

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

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра  
 Освітній рівень

на тему: «Формування стратегії управління ефективністю та розвитком  
 медичного закладу (на прикладі КНП «Хмельницька обласна лікарня»,  
 м.Хмельницький)»

ДРМО.013604.01.01.ПЗ

Галузь знань	<u>07 Управління та адміністрування</u>
	Шифр і назва галузі знань
Спеціальність	<u>073 Менеджмент</u>
	Шифр і назва спеціальності
Освітня програма	<u>Бізнес–адміністрування</u>
	Назва освітньої програми

Виконав студент 2 курсу,  
 група МО (в,мб)

\_\_\_\_\_

Підпис

М.В. Глушко  
 Ініціали, прізвище

Керівник: кан.екон.наук, доц. каф. ЕМА

\_\_\_\_\_

Підпис

О.М. Баксалова  
 Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

\_\_\_\_\_

Підпис

\_\_\_\_\_

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю

Зав. кафедри ЕМА, канд.екон.наук, проф  
 \_\_\_\_\_ грудня 2021 р.

\_\_\_\_\_

Підпис

Н.М. Тюріна  
 Ініціали, прізвище

Хмельницький, 2021

## АНОТАЦІЯ

Глушко М. В. Формування стратегії управління ефективністю та розвитком медичного закладу (на прикладі КНП «Хмельницька обласна лікарня», м.Хмельницький). Керівник роботи канд.е.н., доц. кафедри ЕМА Баксалова О.М. Дипломна робота магістра: 97 с., 25 рисунків, 25 таблиць, 30 джерела посилання.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** СТРАТЕГІЯ, УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНІСТЮ, УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД.

Досліджено теоретичні та методичні основи формування стратегії управління ефективністю та розвитком медичного закладу. Розглянуто сутність, етапи та основні методи стратегічного управління. З'ясовано особливості стратегічного управління некомерційними медичними закладами. Визначено прикладні аспекти стратегічного управління некомерційними медичними закладами

Проаналізовано рівень ефективності функціонування медичного закладу КНП «Хмельницька обласна лікарня».

Сформовано модель розробки стратегії розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня». Продемонстровано застосування інструменту хронометражу робочого часу середнього медичного персоналу для прийняття стратегічних управлінських рішень. Сформовано рекомендації щодо підвищення рівня організаційної культури персоналу медичного закладу, інтенсифікації та розробки штатних робочих норм

---

(підпис та ПІБ)

\_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

## ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	5
1 ТЕОРЕТИКО–МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ	7
1.1 Сутність, етапи та основні методи стратегічного управління	7
1.2 Особливості стратегічного управління некомерційними медичними закладами	15
1.3 Прикладні аспекти стратегічного управління некомерційними медичними закладами	22
Висновки до розділу 1	25
2 АНАЛІЗ РІВНЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ»	28
2.1. Аналіз діяльності та фінансово–майнового стану медичного закладу	28
2.2 Моніторинг кадрового потенціалу КНП «Хмельницька обласна лікарня»	37
2.3 Аналіз виробничої потужності ресурсного забезпечення стратегічного управління медичним закладом	43
Висновки до розділу 2	47
3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ТА ЕФЕКТИВНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	49
3.1 Формування моделі розробки стратегії розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня»	49
3.2 Застосування інструменту хронометражу робочого часу середнього медичного персоналу для прийняття стратегічних управлінських рішень	58
3.3 Формування рекомендацій щодо підвищення рівня організаційної культури персоналу медичного закладу, інтенсифікації та розробки штатних робочих норм	84
Висновки до розділу 3	88
ВИСНОВКИ	91
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	94
ДОДАТКИ	97

## ВСТУП

В умовах реформування охорони здоров'я перед медичними організаціями стоїть завдання управління на основі передбачення змін з метою визначити майбутні тенденції та виробити відповідну стратегію для сталого та ефективного функціонування. Відсутність стратегічного бачення в організаціях охорони здоров'я ускладнює прогнозування результатів діяльності, можливість своєчасного внесення коректив до управління.

У проведеному дослідженні ми спиралися на публікації таких відомих науковців у галузі стратегічного менеджменту, як М. Мескона, М. Альберта, Ф. Хедо, І. Ансоффа, П. Друкера, Ф. Зельцніка, А. Чандлерарі та ін. Проблемам управління охорони здоров'я присвячені роботи Р. Нашелер, К. Редер, які працюють в Університеті Аугсбурга. Науковці Оксфордського університету А. Рівз, С. Басу, Д. Маккой, М. Маккі, Д. Стакле займаються проблемами вибору управлінських структур для ефективного розвитку медичних організацій.

Огляд матеріалів у сфері стратегічного управління медичними закладами показав, що з огляду на внесок дослідників деякі теоретичні та методичні аспекти залишилися не вирішеними. Отже, немає загального підходу до стратегічного управління медичними закладами. Досить узагальнено досліджено теоретичні основи стратегічного управління медичними закладами, що зумовило вибір теми, мети та завдань магістерської роботи.

Метою магістерської роботи є розвиток теоретичних основ стратегічного управління медичним закладом, а також розробка практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності його діяльності та активізації розвитку.

Основними завданнями магістерської роботи є:

- дослідити теоретико–методичні засади стратегічного управління;
- проаналізувати фінансово–господарську діяльність та рівень конкурентоспроможності КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради;

– розробити практичні рекомендації щодо удосконалення системи стратегічного управління КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради.

Об'єктом дослідження є процеси стратегічного управління медичного закладу.

Предметом дослідження є теоретико–методичні та прикладні аспекти стратегічного управління ефективністю та розвитком медичного закладу.

У магістерській роботі задля досягнення мети дослідження були використано такі загально філософські та математико–статистичні методи: системно–функціональний, узагальнення, порівняльний, економіко–статистичний, економіко–математичного моделювання тощо.

Магістерська робота загальним обсягом 97 сторінок складається зі вступу, трьох розділів, висновків, та переліку використаних джерел із 30 найменувань. Магістерська робота ілюстрована 25 рисунками, містить 25 таблиць.

# 1 ТЕОРЕТИКО–МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

## 1.1 Сутність, етапи та основні методи стратегічного управління

Поняття «стратегічне управління» з'явилося орієнтовно у шістдесяті, сімдесяті роки як управління, що проводиться на найвищому рівні та відрізняється від рівня поточного управління виробництвом. Необхідність протистояння поточним змінам у бізнесі сприяли виділенню стратегічного управління. Головна ідея такого управління полягала у визначенні керівництвом оточення компанії як центру уваги для того, щоб швидко та оперативно реагувати на зміни у ньому та відповідати на поставлені проблеми зовнішнього середовища.

Особливості стратегічного та оперативного управління описані у в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 – Відмінні характеристики стратегічного та оперативного управління

Оперативне управління	Стратегічне управління
Ознака	
Мета існування, призначення, сформована місія	
Створення та розробка послуг та товарів для отримання прибутку та доходу	Перспективний розвиток організації у довгостроковому періоді за допомогою гармонійної роботи із зовнішнім середовищем, оточенням та вирішенням проблем керівних осіб
Центр уваги	
Зосереджується на внутрішній складовій організації, внутрішніх проблемах	Орієнтується на відкриття нових можливостей, використання конкуренції як джерела вдосконалення, швидке реагування на зміну оточення та факторів середовища
Постановка питання	
Як потрібно робити?	Чого потрібно досягнути?
Спосіб вирішення	
В межах організаційних заходів	За елементами стратегії
Середовище функціонування	
Стабільне, прогнозоване	Динамічне та непередбачуване
Часовий фактор	
Короткострокова та середньострокова перспектива	Довгострокова перспектива
Формування управління	
Поєднує в собі організаційні функції, структури та процедури, технології та техніки	Зосереджується на системах інформаційного забезпечення, на ринку кваліфікованих кадрів
Ставлення до трудових ресурсів	
Розглядає працівників як виконавців окремих функцій та робіт, як один із видів ресурсів організації	Розглядає працівників як людський капітал, як базис організації, що є основною цінністю
Критерії ефективності та управління	
Орієнтується за показниками раціоналізації використання трудових ресурсів та прибутковості діяльності	Оцінює за параметрами: точність дій, своєчасність прийняття рішень. Дії керівництва у відповідь на нові виклики з боку змін у навколишньому середовищі, у вимогах ринку та споживачів
Позиція маркетингу	
Спрямована на використання ефективних інструментів	Орієнтована на складання глобального плану розвитку підприємства.

маркетингу та методів продажів для мінімізації усіх витрат. Метою є досягнення високих показників за операційним планом, таких як прибутковість за усіма видами товарів та послуг, рівень продажу та охоплення територій (ринків)	Збереження та розширення позицій на ринку, утримання клієнтів, а також залучення нових
Ставлення до прибутку	
Перетворення потенціалу на реальний прибуток	Забезпечує постійний потенціал прибутковості
Взаємовідносини з стейкхолдерами	
Вибудовуються відносини із зовнішнім середовищем без чіткого плану, реактивно	Визначається мета взаємодії, а потім підбираються під неї інструменти, проактивно
Ставлення до репутації	
Дати найкраще зображення бренду, орієнтація на короткострокову перспективу	Закріплення бренду та його образу, орієнтація на довгострокову перспективу
Ставлення до планування	
Оперативно-виробниче	Стратегічне планування, сценарне, комплексне, цільове планування
Тип управителя	
Менеджер з виробництва	Підприємець – лідер
Влада в управлінні	
Зосереджена на виробництві та маркетингу	Зосереджена на загальному керівництві, НДДКР, розвитку виробництва, стратегічному плануванні

Джерело: сформовано на основі [1–24]

Розглянемо деякі теоретичні визначення пов'язані з стратегічним управлінням.

Поняття «стратегічне управління», на думку багатьох авторів, зводиться до процесу визначення та використання стратегічних рішень, у яких стратегічний вибір вважається головною ланкою, де відзначається взаємодія власних ресурсів з можливостями та загрозами, що характеризують зовнішнє оточення.

Термін «стратегія» можна визначити «як головна сполучна ланка між тим, що організація хоче досягнути її цілями та лінією поведінки, обраною для досягнення цих цілей» [13].

Термін «стратегія» використовується з давніх часів і перекладається з давньогрецької як «мистецтво ведення війни». Сьогодні стратегією вважається «мистецтво керувати діями певного колективу для досягнення поставлених цілей у протистоянні з супротивником» [5, с. 63].

З.Є. Шершньова переконує, що «стратегія – це специфічний управлінський план дій, спрямованих на досягнення встановлених цілей. Вона визначає, як організація функціонуватиме та розвиватиметься зараз та у перспективі, а також яких підприємницьких, конкурентних і функціональних заходів і дій буде вжито для того, щоб організація досягла бажаного стану» [10].

І.Ансоффа пов'язує з поняттям стратегічне управління поєднання стратегічного планування, аналіз та вибір стратегічних позицій, а також управління у реальному часі [14].

Х. Віссема характеризує це поняття як «стиль управління». Вважає, що споживачі мотивують та орієнтують у майбутнє, розвивають конкуренцію. На думку автора, стратегічне управління орієнтує всіх працівників та об'єднує всі плани підрозділів, методи та форми взаємодії, синхронізує інформацію для прийняття рішень та планування для досягнення довгострокових цілей [15].

Розглянувши визначення стратегічного управління, приділимо увагу поняттю стратегія.

У багатьох формулюваннях поняття «стратегія» поєднує у собі такі елементи як детальний перспективний план на довгострокову перспективу, що має гнучкість та адресність, що враховує переорієнтацію на випадок непередбачуваних обставин для здійснення стратегічного маневру.

Вивчення розвитку терміна «стратегія» у часі дозволить визначити хід думок авторів і дозволить дати пояснення його структурі таблиця 1.2.

Таблиця 1.2 – Порівняння наукових підходів до визначення поняття «стратегія»

Автор	Визначення
А. Чандлер, К. Ендрюс	Поняття «стратегія» відзначається як довгостроковий курс цілей та завдань, визначення точних дій та розподіл ресурсів, вкладених у цілі
Гарвардська школа бізнесу	Формують поняття стратегії як наслідок контрольованого процесу
М. Портер, Б. Хендерсон, Д. Шенділ	Стратегія як багато позицій організації фокусується на показниках
І. Ансофф	Стратегія – формування плану розвитку, що характеризується його безперервністю
Д. Стейнер П. Лоранжі інші автори	Ототожнює поняття стратегія як середньострокове–тактичне планування
Д.Куїнн	Застосовує визначення «ефективна формальна стратегія» як послідовність дій, вкладених у досягнення цілей у межах певної політики
Р. Мінцберг	Стратегія як сукупність планів, позицій, перспектив, дій та прийомів
Б.Альстренд, Дж.Лемпел	Відзначається стратегія як засіб формування переваг економічного та неекономічного характеру
Г. Хамель	Стратегія – процес розвитку згідно з етапами, схемами дій
А. Томпсон	Стратегія – план, спрямований на зміцнення захоплених позицій та досягнення цілей
А. Дж. Стрікланд, А. А. Томпсон	Стратегія – це певні підходи та дії щодо заданих показників діяльності

Джерело: сформовано автором на основі [14–24]

Таким чином, можна дійти висновку, що поняття «стратегія» розглядалося з різних сторін, і кожен автор пропонує свою інтерпретацію та підхід. Але у всіх визначеннях вловлюється думка, що стратегія – це спосіб досягнення поставленої мети за допомогою різних інструментів стратегічного управління, спрямований на

розвиток організації з урахуванням змін зовнішнього середовища та конкурентної боротьби.

Дослідження показало, що це стратегічні цілі, завдання формуються і виконуються вищою ланкою керівництва організації. Важливо розглядати та враховувати навколишні фактори зовнішнього та внутрішнього середовища при прийнятті управлінських рішень, оскільки вони можуть безпосередньо впливати на результати діяльності.

Для стратегічних цілей необхідно розробити оперативні цілі, що реалізуються середньою та нижньою ланкою управління організацією. Оперативні цілі спрямовані на внутрішню діяльність та розробляються на короткостроковий період, але дозволяють вирішувати стратегічні завдання.

Огляд літератури допомагає сформуванню етапів стратегічного управління  
таблиця 1.3.

