конфліктів та непорозумінь.
- Ефективна комунікація: Завдяки структурі піраміди, комунікація відбувається швидко та ефективно, оскільки інформація переміщується вздовж ліній ієрархії.
- Стабільність та порядок: Ієрархічна модель може забезпечити стабільність та порядок у внутрішньому управлінні, допомагаючи в униканні хаосу та непорозумінь.
- Швидке прийняття рішень: Одному керівнику чи обмеженій групі керівників легше приймати стратегічні та оперативні рішення, що сприяє швидкості виконання.

Проте наявні й мінуси даної моделі:

- Жорсткість інновацій: Структура може бути мало придатною для швидкого адаптування до змін або для сприяння інновацій.
- Надмірна бюрократія: З ростом організації може збільшуватися бюрократія та повільність в ухваленні рішень через багат шарову ієрархію.
- Неefективність комунікації вгору і вниз: Звуженість комунікації може призвести до того, що інформація не ефективно доходить вгору чи вниз ієрархії.

- Невпевненість та загальмованість у прийнятті рішень: Рішення можуть бути затримані на верхніх рівнях, що призводить до невпевненості та тривалості процесу.
- Віддаленість від працівників: Вищий рівень управління може відчувати віддаленість від повсякденних аспектів роботи, що може призвести до неефективного керівництва.

Дана модель має свої переваги та недоліки, проте для більш ефективного управління в "Київській міській клінічній лікарні №6" необхідно рухатись в бік демократичної моделі управління, а не використовувати лише її елементи.

Саме з цією метою урядом було прийняте рішення про створення в майбутньому наглядових рад. Наглядові ради будуть створені у тих лікарнях, що надають спеціалізовану медичну допомогу та мають укладені контракти із НСЗУ.

Створення ефективних наглядових рад є продовженням процесу автономізації медзакладів і реформи децентралізації. Рішення про створення таких рад прийматиме власник медичного закладу.

Наглядові ради допоможуть створити умови для захисту прав пацієнтів і медиків, а також для підзвітності й прозорості діяльності керівника медичної установи. Їх функціонування при медзакладах сприятиме наданню якісної та доступної медичної допомоги пацієнтам. Також, створення наглядових рад забезпечить реалізацію прав пацієнтів і працівників медзакладу та сприятиме ефективній реалізації прав власника на управління закладом.

Окрім того, залучення представників громадськості до наглядових рад забезпечить ефективне стратегічне планування та розвиток, професійний менеджмент і незалежний аудит. До складу наглядової ради кожного медзакладу має входити не менше ніж 50% представників громадськості.

Крім того, за результатами аналізу виявлено операційні проблеми, які впливають на дохідну частину закладу. Ліжковий фонд закладу налічує 460 ліжок з яких 220 займає ліжка терапевтичного профілю. Проте, проаналізувавши поступлення по пакетах з програми медичних гарантій можна зробити висновок, що дороговартісні послуги, такі як “Стационарна паліативна медична допомога дорослим та дітям”, “Медична допомога при гострому мозковому інсульті”, “Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах” мають низьку частку з загальної кількості ліжок в лікарні, а саме 100. До того ж, проаналізувавши таблицю 2.2 видно, що середнє перебування хворого в реабілітаційному відділенні займає 27,17 днів. Цей показник є достатньо високим, адже затверджене перебування пацієнтів в реабілітаційному відділенні складає від 14 до 21 дня.

Збільшення ліжок в інсультному центрі, паліативному відділенні та відділенні реабілітації, може збільшити дохід закладу, без кардинальних змін в його роботі.

Проаналізувавши роботу хірургічного направлення, варто зазначити, що в закладі працює 5 відділень, а саме відділення загальної та невідкладної хірургії, з пластичною хірургією, травматологічне відділення, гінекологічне відділення, урологічне відділення та відділення гнійної хірургії. Враховуючи кількість персоналу та кількість хірургічних ліжок можна подумати про відкриття нових напрямків, тим паче згідно постанові 174 Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. “Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров’я” для того, щоб претендувати на статус кластерної лікарні заклад має мати в своїй структурі такі напрямки:

- Нейрохірургія;
- Отоларингологія;
- Хірургія, включаючи судинну хірургію;
- Трансфузіологія.

Тож, є раціональним розглянути розвиток таких галузей, враховуючи вже наявне неврологічне відділення, яке має пряме відношення до нейрохірургії та два відділення хірургії, де розвиток судинної хірургії є більш ніж реальним.

Повертаючись до таблиці 2.1 можна відзначити, що наповненість лікарями та молодшим медичним персоналом є неідеальною. Цей момент можна використати для найму нового персоналу по ймовірно нових напрямках.

Проаналізувавши операційну роботу, можна визначити моменти, які сповільнюють роботу персоналу. Одним з цих моментів є забюрократизованість роботи та використання великої частки робочого часу персоналу на роботу з ЕСОЗ. В лікарні використовується медична інформаційна система під назвою HELSI. Попри автоматизацію процесів робота з даним МІС є доволі часовитратною для лікарів. Крім того, можна зазначити, що у відділеннях відсутні медичні секретарі, які могли б взяти на себе роботу з документацією (виписками, оформленням історії хвороб, кодуванням послуг).

Це б дало змогу лікарям більше концентруватись на безпосередньому лікуванні хворих, спілкуванні з їх рідними та зробило б заклад більш пацієнтоорієнтованим. "Київська міська клінічна лікарня №6" має в своїй структурі як стаціонарну так і амбулаторну допомогу. Вона надається в Консультативно-діагностичному центрі, що знаходиться за адресою м.Київ, Вадима Гетьмана, 3. Варто зазначити, що в даній установі знаходиться велика кількість діагностичного обладнання проте, проаналізувавши таблицю 2.5 можна бачити, що надходження по діагностичних пакетах медичної допомоги займають лише 1,09% з частки усіх надходжень від НСЗУ, тому варто більш детально проаналізувати дані пакети, щоб використовувати їх більш раціонально.

Наявність Консультативно-діагностичного центру дозволяє налаштувати роботу з хворими так, щоб їх більша частина зверталась за стаціонарною допомогою планово, але відповідно до Додатку 4 цього не відбувається.

Лише 7,43% хворих мають планові госпіталізації. Це має негативні наслідки, як фінансові так і в організації роботи відділень. По-перше внаслідок ургентних госпіталізацій підвищується навантаження на персонал, адже завідувачу відділення важко спланувати, яка кількість поступлень може бути в той чи інший день. Натомість, планові госпіталізації дозволяють спланувати роботу відділення, адже навантаження буде перерозподілене по всьому персоналу. По-друге, планові пацієнти, які до цього звертались на первинну ланку не є повністю необстеженими. Сімейні лікарі мають призначати інструментальні та лабораторні дослідження відповідно до специфічної патології, яку вони запідозрили та через яку направили до спеціалізованого відділення на дообстеження та лікування. До того ж приєднується і фінансовий фактор. Первинні хворі, які поступають по ургентним направленням обслуговуються згідно з пакетами по програмі медичних гарантій та мають право отримати весь спектр необхідних досліджень. Для пацієнтів даний варіант є більш ніж задовільний проте, для лікарні витрати на лабораторні та інструментальні дослідження є доволі коштовними враховуючи той факт, що дані дослідження, якби вони проводились на первинній ланці були б безкоштовними, як для пацієнта та не використовувались би кошти "Київської міської клінічної лікарні №6"

Висновки до розділу II

1. КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» є центральною ланкою в системі надання медичної стаціонарної і консультаційно-діагностичної допомоги переважно населенню м. Києва, екстреної допомоги громадянам міста і представляє комплекс лікувально-діагностичних підрозділів, організаційно і функціонально пов'язаних між собою. КНП «КМКЛ №6» функціонує з метою інтеграції і ефективного використання сил і засобів його лікувально-діагностичних відділень для досягнення якісних кінцевих результатів в наданні медичної допомоги населенню.