Таблиця 1.3 – Характеристика етапів стратегічного управління

Характеристика	Етап	
	Інструмент	
Перший етап – аналіз середовища		
Метою етапу є формування інформації про зовнішнє середовище, виявлення позитивних та негативних факторів, визначення сильних та слабких сторін організації	Для реалізації першого етапу використовуються інструменти аналітичного характеру, такі як SWOT-аналіз, PEST-аналіз, GAP-аналіз, SNW-аналіз	
Другий етап – розробка місії та цілей довгострокового характеру		
Полягає у виробленні призначення організації, конкретизації змісту діяльності, визначення цільових орієнтирів. Відмінна риса – узгодженість, несуперечність, сумісність мети та місії	Ф.Котлер пропонує визначати місію та цілі з урахуванням п'яти факторів: історія виникнення організації; дії та стиль поведінки керівників; ресурси організації; внутрішній стан та ключові риси організації. Застосовується встановлення фаз та ієрархія цілей	
Третій етап – розробка стратегій розвитку		
Суть етапу у виробленні та розвитку варіантів, альтернатив та шляхів розвитку організації на довгостроковий період	Прийнято використовувати матрицю І. Ансоффа, матриця Бостонської Консультативної Групи (BCG), Матриця Томпсона та Стриккланда, матрицю Д. Абея, матриця «МакКінзі», матриця АДЛ	
Четвертий етап – контроль		
Зміст цього етапу полягає у перевірці правильності здійснення стратегії розвитку	Вибір показників: показники ефективності; показники використання людського капіталу; показники, що характеризують внутрішній стан організації та зовнішнього середовища. Формування системи вимірювання та відстеження; системи контролю ринкових показників: цін, послуг та товарів, інвестицій. Методи порівняння та коригування	

Джерело: сформовано автором [14–24]

Відповідно до представленої таблиці та, враховуючи розробки закордонних та вітчизняних науковців, практиків у стратегічному управлінні, застосовується велика кількість методів, моделей та інструментів.

У більшості літературних джерел стратегічна модель включає економічні та математичні методи, які відображають процеси та явища у зовнішньому та внутрішньому середовищі.

Розглянемо матрицю, в якій представлено методи, що використовуються на кожному етапі стратегічного управління (табл. 1.4).

Таблиця 1.4 – Формування матриці системи методів та інструментів стратегічного управління

Метод, інструмент	Складова характеристика							
	Дослідження вихідної ситуації	Аналіз зовнішнього середовища	Аналіз потенційних можливостей та резервів підприємства	Формування цілей та місії підприємства	Визначення стратегічних альтернатив	Розробка стратегії	Реалізація стратегії	Оцінка результативності
Аналіз грошових потоків								
Економіко-математичні методи								
Сценарний аналіз								
Імітаційне моделювання								
Регресійний аналіз								
Аналіз чутливості								
Портфельний аналіз								
Методи прогнозування								
Аналіз ризиків								
Методи прикладної математики								
Коефіцієнт рангової кореляції								
Статистичні методи								
Експертні методи оцінки								
Анкетні опитування								
STEP-аналіз								
SWOT-аналіз								
П'ять конкурентних сил Портера								
Ранжування та зважування чинників								
Побудова ієрархій								
Метод «Дерево цілей»								
Функціонально-вартісний аналіз								
Багатофакторний аналіз								
Аналіз фінансових коефіцієнтів								

Джерело: сформовано автором [14–24]

Цілком очевидно, що для застосування даного інструментарію необхідно його систематизувати та визначитись, які саме методи найбільш прийнятні до використання під час стратегічного управління.

Крім того, необхідно приділити увагу такому поняттю як «стратегічне планування» та визначити основні його відмінності від «стратегічного управління»,

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я стратегічне управління передбачає формування стратегічних завдань, підготовку відповідних законів, норм, інструментів, моніторинг, контроль за їх виконанням, забезпечення підзвітності та прозорості результатів [3, с. 39].

На думку В.С. Яценко, стратегічне управління полягає у «майстерності правильно визначати майбутнє організації, щоб досягти того стану, до якого ми прагнемо, щоб зробити організацію такою, якою ми хочемо бачити її в майбутньому» [6, с. 78].

Стратегічний менеджмент є «імпульсом» для динамічних змін закладу охорони здоров'я [12, с. 7].

В.В. Лепський [5] зазначає, що «стратегічне планування медичного закладу передбачає визначення цілей і завдань для їх досягнення, що є основою для прийняття подальших управлінських рішень».

С. Вутон і Т. Хорн [11] виокремлюють такі три етапи стратегічного планування, як стратегічний аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища організації; вибір стратегічного напрямку розвитку; реалізація стратегії, що включає формування та аналіз альтернативних варіантів стратегії.

Відмінність стратегічного планування та управління розглянемо в таблиці 1.5.

Таблиця 1.5 – Коротка характеристика понять «стратегічне управління» та «стратегічне планування»

Ознака відмінності	
Стратегічне управління	Стратегічне планування
Сутність	
Є сукупністю усіх дій, рішень та способів створення та реалізації стратегії для здійснення намічених цілей організації	Є діяльністю, що визначає пріоритети та стратегії організації на майбутні перспективи
Акцент	
Акцентується на досягнення поставлених стратегічних результатів у частині виходу на нові рівні розвитку, розширення територій охоплення та розробка нових товарів та послуг	Акцентується на реалізації грамотних стратегічних рішень
Основа впливу	
Результати	Плани
Часовий аспект	
Актуальне	Аналітичне
Функції	
Призначає відповідальних осіб, затверджує форму дій, час і методи управління	Визначає дії

Джерело: сформовано автором [4–16]

Отже, як бачимо за результатами теоретичного аналізу, «стратегічне управління» неможливе без «стратегічного планування», існує тісний взаємозв'язок між ними, що полягає у визначенні управлінського потенціалу вирішення поставлених у плануванні завдань та втілення їх у життя. Стратегічне

планування на основі аналітичних процедур задає цілі та завдання, а стратегічне управління за допомогою сукупності способів та дій, а також з урахуванням мінливості навколишніх факторів, їх реалізовує.

## **1.2 Особливості стратегічного управління некомерційними медичними закладами**

Перенесення принципів менеджменту від комерційних підприємств приватного сектору економіки до некомерційних, а в нашому випадку – до закладів охорони здоров'я, має тривалу історію, починаючи з ХХ століття. Незважаючи на те, що методи та підходи до менеджменту змінюються, проте їхня імплементація в практику управління медичними закладами спрямована на підвищення якості та ефективності управлінського процесу, а навіть інколи й на забезпечення виживання цих закладів. Сьогодні в галузі охорони здоров'я України відбуваються значні трансформації, які ознаменувалися переходом до нової моделі фінансування закладів, їхньої автономізації, а отже, й пошуком нових механізмів управління [25, с. 62].

На нашу думку, саме застосування стратегічного управління в державних медичних закладах буде результативним способом, який дозволить збільшити ефективність управління ними у сфері охорони здоров'я України. Стратегічне управління державними медичними закладами передбачає постановку цілей та завдань на довгострокову перспективу, розвиток певних взаємовідносин між медичними закладами та навколишнім середовищем, що відповідає їх внутрішньому потенціалу та дозволяє зберегти сприйнятливість до зовнішніх та внутрішніх вимог.

При стратегічному управлінні необхідно визначати стратегічні показники, враховуючи, що галузь охорони здоров'я відрізняється від інших галузей з метою

діяльності та способів їх досягнення, необхідно чітко виявити умови, що впливають на них.

Як у будь-якій галузі, так і в системі охорони здоров'я є зовнішні умови, які впливатимуть на стратегічні показники:

- політичні (охорона здоров'я населення);
- соціальні;
- економічні.

Стратегічна модель системи охорони здоров'я спирається на такі показники:

– цільові стратегічні показники, що відповідають за діяльність системи охорони здоров'я, що формуються на державному рівні;

– стратегічні показники самої структури системи охорони здоров'я, які відповідають за рівень функціонування державних органів влади безпосередньо із державними медичними закладами;

– показники наявності стратегічних ресурсів (фінансові, трудові, інтелектуальні, інформаційні), що формуються всередині державного медичного закладу;

– стратегічні показники роботи системи охорони здоров'я, що відповідають за результат, формуються в контролюючих органах системи охорони здоров'я.

Важлива відмінність стратегічного управління медичними закладами від промислових та комерційних підприємств це соціально-орієнтований підхід. Одним із головних елементів економічного та соціального благополуччя суспільства країни є медичне обслуговування. У нашій країні сфера охорони здоров'я є однією із провідних галузей сфери обслуговування. Формування, реалізація медичних послуг та благ, мета яких створення та підтримання здоров'я населення, є функціональним значенням системи охорони здоров'я. З огляду на те, що охорона здоров'я є соціально значущою галуззю всі стратегічні цілі, показники та методи використання мають бути спрямовані на досягнення соціально-економічного результату.

Соціально-економічний результат: покращення показників діяльності медичних закладів, підвищення тривалості життя населення по всій країні;

збільшення тривалості життя працездатного населення країни, скорочення термінів тимчасової непрацездатності та скорочення захворюваності від усіх причин, покращення якості життя громадян різного віку, розвиток та висвітлення громадського здоров'я шляхом взаємодії держави та громадян.

Вважаємо, що головною особливістю стратегічного управління медичними закладами є – державне втручання. Органи державної влади, від імені Міністерства охорони здоров'я взаємопов'язані у процесі стратегічного управління з керівниками медичних закладів (рис. 1.1).

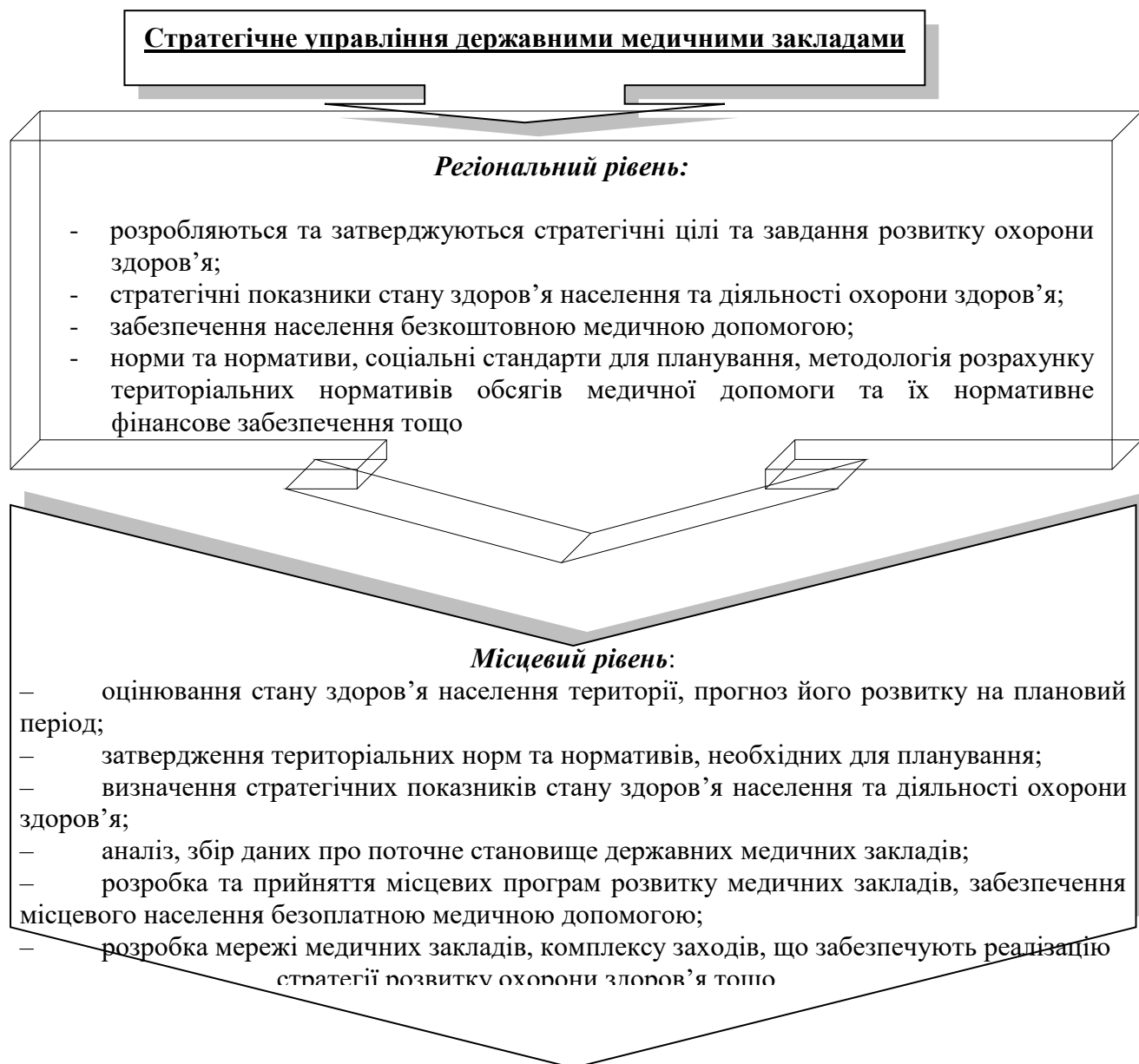


Рисунок 1.1 – Стратегічне управління некомерційними медичними закладами на різних рівнях

Джерело: сформовано автором

З іншого боку, стратегічне управління може здійснюватися самостійно головним лікарем та відповідними службами управління всередині державної медичного закладу, для досягнення державних стратегічних цілей.

Місія медичних закладів є соціально–орієнтованою та відрізняється від інших організацій. Важливою відмінністю місії медичної організації є збереження прав населення у сфері охорони здоров'я та реалізація державних гарантій.

Місія державних медичних закладів полягає у наданні якісної та доступної медичної допомоги, яка має задовольняти потреби населення при ефективному використанні ресурсів закладу.

Місія державних медичних закладів має бути сформована на майбутнє та визначати цільові орієнтири на довгострокову перспективу. Вона є головним інструментом стратегічного управління.

Місія медичних організацій полягає у створенні та застосуванні такої державної політики, яка призведе до реалізації якісних та доступних медичних послуг, підвищення здоров'я нації.

Стратегічні цілі державно медичного закладу формуються відповідно до вимог та цілей державної політики у галузі охорони здоров'я. Вони включають встановлені нормативні числові показники такі як, наприклад, тривалість життя населення країни, смертність у країні, народжуваність у країні, захворюваність у країні та охоплюють пріоритетні напрями розвитку якості та доступності забезпечення населення медичною допомогою. Основними стратегічними завданнями державних медичних закладів є створення умов здійснення поставленої мети.

Стратегічний розвиток мережі медичних закладів на певній території включає розрахунок нормативних обсягів медичної допомоги та їх ресурсне забезпечення, розподіл обсягів за медичними закладами відповідно до їх потужностей та ліцензованих видів медичної допомоги.

Необхідно розглянути практичну складову аналізу макрооточення для державної медичного закладу для розвитку стратегічного управління медичними закладами.

Розглянемо аналіз окремих складових макро– та мікросередовища для державних медичних закладів таблиця 1.6.

Таблиця 1.6 – Особливості аналізу макро– та мікросередовища некомерційного медичного закладу

Контактна аудиторія макросередовища	Характеристика	Контактна аудиторія мікросередовища	Характеристика
Економічна компонента	Передбачає аналіз економічних показників таких як: величина валового національного продукту, продуктивність праці темпів інфляції, платіжного балансу рівня безробіття, відсоткової ставки, норм накопичення, норм оподаткування тощо	Споживачі товарів та послуг	Є найважливішою складовою, оскільки саме на споживача орієнтується організація під час виробництва свого товару чи послуги. Дослідження споживачів дозволяє зрозуміти, який товар цікавить і в якій кількості, а також чи можна збільшити коло потенційних покупців
Правова компонента	Передбачає вивчення правового порядку, законів та нормативно-правових актів, які встановлюють основні рамки, норми та межі. Відзначаються аспекти правового захисту та ступінь зміни правового середовища	Постачальники	Фокусується на пошуку та підборі сумлінних постачальників, від яких залежатиме ефективність роботи медичного закладу, рівень якості та собівартості медичних послуг
Політична компонента	Формування політичної складової необхідно для того, щоб чітко розуміти, які цілі перед собою ставлять органи державної влади щодо розвитку суспільства та про засоби, за допомогою яких держава має намір втілювати в життя свою політику. Використання політичної компоненти потребує визначення першочергових цілей закладу та концентруватися на з'ясуванні чи збігаються вони з державними. Своєчасне відстеження прийняття нових законів та норм	Конкуренти	Наголошує на визначенні сильних та слабких сторін конкурентів для вироблення власних позицій на ринку. Виявити загрози та розробити стратегії розвитку
Соціальна компонента	Вивчення цієї складової показує, як соціальні процеси, демографія, національність, менталітет, рівень освіти людей, мобільність людей впливають на розвиток діяльності та досягнення цілей організації. Ключова риса соціальної компоненти – це вплив на зовнішнє та внутрішнє оточення закладу	Ринок робочої сили	Вивчення ринку робочої сили відкриває перспективи забезпечення трудовими ресурсами для повноцінного функціонування медичного закладу
Технологічна компонента	Фокус полягає у дослідженні можливостей, що необхідні для вдосконалення діяльності закладу, що дозволяють проводити модернізацію та удосконалення з урахуванням виникнення та загроз різного характеру	Органи державної влади та місцевого самоврядування	Має виконувати усі норми та нормативи, дотримуватися законодавства, залежить від програм розвитку, прийнятих бюджетів тощо

Джерело: сформовано автором

Таким чином, дослідивши особливості побудови макросередовища та особливості безпосереднього оточення для державних медичних закладів можна сформуванати дерево цілей медичного закладу, з урахуванням їхньої специфіки рисунок 1.2.

<b>Дерево цілей медичного закладу</b> (відповідно до ієрархії, важливості, пріоритетності, часових обмежень, чинників впливу тощо)	Нормативно-правове, ресурсне та організаційне забезпечення розвитку →	Комплекс норм та нормативів, що регламентують взаємовідносини елементів системи управління →	Надійність зв'язків медичного закладу з постачальниками ресурсів та технологій з споживачами послуг →
	↑ Завдання розвитку медичного закладу на плановий період →	↑ Сукупність показників, що забезпечують виконання вимог управління →	↑ Тенденції розвитку медичної науки, техніки, технології, організації праці →
	↑ Умови функціонування та розвитку медичного	↑ Можливості удосконалення процесу надання медичної	↑ Потенціал медичного закладу: виробничо-технологічний, кадровий,

	закладу →	допомоги за конкретним видом допомоги →	фінансовий, організаційний тощо →	
	↑ Цільові вимоги споживачів медичних послуг →	↑ План–завдання (обсяги) надання медичної допомоги в розрізі видів допомоги →	↑ Калькуляція медичної послуги за основним видом допомоги порівняно з базовим періодом →	↑ Тариф (ціна) за основним видом нозології →

Рисунок 1.2 – Дерево цілей медичного закладу

Джерело: сформовано автоором

Застосування стратегічного управління в державних медичних закладах є системою з певними характеристиками, використання яких впливає на успіх та розвиток управлінської діяльності.

Успіх стратегічного управління в державних медичних закладах – це захист та забезпечення прав на охорону здоров'я та безкоштовне отримання медичної допомоги для кожного громадянина. Збереження здоров'я населення як головної цінності та основної складової трудового та оборонного ресурсу. Здійснення населенням своїх соціальних обов'язків та виконання біологічних функцій, що полягають у відтворенні та вихованні молодого здорового покоління.

Таким чином, стратегічне управління полягає у розробці стратегічних цілей та оцінки їх реалізації, аналізі поточної діяльності державного медичного закладу для визначення стратегії розвитку.

Проведене дослідження, узагальнені існуючі принципи стратегічного управління у некомерційних медичних закладів сприяли формуванню уточненого та доповненого визначення теоретичного поняття «стратегічне управління державними медичними закладами» на вирішення поставлених завдань та розкриття теми дослідження.

Стратегічне управління некомерційними медичними закладами – це управління, зорієнтоване на показники діяльності та ресурсозабезпечення медичного закладу з метою досягнення стратегічних цільових орієнтирів, для задоволення потреб пацієнтів (населення) та вимог органів державної влади, а також місцевого самоврядування, що спирається на комплексний аналіз умов та

чинників функціонування медичних закладів у зовнішньому та внутрішньому його середовищі.

Представлене визначення має чітку взаємопов'язану та логічно вибудовану структуру, розкриває сутність стратегічного управління державними медичними закладами, узагальнює та систематизує мету та методи, акцентує увагу до показників діяльності та ресурсозабезпечення медичного закладу.

У цьому визначенні відмінною рисою є уточнення стратегічних цілей та елементів стратегічного управління з урахуванням соціально–орієнтованого підходу та специфіки медичного закладу.

### **1.3 Прикладні аспекти стратегічного управління некомерційними медичними закладами**

У цілому нині стратегічне управління некомерційними медичними закладами виявляється у досягненні стратегічних цілей підвищення та поліпшення здоров'я населення, що у своє чергу, сприяє підвищенню продуктивності праці.

Аналіз літературних джерел та нормативно–правових документів засвідчив відсутність єдиних механізмів та підходів до визначення показників управління некомерційними медичними закладами, що продемонстровано на рисунку 1.3.

Як видно з рисунку 1.3, вплив ресурсів на ефективність діяльності медичного закладу є різноспрямованим, інколи ефективність знижується за рахунок їх наявності, за рахунок їх використання або за рахунок доступності ресурсів.

Також, у межах традиційного підходу, звертається увага на варіативність ефективності, адже проводиться порівняння витрат та результатів. Зазначається, що і за високих і за низьких витрат можна досягнути високих результатів ефективності. Цей методичний підхід застосовується, переважно, як базовий та

береться за основу для програм стратегічного розвитку медичних закладів та медичної галузі загалом.



Рисунок 1.3 – Поточне оцінювання ефективності діяльності медичного закладу

Джерело: сформовано автором

За результатами нашого дослідження бачимо, що проблема підвищення ефективності та якості стосується також охорони здоров'я. В цій сфері, як і в інших галузях, головне завдання – інтенсивно розвиватися. Важливо підвищувати рівень та якість медичного обслуговування населення, розширювати мережу закладів охорони здоров'я та вдосконалювати їх структуру, підвищувати ресурсозабезпечення. Необхідно забезпечувати медичні заклади лікарськими засобами, обладнанням та інструментами, медичним інвентарем, технікою та обладнанням, медичною технікою. Потрібно активно впроваджувати науково-технічні досягнення у практику державних медичних організацій, залучати прогресивні форми та методи організації системи охорони здоров'я тощо.

Тому, на нашу думку, питання стратегічного управління некомерційними медичними закладами слід розглядати у двох головних аспектах. По–перше, через вплив охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва та збільшення його ефективності. По–друге, підвищення рівня стратегічного управління у медичних та інших закладах охорони здоров'я. Адже вплив охорони здоров'я як системи виробництва виявляється у прирості обсягу національного доходів у результаті досягнень збереження здоров'я працюючих. На зростання національного доходу, як відомо, впливають два головні фактори: обсяг праці, витраченої у матеріальному виробництві, та продуктивність праці. Охорона здоров'я впливає на ці фактори, сприяючи, по–перше, зростанню трудових ресурсів суспільства і, по–друге, збільшенню продуктивності праці.

Таким чином, оцінювання ефективності управління державними ресурсами, як правило, проводиться через підвищення результативності та соціальної ефективності державних ресурсів з метою охорони здоров'я, і навіть для реалізації вчасних заходів для підвищення результативності та соціальної ефективності державних ресурсів.

## **Висновки до розділу 1**

Відповідно до, отриманих у першому розділі, результатів огляду теоретико–методичних основ стратегічного управління медичним закладом було з'ясовано окремі положення.

Визначено сутність понять «стратегія» та «стратегічне управління». З'ясовано, що поняття «стратегія» розглядалося з різних сторін, і кожен автор пропонує свою інтерпретацію та підхід. Але у всіх визначеннях вловлюється думка, що стратегія – це спосіб досягнення поставленої мети за допомогою різних інструментів стратегічного управління, спрямований на розвиток організації з урахуванням змін зовнішнього середовища та конкурентної боротьби.

Виокремлено та охарактеризовано чотири етапи стратегічного управління та розроблено матрицю інструментів та методів стратегічного управління для кожного етапу.

За результатами теоретичного аналізу, встановлено, що «стратегічне управління» неможливе без «стратегічного планування», існує тісний взаємозв'язок між ними, що полягає у визначенні управлінського потенціалу вирішення поставлених у плануванні завдань та втілення їх у життя. Стратегічне планування на основі аналітичних процедур задає цілі та завдання, а стратегічне управління за допомогою сукупності способів та дій, а також з урахуванням мінливості навколишніх факторів, їх реалізовує.

З'ясовано, що застосування стратегічного управління в некомерційних медичних закладах є результативним способом, який дозволяє збільшити ефективність управління ними у сфері охорони здоров'я України. Стратегічне управління некомерційними медичними закладами передбачає постановку цілей та завдань на довгострокову перспективу, розвиток певних взаємовідносин між медичними закладами та навколишнім середовищем, що відповідає їх внутрішньому потенціалу та дозволяє зберегти сприйнятливість до зовнішніх та внутрішніх вимог.

Представлене визначення має чітку взаємопов'язану та логічно вибудовану структуру, розкриває сутність стратегічного управління державними медичними закладами, узагальнює та систематизує мету та методи, акцентує увагу до показників діяльності та ресурсозабезпечення медичного закладу. У цьому визначенні відмінною рисою є уточнення стратегічних цілей та елементів стратегічного управління з урахуванням соціально-орієнтованого підходу та специфіки медичного закладу.

Крім того, структуровано стратегічне управління некомерційними медичними закладами на різних рівнях, описано особливості аналізу макро- та мікросередовища некомерційного медичного закладу, побудовано дерево цілей медичного закладу.

## 2 АНАЛІЗ РІВНЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ»

### 2.1 Аналіз діяльності та фінансово–майнового стану медичного закладу

Комунальне некомерційне підприємство «Хмельницька обласна лікарня» (КНП «Хмельницька обласна лікарня») Хмельницької обласної ради є комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги та поліклінічної (консультативної) допомоги населенню Хмельницької області в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та Статутом КНП «Хмельницька обласна лікарня» [28].

Підприємство створене відповідно до рішення Хмельницької обласної ради (засновник підприємства) від 21 червня 2019 року шляхом перетворення Хмельницької обласної лікарні у комунальне некомерційне підприємство «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради. Майно підприємства є спільною власністю територіальних громад сіл, селищ, міст Хмельницької області в особі Хмельницької обласної ради. Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Хмельницької обласної лікарні (код ЄДРПОУ 02004717) [28].

Підприємство є об'єктом спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Хмельницької області в особі Хмельницької обласної ради, код ЄДРПОУ – 00022651. Юридична адреса: 29005, Хмельницька область, м. Хмельницький, Майдан Незалежності, будинок 2 [26].

Підприємство підпорядковане, підзвітне та підконтрольне засновнику – Хмельницькій обласній раді, а в межах галузевих повноважень – Департаменту охорони здоров'я Хмельницької обласної державної адміністрації (далі – Департамент). Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність,

спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку [28].

Основною метою діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» є забезпечення медичного обслуговування населення Хмельницької області шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством [28].

Далі розглянемо фінансово–економічну складову діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради, використовуючи дані фінансової звітності цього медичного закладу (Додатки А) за 2018–2020 роки (табл. 2.1).

В таблиці представлено лише дані 2019–2020 років, оскільки 2018 року порядок ведення звітності КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради змінився, тому порівнювати показники цих років недоцільно.

Як бачимо з таблиці 2.1, баланс КНП «Хмельницька обласна лікарня» у розрахункові роки зменшився на 91 382,00 тис. грн. Причиною таких негативних для підприємства змін стало значне скорочення розмірів основних засобів (на 131 488,00 тис.грн). Хоч і не настільки суттєвим, але досить позитивним стала фіксація 2020 року 24,30 тис.грн нематеріальних активів та нарощення на 579,80 тис.грн незавершених капітальних інвестицій у складі необоротних активів. Як результат величина оборотних активів загалом зменшилася на 130 883,80 тис.грн.

Оборотні активи КНП «Хмельницька обласна лікарня» з першого розрахункового року збільшилися на 39 501,800 тис. грн через зростання запасів сумою 22 870,80 тис. грн, збільшення дебіторської заборгованості за товари, роботи, послуги на 5,60 тис. грн, дебіторської заборгованості за розрахунками з бюджетом на 438,70 тис. грн., іншої поточної дебіторської заборгованості на 332,70 тис. грн, а також зростання величини грошей та їх еквівалентів на 15 853,80 тис. грн, інших оборотних активів на 0,30 тис. грн.

Щодо власного капіталу КНП «Хмельницька обласна лікарня» слід зазначити про значне його зменшення на 112 901,60 тис. грн. Причинами такого скорочення стали зменшення на 103 166,30 та 107 119,20 тис. грн зареєстрованого

(пайового) капіталу та додаткового капіталу. На 97 383,90 тис. грн зазнав зростання лише нерозподілений прибуток (непокритий збиток) підприємства.