2. Основою управління в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» є

ієрархічна модель – адміністративної з переважно вертикальним поділом підпорядкованості, адже директором затверджуються всі рішення на найвищому рівні, але з елементами **демократичної** – з переважно горизонтальним поділом підпорядкованості, адже на рівнях відділень (завідувачів відділень) в багатьох питаннях відбувається “живе” обговорення різноманітних питань, де багато в чому до співробітників прислуховуються.

3. Виявлено ряд недоліків в операційній роботі закладу такі як:

- низький відсоток планових госпіталізацій, що в свою чергу створює ряд ускладнень в роботі відділень, а саме надмірне навантаження на персонал через несистематичність поступлень до відділення та проведення планових операцій, відсутність попередніх обстежень необхідних для встановлення специфічного діагнозу в тих чи інших випадках та фінансові витрати для закладу у разі ургентного поступлення.
- наявність у складі закладу великої кількості хірургічних ліжок при цьому з низькою специфікою (лише 5 хірургічних відділень).
- наявність 220 ліжок з терапевтичного напрямку, проте їх більшість використовується не раціонально адже 110 місць займають пацієнти терапевтичного, кардіологічного, ревматологічного, неврологічного, ендокринологічного та гастроентерологічного напрямків при цьому більшість з цих хворих мають хронічні захворювання, що є дуже вартісним для ефективного стаціонарного лікування. При цьому хворі реабілітаційного профілю, потреба в якому значно зросла у зв'язку з війною, паліативного та інсультного, який є пріоритетним в країні займають решту місць.
- Низька кількість діагностичних процедур, які проводяться за програмою медичних гарантій. Через велику кількість ургентних поступлень, діагностичні процедури такі як: гістероскопія, цистоскопія, езофагодуоденоскопія та колоноскопія здебільшого проводяться за рахунок лікарні при тому, що цю кількість можна було б значно уникнути, роблячи дані процедури пацієнтам планово.

РОЗДІЛ III. Пропозиції щодо підвищення ефективності управління в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6»

3.1. Розробка плану покращення управління в "Київській міській клінічній лікарні №6" на стратегічному рівні.

План покращення управління в "Київській міській клінічній лікарні №6" складається з двох рівнів:

1-й – це стратегічний рівень;

2-й – це операційний рівень.

У майбутньому, забезпечення ефективної роботи **КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6»**, враховуючи виклики динамічного та різко змінюваного середовища функціонування, є головним аспектом при формуванні пропозицій для удосконалення менеджменту в закладі.

Як попередньо вже було з'ясовано, в своїй роботі, заклад здебільшого використовує ієрархічну модель управління. Враховуючи реалії сьогодення, ця модель має бути зміщена в бік демократичної. Гнучкість в прийнятті рішень, уникнення надмірної вертикальності управління та можливість колективного планування, будуть фундаментом можливих змін. Позитивними сторонами ієрархічної системи також не варто нехтувати, адже чіткість влади та відповідальності зі швидкістю прийняття рішень є не менш важливими аспектами ефективного менеджменту підприємства. Тому, варто розглянути перетворення моделі керування з ієрархічно-демократичної в демократично-ієрархічну, де елементи першої превалюють над іншою.

Для ефективного функціонування в конкурентному медичному оточенні та адаптації до вимог зовнішнього середовища, медичні установи змушені постійно вдосконалювати свою організаційну структуру. Це включає в себе формування оптимального набору спеціалізованих підрозділів та встановлення раціональних зв'язків між ними. Такі зв'язки сприяють інтеграції зусиль та потенціалу структурних елементів, що сприяє досягненню синергетичного

ефекту при реалізації загальних організаційних цілей. Зв'язки є ключовим елементом організаційної структури медичного закладу, який визначає його характеристики та властивості як системи. Ці зв'язки об'єднують різні частини у єдину цілісну систему.

Зазвичай розрізняють вертикальні та горизонтальні зв'язки. Вертикальні зв'язки відображають відносини між різними рівнями управління у закладі охорони здоров'я і включають безпосереднє лінійне підпорядкування, функціональне підпорядкування, підконтрольність та підзвітність. Горизонтальні зв'язки забезпечують взаємодію між структурними підрозділами під час здійснення ними функціональної діяльності і сприяють інтеграції їх зусиль для досягнення загальних цілей та мети закладу охорони здоров'я.

Згідно з функціонально-організаційною структурою лікарні, зображеної на рисунку 2.2 можна визначити, що на сьогоднішній день переважають вертикальні зв'язки, тобто інформація від директора переходить до керівника конкретного підрозділу, який в свою чергу передає інформацію на нижчий рівень, тобто керівникам відділів чи відділень. В даній структурі не відображаються горизонтальні зв'язки, як між керівниками підрозділів так і керівниками відділень, що в свою чергу знижує достовірність та правильність рішень, чого можна було б уникнути, якби це рішення мало обговорення по горизонтальних шляхах.

Ефективне функціонування закладу охорони здоров'я визначається чіткістю та повнотою визначення завдань і функціональних повноважень кожного структурного підрозділу відповідно до виду та потужності медичного закладу. Функціональна діяльність кожного підрозділу базується на його спеціалізації і враховує функціональну департаменталізацію, що включає в себе визначення структури підрозділу та ресурсного забезпечення його діяльності у відповідність до визначених завдань і функцій. Удосконалення організаційної структури закладу охорони здоров'я є постійним процесом, який повинен

враховувати основні чинники організаційного структурування медичного закладу.

Саме департаменталізація є одним з кроків збільшення демократизації в закладі.

Створення специфічних департаментів чи центрів є шляхом для підвищення взаємодії горизонтальних зв'язків. Враховуючи структуру та специфічність підрозділів в КНП «Київській міській клінічній лікарні № 6» є доцільним створення «Інсультного центру», «Центру хірургії», «Терапевтично-реабілітаційного центру», «Консультативно-діагностичного центру», «Центру взаємодії зі партнерами» та «Аналітично-інформаційного центру».

У лікарні наявні потужності для створення «Інсультного центру», адже в ліжковому фонді наявні 50 ліжок неврологічного профілю та наявний персонал для забезпечення роботи даного центру.

«Центр хірургії» може стати надважливим елементом у функціонуванні закладу, враховуючи, що більша половина ліжкового фонду займають саме пацієнти хірургічного профілю. Аналіз спеціалістів хірургічних відділень показав, що можна визначити можливих кандидатів, які, завдяки своєму професіоналізму зможуть очолити нові відділення, як то відділення судинної хірургії чи трансфузіології, що приблизить лікарню до отримання статусу кластерної лікарні в спроможній мережі міста Києва.

Аналізуючи діяльність терапевтичного напрямку, було визначено, що велику частку хворих займають суто терапевтичні пацієнти. Створення «Терапевтично-реабілітаційного центру» може змістити цей вектор в сторону реабілітації, враховуючи теперішні реалії та необхідність в реабілітаційній допомозі великої кількості військових та людей, що постраждали внаслідок війни з росією.

Наявність у лікувальному закладі амбулаторії надає змогу створити «Консультативно-діагностичний центр», який в свою чергу може стати важливим елементом синергічної роботи амбулаторія – стаціонар. Люди, які після первинної ланки будуть потрапляти в «Консультативно-діагностичний

центр» матимуть змогу прийти велику кількість аналізів та обстежень саме в цьому місці, що зменшить навантаження стаціонару в плані обстежень та діагностики та дасть змогу сконцентруватись на пацієнтоорієнтованому підході в наданні лікувальних послуг.