Таблиця 2.1 – Фінансовий та майновий стан КНП «Хмельницька обласна лікарня», тис. грн

Показник	Рік		Абс.відх. 2020–2019
	2019	2020	
<b>Актив</b>			
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	0,00	24,30	24,30
первісна вартість	0,00	24,30	24,30
накопичена амортизація	–	–	
Незавершені капітальні інвестиції	260,60	840,40	579,80
Основні засоби:	389 905,10	258 417,10	–131 488,00
первісна вартість	544 082,10	438 048,20	–106 033,90
знос	154 177,00	179 631,10	25 454,10
Довгострокові біологічні активи	0,00	0,00	0,00
Довгострокові фінансові інвестиції	0,00	0,00	0,00
Інші необоротні активи	0,00	0,00	0,00
Усього за розділом I	390 165,70	259 281,90	–130 883,80
II. Оборотні активи			0,00
Запаси:	68 307,60	91 178,40	22 870,80
у тому числі готова продукція	0,00	0,00	0,00
Поточні біологічні активи	0,00	0,00	0,00
Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги:	0,00	5,60	5,60
Дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	0,00	438,70	438,70
у тому числі з податку на прибуток	0,00	0,00	0,00
Інша поточна дебіторська заборгованість	152,70	485,40	332,70
Поточні фінансові інвестиції	0,00	0,00	0,00
Гроші та їх еквіваленти	411,90	16 265,70	15 853,80
Витрати майбутніх періодів	0,00	0,00	0,00
Інші оборотні активи	0,00	0,30	0,30
Усього за розділом II	68 872,20	108 374,00	39 501,80
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	0,00	0,00	0,00
Баланс	459 037,90	367 655,90	–91 382,00
<b>Пасив</b>			
I. Власний капітал			
Зареєстрований (пайовий) капітал	103 166,30	0,00	–103 166,30
Додатковий капітал	328 849,40	221 730,20	–107 119,20
Резервний капітал	0,00	0,00	0,00
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	–17 058,50	80 325,40	97 383,90
Неоплачений капітал	–	–	–
Усього за розділом I	414 957,20	302 055,60	–112 901,60
II. Довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення	260,60	55 737,90	55 477,30
III. Поточні зобов'язання			0,00
Короткострокові кредити банків	0,00	0,00	0,00
Поточна кредиторська заборгованість за:			
довгостроковими зобов'язаннями	0,00	0,00	0,00
товари, роботи, послуги	0,00	0,00	0,00
розрахунками з бюджетом	18,00	109,80	91,80
у тому числі з податку на прибуток	0,00	0,00	0,00
розрахунками зі страхування	0,00	0,00	0,00
розрахунками з оплати праці	134,70	392,60	257,90
Доходи майбутніх періодів	0,00	9 358,30	9 358,30
Інші поточні зобов'язання	43 667,40	1,80	–43 665,60
Усього за розділом III	43 820,10	9 862,40	–33 957,70
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття	0,00	0,00	0,00
Баланс	459 037,90	367 655,90	–91 382,00

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

У період з 2018 року по 2020 рік на 33 957,70 тис. грн. зменшилися поточні зобов'язання медичного закладу, що є досить позитивним явищем. Проте, на жаль,

цього ж періоду на 55 477,30 тис. грн збільшилися довгострокові зобов'язання, а також цільове фінансування та забезпечення КНП «Хмельницька обласна лікарня».

Все ще значною залишається питома вага основних фондів у структурі майна КНП «Хмельницька обласна лікарня», що є ознакою наявності потужної матеріально-технічної бази (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Використання та забезпеченість основними фондами КНП «Хмельницька обласна лікарня», тис. грн

Показник	Рік		Абсолютне відхилення 2020–2019	Відносне відхилення (2020/ 2019)100
	2019	2020		
Основні фонди, всього	389 905,10	258 417,10	–131 488,00	66,28
Первісна вартість	544 082,10	438 048,20	–106 033,90	80,51
Знос	154 177,00	179 631,10	25 454,10	116,51
Фондоозброєність	280,31	188,49	–91,82	67,24
Ступінь зношеності основних засобів, %	28,34	41,01	12,67	144,71

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Як бачимо з таблиці 2.2, вартість основних засобів протягом 2019–2020 років скоротилася на 131 488,00 тис. грн, відтак ступінь зношеності основних засобів становить більше 41 %, а відносне відхилення наближається до 45 відсотків.

Незважаючи на суттєве скорочення чисельності персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» протягом 2019–2020 років фондоозброєність персоналу зменшилася на 67,24 %. Можна зробити висновок, що темпи скорочення вартості основних засобів випередили зменшення кількості працюючих.

Фінансові результати діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» розглянемо за даними таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Фінансові результати діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня», тис.грн

Показник	Рік		Абс.відх. 2020–2019	Відн.відх. (2020/ 2019) 100, %
	2019	2020		
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	48 367,10	197 847,90	149 480,80	409,05
Інші операційні доходи	662,10	49 724,80	49 062,70	7 510,16
Інші доходи	21,60	27 652,80	27 631,20	128 022,22
Разом доходи	49 050,80	275 225,50	226 174,70	561,10
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	18 421,40	246 700,80	228 279,40	1 339,21
Інші операційні витрати	67 236,70	6 225,70	–61 011,00	9,26

Інші витрати	286,70	(-)	-286,70	0,00
Разом витрати	85 944,80	252 926,50	166 981,70	294,29
Фінансовий результат до оподаткування	(-36 894,00)	22 299,00	59 193,00	265,45
Податок на прибуток	(-)	(-)	(-)	(-)
Чистий прибуток (збиток)	(-36 894,00)	22 299,00	59 193,00	265,45

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Дані табл. 2.3 вказують на зростання загальної суми доходів підприємства більше ніж у п'ять разів, а саме – на 461,10 відсотків. Разом з тим, нарощення загальної величини витрат становило 294,92 відсотків. Попри отриманий у 22 299,00 тис. грн медичним закладом прибуток 2020 року, витрати КНП «Хмельницька обласна лікарня» зростають швидшими темпами.

Основні показники, що демонструють результативність праці персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Показники з праці персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Показник	Од. вим.	Рік		Абс.відх. 2020–2019	Відн.відх., % (2020/ 2019)·100
		2019	2020		
Разом доходи	тис.грн	49 050,80	275 225,50	226 174,7	561,10
Середня кількість працівників	ос.	1 391	1 371	-20	98,56
Продуктивність праці персоналу	тис.грн/ос.	35,26	200,75	165,49	569,34
Чистий прибуток (збиток)	тис.грн	-36 894,00	22 299,00	59 193,00	160,44

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Докладніше про виробничу потужність та кадровий потенціал КНП «Хмельницька обласна лікарня» розглянемо у наступному параграфі магістерської.

## 2.2 Моніторинг кадрового потенціалу КНП «Хмельницька обласна лікарня»

З таблиці 2.4 видно, що значне зростання доходів КНП «Хмельницька обласна лікарня», а також скорочення чисельності персоналу медичного закладу позитивно вплинуло на значне збільшенні продуктивності працюючих.

Разом з тим, КНП «Хмельницька обласна лікарня» має проблеми з укомплектованістю персоналу (табл. 2.5).

З інформації, поданої в таблиці 2.5 бачимо, що серед загальної кількості 303,25 штатних посад зайнятих 281,75 посад. За підсумками 2020 року КНП «Хмельницька обласна лікарня» мала 21,50 вакантних посад, у тому числі 13 повних вакантних посад. Тому дефіцит фізичних осіб складає 20,25, тобто укомплектованість цього закладу становить 93 відсотків.

Найменш укомплектованим є організаційно-методичний відділ КНП «Хмельницька обласна лікарня», а також філія діалізного відділення (Славутської ЦРЛ).

Крім кількісних показників, що стосується персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня», важливо проаналізувати також якісні його характеристики. Інформація про чисельність та категорійність лікарів КНП «Хмельницька обласна лікарня» подано в таблиці 2.6.

Таблиця 2.5 – Укомплектованість КНП «Хмельницька обласна лікарня» персоналом

Назва	Штатних посад всього	Зайнятих посад (з декрет.)	Вакантних посад (гр.2–гр.3)	Вакантних посад повних	Фізичних осіб (з декрет.)	З них працюють тимчасово (але не за декрет.)	Дефіцит фіз. осіб (абс.) (гр.2–гр.6)	% укомплектованості (гр.6/гр.2·100)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Загалом у закладі	303,25	281,75	21,50	13	283	4	20,25	93
Апарат управління	5,00	5,00			5			100
Організаційно-методичний відділ	2,25	1,25	1,00	1	1		1,25	44
Допоміжні підрозділи	1,00		1,00	1			1,00	
Харчоблок	1,00	1,00			1			100
Клініко-діагностична лабораторія	6,00	6,00			5		1,00	83
Відділення функціональної діагностики	3,00	3,00			3			100
Експрес лабораторія	6,00	5,00	1,00	1	4		2,00	67
Рентген-діагностичне відділення	6,00	6,00			7		-1,00	117
Кабінет комп'ютерної томографії	3,00	3,00			3			100
Рентген-радіологічний кабінет	1,00	1,00			1			100
Відділення ультразвукової діагностики	4,50	4,25	0,25		4		0,50	89
Фізіотерапевтичне відділення	2,00	2,00			2			100
Ендоскопічне відділення	5,00	5,00			5			100
Ендоурологічний кабінет	3,00	3,00			3			100
Центр екстракорпоральної детоксикації	13,50	10,00	3,50	3	9		4,50	67
Філія діалізного відділення ХОЛ (Кам'янець-Подільський)	5,00	4,25	0,75		4		1,00	80
Філія діалізного відділення ХОЛ (Шепетівська ЦРЛ)	3,25	2,50	0,75				3,25	
Філія діалізного відділення ХОЛ (Старокостянтинів ЦРЛ)	2,25	2,00	0,25		1		1,25	44
Філія діалізного відділення ХОЛ (Дунаєвська ЦРЛ)	2,50	2,25	0,25		2		0,50	80
Філія діалізного відділення ХОЛ (Славута)	2,25	1,25	1,00	1	1		1,25	44

ЦРЛ)									
Обласна консультативна поліклініка	26,25	24,00	2,25	1	27		-0,75	103	
Приймальне відділення	5,25	5,00	0,25		5	1	0,25	95	
Кабінет сімейно-психологічної допомоги населенню	1,00	1,00			1			100	
Кабінет контактної корекції зору	0,50	0,50			1		-0,50	200	
Кабінет мануальної терапії та масажу	0,50	0,50					0,50		
Кабінет складної і спеціальної корекції зору	0,75	0,75			1		-0,25	133	
Клініко-діагностична лабораторія	0,50		0,50				0,50		
Загально-лікарняний персонал обласного перинатального центру	0,50	0,50					0,50		
Центр планування сім'ї – жіноча консультація обласного перинатального центру	6,25	6,25			5		1,25	80	
Приймально-діагностичне відділення обласного перинатального центру	10,25	10,00	0,25		8		2,25	78	
Гінекологічне відділення з малоінвазивними технологіями, ліжками медицини плода та патології ранніх термінів вагітності	2,50	2,50			3		-0,50	120	
Відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології обласного перинатального центру	4,00	4,00			7	1	-3,00	175	
Пологове відділення з індивідуальними та сімейними пологовими залами і операційними обласного перинатального центру	10,50	10,25	0,25		11		-0,50	105	
Відділення сумісного перебування матері та дитини обласного перинатального центру	4,50	4,50			4		0,50	89	
Відділення анестезіології та інтенсивної терапії обласного перинатального центру	11,00	10,25	0,75		10	1	1,00	91	
Відділення інтенсивної терапії новонароджених обласного перинатального центру	6,00	5,00	1,00	1	5	1	1,00	83	
Відділення постінтенсивного догляду за новонародженими обласного перинатального центру	1,50	1,50			1		0,50	67	
Відділення анестезіології та реанімації	16,75	16,25	0,50		17		-0,25	101	
Палата інтенсивної терапії	7,50	7,50			8		-0,50	107	
Гастроентерологічне відділення	3,75	3,75			4		-0,25	107	
Гематологічне відділення	6,50	6,50			8		-1,50	123	
Неврологічне відділення	8,75	7,25	1,50	1	7		1,75	80	
Нейрохірургічне відділення	10,75	10,75			10		0,75	93	
Нефрологічне відділення	3,25	3,25			3		0,25	92	
Опікове відділення	3,00	3,00			3			100	
Палата інтенсивної терапії опікового відділення	5,00	5,00			6		-1,00	120	
Ортопедо-травматологічне відділення	11,25	11,00	0,25		11		0,25	98	
Офтальмологічне відділення	8,25	7,25	1,00	1	8		0,25	97	
Проктологічне відділення	3,50	3,50			3		0,50	86	
Пульмонологічне відділення	3,50	3,50			5		-1,50	143	
Ревматологічне відділення	3,00	2,50	0,50		3			100	
Відділення судинної хірургії	4,00	4,00			5		-1,00	125	
Відділення щелепно-лицевої хірургії	2,75	2,75			3		-0,25	109	
Відділення торакальної хірургії	3,50	3,50			3		0,50	86	
Урологічне відділення	6,00	5,25	0,75		5		1,00	83	
Хірургічне відділення	12,50	12,50			12		0,50	96	
Ендокринологічне відділення	4,50	4,50			5		-0,50	111	
Операційне відділення	1,00	1,00			1			100	
Лікарі інтерни	5,00	3,00	2,00	2	3		2,00	60	

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

З 281 лікаря КНП «Хмельницька обласна лікарня» вищу категорію мають 146 осіб, з яких лише 67 жінок. Представниками першої категорії кваліфікації є 53 особи (у тому числі 32 жінки), другої 27 осіб (у тому числі 15 жінок) та 42 особи лікарів-спеціалістів (20 жінок) (рис. 2.1).

Таблиця 2.6 – Чисельність та категорійність лікарів КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Найменування посад	Усього облікова кількість осіб на 31.12.20	Із загальної кількості лікарів (графа 1), які мають кваліфікаційну категорію			
		вищу	I	II	лікар-спеціаліст
A	1	2	3	4	5
Лікарі	281	146	53	27	42
у тому числі жінок	143	67	32	15	20
із загальної кількості – лікарі з організації і управління охорони здоров'я (соціал-гігієністи)	6	4		1	1
у тому числі статистики	1			1	
терапевти, усього	8	1			4
пульмонологи	5	3	1		1
кардіологи	3	1	1	1	
ревматологи	4	3	1		
гастроентерологи	5	4		1	
нефрологи	8	4	1	1	2
ендокринологи	6	5		1	
алергологи	3	3			
гематологи	8	7			1
дієтологи	1	1			
фізіотерапевти	2	1		1	
з функціональної діагностики	3	1	2		
хірурги	19	10	3	4	2
серцево-судинні хірурги	6	3	2		
торакальні хірурги	3	1	2		
нейрохірурги	9	6	1	1	
у тому числі дитячі	1				
анестезіологи	55	24	9	6	14
у тому числі дитячі	4		1	1	2
ортопеди-травматологи	12	7	2	1	2
урологи	10	8			2
ендоскопісти	5	4	1		
проктологи	4	3			1
радіологи	1				1
стоматологи-хірурги	4		2		2
акушери-гінекологи	30	10	8	6	6
у тому числі гінекологи дитячі	1			1	
педіатри-неонатологи	8	2	3		1
рентгенологи	10	6	2	1	1
з ультразвукової діагностики	6	4	2		
офтальмологи	15	10	3	1	1
отоларингологи	1	1			
невропатологи	11	5	6		
психіатри	1				
сексопатологи	1	1			
імунологи	1	1			
лаборанти	4	2	1	1	
інтерни	3				
обласним, міським та іншим органам виконавчої влади	281	146	53	27	42

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Слід зазначити, що загалом у КНП «Хмельницька обласна лікарня» серед лікарів переважають жінки (рис. 2.2).

Хоча відмінність за кількістю жінок та чоловіків персонал КНП «Хмельницька обласна лікарня» особливо не відрізняється. Суттєвішою є відмінність у кваліфікації цих категорій персоналу.

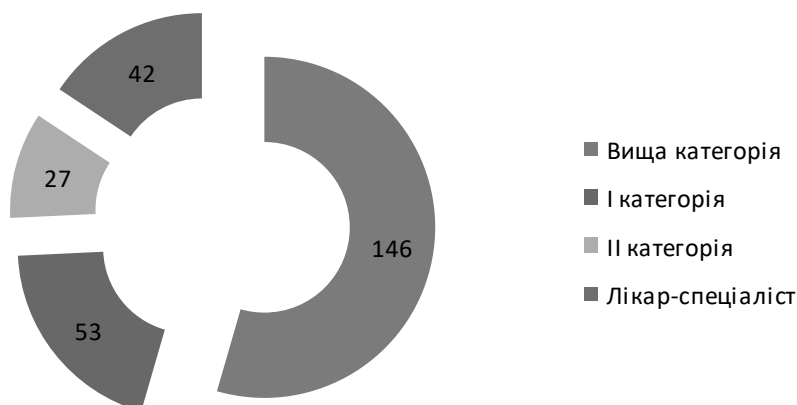


Рисунок 2.1 – Структура категорійності лікарів КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

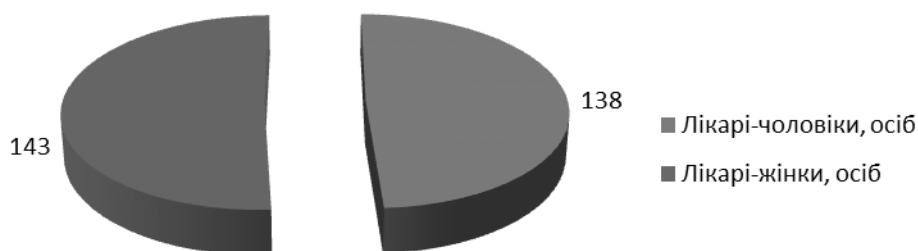


Рисунок 2.2 – Гендерна структура лікарів КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Чисельність та категорійність середнього медичного персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» розглянемо в таблиці 2.7.

Інформація щодо структури категорійності середнього медичного персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» вказує на те, що значно переважає середній медичний персонал вищою категорією (рис. 2.3).

Таблиця 2.7 – Чисельність та категорійність середнього медичного персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Найменування посад	Усього облікова кількість осіб на 31.12.20	Із загальної кількості середніх медичних працівників, які мають кваліфікаційну категорію			
		вищу	I	II	Стаж роботи до 5 років
1. Середній медичний персонал	579	252	56	75	142
у тому числі: фельдшери	31				31
акушерки	50	5	4	14	23
медичні сестри в усіх закладах	443	208	51	52	87
лаборанти (фельдшери-лаборанти)	38	30		5	1
рентгенолаборанти	14	9		3	
медичні статистики	3		1	1	
2. Фармацевти в лікувально-профілактичних закладах, закладах підготовки кадрів, НДІ та апаратах органів управління.	2	1			
3. Молодші медичні сестри по догляду за хворими	176				
4. Із загальної кількості середніх медичних працівників-жінок	564	248	55	73	136
5. Спеціалісти з вищою немедичною освітою	5	5			

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

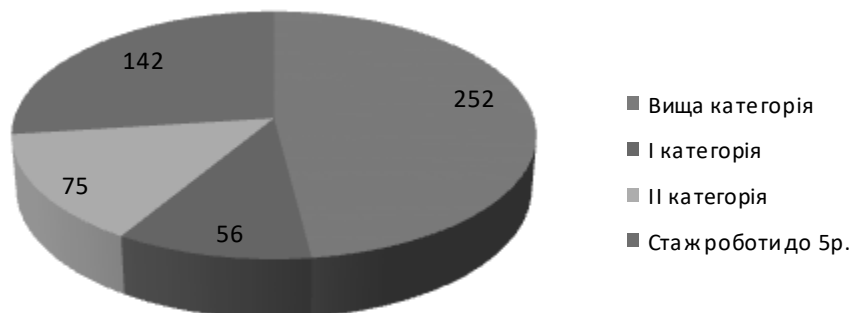


Рисунок 2.3 – Структура категорійності середнього медичного персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Найменше середнього медичного персоналу з досвідом роботи до 5 років, однак персоналу другої кваліфікаційної категорії всього на 19 осіб більше. Все це свідчить про необхідність постійного моніторингу якісного складу лікарів та середнього медичного персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» для забезпеченості належного рівня якості персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня», відповідного рівня надання медичних послуг.

Крім кадрового потенціалу важливою складовою, основою ресурсного забезпечення стратегічного управління медичним закладом є його виробнича потужність.

### 2.3 Аналіз виробничої потужності ресурсного забезпечення стратегічного управління медичним закладом

Щодо виробничої потужності КНП «Хмельницька обласна лікарня», варто зауважити, що кількість розгорнутих ліжок та середня розгорнутість ліжок протягом 2018–2020 років змінилися незначно (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 – Робота стаціонару загалом в КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Відділення за рік	Розгорнуто ліжок	Середня розгорнутість ліжок	Надійшло	Виписано	Померло	Летальність	Лікувалось	Проведено ліжкоднів пролікованими	План ліжкоднів	% виконання плану	Зайнятість ліжка	Обіг ліжка	Середня тривалість лікування	Переведено в інші відділення	Переведено з інших відділень	Переведено в інші стаціонари
2018	810	810	29007	29107	366	1,24	29983	242891	265661,5	91,43	299,87	37,02	8,24	1070	1485	337
2019	810	810	28464	28464	355	1,23	29251	234719	266392,2	88,11	289,78	36,11	8,14	886	1219	254
2020	829	829	19744	19615	330	1,65	20212	154527	283194,4	54,57	186,4	24,38	7,75	654	735	107

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

З таблиці 2.8 видно, що 2020 року порівняно з 2019 роком надійшло на 8 720 осіб менше. Надзвичайно негативним явищем 2020 року стало суттєве зростання відсотка летальності пацієнтів КНП «Хмельницька обласна лікарня». Більше ніж 9 000 осіб пролікувалося менше хворих. Фактично погіршилися майже усі результуючі показники, що характеризують операційну діяльність КНП «Хмельницька обласна лікарня», що, найімовірніше, пояснюється новими викликами, зумовленими, пануванням корона вірусної інфекції.

Одним з найважливіших показників, що характеризує потужність медичного закладу пов'язаний з хірургічною роботою стаціонару (табл. 2.9).

Дані про результативність хірургічної роботи стаціонару КНП «Хмельницька обласна лікарня» підтверджують попередньо зроблені висновки, щодо значного погіршення результатів роботи медичного закладу. Майже на 3000 осіб було менше прооперовано хворих, значно зросла смертність та відсоток післяопераційних ускладнень тощо.

Таблиця 2.9 – Хірургічна робота стаціонару КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Відділення за рік	Вибуло хворих	Померло хворих (неоперованих)	Оперовано хворих	Кількість операцій	Хірургічна активність	Померло оперованих	Післяопераційна летальність	Післяопераційні ускладнення	% післяопераційних ускладнень	Ліжкоднів всього	Ліжкоднів до операції	Ліжкоднів після операції	Середній ліжкодень	Середній ліжкодень до операції	Середній ліжкодень після операції
2018	17313	57	12337	15719	90,79	71	0,58	18	0,11	109356	22260	87072	8,86	1,8	7,06
2019	16668	41	12129	15503	93,01	60	0,5	34	0,22	102508	21961	79197	8,45	1,81	6,53
2020	11684	24	8945	11628	99,52	47	0,53	81	0,7	75533	14008	58054	8,44	1,57	6,49

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Традиційно найбільшою базою пацієнтів КНП «Хмельницька обласна лікарня» є м. Хмельницький, Хмельницький район та усе найближче до Хмельницького населення (табл. 2.10).

Таблиця 2.10 – Територіальна приналежність пацієнтів КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Назва території	Вибуло хворих		
	2018	2019	2020
Ізяславський район	623	587	407
Білогірський район	479	426	319
Вінковецький район	672	758	440
Волочиський район	1260	1201	838
Городоцький район	1336	1266	867
Деражнянський район	799	825	542
Дунаєвецький район	1382	1432	909
Кам'янець–Подільський район	1696	1545	950
Красилівський район	1244	1304	815
Летичівський район	766	777	496
Нетішинський район	193	133	61
Новоушицький район	745	755	498
Полонський район	882	840	587
Славутський район	1081	1008	644
Старокостянтинівський район	1090	1088	750
Старосинявський район	539	547	354
Теофіпольський район	1041	953	614
Хмельницький район	9606	9429	7210
Чемаровецький район	771	720	497
Шепетівський район	850	805	552
Ярмолинецький район	1203	1114	734
м. Хмельницький	7784	7797	5938
м. Кам'янець–Подільський	526	510	341
Всього	28268	27752	19270

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Узагальнюючи результати наших досліджень, з метою формування напрямів стратегічного розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня» сформуємо SWOT–матрицю цього медичного закладу (табл.2.11).

Таблиця 2.11 – SWOT–матриця КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Переваги	Недоліки
<p>Висока категорійність лікарів та середнього медичного персоналу Різноманітність персоналу Значний досвід діяльності Велика інфраструктура Прибутковість закладу, скорочення поточних зобов'язань Високий рівень кадрового потенціалу (якісні та кількісні характеристики) Найпотужніший медичний заклад м. Хмельницький Значна матеріально–технічна база Повний спектр медичних послуг Наукова база тощо</p>	<p>Коливання у результативності діяльності Щорічне зростання витрат Застаріла матеріально–технічна база Зменшення майна підприємства, його власного капіталу, зростання дебіторської заборгованості Зношеність основних засобів становить більше 41 %, зниження фондоозброєності персоналу Скорочення персоналу Недоукомплектованість персоналу Незручне розташування Низька гнучкість та бюрократизованість організаційної структури та управління тощо</p>
Потенційні можливості	Потенційні загрози
<p>Використання інноваційних методів надання медичної допомоги Адаптація до мінливих потреб, вимог та очікувань споживачів Інвестування у високі технології Забезпечення нормативної відповідності та кібербезпеки Збереження та розвиток кадрового потенціалу Активізація маркетингового напрямку діяльності лікарні, нарощення тісної комунікації з громадськістю Участь у грантових програмах, проектах тощо Формування заходів удосконалення системи стратегічного управління медзакладом тощо</p>	<p>Загальні світові тенденції Економічні та суспільно–політичні проблеми та кризи Екологічні загрози Кадрові проблеми, загострення проблеми укомплектованості кадрів, особливо середнім сестринським персоналом Нарощення «ковідної кризи» Недофінансування Проблема доступності Проблеми якості Нарощення конкуренції з боку приватних медичних закладів Скорочення матеріально–технічної бази тощо</p>

Джерело: сформовано на основі звітності підприємства

Таким чином, аналіз основних результуючих показників діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» продемонстрував наявність низхідних трендів щодо зростання загального обсягу витрат підприємства, скорочення чисельності його персоналу, зменшення фондоозброєності та збільшення ступеню зношеності основних засобів. КНП «Хмельницька обласна лікарня» важко адаптується до змін зумовлених перебігом Медичної реформи в Україні та викликами у зв'язку з пандемією коронавірусу COVID–19. Разом з тим, загальні доходи КНП «Хмельницька обласна лікарня» 2020 року збільшилися, матеріально–технічна база закладу теж все ще залишається значною, кадровий потенціал – досить потужним, що вкрай важливо розвивати та примножувати для зміцнення конкурентоспроможності цього медичного закладу. В ході побудови SWOT–матриці з'ясовано, що КНП «Хмельницька обласна лікарня» має потужний кадровий та виробничий потенціал але не використовує їх на повну потужність. Все це зумовлює необхідність формування дієвого підходу до

удосконалення системи управління розвитком та ефективністю КНП «Хмельницька обласна лікарня» та буде розглядатися нами у рекомендаційному розділі.

## **Висновки до розділу 2**

Відповідно до результатів аналізу результативності діяльності медичного закладу КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради зроблено висновки.

Аналіз основних результуючих показників діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» продемонстрував наявність низхідних трендів щодо зростання загального обсягу витрат підприємства, скорочення чисельності його персоналу, зменшення фондоозброєності та збільшення ступеню зношеності основних засобів.

З'ясовано, що 2020 року порівняно з 2019 роком надійшло на 8 720 осіб менше. Надзвичайно негативним явищем 2020 року стало суттєве зростання відсотка летальності пацієнтів КНП «Хмельницька обласна лікарня». Більше ніж 9 000 осіб пролікувалося менше хворих. Фактично погіршилися майже усі результуючі показники, що характеризують операційну діяльність КНП «Хмельницька обласна лікарня», що, найімовірніше, пояснюється новими викликами, зумовленими, пануванням корона вірусної інфекції.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» важко адаптується до змін зумовлених перебігом Медичної реформи в Україні та викликами у зв'язку з пандемією коронавірусу COVID-19. Разом з тим, загальні доходи КНП «Хмельницька обласна лікарня» 2020 року збільшилися, матеріально-технічна база закладу теж все ще залишається значною, кадровий потенціал – досить потужним, що вкрай важливо розвивати та примножувати для зміцнення конкурентоспроможності цього медичного закладу.

### 3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ТА ЕФЕКТИВНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ КНП «ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

#### 3.1 Формування моделі розробки стратегії розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Сучасні умови функціонування медичних установ виявляють проблеми з їх ринковим позиціонуванням та забезпеченням стабільного становища на медичному ринку. Державні медичні установи все більше поступаються позицією приватним медичним компаніям. У свою чергу, приватні компанії невпевнено конкурують із зарубіжними аналогічними фірмами, представленими на ринку.

Ця проблема має коріння в недостатній ринковій орієнтованості (що стосується державних медичних установ) та недосконалості маркетингу (що стосується і до приватних медичних компаній). Для вирішення проблеми доцільно формувати і розвивати стратегію медичного закладу в цілому, обов'язковою частиною якої є стратегія управління проектами.

Як вже зазначалося раніше, стратегія КНП «Хмельницька обласна лікарня» має комплексний характер і має бути цілісною, поєднуючи всі аспекти на основі певної сутності. Як така сутність частіше всього розглядається місія організації.