Наступний центр, який можна створити на основі функціонально-організаційної структури **КНП «Київської міської клінічної лікарні № 6»** є «Аналітично-інформаційний центр». До нього можна віднести вже існуючі структури, як планово-економічний відділ, кабінет медичної статистики, відділ діловодства та контролю праці та додати нові підрозділи, які здатні покращити ефективність роботи закладу, а саме:

- відділ контролю якості праці;
- відділ внутрішнього аудиту.

Відділ контролю якості в лікарнях виконує ключові функції для забезпечення високої якості медичної допомоги та ефективного функціонування закладу. Основні завдання та функції цього відділу включають:

- Відділ контролю якості відслідковує та оцінює роботу медичного персоналу, включаючи лікарів, середній медичний персонал та інших фахівців.
- Відділ контролю якості розробляє та впроваджує стандартизовані процедури та протоколи для надання медичної допомоги. Це сприяє забезпеченню однакового та високого рівня обслуговування для всіх пацієнтів.
- Відділ працює над розробкою та впровадженням стратегій для запобігання медичних помилок та неполадок у роботі. Це може включати навчання персоналу, розробку безпечних систем та процедур та впровадження інноваційних рішень.

- Відділ контролю якості відповідає за збір, аналіз та вивчення даних про якість надання медичних послуг. Це дозволяє виявляти тенденції, ризики та можливості для подальшого вдосконалення системи.

В цілому, відділ контролю якості виконує важливу роль у забезпеченні високого стандарту медичної допомоги та вдосконаленні функціонування лікарні.

Не менш важливим в структурі «Аналітично-інформаційний центр» буде відділ внутрішнього аудиту. Цей відділ відповідає за ряд ключових функцій:

- Відділ проводить аудит внутрішнього контролю, оцінюючи ефективність систем та процедур, спрямованих на запобігання помилкам та іншим ризикам.
- Відділ аналізує відповідність медичного закладу законодавству, нормативам та внутрішнім політикам. Це допомагає уникнути можливих юридичних проблем та забезпечити відповідність стандартам якості.
- Аналіз фінансової діяльності: Внутрішній аудит включає оцінку фінансових процесів, внутрішнього обліку та фінансової звітності з метою виявлення можливих невірностей чи неправомірних дій.
- Враховуючи важливість інформаційних технологій в сучасній медичній практиці, внутрішній аудит включає оцінку безпеки інформаційних систем, а також їхню ефективність та відповідність стандартам конфіденційності.
- На підставі результатів аудиту внутрішнього аудиту, відділ надає рекомендації для вдосконалення процесів та систем управління. Керівництво може використовувати ці рекомендації для впровадження необхідних змін.
- У випадках екстремальних аудитів або інспекцій, відділ внутрішнього аудиту може сприяти співпрацею з зовнішніми аудиторами та забезпечити необхідну інформацію.

У час, коли спілкування з різними групами стейкхолдерів є надважливим для забезпечення ефективного функціонування будь-якого підприємства, створення нового центру на базі лікарні є більш ніж важливим. Мова йде про створення «Центру взаємодії з партнерами».

Будуючи партнерські відносини в комунікації в сфері охорони здоров'я, важливо не лише передавати інформацію, але й робити це ефективно та привабливо. З метою створення сучасного та зручного формату, є пропозиція впровадження 2-х планів розвитку центру, а саме програми "Максимум", яка включає в себе кілька ключових аспектів.

1. Зустрічі з різними зацікавленими особами.

Важливо систематично зустрічатися з різними групами партнерів – ЗМІ, громадськими організаціями, бізнесом, лідерами думок. Це надасть можливість індивідуально враховувати їхні потреби та очікування. Круглі столи, семінари та благодійні вечори створюватимуть позитивний досвід спілкування.

2. Професійна сторінка у соціальних мережах.

Сучасна публічна постать має свою сторінку у соціальних мережах – невеличкий ЗМІ для ефективної комунікації. Регулярне наповнення інформацією про події, ініціативи та зміни у галузі сприяє швидкому та доступному поширенню інформації.

3. Взаємодія з медичною спільнотою.

Лікарі – посольства репутації та амбасадори бренду. Регулярні зустрічі, не лише на формальному рівні, але й у неформальних обставинах, дозволять побудувати глибші та довгострокові відносини.

4. Професійна презентація на кожній зустрічі.

Необхідно завжди мати підготовлену професійну презентацію з актуальною інформацією та візуально привабливим оформленням. Це підкреслить серйозність та відповідальність в комунікації.

5. Участь у національних заходах як спікер.

Активна участь у великих заходах національного масштабу дозволяє визначити вашу експертність та залучити увагу до важливих питань.

Програма "Мінімум"- Зберігання ефективності при обмежених ресурсах.

1. Спілкування зі ЗМІ раз на два місяці.

Навіть невелике запрошення на сесію питань-відповідей може стати ефективним кроком для партнерської комунікації.

2. Зустрічі з активістами та бізнес-донорами.

Регулярні зустрічі з цими групами дозволяють зберігати високий рівень інтересу та підтримувати діалог.

3. Професійна сторінка у соціальних мережах раз на тиждень.

Активне наповнення сторінки актуальною інформацією з подій та ініціатив – важливий аспект у комунікації.

4. Зустрічі з медиками та професійна сторінка у соцмережах.

Уникайте формальних обговорень ініціюйте неформальні зустрічі з медичною громадою та підтримуйте щотижневі публікації на сторінці у соцмережах.

5. Участь у заходах національного масштабу.

Заохочення участі лікарів та менеджерів у будь-яких якостях для збереження нетворкінгу та підтримки професійної спільноти.

Саме взаємодія усіх вищезазначених центрів з одним генеральним директором створить демократично-ієрархічну модель управління, яка в умовах трансформації та війни зможе забезпечити більш успішне та ефективне керування закладом.

3.2. Пропозиції щодо покращення управління в "Київській міській клінічній лікарні №6" на оперативному рівні.

Покращення менеджменту на оперативному рівні Київської міської клінічної лікарні №6 вимагає комплексного підходу та впровадження ключових ініціатив. На оперативному рівні лікарні зазвичай вирішуються питання щодо щоденного функціонування, взаємодії між підрозділами та наданням медичних послуг.

Київська міська клінічна лікарня №6 має в своїй структурі, як амбулаторну так і стаціонарні види допомоги. Згідно даним з додатку 4 понад 90 відсотків госпіталізацій в закладі припадає на ургентні госпіталізації, що в свою чергу має ряд слабких сторін. До них можна віднести:

- Пацієнти, які потрапляють на ургентну госпіталізацію, часто не мають можливості підготуватися психологічно та фізично, що може вплинути на їхню емоційну стабільність та результат лікування.
- Ургентні госпіталізації можуть призводити до збільшення фінансових витрат на лікування, оскільки їхній несподіваний характер ускладнює оптимізацію витрат на медичні послуги.
- Пацієнти, які надходять на ургентні госпіталізації, можуть мати неструктуровану або неповну медичну історію, що ускладнює роботу медичного персоналу та призводить до можливих помилок у лікуванні.
- Ургентні госпіталізації можуть призводити до неспроможності забезпечити достатні ресурси (ліжка, медичний персонал, обладнання) для ефективного та своєчасного лікування, особливо у випадках епідемій чи надзвичайних ситуацій.
- У ситуаціях ургентних госпіталізацій може збільшуватися ймовірність конфліктів між медичним персоналом, оскільки вони працюють в стресових умовах та обмежених часових рамках.