Узагальнюючи аспекти стратегії, формалізуємо стратегію КНП «Хмельницька обласна лікарня», представивши її з використанням теорії систем у наступному вигляді:

$$\check{S} = \langle \check{S}^1, \check{S}^2, \check{S}^3, \check{S}^4, \check{S}^5, \check{S}^6, \check{S}^7, \check{S}^8, \check{S}^9, \check{S}^{10}, \check{S}^{11}, \check{S}^{12}, \check{S}^{13}, \check{S}^{14}, \check{S}^{15}, \check{S}^{16}, \check{S}^{17}, \check{S}^{18}, \check{S}^{19}, \check{S}^{20}, \check{S}^{21}, \check{S}^{22} \rangle, \quad (3.1)$$

де  $\check{S}$  – стратегія КНП «Хмельницька обласна лікарня»;

Š<sup>1</sup> – напрями розвитку (аспекти діяльності) КНП «Хмельницька обласна лікарня»;

Š<sup>2</sup> – місія КНП «Хмельницька обласна лікарня», впорядкована за напрямками;

Š<sup>3</sup> – бачення розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня», упорядковане за напрямами;

Š<sup>4</sup> – багато проблем КНП «Хмельницька обласна лікарня»;

Š<sup>5</sup> – безліч можливостей КНП «Хмельницька обласна лікарня»;

Š<sup>6</sup> – безліч цілей КНП «Хмельницька обласна лікарня»;

Š<sup>7</sup> – безліч типів конкуренції на ринку медичних послуг;

Š<sup>8</sup> – безліч методів конкуренції на ринку медичних послуг;

Š<sup>9</sup> – значення п'яти сил Портера на ринку медичних послуг;

Š<sup>10</sup> – безліч стратегічних позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня» відповідно до матриці Бостонської консалтингової групи (матриця БКГ);

Š<sup>11</sup> – безліч стратегій КНП «Хмельницька обласна лікарня» відповідно до стратегічної позиції в матриці БКГ;

Š<sup>12</sup> – безліч стратегічних зон господарювання (СЗГ, Strategic business unit – SBU) на ринку медичних послуг у регіоні розташування КНП «Хмельницька обласна лікарня» (або у регіонах та країнах, на які орієнтується стратегія діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» в даний час або у перспективі);

Š<sup>13</sup> – безліч стратегічних позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня» згідно матриці Мак–Кінсі;

Š<sup>14</sup> – безліч стратегій входу в нові сфери медичного бізнесу;

Š<sup>15</sup> – багато стратегій виходу зі сфер медичного бізнесу;

Š<sup>16</sup> – безліч стратегічних позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня» в конкурентній боротьбі (за Ф. Котлер);

Š<sup>17</sup> – безліч стратегій відповідно до стратегічної позиції КНП «Хмельницька обласна лікарня» у конкурентній боротьбі, у тому числі щодо стратегії траєкторії зміни ринкової позиції;

Š<sup>18</sup> – багато стратегій виходу на зарубіжні ринки;

$\check{S}^{19}$  – безліч стратегій управління проектами та програмами;

$\check{S}^{20}$  – безліч стратегій управління персоналом, у тому числі командами проектів;

$\check{S}^{21}$  – безліч елементів стратегії «блакитного океану»;

$\check{S}^{22}$  – безліч проактивних моделей та методів.

Розглянемо та охарактеризуємо кожен елемент, що входить у стратегію КНП «Хмельницька обласна лікарня»  $\check{S}$ . Причому представимо ці елементи у вигляді  $n$ -мірної множини  $\check{S}_{j,k,\dots,n}^i$ . Кількість вимірювань визначається специфікою кожного елемента стратегії.

Елемент  $\check{S}^1$  визначає напрями або сфери діяльності, в яких планує розвиватися КНП «Хмельницька обласна лікарня». Припустимо, що спочатку

$\check{S}^1 = \{ \text{лікувальна діяльність; організаційну діяльність; наукова діяльність} \}$ .

Для формулювання елемента  $\check{S}^2$  (місія КНП «Хмельницька обласна лікарня») відповідно до методології P2M необхідно сформулювати профіль місії таким чином, щоб визначити її вектор (персоніфіковано чи агреговано) до кожного напрямку  $\check{S}^1$  діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня». Елемент  $\check{S}^2$  є одномірним, в рамках єдиного виміру розташовуються напрямки діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня».

Елемент стратегії  $\check{S}^3$ , який визначає бачення КНП «Хмельницька обласна лікарня», є 6-мірним, вимірюваннями будуть: 1) бачення теперішнього КНП «Хмельницька обласна лікарня» ззовні; 2) бачення сучасного «Хмельницька обласна лікарня» зсередини; 4) бачення майбутнього КНП «Хмельницька обласна лікарня» зсередини; 5) бачення призначення КНП «Хмельницька обласна лікарня»; 6) вимоги до бачення та обмежень. Таким чином, третій елемент стратегії представимо у вигляді  $\check{S}_{j,k,l,m,o,p}^3$ .

Формулювання безлічі проблем КНП «Хмельницька обласна лікарня»  $\check{S}^4$  може відбуватися у чотирьох вимірах: перший вимір визначатиме проблеми, пов'язані з етапами життєвого циклу медичного закладу згідно з методологією Іцхака Адізеса, три інших пов'язані з лікувальним, організаційним і науковим

напрямами діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня». Опис елемента –  $\check{S}^4_{j,k,l,m}$ .

Багато можливостей КНП «Хмельницька обласна лікарня»  $\check{S}^5$  має два виміри: перший буде описувати напрями діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня», другий – перелік можливостей, що відповідає напрямку. Опис елемента –  $\check{S}^5_{j,k}$ .

Формулювання цілей КНП «Хмельницька обласна лікарня»  $\check{S}^6$  має відбуватися у вимірах напрямів діяльності, а також у стратегічних векторах відповідно до моделі Збалансованої системи показників (Balanced Score Cards, BSC). Опис елемента матиме вигляд  $\check{S}^6_{j,k,l}$ , де  $l$  – мета, що відповідає  $j$ -му напрямку та  $k$ -му стратегічному вектору.

Елемент  $\check{S}^7$  (типи конкуренції на ринку медичних послуг) є одномірним безліччю, причому  $\check{S}^7 = \{ \text{приваблива; помірна; запекла для об'єкта конкуренції; запекла для суб'єкта конкуренції} \}$ .

Наступний елемент стратегії  $\check{S}^8$  (багато методів конкуренції на ринку медичних послуг) є також одномірною величиною, причому

$\check{S}^8 = \{ \text{конкуренція на основі підвищення якості товару (нецінова);}$   
*конкуренція на основі критерію щодо підвищення якості сервісу споживачів товару;*  
*конкуренція на основі зниження ціни (цінова);*  
*конкуренція на основі зниження експлуатаційних витрат у споживача товару;*  
*конкуренція на основі підвищення якості процесів управління;*  
*конкуренція на основі використання всіх конкурентних переваг об'єкта та суб'єкта (інтегральна) \}.*

Елемент  $\check{S}^9$  містить два виміри: формулювання п'яти сил Портера та відповідні значення цих сил на ринку медичних послуг. Опис елемента –  $\check{S}^9_{j,k}$

Елемент  $\check{S}^{10}$  описує безліч стратегічних позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня» згідно матриці БКГ є одномірним.  $\check{S}^{10} = \{ \text{важка дитина; зірка; дійна корова; собака} \}$ .

Елемент  $\check{S}^{11}$ , який описує безліч стратегій КНП «Хмельницька обласна лікарня» відповідно до стратегічної позиції в матриці БКГ, також є одновимірним. Елемент може приймати значення:  $\check{S}^{11} = \{\text{збільшення частки ринку; збереження частки ринку; збір врожаю; ліквідація бізнесу}\}$ .

Елемент  $\check{S}^{12}$ , що описує різноманітність стратегічних зон господарювання на ринку медичних послуг в регіоні розташування КНП «Хмельницька обласна лікарня», є одномірним і включає кінцеву множину елементів, кожен з яких означає конкретну СЗГ.

Елемент  $\check{S}^{13}$ , описує безліч стратегічних позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня» відповідно до матриці Мак–Кінсі, також є одномірним і може приймати значення:  $\check{S}^{13} = \{\text{лузер; знак питання; середній бізнес; виробник доходу; зростаючий переможець; переможець}\}$ .

Елемент  $\check{S}^{14}$  описує безліч стратегій входу в нові сфери медичного бізнесу (які можуть доповнювати існуючі напрямки розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня»  $\check{S}^1$ ), є одномірним і може приймати такі значення:  $\check{S}^{14} = \{\text{придбання; нове внутрішнє підприємництво; спільне підприємництво}\}$ .

Елемент  $\check{S}^{15}$ , який визначає безліч стратегій виходу КНП «Хмельницька обласна лікарня» зі сфер медичного бізнесу, є одномірним і описується наступним безліччю значень  $\check{S}^{15} = \{\text{роздягання; збір урожаю; ліквідація}\}$ .

Елемент стратегії  $\check{S}^{16}$ , який визначає безліч стратегічних позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня» у конкурентній боротьбі (за Ф. Котлером), є двомірним і описується наступним безліччю:  $\check{S}^{16} = \{(\text{нішевик з часткою ринку 10\%; послідовник з часткою ринку 20\%; претендент на лідерство з часткою ринку до 30\%; лідер з часткою ринку вище 30\%}), (\text{стратегії нішевика; стратегії послідовника; стратегії претендента на лідерство; стратегії лідера})\}$ . Опис елемента –  $\check{S}^{16}_{j, k}$ . У свою чергу, друге вимірювання елемента  $\check{S}^{16}$  може приймати такі значення:

*стратегії нішевика = {вхід ринку; лідерство на маленькому ринку (у певній ніші)};*

*стратегії послідовника = {стеження за лідером};*

*стратегії претендента на лідерство = {фронтальна атака; оточення; обхід; атака горили};*

*стратегії лідера = {захисна позиція; флангова оборона; випереджальна захист та; контрнаступ; мобільний захист; стратегія стиснення}.*

Елемент  $\check{S}^{17}$  визначає безліч стратегій відповідно до стратегічної позиції КНП «Хмельницька обласна лікарня» у конкурентній боротьбі, включаючи стратегії траєкторії зміни ринкової позиції. Елемент є двовимірним і може бути описаний таким чином:  $\check{S}^{17} = \{(\text{недиференційований маркетинг, диференційований маркетинг, концентрований маркетинг}), (\text{траєкторія невдачі; траєкторія перманентної посередності; траєкторія послідовника; траєкторія новатора})\}$ . Опис елемента –  $\check{S}^{17}_{j, k}$ .

Елемент  $\check{S}^{18}$ , який визначає безліч стратегій виходу на закордонні ринки є двовимірним і може приймати наступні значення:  $\check{S}^{18} = \{(\text{позиція імпортера, позиція експортера}), (\text{непрямий експорт/імпорт; прямий експорт/імпорт, виробництво за кордоном})\}$ . Елемент може бути описаний як  $\check{S}^{18}_{j, k}$ .

Елемент  $\check{S}^{19}$ , який визначає безліч стратегій управління проектами та програмами, може бути визначений через структуру підсистем проектного менеджменту. Ця структура найбільш розкрита у стандарті P2M. Хоча допустимим буде використання підсистем, визначених у найбільш поширеному стандарті з управління проектами PMBOK. Елемент двовимірний, першим виміром є стратегії з реалізації підсистеми управління програмою в цілому, другим – щодо реалізації підсистем управління окремими проектами програми. Визначимо  $\check{S}^{19} = \{(\text{стратегії профілювання місії; стратегії управління архітектурою програми; моделі керування стратегією програми; стратегії управління інтеграцією виконання програми; стратегії управління вартістю програми}), (\text{моделі управління стратегією проекту; стратегії управління фінансами проекту; стратегії управління системами проекту; стратегії управління організацією проекту; стратегії управління життєвим циклом проекту; стратегії управління змістом проекту; стратегії управління часом проекту; стратегії управління вартістю проекту; стратегії управління освоєним обсягом проекту; стратегії управління якістю проекту; стратегії управління звітами, змінами та завданнями проекту; стратегії управління постачанням проекту; стратегії управління ресурсами проекту; стратегії управління ризиками проекту; стратегії управління}$

інформацією проекту; стратегії управління взаємозв'язками проекту; стратегії управління цінністю проекту; стратегії управління комунікаціями проекту)}. Таким чином, елемент може бути описаний як  $\check{S}^{19}_{j,k}$ ,  $j = 5$ ,  $k = 18$ .

Елемент  $\check{S}^{20}$  визначає безліч стратегій управління персоналом, у тому числі командами проектів. Опис елемента –  $\check{S}^{20}_{j,k,l,m,o}$ . При цьому  $j$  – підмножина типів організаційних структур, де  $j = \{\text{лінійна; дивізійна; лінійно-штабна; функціональна; слабка матрична; збалансована матрична; сильна матрична; проектна; композитна}\}$ ;  $k$  – підмножина моделей ролей у команді;  $l$  – чи моделі стратегічного управління командою, де  $l = \{\text{закрита модель управління; відкрита модель управління; модель випадкового керування; модель управління типу «ідея»}\}$ ;  $m$  – моделі мотивації персоналу;  $o$  – моделі стратегічного лідерства.

Елемент  $\check{S}^{21}$  визначає багато елементів стратегії «блакитного океану». Цей елемент також п'ятивимірний, його опис –  $\check{S}^{21}_{j,k,l,m,o}$ . Тут  $j$  – підмножина інновацій, де  $j = \{\text{виробничі витрати; цінність для покупця; інновація цінності}\}$ ;  $k$  – підмножина моделі «чотирьох дій», де  $k = \{\text{стандарти, які потрібно скасувати; стандарти, які необхідно знизити; фактори, які необхідно підвищити; фактори, які необхідно створити з "нуля"}\}$ ;  $l$  – стратегічна канва стратегії "блакитного океану", де  $l = \{\text{фокус; відмінність; привабливе гасло}\}$ ;  $m$  – підмножина кривої цінності, причому значення параметра  $m$  відповідає кількості параметрів, за якими зіставляються криві цінностей середньостатистичної медичної установи, лідера галузі (можливо, суміжної) та оцінюваного КНП «Хмельницька обласна лікарня», яке намагається створити «блакитний океан»;  $o$  – принципи розробки та втілення в КНП «Хмельницька обласна лікарня» стратегії «блакитного океану» (класична модель містить чотири принципи розробки та два принципи реалізації стратегії).

Елемент  $\check{S}^{22}$  визначає безліч проактивних моделей та методів, які повинні використовуватися в стратегії КНП «Хмельницька обласна лікарня». Елемент є тривимірним, вимір визначає принципи, друге – моделі, третє – методи проактивності.

Опис елемента –  $\check{S}^{22}_{j,k,l}$ .

Підбиваючи підсумки структурного аналізу, можна зробити висновок, що на основі розгляду детальної структури стратегії КНП «Хмельницька обласна лікарня» можливо створити відповідну модель. Модель розробки стратегії КНП «Хмельницька обласна лікарня» представимо у такому вигляді:

$$\check{D} = \langle \check{S}, \check{D}^1, \check{D}^2, \check{D}^3, \check{D}^4, \check{D}^5 \rangle.$$

Елементи моделі та їх значення представлені у таблиці 3.1. Елемент  $\check{D}^1$  може приймати такі значення: школа дизайну, школа планування, школа позиціонування, школа підприємництва, когнітивна школа, школа навчання, школа влади, школа культури, школа зовнішнього середовища, школа.

Таблиця 3.1 – Підґрунтя розробки стратегії для КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Позначення	Опис елемента
$\check{S}$	Стратегія КНП «Хмельницька обласна лікарня»
$\check{D}$	Модель розробки стратегії КНП «Хмельницька обласна лікарня»
$\check{D}^1$	Школи розробки стратегій
$\check{D}^2$	Моделі та методи розробки стратегій
$\check{D}^3$	Організаційна структура, яка здійснює розробку стратегій
$\check{D}^4$	Інструменти (у тому числі ІТ-інструменти) розробки стратегій
$\check{D}^5$	Обмеження та припущення щодо розробки стратегій

Зауважимо, що у процесі реалізації стратегія медичного закладу може змінюватися під впливом деяких факторів (сутностей). Позначимо сутності, які можуть призвести до зміни першої розмірності  $\check{S}^{19}$ , що складається з п'яти елементів, через  $\check{S}^{19}$ , а сутності, що змінюють другу розмірність  $\check{S}^{19}$ , що складається з 18 елементів, через  $\check{S}^{19}$ .