Натомість при планових госпіталізаціях заклад отримує такі позитивні аспекти:

- Пацієнти, які планують госпіталізацію, можуть пройти повноцінний медичний огляд та діагностику перед госпіталізацією, що дозволяє заздалегідь виявити та вирішити потенційні проблеми.
- Планові госпіталізації дозволяють більш раціонально розподіляти медичні ресурси, такі як ліжка, персонал і обладнання, забезпечуючи їх ефективне використання.
- Лікарі та медичний персонал мають змогу планувати госпіталізацію, узгоджуючи час та ресурси, що сприяє ефективнішому проведенню лікування та догляду.
- Пацієнти, які готуються до планової госпіталізації, можуть бути більше готові емоційно до процедури (наприклад, до оперативних втручань), що допомагає зменшити рівень стресу та тривожності.
- Планові госпіталізації дозволяють ефективніше управляти економічними ресурсами системи охорони здоров'я, оскільки витрати на більшість обстежень та діагностичних процедур відходять до первинної ланки та не стосуються напряму лікарні.

Шляхом вирішення даної ситуації, відбудеться збільшення частки планових поступлень за рахунок правильної комунікації з первинною ланкою (амбулаторією) та можливою співпрацею зі страховими компаніями. Страхові компанії, які співпрацюють з закладом, як правило, направляють саме амбулаторних пацієнтів на огляд чи консультацію, тож у разі, якщо пацієнту необхідна госпіталізація, механізм належної підготовки пацієнта з лабораторними та інструментальними обстеженнями дасть змогу з меншими витратами для лікарні, проте, з більшою користю для пацієнта, провести його лікування. Адже, лікар більше часу та уваги зможе приділити пацієнту з необхідними обстеженнями та аналізами.

Безперервний розвиток персоналу є не менш пріоритетною складовою в розрізі управління операційного рівня. Необхідно забезпечити проходження атестації лікарів та середніх спеціалістів з медичною освітою. Також забезпечити проведення науково-практичних конференцій, симпозіумів, робочих семінарів і нарад та інших спільних заходів, які спрямовані на підвищення кваліфікації та обмін досвідом з питань управління, надання медичних і супутніх послуг, покращення роботи пацієнтами, тощо.

Мотивація лікарів до розвитку важлива для забезпечення якісної медичної допомоги та створення здорового та професійного робочого середовища. Мотиваційні фактори можуть бути матеріальними та нематеріальними, і їх взаємодія є ключовою для стимулювання лікарів до самовдосконалення та розвитку. Нижче наведено приклади обох типів мотивації:

Матеріальна мотивація:

- Система премій за досягнення конкретних цілей, здобуття нових кваліфікацій, наприклад, зменшення часу очікування пацієнтів чи впровадження нових методів лікування.
- Забезпечення фінансування для навчання та отримання нових кваліфікацій.
- Матеріальна винагорода за активну участь в наукових дослідженнях чи впровадження новітніх технологій.

Нематеріальна мотивація:

- Система внутрішніх нагород за досягнення та вагомий внесок в розвиток лікарні.
- Публічне визнання в рамках медичного співтовариства та громади.
- Забезпечення можливостей для вивчення нових методів та технологій у медицині.
- Забезпечення лікарів можливістю виражати свої ідеї та брати участь у прийнятті управлінських рішень.

- Забезпечення можливості відпочинку та відновлення здоров'я, включаючи відгул та додаткові вихідні.

Ефективна комбінація матеріальних та нематеріальних стимулів допомагає створити збалансовану систему мотивації, яка сприяє розвитку всього персоналу. Систему мотивації та заохочення можна використати для підвищення кваліфікації та отримання нових вторинних спеціалізацій вже працюючих спеціалістів. Завдяки цьому буде можливість забезпечити персоналом відділення, які були б доцільними для розвитку в закладі для досягнення статусу кластерного закладу. Для прикладу можна взяти потенційне відділення судинної хірургії. Частку персоналу можуть зайняти новий персонал (враховуючи недоукомплектованість згідно з таблицею 2.8) та провести навчання для лікарів, які вже працюють в закладі для отримання необхідних навичок та ліцензії для належної медичної допомоги.

Окрім розвитку хірургічного профілю, варто звернути увагу і на терапевтичний. Адже в закладі наявні великі перспективи для розвитку реабілітаційного напрямку, який є дуже актуальний, як через постраждалих внаслідок війни з росією, але й для хворих, які проходять післяінсультну реабілітацію. Тому, отримання лікарів спеціалізацій з реабілітаційної допомоги є одним з можливих шляхів для розвитку. Крім того, є дуже перспективним розвиток паліативного профілю лікування. Ліжковий фонд терапевтичного профілю дозволяє дещо зменшити кількість місць в терапевтичному та кардіологічному відділенні саме на користь даного профілю. З проведенням відповідного навчання для лікарів для отримання ліцензії з даного напрямку.

Наявність у складі Київської міської клінічної лікарні №6 великого неврологічного відділення де надають допомогу людям з гострим пошкодженням мозкового кровообігу (інсультами) дає міцний фундамент для створення нейрохірургічного відділення. В своїй більшості в складі даного відділення мають працювати спеціалісти, які вже працювали в даному

відділенні, але ще пройшли відповідну підготовку та атестацію на курсах підвищення кваліфікації.

Таким чином, за рахунок вмотивованої команди спеціалістів готових до саморозвитку, лікарня має великі перспективи для відкриття нових напрямів лікування та значного спектру розширення послуг.

В 2023 році важко уявити хоч якусь сферу без використання комп'ютерних та електронних технологій. Електронна система охорони здоров'я дуже тісно пов'язана з роботою кожного закладу в нашій країні. Використання ЕСОЗ має велику кількість плюсів, наприклад:

- Можливість вести електронну медичну картку пацієнта
- Створення електронних направлень і листів вузьких спеціалістів
- Доступ до електронної карти здоров'я особи і результати тестів у режимі реального часу
- Телемедицина (telehealth) і мобільне здоров'я (mHealth)

Для КНП "Київська міська клінічна лікарня №6" ЕСОЗ є одним з найважливіших інструментів для проведення діяльності. В лікарні використовується медична інформаційна система ``Helsi``. Незважаючи на те, що ЕСОЗ має ключову мету спрощення роботи лікарні та персоналу, при цьому не нехтуючи якістю даних. Проведене опитування в межах кардіологічного відділення щодо даної МІС показало, що лікарні витрачають до 25% свого робочого часу, саме працюючи з ``Helsi``.

Тому, є пропозиція щодо заміни на іншу медичну інформаційну систему, для прикладу можна використати "МедЕйр".

МедЕйр застосовується в якості основної системи автоматизації бізнес-процесів в лікувально-профілактичних установах різних профілів та структур та має впровадження на первинній, вторинній та третинній ланках надання медичної допомоги. На поточний момент Систему використовують на 11000 робочих

місцях більш, ніж 35000 користувачів. Система інтегрована з центральним компонентом (ЦК) eHealth Міністерства охорони здоров'я України.

Впровадження МІС «МедЕйр» дозволить забезпечити:

- Автоматизацію лікувально-діагностичних процесів лікувального закладу
- Підвищення доступності та якості надання Пацієнтам медичних послуг
- Надання безперервної допомоги Пацієнту
- Раціональне використання ресурсів лікувального закладу (кабінетів, ліжкового фонду, медикаментів тощо)
- Зниження рівня адміністративного навантаження на працівників лікувального закладу
- Раціональне використання робочого часу лікарів, шляхом спрощення ведення медичних облікових форм, зменшення роботи з записами на папері, забезпечення повною та систематизованою інформацією про хворого, що матиме наслідком підвищення ефективності взаємодії з Пацієнтом
- Організацію ефективних інформаційних потоків між усіма учасниками лікувально-діагностичного процесу

Саме, скорочення часу лікарів, за рахунок спрощення документообігу, здатне забезпечити більше комфорту, як для персоналу, так і для пацієнтів. З боку лікарів це проявляє тим, що лікарі менше часу будуть проводити та паперовою та документаційною роботою, що відповідно дасть змогу лікарям підвищити пацієнтообіг у відділеннях та приділяти більше уваги пацієнтам та їх родичам, що повністю відповідає принципам пацієнтоорієнтованого менеджменту.

Послідовність зміни МІС для закладу:

1. Ви залишаєте заявку на сайті.
2. Спеціаліст по роботі з клієнтами уточнює деталі по вашому проекту.
3. Складаємо попередній план проекту.
4. Інформаційна і технічна інтеграція глобального рішення у вашій компанії.

5. Розробка програмного забезпечення або використання вже існуючого ПО, виходячи з ваших потреб.
6. Затвердження плану проекту. Підписання договору, внесення передоплати.
7. Навчання співробітників вашої компанії. Тестовий період інтеграції.
8. Підписання акту про поставки робіт по системній інтеграції.
9. Ви автоматизуєте процеси і користуєтеся всіма перевагами системної інтеграції.

Ще одна пропозиція по зменшенню бюрократизації роботи персоналу полягає у введенні в штат нової посади, а саме медичний секретар. Для системи охорони здоров'я дана посада є далеко не новою, але цінність від даної ролі важко переоцінити.

Медичний секретар у відділенні лікарні виконує ключову роль в забезпеченні ефективної роботи та зручного обслуговування як пацієнтів, так і медичного персоналу. Його функції можуть бути різноманітними, і вони орієнтовані на забезпечення нормального функціонування відділення та взаємодії з іншими аспектами лікарської діяльності.

Ось деякі ключові аспекти ролі медичного секретаря в лікарні:

- Він може брати участь у прийомі пацієнтів або координувати цей процес. Він отримує та реєструє основну інформацію про пацієнтів, таку, як особисті дані, страхова інформація, історія хвороби тощо.
- Відповідає за запис пацієнтів на прийоми до лікарів. Це включає в себе створення розкладу прийому, контроль за наявністю вільних годин та надання інформації пацієнтам.
- Забезпечення організації та збереження медичних записів пацієнтів відповідно до стандартів конфіденційності і безпеки інформації.

- Медичний секретар веде документацію відділення та забезпечує підготовку різноманітних звітів, які можуть бути потрібні для ліцензування, страхових компаній чи регулюючих органів.
- Ведення обліку та оновлення технічного обладнання відділення, такого як телефонні системи, комп'ютери, системи запису та інші.

Наведені рішення посприяють успішному розвитку лікарні на операційному рівні задля забезпечення більш ефективної та успішної роботи закладу.

3.3 Оцінка та прогнозування результатів удосконалення менеджменту в "Київській міській клінічній лікарні №6".

Оцінка результатів удосконалення менеджменту в "Київській міській клінічній лікарні №6" можуть включати різні аспекти, які стосуються якісного та ефективного функціонування лікарні.

Оцінка впровадження нових управлінських рішень в медичних установах, таких як лікарні, є важливою для визначення ефективності та адаптації нових стратегій. Існує велика кількість популярних методів оцінки результатів впроваджених змін, а даному випадку найбільш актуальним є – “Збалансований підхід”. "Збалансований підхід" або "Balanced Scorecard" - це широко використовувана методологія для вимірювання та управління ефективністю організацій. Вона розглядає діяльність організації з різних перспектив, включаючи фінансовий, клієнтський, внутрішній процес та розвиток персоналу. Підходить для багатьох видів організацій, включаючи медичні установи, де важливо балансувати різні аспекти діяльності для досягнення загальних стратегічних цілей.

Аспект оцінки	Характеристика
Фінанси	Аналіз фінансового стану та зміни витрат та доходів.

Клієнтська перспектива	Задоволеність та відгуки пацієнтів, якість медичних послуг.
Внутрішні процеси	Оцінка оптимізації лікарських процесів та удосконалення роботи персоналу.
Розвиток персоналу	Ефективність навчання та розвитку працівників.

Таб.3.1 Характеристика "Збалансований підхід"

Цей метод забезпечить оцінку всіх ключових напрямків в яких були певні пропозиції. Для більш конкретної оцінки можна застосувати ключові показники ефективності (КПЕ).

В даному випадку найбільш доцільними можна виділити:

1. **Час очікування пацієнта:** Обчислює середній час, який пацієнт повинен чекати від запису на прийом чи планової госпіталізації до відвідування медичної установи. Це може допомогти у складанні штатного розкладу та плануванні і забезпечити розуміння задоволеності пацієнтів.
2. **Середня кількість кабінетів, які використовуються за один раз:** Показує, наскільки добре використовується простір для лікування пацієнтів, і допомагає визначити, чи заклад потребує більше або менше місця.
3. **Співвідношення Персонал/Пацієнт:** Вказує на використання та потенціал кадрових ресурсів, що може вплинути на якість обслуговування пацієнтів.
4. **Зайнятість ліжко-місць або кабінетів (релевантно для амбулаторії):** Демонструє, як швидко пацієнти потрапляють і виходять із закладу. Це впливає на ефективність роботи закладу, і його слід враховувати при

оцінюванні задоволеності пацієнтів. Можна намагатися тісно пов'язати цей показник із кількістю повторних звернень, щоб переконатись у тому, що люди не виходять із закладу, погано себе почуваючи.

5. **Середній час обробки лікарської документації:** Визначає середній час який організація витрачає на обробку даних..
6. **Середня вартість лікування:** Показує суму, яку лікарня витрачає на лікування пацієнта. Її може бути поділено за видами лікування або показано як середнє значення всіх видів або категорій лікування.
7. **Заробітна плата постійних працівників:** Фіксує розмір заробітної плати (включно із преміями), яка виплачується всім штатним працівникам протягом звітного періоду.
8. **Кількість згадок у ЗМІ:** Відслідковує частоту згадок про вас у ЗМІ (в новинах і соціальних мережах). Можна окремо відслідковувати позитивні та негативні згадки. Це буде показником роботи Центру комунікації з партнерами.
9. **Загальний рівень задоволеності пацієнтів:** Розраховує рівень задоволеності, поєднуючи кілька факторів. Якщо він високий, то може бути чудовою рекламою для вашої організації, а якщо низький — сигналізувати про проблеми з іншими операціями чи послугами.
10. **Навчання на відділ:** Відстежує обсяг навчання, який кожен відділ надає або вимагає від свого персоналу.
11. **Час очікування пацієнта за стадією процесу:** Показує час очікування пацієнта у відділі невідкладної допомоги.
12. **Кількість відвідувачів (пацієнтів), які не потрапили на огляд:** Вказує на кількість людей, які не захотіли чекати на візит до лікаря. Це може допомогти визначити, чи потрібно більше ліжко-місць або персоналу, щоб охопити ту кількість пацієнтів, які звертаються в медичну установу.

13.Співвідношення Пацієнт/Персонал: Демонструє кількість персоналу, який припадає на одного пацієнта. Може вказати на брак або надлишок працівників у закладі.

Не менш важливою задачею від визначення параметрів оцінки впроваджених змін є прогнозування даних змін. В даній роботі зазначені 2 рівні пропозицій, а саме на стратегічному рівні та операційному.

Планування даних змін має відбуватись паралельно, але в різних масштабах, адже операційний рівень в лікарні - це щоденне управління і координація різних функціональних областей для забезпечення ефективного функціонування медичного закладу. Цей рівень включає в себе прийом пацієнтів, організацію надання медичних послуг, управління медичним персоналом та ресурсами. Головна мета операційного рівня - забезпечити безперебійну та координовану роботу лікарні на щоденній основі.