Запропонуємо метод моніторингу стратегії медичних проєктів, програм та портфелів КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Використання запропонованих моделей та методу дозволить КНП «Хмельницька обласна лікарня» оцінити важливість стратегічного управління у медицині, допоможе сформуванню науково обґрунтовану стратегію з урахуванням специфіки медичного закладу, що буде сприяти зміцненню ринкових позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня», розвитку медицини в цілому, і не

лише за рахунок використання нових медикаментів та методів лікування, але і в результаті застосування комплексного, цілісного стратегічного підходу.



Рисунок 3.1 – Схема реалізації методу моніторингу проектів формування моделі розробки стратегії розвитку КНП «Хмельницька обласна лікарня»

### **3.2 Застосування інструменту хронометражу робочого часу середнього медичного персоналу для прийняття стратегічних управлінських рішень**

За результатами аналізу результативності роботи персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня» нами було виявлено ряд проблем щодо укомплектованості та кваліфікованості середнього медичного персоналу КНП «Хмельницька обласна лікарня», що, ймовірно, пов'язано з важкістю роботи та низькою її оплатою. Тому ми вирішили провести додаткові дослідження, щоб з'ясувати, як покращити дану ситуацію.

Можливості раціоналізації управлінських процесів щодо роботи середнього медичного персоналу медичних закладів досліджувалися нами із застосуванням хронометражу роботи персоналу приймального відділення КНП «Хмельницька обласна лікарня». Отримання експериментальних даних дозволило нам перевірити гіпотезу про існування залежності між окремими показниками трудової діяльності фахівців медичної організації, що можуть бути використані надалі для вдосконалення системи управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу організації в цілому.

Дане приймальне відділення було обрано, оскільки в ньому на момент дослідження вже були реалізовані заходи щодо скорочення кадрів, що зумовило зростання соціальної напруженості та конфліктів, за одночасного збереження завдання інтенсифікації діяльності. Іншим критерієм відбору саме цього відділення виступив факт постійної завантаженості при одночасному укороченому циклі роботи – на відміну від інших відділень, коли циклограма робочої діяльності суттєво залежить від конкретної спеціалізації відділення.

Крім того, через приймальне відділення надходять пацієнти з захворюваннями та травмами різної нозології, що дозволяє виявити уніфікований «коридор часу» для роботи з багатопрофільним пацієнтотоком.

Відповідність організаційних параметрів роботи приймального відділення обраної лікарні середнім показникам по місту дозволило класифікувати

приймальне відділення КНП «Хмельницька обласна лікарня» як типово для цього виду лікарень. Було складено перелік трудових операцій медичних сестер приймального відділення за групами (основні медичні маніпуляції, допоміжні види трудової діяльності, робота з документацією, особисте час). Попередній перелік окремих робочих операцій медичних сестер перевищив 100 найменувань, надалі під час аналізу тимчасових витрат трудові операції були згруповані за змістом діяльності:

- робота з документацією (у т.ч. її транспортування);
- робота з базами даних;
- медичні маніпуляції та дослідження;
- супровід хворих;
- консультаційні послуги;
- адміністративні заходи;
- прибирання робочих кабінетів відділення та підготовка інструментарію для огляд пацієнта.

Дослідження проводилося у такому порядку:

- на початку зміни спостерігач заповнював на кожну з медсестер індивідуальну карту хронометражу робочого часу, що включає: П.І.Б. працівника, вік, кваліфікаційна категорія, загальний та медичний стаж роботи, посада;
- спостерігач при дослідженні обов'язково мав секундомір, ручку та жорсткий штатив, який прикріплював лист спостереження;
- до хронометражної картки обліку робочого часу були внесені види робочої діяльності, навпроти яких фіксувався час, витрачений на виконання цієї діяльності кожним конкретним працівником;
- наприкінці робочої зміни час сумувався окремо по кожному виду діяльності та підбивався підсумок;
- за результатами всіх зібраних протягом доби даних по роботі середнього медичного персоналу лікарні склали зведену таблицю(Додаток 3), яку занесли результати дослідження щодо витрат робочого часу.

Пропонована співробітникам лікарні карта хронометражних спостережень виглядала так:

«Картка фотохронометражних спостережень»  
 ПІБ медичного працівника: Іванов Іван Іванович  
 Медична організація: Державна клінічна лікарня №50  
 Департамент охорони здоров'я м. Москви.  
 Структурний підрозділ: приймальне відділення ДКБ №50  
 Стаж професійної діяльності: N років  
 Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

№ п/п	Дата спостережень			Час початку роботи			Час закінчення роботи		
	Рік	Місяць	Число	Час	хв.	сек.	Час	хв.	сек.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2015	04	24	11	27	11	19	00	

Поточний час	Трива лість (хв.)	Найменування трудової операції	Код трудо вої опера ції	Ознак а завер шенос ті опера	Шифр рівня опера ції

Рисунок 3.2 – Картка хронометражних спостережень

Статеві-віковий розподіл медичних сестер приймального відділення, які взяли участь у дослідженні, показало, що трудовий колектив складається з жінок найпрацездатнішого віку – від 25 до 55 років.

Фахівці до 35 років становили 12,5 % від загального сестринського складу відділення, практично половина (45,8 %) медичних сестер знаходилися у віковому діапазоні від 36 до 45 років, і вік порівняного числа працівників відділення – 41,7% -варіювався від 46 до 55 років, як це представлено на рис.3.3.

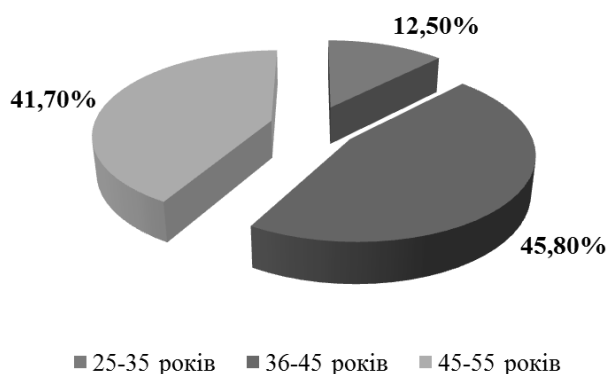


Рисунок 3.3 – Віковий розподіл середнього медичного персоналу приймального відділення, яке взяло участь у дослідженні

Хронометражне дослідження не виявило взаємозалежності вікових характеристик та специфіки виконання працівником трудових операцій. Швидше

дані спостереження показали, що фахівці, які наближаються до пенсійного віком, мають достатній досвід роботи і мають певний професіоналізмом, що дозволяє виконувати трудові операції якісно і з високим рівнем відповідальності, а також зберігати витримку в непростих робочих ситуаціях та у спілкуванні з пацієнтами.

Важливо, що фахівці старше 50 років менш схильні до зміни місця роботи та розподіляють робочий час більш раціонально, намагаючись мінімізувати особистий час на користь корисного.

При проведенні хронометражного дослідження аналізувався також стаж роботи медсестри приймального відділення за фахом. У дослідженні взяли участь переважно фахівці, які мають значний досвід роботи: стаж роботи на посаді у 72 % медичних сестер приймального відділення становить понад 5 років. Так, від 1 до 2 років працюють 11,3 % медичних сестер, від 3 до 5 років – 16,5 % спеціалістів відділення, стаж роботи практично кожного третього працівника (27,6 %) становить від 6 до 10 років, трохи менше половини середнього медичного персоналу (44,6%) полягає в штаті відділення понад 11 років, як це представлено на рис.3.4.

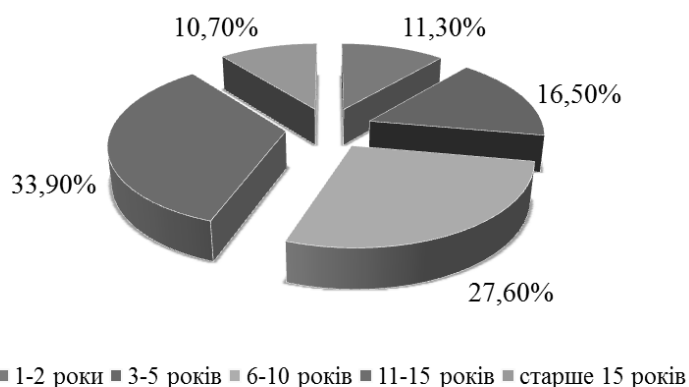


Рисунок 3.4 – Розподіл середнього медичного персоналу приймального відділення, який брав участь у дослідженні, за стажем роботи на посаді

Аналіз індивідуальних показників медичних сестер за напрямками діяльності показав, що тривалість стажу аж ніяк не впливала на тривалість виконання медичною сестрою необхідних трудових операцій. Виявлено, що при рівному рівні складності та якості виконання 6-8 секунд за такими напрямками роботи

підготовка та виконання ін'єкцій та заповнення паперових журналів, тоді як робота з базою даних та оформлення за допомогою комп'ютера історії хвороби пацієнта молодими працівниками зі стажем роботи до 5 років виконується швидше приблизно з таким самим резервом часу – 9-10 секунд.

Таким чином, можна відзначити, що багато операцій доведено досвідченими медсестрами «до автоматизму», проте великий стаж та звичка працювати за певним правилам, стандартам іноді є перешкодою для гнучкого, швидкого реагування спеціалістом на різні нововведення (включаючи інформаційний документообіг), яких у сучасній медицині досить багато.

Ці дослідження дозволили отримати фактичну картину розподіл робочого часу персоналу відділення. Особлива увага при аналіз даних хронометражу приділявся таким питанням:

- інтенсивність трудової діяльності середнього медичного персоналу приймального відділення (виділення середніх показників, розподіл індивідуальних показників кожного співробітника) відповідно до виділеними циклами робочої діяльності;
- рейтинг трудових операцій за показниками частоти виконання та загальні витрати часу;
- розподіл робочого часу середнього медичного персоналу за видів трудової зайнятості.

Незважаючи на те, що до початку дослідження у відділенні було реалізовано управлінські кадрові рішення, спрямовані на скорочення штату та перерозподіл трудового навантаження, отримані дані виявили області для оптимізації робочих процесів у рамках цього відділення – третина робітника часу медичного персоналу займає очікування трудової діяльності, як це представлено на рис.3.5.



Рисунок 3.5 – Розподіл робочого часу середнього медичного персоналу приймального відділення, які взяли участь у дослідженні

Очікування трудової діяльності – це моменти вимушеного простою співробітника, пов'язані із зовнішніми факторами (відсутність надходження пацієнтів; очікування призначень по комплексу заходів з пацієнтом від лікаря; необхідність очікування допомоги від колег, якщо йдеться про групові дії; простій через неготовність результатів аналізів чи будь-яких інших документів). Слід зазначити, що специфіка роботи відділення не дозволяє заповнювати моменти «очікування» будь-якими обсягами роботи, оскільки робочі процеси орієнтовані на точкову роботу з пацієнтопотоком, без пролонгованої зайнятості.

При цьому основний робочий час (активна трудова діяльність) медичного персоналу приймального відділення розподіляється переважно у кількох напрямках: робота з документами (у тому числі електронними), медичні маніпуляції та дослідження, прибирання кабінетів та підготовка медичного інструментарію, супутня діяльність.

Деталізація активної трудової діяльності проводилася на основі тимчасових витрат за виділені види діяльності. Аналіз співвідношення тимчасових витрат працівників виконання трудових операцій показує, що 2/3 активного робочого часу витрачається медичним персоналом приймального відділення на роботу з документацією: робота з комп'ютерними базами даних, оформлення історій хвороби, заповнення журналів, підрахунок та передачею даних статистики. Це пояснюється тим, що робота з документами, власне, і є основним функціоналом

працівників приймального відділення. Разом з тим, і третина трудової активності медичних сестер було розподілено недостатньо раціонально.

Трудова діяльність, виконання якої передбачає медичну підготовку, займає лише 12 % робочого часу медсестри приймального відділення. З них безпосередньо сестринські маніпуляції (взяття аналізів, виконання призначених лікарем ін'єкцій, вимірювання температури, підготовка пацієнта до досліджень та огляду тощо) – лише 3,2 % часу добового чергування. Кожному третьому пацієнту, що надійшов до приймального відділення, проводилося ЕКГ-дослідження, щодо витрати часу на яке в сукупності витрачається 8,7% активного трудового часу медичного персоналу. При цьому медичні сестри зазначали, що ЕКГ дослідження всім пацієнтам повторно проводиться при надходженні на лікування до відділення, а частина тих, хто надійшли не потребують невідкладного проведення даної процедури. Деякі результати представлені на рис.3.6.



Рисунок 3.6 – Розподіл часу активної трудової діяльності середнього медичного персоналу досліджуваного приймального відділення  
КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Хронометраж діяльності медичних сестер приймального відділення дозволив також виявити нерівномірну інтенсивність праці та завантаженість медичного персоналу, залежно від часу доби. Виходячи з отриманих у межах дослідження даних було виділено циклічності трудових процесів та періоди максимальної та мінімальної трудової активності. Так, дані хронометражного

спостереження показують, що найвища інтенсивність праці сестринського персоналу з 9 до 11 ранку: «щільність» виконаних трудових операцій (робочої діяльності) у цей період становить понад 90 % часу година. Мінімальна добова завантаженість роботою у медичного персоналу відділення спостерігається з 5 до 7 ранку, «щільність» робочої діяльності опускається нижче 20 % часу на годину (3.7).

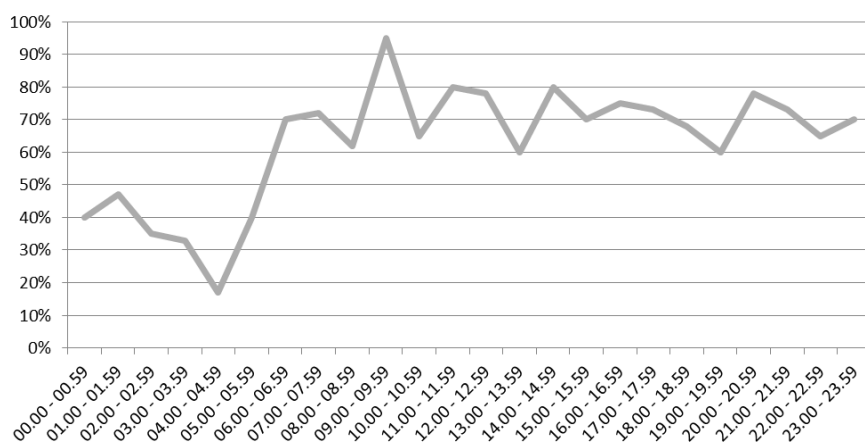


Рисунок 3.7 – Аналіз добової інтенсивності та завантаженості трудової діяльності середнього медичного персоналу приймального відділення, які взяли участь у дослідженні

Виявлено, що період із 00.00 до 06.00 для сестринського персоналу істотно менш завантаженим та не вимагає присутності на робочому місці кількох співробітників відділення. Навпаки, в «піковий» ранковий годинник з 09.00–12.00 всі без винятку співробітники відділення працюють з абсолютною завантаженістю, не маючи можливості навіть на короткочасний вихід з робітника місця, що призводить до підвищеної стомлюваності та необхідності тимчасових витрат на відновлення фізичних та емоційних сил.