Сам процес впровадження цим змін може починатись від керівників підрозділів чи завідувачів відділень.

Операційні зміни	Термін проведення	Характеристика
Збільшення рівня планових поступлень	Січень – Червень 2024 рік	Комунікація з закладами первинної ланки, амбулаторією та страховими компаніями з метою збільшити увагу до планових госпіталізацій та вибудувати роботу в якій планові госпіталізації займатимуть більшу долю з усього відсотку поступлень хворих.
Зміна системи мотивації персоналу з акцентом на	Січень –Вересень 2024 рік	Проведення опитування та аналізу з метою виявлення співробітників, які мають бажання підвищити свою

розвиток професійних навичок		кваліфікацію. Розробити систему мотивації метою якої буде заохотити лікарів в розвитку.
Зміна пріоритетності в напрямках надання медичної допомоги	Квітень – Вересень 2024 рік	В терапевтичному напрямку зміна акценту в сторону реабілітаційної та паліативної допомоги. В хірургічному напрямі відкриття нових відділень та розширення послуг у вже наявних.
Зменшення бюрократизації роботи персоналу	Березень – Червень 2024 рік	Запровадження посади медичного секретаря та зміна МІС на користь більш зручної та часозберігаючої.

Таб.3.2 Терміни впровадження змін на оперативному рівні

В свою чергу стратегічний рівень в управлінні лікарнею охоплює більш глибокий та довгостроковий погляд на розвиток закладу. Основна ідея стратегічного рівня полягає в тому, щоб створити фундамент для сталого успіху лікарні в майбутньому, забезпечивши її конкурентоспроможність та відповідність сучасним вимогам медичної галузі. Тому реалізація цих пропозицій може зайняти дещо більше часу.

Стратегічні зміни	Термін проведення	Характеристика
Створення плану реструктуризації закладу.	Січень – Квітень 2024 рік	Аналітична робота зі збору даних та встановлення відповідальних за різні напрями. Підготування документації, щодо реструктуризації.
Створення нових структурних одиниць “Центрів”.	Квітень – Грудень 2024 рік	Запуск нових структурних підрозділів.

Створення нових структурних підрозділів.	Квітень – Грудень 2024 рік	Створення нових відділів, а саме відділу контролю якості праці та відділу внутрішнього аудиту. Заснування «Центру взаємодії з партнерами».
Завершення процесу реструктуризації.	Січень - Березень 2025 рік	Остаточне закінчення процесу змін з створення центрів. Початок аналітичного процесу, щодо змін в показниках закладу.
Налагодження більш ефективної роботи з НСЗУ.	Січень – ...	Аналітика щодо підписаних пакетів та питань фінансування за випадки. Оброблення та розбір помилок. Якісний розбір кодування для лікарів.

Таб.3.3 Терміни впровадження змін на стратегічному рівні.

Згідно з таблицею 3.3 процес змін має бути запущеним в січні 2024 року, а саме з покрокового планування процесу реструктуризації та підготовки належної документації. Найступний етапом є запуск даного проекту з послідовним запуском центрів. Паралельно з цим має відбуватись створення нових структурних підрозділів. Даний процес згідно з орієнтовними термінами має завершитись в березні 2025 року. Має бути запущені всі центри та має бути проведена попередня аналітична робота, щодо їх діяльності. Не враховуючи процес реструктуризації процес налагодження більш ефективної роботи з НСЗУ має стартувати з початку 2024 року та проводитись безтерміново.

Висновки до розділу III

1. Основною для стратегічних змін в закладі може стати реструктуризація, а саме створення нових структурних підрозділів, а саме «Інсультного центру», «Центру хірургії», «Терапевтично-реабілітаційного центру», «Консультативно-діагностичного центру», «Центру взаємодії зі партнерами» та «Аналітично-інформаційного центру». Це може стати основою для комплексного покращення лікарні та оптимізації надання медичних послуг. Адже мультидисциплінарна робота персоналу з різних відділень проте одного центру здатна внести істотні позитивні зміни в роботі закладу.
2. Пропозиція створення нових відділів, а саме відділу контролю якості праці та відділу внутрішнього аудиту відкриває шлях для поліпшення якості послуг, що надає заклад та поліпшення аналітичної роботи, щодо діяльності закладу.
3. Відкриття «Центру взаємодії з партнерами» є аспектом для подальшої діяльності, адже важливість комунікації з стейкхолдерами в наш час важко переоцінити. Вона впливає на авторитет закладу, можливість залучення інвестицій, грантів, коштів від міського бюджету, створення підґрунтя для співпраці з іноземними лікарнями для обміну досвідом та контактуванням з громадськістю.
4. Впровадження змін операційного рівня допоможуть покращити щоденне управління і координацію різних функціональних областей для забезпечення ефективного функціонування медичного закладу. Починаючи від якісного прийому пацієнтів, організацію надання медичних послуг закінчуючи управлінням медичним персоналом та ресурсами.
5. Оцінка результатів удосконалення менеджменту в "Київській міській клінічній лікарні №6" можуть включати різні аспекти, які стосуються якісного та ефективного функціонування лікарні.

Пропонується застосування "Збалансованого підходу" або "Balanced Scorecard" - це широко використовувана методологія для вимірювання та управління ефективністю організацій та визначення ключових параметрів.

6. Планування є не менш важливим процесом. Тож його варто поділити на планування реалізації стратегічних та операційних планів. Для них буде різний термін закінчення, а саме для стратегічного більш тривалий – до січня 2025 року, а для операційного менш тривалий, а саме до вересня 2024 року.

ВИСНОВКИ

Система охорони здоров'я в Україні зараз переживає визначні зміни, які характеризуються як і зміни в фінансуванні, форми власності, так і в менеджменті та якості надання медичної допомоги населенню. Дана ситуація впливає на всі заклади охорони здоров'я КНП "Київська міська клінічна лікарня №6", не є винятком.

КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» є центральною ланкою в системі надання медичної стаціонарної і консультаційно-діагностичної допомоги переважно населенню м. Києва, екстреної допомоги громадянам міста і представляє комплекс лікувально-діагностичних підрозділів, організаційно і функціонально пов'язаних між собою. КНП «КМКЛ №6» функціонує з метою інтеграції і ефективного використання сил і засобів його лікувально-діагностичних відділень для досягнення якісних кінцевих результатів в наданні медичної допомоги населенню.

Основою управління в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 6» є **ієрархічна** модель – адміністративної з переважно вертикальним поділом підпорядкованості, адже директором затверджуються всі рішення на найвищому рівні, але з елементами **демократичної** – з переважно горизонтальним поділом підпорядкованості, адже на рівнях відділень (завідувачів відділень) в багатьох питаннях відбувається “живе” обговорення різноманітних питань, де багато в чому до співробітників прислуховуються.

Ієрархічна модель управління має, як свої позитивні так і негативні сторони, тому запропоновано зміщення моделі управління більше в сторону демократизації. Саме комбінація позитивних сторін даних підходів може збільшити ефективність закладу та призвести до кращого функціонування закладу.

Також виявлено ряд недоліків в операційній роботі закладу такі як:

- низький відсоток планових госпіталізацій, що в свою чергу створює ряд ускладнень в роботі відділень, а саме надмірне навантаження на персонал через несистематичність поступлень до відділення та проведення планових операцій, відсутність попередніх обстежень необхідних для встановлення специфічного діагнозу в тих чи інших випадках та фінансові витрати для закладу у разі ургентного поступлення.
- наявність у складі закладу великої кількості хірургічних ліжок при цьому з низькою специфікою(лише 5 хірургічних відділень).
- наявність 220 ліжок з терапевтичного напрямку, проте їх більшість використовується не раціонально адже 110 місць займають пацієнти терапевтичного, кардіологічного, ревматологічного, неврологічного, ендокринологічного та гастроентерологічного напрямків при цьому більшість з цих хворих мають хронічні захворювання, що є дуже вартісним для ефективного стаціонарного лікування. При цьому хворі реабілітаційного профілю, потреба в якому значно зросла у зв'язку з війною , паліативного та інсультного, який є пріоритетним в країні займають решту місць.
- Низька кількість діагностичних процедур, які проводяться за програмою медичних гарантій. Через велику кількість ургентних поступлень, діагностичні процедури такі як: гістроскопія, цистоскопія, езофагодуоденоскопія та колоноскопія здебільшого проводяться за рахунок лікарні при тому, що цю кількість можна було б значно уникнути, роблячи дані процедури пацієнтам планово.

Тому наведено ряд пропозицій, як стратегічного так і операційного рівня.

Реструктуризація може стати ключовим аспектом в стратегічних змінах роботи закладу. Створення нових структурних підрозділів, таких як "Інсультний центр", "Центр хірургії", "Терапевтично-реабілітаційний центр", "Консультативно-діагностичний центр", "Центр взаємодії зі партнерами" та "Аналітично-інформаційний центр". Це може слугувати основою для

комплексного покращення лікарні та оптимізації медичних послуг. Взаємодія персоналу з різних відділень в межах одного центру може сприяти значним покращенням у роботі закладу.

Інсультний центр:

Мета: Оптимізація та швидка надання медичної допомоги пацієнтам із судинними захворюваннями головного мозку.

Заходи:

- Тісна співпраця із неврологами та діагностичними центрами.
- Організація навчальних програм для медичного персоналу.

Центр хірургії:

Мета: Підвищення ефективності та якості хірургічних втручань.

Заходи:

- Створення оптимальних умов для проведення операцій.
- Впровадження сучасного обладнання та технологій.
- Об'єднання спеціалізованих хірургічних відділень.

Терапевтично-реабілітаційний центр:

Мета: Покращення якості реабілітації пацієнтів після лікування.

Заходи:

- Організація реабілітаційних процедур та фізіотерапії.
- Проведення індивідуальних програм для пацієнтів.
- Співпраця зі спеціалістами у галузі фізіотерапії та реабілітації.

Консультативно-діагностичний центр:

Мета: Забезпечення оперативної та точної діагностики різноманітних захворювань.

Заходи:

- Організація медичних консилиумів та консультацій.
- Впровадження сучасних методів діагностики.
- Сприяння взаємодії між різними відділеннями та спеціалістами.

Центр взаємодії з партнерами:

Мета: Розвиток партнерських відносин та співпраці з іншими медичними установами та організаціями.

Заходи:

- Укладення угод та партнерських відносин.
- Організація спільних проектів та заходів.
- Підтримка комунікації та обміну досвідом.

Аналітично-інформаційний центр:

Мета: Збір та аналіз інформації для прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Заходи:

- Впровадження інформаційних систем для обліку та аналізу даних.
- Проведення аналітичних досліджень та формування звітності.
- Забезпечення інформаційною підтримкою управлінського процесу.

Це може стати основою для комплексного покращення лікарні та оптимізації надання медичних послуг.

Натомість на оперативному рівні лікарні зазвичай вирішуються питання щодо щоденного функціонування, взаємодії між підрозділами та наданням медичних послуг. Впровадження змін операційного рівня допоможуть покращити щоденне управління і координацію різних функціональних областей для забезпечення ефективного функціонування медичного закладу. Починаючи від якісного прийому пацієнтів, організацію надання медичних послуг закінчуючи управлінням медичним персоналом та ресурсами.

Оцінка результатів удосконалення менеджменту в "Київській міській клінічній лікарні №6" можуть включати різні аспекти, які стосуються якісного та ефективного функціонування лікарні.

Пропонується застосування "Збалансованого підходу" або "Balanced Scorecard" - це широко використовувана методологія для вимірювання та управління ефективністю організацій та визначення ключових параметрів.

Всі наведені кроки є дуже перспективними для подальшого функціонування та розвитку закладу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про систему громадського здоров'я» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
2. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>
3. Постанова КМУ «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я». <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zak-a174>
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
5. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/a76075b0-fb68-57c4-aa27-5316076d4e57/content>
6. Владислав Одринський «Сучасні тренди в госпітальному плануванні і що очікувати у майбутньому»
7. <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zak-a174>
8. <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>
9. Голяченко А. О. Ціноутворення хірургічної допомоги та забезпечення її економічної ефективності на базовому рівні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. - № 3. – С. 101–106.
10. Кравченко В.О. Основи менеджменту: навч. посібник. Одеса: Атлант, 2012. 211 с. 3. Олійник С.У. Теорія та практика менеджменту персоналу: підручник. Х.: НУА, 2013. 376 с.
11. Шутов М. М. Економіка та менеджмент охорони здоров'я: регіональний аспект: навчальний посібник – Харків, 2000. – 365 с

12. Health Design Thinking: Creating Products and Services for Better Health : монографія. New York : The MIT Press, 2020. 228 p.
13. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2018. № 2. С. 116-120.
14. Третяк О. П. Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. Бізнес-інформ. 2014. № 11. С. 331-336.
15. Момот О. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Теоретико-методичні аспекти викладання компонентів освітніх програм у системі підготовки магістрів у педагогічних закладах вищої освіти. 2023. С. 376–408.
16. Петришин О., Серьогіна С. Змішана республіканська форма державного правління: питання теорії та практики. Право України. 2009. № 10. С. 57-60.
17. Журавель В.І., Котуза В.П., Палій С.Р. Холакратія в медичній галузі як демократична система управління: сутність, переваги, недоліки //Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2020. Т.4, № 1. – С.5-14.
18. Benjamin A. C. The ethics of scholarship: A discussion of problems that arise in its application. Journal of Higher Education. 1960. Vol. 31, No. 9. P. 471-480.
19. ОСНОВИ ФАХОВОГО МИСЛЕННЯ В МЕДИЦИНІ: ПРОБЛЕМА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ / А. Висоцький та ін. Перспективи та інновації науки. 2023. № 9(27). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-9\(27\)-652-663](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-9(27)-652-663) (дата звернення: 04.12.2023).
20. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. Національна служба здоров'я України. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard> (дата звернення: 11.11.2023).
21. 106 медичних працівників вбили росіяни за рік повномасштабної війни. Міністерство охорони здоров'я України.

URL: <https://moz.gov.ua/article/news/106-medichnih-pracivnikov-vbilibrosijani-za-rik-povnomasshtabnoi-vijni> (дата звернення: 31.10.2023).

22. Managment B. I. o. Leading questions: A management symposium of speeches and articles from 13 chairmen and managing directors. London : British Institute of Management, 1965. 103 p
23. Менеджмент у системі медичної допомоги населенню: Вишнівецький І.І., Гур'янов В.Г., Жила А.В., Журавель В.І., Кожемякіна Т.В., Короткий О.В., Парій, В.Д., Матукова Г.І., Матукова-Ярига Д.Г., Юнгер В.І./ 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:2022. – 1346 с.
24. Калетнік Г. М., Козловський С. В., Підвальна О. Г. Теоретичні основи моделювання та фінансово-економічні розрахунки в менеджменті та бізнесі: навч. посіб. – К.: Хай-Тек Прес, 2010. – 402 с.
25. ДСТУ ISO 9001:2015. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я (ISO 9001:2015, IDT). [Чинний від 2015-04-01]. Вид. офіц. – Київ: Держспоживстандарт України, 2015. – 31 с.
26. Васильєв С.В., Ніколенко Л.М. Доказування та докази у лікувально-діагностичному процесі: монографія. – Харків: Еспада, 2017. – 192 с.
27. Johnson L. K. Bombs, bugs, drugs and thugs: intelligence and America's quest for security. – New York; London: New York University Press, 2020. – 176 p.
28. Осовська Г. В., Осовський О. А. Менеджмент: підруч. Київ: «Кондор», 2015.- 564 с.
29. Економіка охорони здоров'я: підручник / В. М. Москаленко, О. П. Гульчій, В. В. Рудень [та ін.]; за ред. В. Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Кн., 2010. – 134 ст.
30. Сучасні концепції менеджменту : навч. посібник / за. ред. д-ра екон. наук, проф. Л.І. Федулової. К.: Центр учбової літератури, 2007. 536 с.

31. Теорія організації [Текст]: навч. посібник / В. В. Приходько, В. І. Прокопенко, В. В. Малий та ін. За ред. І.В. Шереметьєвої. Д.: Національний гірничий університет, 2011. 258 с.
32. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. URL: <https://www.umj.com.ua/article/127584>.
33. Філіпенко А. С. Міждисциплінарна методологія: базові принципи: http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/viewFile/3283/2959.
34. Чала Н. Д. Зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. Науковий вісник ІФНТУНГ. 2016. № 1. С. 84–87.
35. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка. URL :<http://library.tneu.edu.ua/images/stories/> 76. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент : навчальний посібник. Тернопіль: "Крок", 2017. 351 с.
36. Мартиненко В. П., Легеза Н. В. Методи менеджменту для вдосконалення управління виробничим потенціалом підприємства. Ефективна економіка. 2018. № 3.
37. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. 2016. Вип. 6. С. 75-79.
38. Медяник Д. І. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки. 2016. № 19. С. 23–29.
39. Мельник А.Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій/За ред. д.е.н., проф. Мельник А.Ф. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 320 с.
40. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11.

ДОДАТКИ

Додаток А Основні фінансово-економічні показники

Найменування показника	2020	2021	2022	2023
Доходи всього, в т.ч.:	184077,0	365468,0	351540,0	388140,8
Чистий дохід від реалізації продукції(товарів,робіт,послуг) в тому числі:	162254,0	266813,0	315953,0	226816,8
платні послуги	8870,5	29971,7	23464,5	25261,2
за рахунок коштів НСЗУ	94043,5	216317,3	218258,5	201339,6
за рахунок бюджетних коштів	45901,0	0	30897,0	0
Інші операційні доходи	5173,0	71778,0	4668,0	126324,0
За рахунок бюджетних коштів	0	46006,50	0	51020,1
Інші доходи в тому числі:	16650,0	26877,0	30919,0	35000,0
Дохід від безоплатно одержаних активів	12000,0	22467,0	17956,0	35000,0
Витрати всього, в т.ч.:	184077,0	365468,0	361540,0	388140,8
Собівартість реалізованої продукції(товарів,робіт,послуг)	169487,0	319900,0	303177,0	308904,8
Адміністративні витрати	12749,0	44039,0	44992,0	43093,0
Витрати на збут	0	0	0	0

Інші операційні витрати	1841,0	1529,0	3371,0	36145,0
Фінансові витрати	0	0	0	0
Інші витрати	0	0	0	0
Податок на прибуток	0	0	0	0
Чистий прибуток(збиток)*	0	0	0	0
Капітальні інвестиції	46574,0	27699,0	42584,0	10506,0
Бюджетні кошти в т.ч.:	58262,0	62467,5	34743,0	61526,0
В структурі доходу;	45901,0	46005,5	30897,0	51020,0
Капітальні інвестиції	12361,0	63439,5	3846,0	10506,0

Сильні сторони	Можливості
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Сертифікована система якості; ✓ Кваліфікований персонал; ✓ Комфортні умови роботи; ✓ Високоорганізована система управління; ✓ Укладений з НСЗУ договір на 16 пакетів надання медичних послуг за програмою медичних гарантій; ✓ Достатнє комплектування комп'ютерною та офісною технікою; ✓ Відпрацьовані технології; ✓ Резерви виробничих площ; ✓ Географічне охоплення; ✓ Робота з страховими компаніями (більше 40); ✓ Можливість розвивати базу для цілодобового надання допомоги хворим на гострі порушення мозкового кровообігу; ✓ Наявність сучасного обладнання для діагностики захворювань та проведення сучасних методик оперативного втручання; ✓ Можливість впровадження унікальних технологій та продовження реалізації різних 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Розвиток нових медичних послуг, в тому числі платних; ✓ Оптимізація роботи закладу з ліжковим фондом, акцентування уваги на тих видах надання послуг, які є більш перспективними у роботі лікарні та матимуть можливість для збільшення доходу; ✓ Впровадження в закладі медичної інформаційної системи відділень, Для аналізу діяльності покращення моніторингу системи індикаторів якості надання медичної допомоги та клінічного аудиту, що дасть можливість порівняти наявну клінічну практику із визнаними світовими стандартами та досягненнями заради удосконалення медичних послуг; ✓ Введення платних послуг за більш комфортні умови знаходження пацієнтів у стаціонарі (палати підвищеного комфорту, харчування з аутсорсингом, тощо), надання платних послуг вузькоспеціалізованими спеціалістами (консультації, діагностичні дослідження лабораторні та інструментальні, тощо); ✓ Безперервна медична освіта та удосконалення практичних навичок та

наукових програм за рекомендацією наукових співробітників.

поєднання практичної і наукової діяльності, з метою удосконалення сучасних підходів до лікування деяких станів та хвороб;

- ✓ Після реорганізації самостійно визначити розмір оплати праці своїх працівників, а також забезпечити реалізацію системи мотивації співробітників у колективному договорі.

Слабкі сторони

Загрози

- ✓ Недоукомплектованість медичним персоналом (сестрами медичними та молодшими медичними сестрами);
- ✓ Низький рівень оплати праці;
- ✓ Відсутність аутсорсингу по багатозатратним послугам для лікарні;
- ✓ Надання допомоги пацієнтам, що несвоєчасно звернулись за медичною допомогою та мають певні наслідки через застарілі стадії хвороб – більш затратні медичні послуги та довгий час одужання таких пацієнтів.

- ✓ Наявна конкуренція з боку приватних медичних закладів;
- ✓ Недостатній соціальний статус та низька платоспроможність населення;
- ✓ Підвищення цін на медикаменти, обладнання;
- ✓ Плинність кадрів, відтік перспективних фахівців за кордон;
- ✓ Висока вартість впровадження інноваційних методів діагностики та лікування;
- ✓ Зменшення кількості пацієнтів на період епідемії та здійснення заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19
- ✓ Зменшення кількості пацієнтів у зв'язку з повномасштабною війною росії проти України.

Додаток В Показник кількостей госпіталізацій за різними видами госпіталізації

Назва	Всього	Гіне коло гія	Паліат ивневі дділен ня	Травма тологія	Урол огія	Хіру ргія- 1	Хіру ргія- 2	Тера пія	Ревма тологі я	Кард іолог ія	Неврол огія	Гастроен терологія	Ендок ринол огія	Відно внаре абіліт ація	Інсуль тне	Малоінва зивнахіру ргія	Пласти чна хірургія
	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб	Осіб
Разом	14204	1911	106	822	2355	1439	1500	1784	307	1084	338	148	125	789	1185	220	91
Планова госпоталізація	1056	0	99	144	1	4	4	2	2	3	4	2	0	766	0	0	25
Ургентна госпіталізація	13148	1911	7	678	2354	1435	1496	1782	305	1081	334	146	125	23	1185	220	66