Хронометраж діяльності медичного персоналу приймального відділення лікарні виявив амплітуду значень інтенсивності праці по днях тижня: так, Найбільші показники інтенсивності діяльності відділення припадають на понеділок (71 % робочого часу працівників зайнятий активною працею), тоді як, наприклад, субота є відносно незавантаженою: лише 40 % робочого часу

витрачається співробітниками на безпосередню роботу, як це представлено на рис.3.8.

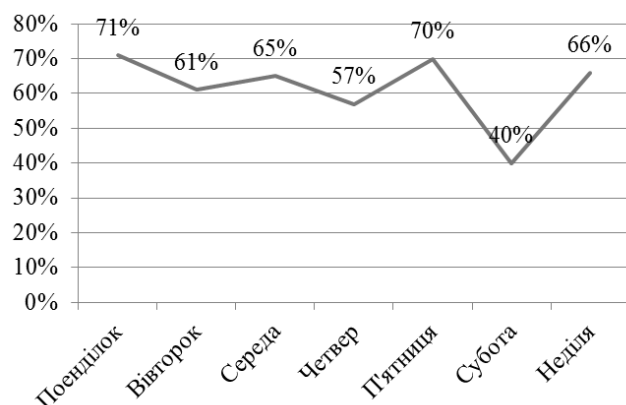


Рисунок 3.8 – Завантаженість трудовою діяльністю середнього медичного персоналу приймального відділення

Отримані дані показують, що у понеділок, середу, п'ятницю та неділя трудова активність знаходиться на високому рівні, а в суботу, навпаки, спостерігається зменшення трудової активності – інтенсивність праці суботу на третину нижче, ніж у інші дні тижня. Такий розподіл інтенсивності пацієнтопотоків виявляє доцільність перегляду існуючих графіків роботи «доба – через троє» та впровадження у практику діяльності приймального відділення «плаваючих» (гнучких) графіків роботи з різною годинною завантаженістю (8-, 12- та 24-годинний). Крім того, графіки роботи персоналу повинні будуватися з урахуванням «пікових» періодів добової завантаженості, а також з урахуванням показників навантаження днями тижня.

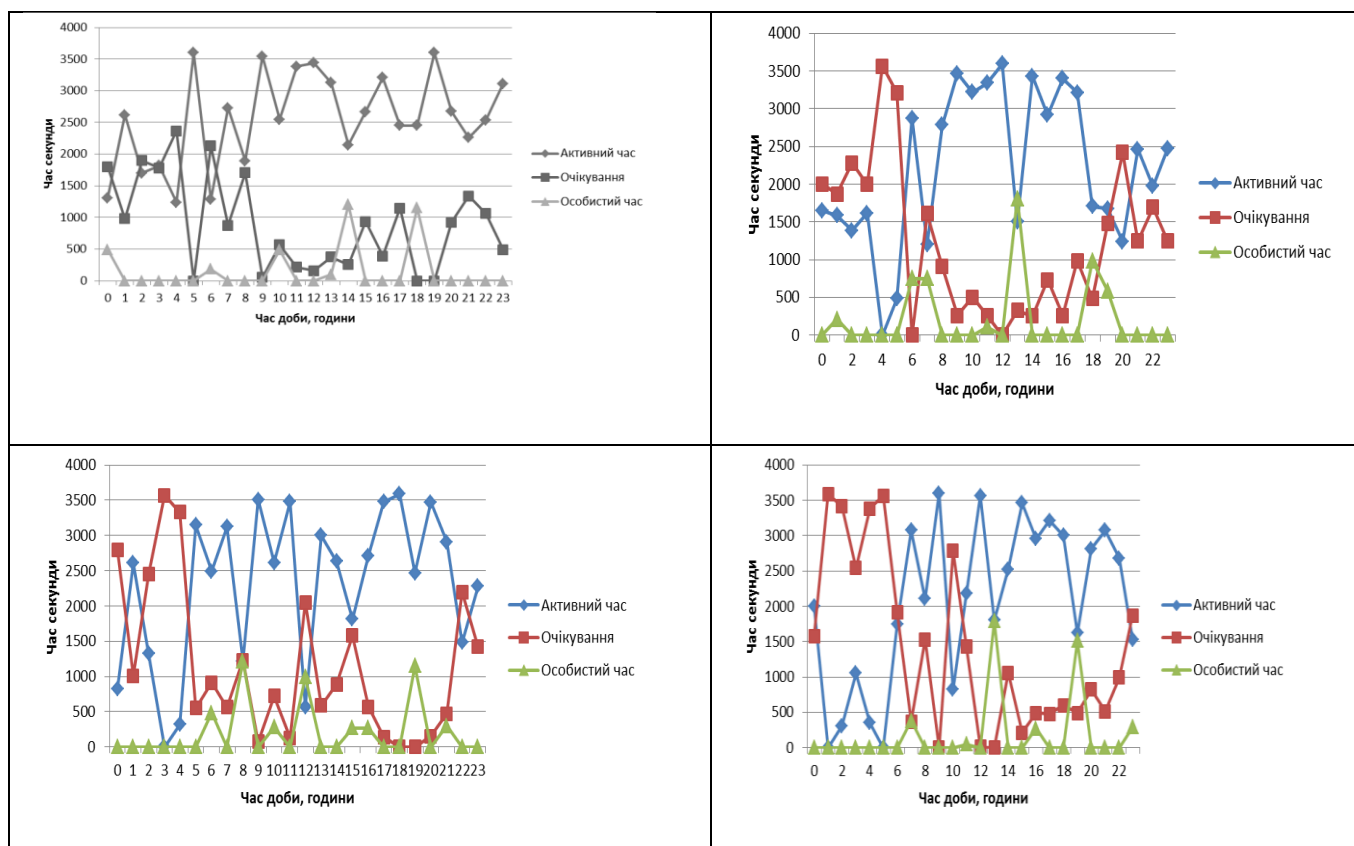
Для перевірки гіпотези про існування залежностей між окремими показниками нами проведено подальший аналіз даних (табл.3.2).

Таблиця 3.2 – Дані хронометражу за добу 20 вересня

Години	Активний час (с.)	Очікування (с.)	Особистий час (с.)
0	1306	1801	493
1	2620	980	0
2	1702	1898	0
3	1816	1784	0
4	1235	2365	0
5	3600	0	0
6	1284	2130	186
7	2727	873	0

8	1892	1708	0
9	3545	55	0
10	2546	568	486
11	3385	215	0
12	3441	159	0
13	3125	378	97
14	2142	254	1204
15	2667	933	0
16	3210	390	0
17	2454	1146	0
18	2450	0	1150
19	3600	0	0
20	2673	927	0
21	2260	1340	0
22	2540	1060	0
23	3110	490	0

Для зручності розрахунки були об'єднані з даними за перший та останній день (20 та 27 вересня) в одну таблицю та розрахунок розпочато з нуля годин. Весь час переведено у секунди. Співвідношення активного часу, часу очікування та особистого часу персоналу за 7 днів представлені на рис.3.9.



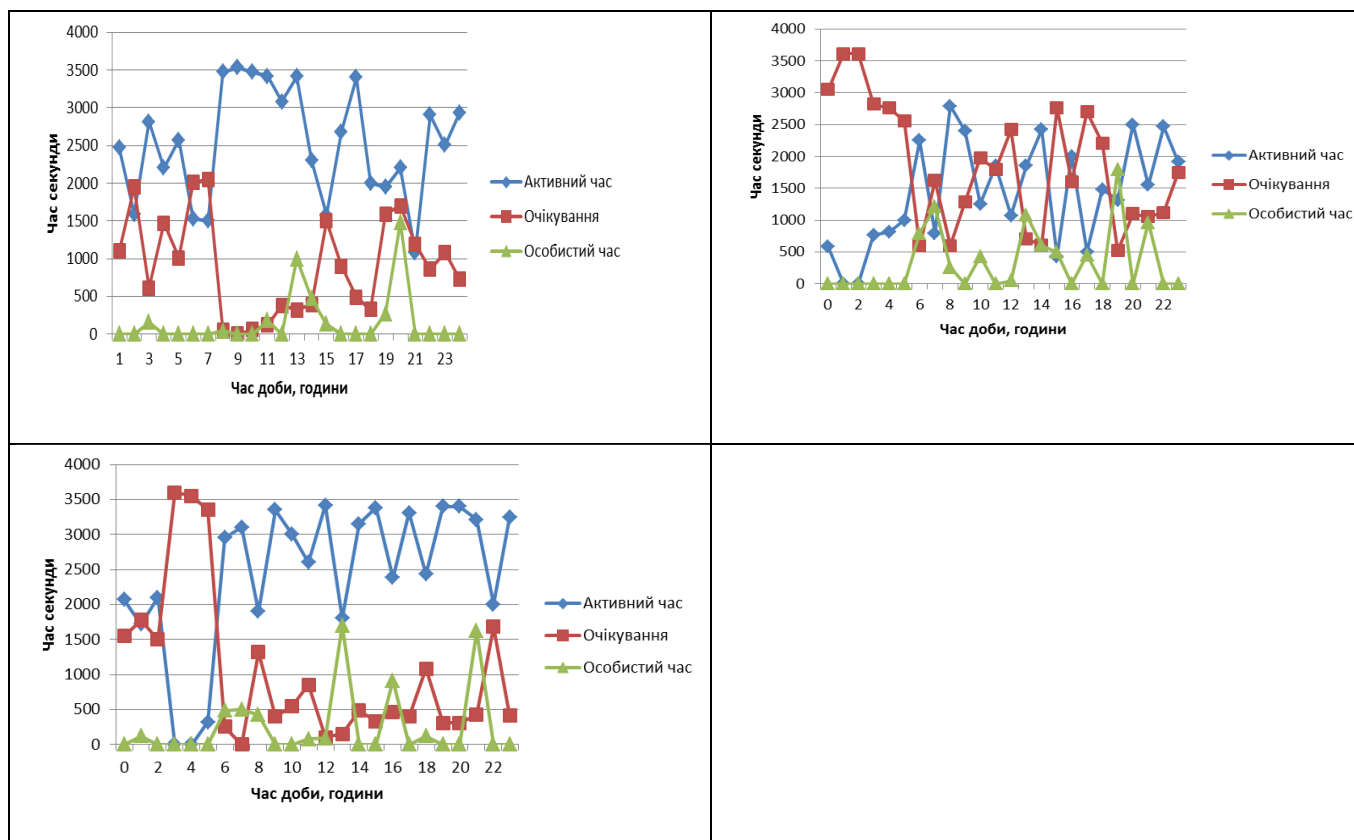


Рисунок 3.9 – Результати хронометражу за 20–26 вересня

Представлені на рисунках дані свідчать про розкидання даних не тільки щогодини, а й щодня. Для виявлення тенденцій зміни показників результати вимірювань представимо в таблиці 3.3, що дозволяє провести розрахунок середніх значень ( $\bar{y}_i$ ).

Цікаве графічне зображення всіх експериментальних точок на загальному графіку, яке показано за допомогою пелюсткової діаграми на рис. 3.10.

Таблиця 3.3 – Узагальнені дані хронометражу медперсоналу приймального відділення КНП «Хмельницька обласна лікарня»

Години доби	Активний час за дні моніторингу, с							Середнє значення $\bar{y}_i$	Дисперсія відтворення $S^2_i$
	20.04	21.04	22.04	23.04	24.04	25.04	26.04		
0	1306	1652	821	2003	2471	580	2072	1549	462830,71
1	2620	1585	2610	0	1592	0	1721	1456	1179927
2	1702	1382	1325	310	2810	0	2109	1359,571	985215
3	1816	1612	0	1052	2204	773	0	1065,143	759161,8

4	1235	0	324	354	2575	818	0	745	831801
5	3600	485	3153	0	1531	1002	327	1424,714	2006129
6	1284	2870	2490	1754	1502	2253	2955	2128,286	401769,2
7	2727	1205	3122	3073	3475	792	3103	2481,714	1116037
8	1892	2783	1220	2105	3534	2790	1906	2309,429	597870,3
9	3545	3465	3512	3601	3471	2408	3350	3311,571	193171,6
10	2546	3217	2615	820	3422	1256	3008	2418,286	957400,2
11	3385	3340	3483	2186	3080	1850	2606	2840,714	419118,6
12	3441	3592	570	3560	3411	1077	3422	2727,714	1646136
13	3125	1502	3007	1805	2303	1850	1804	2180,286	422490,9
14	2142	3430	2630	2520	1580	2421	3150	2570,571	363374,6
15	2667	2918	1814	3460	2681	430	3383	2449,714	1153946
16	3210	3397	2711	2954	3404	2003	2381	2832,714	276233,6
17	2454	3214	3483	3211	2001	502	3310	2579,429	1102721
18	2450	1705	3590	3008	1950	1481	2436	2347,714	579522,2
19	3600	1673	2471	1620	2205	1310	3408	2293,714	792637,2
20	2673	1241	3475	2810	1081	2504	3401	2432,143	910105,8
21	2260	2463	2912	3072	2905	1552	3210	2603	322411
22	2540	1974	1489	2680	2505	2470	2005	2210,286	194583,9
23	3110	2465	2280	1535	2930	1911	3252	2477,714	405610,2

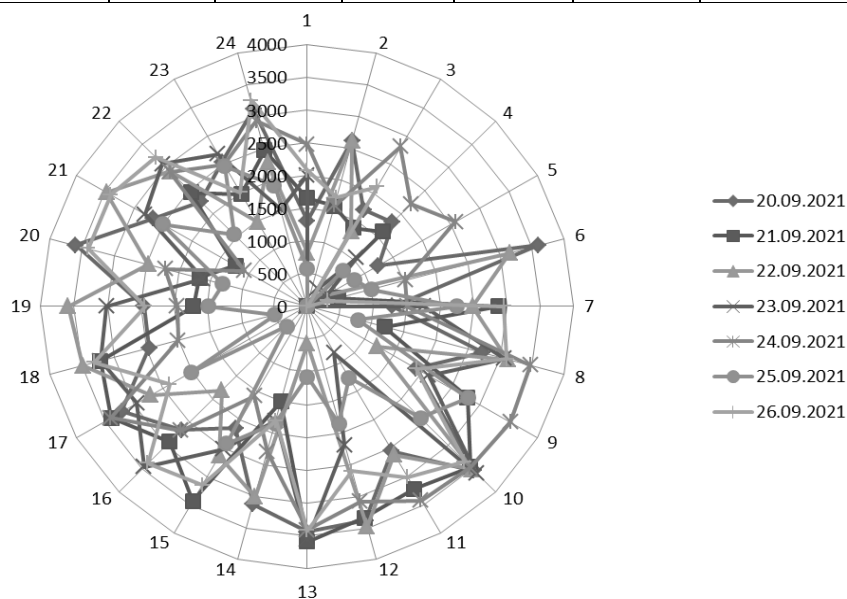


Рисунок 3.10 – Пелюсткова діаграма активного часу

На рис.3.11 можна простежити зміну динаміки активного часу залежно від днів тижня

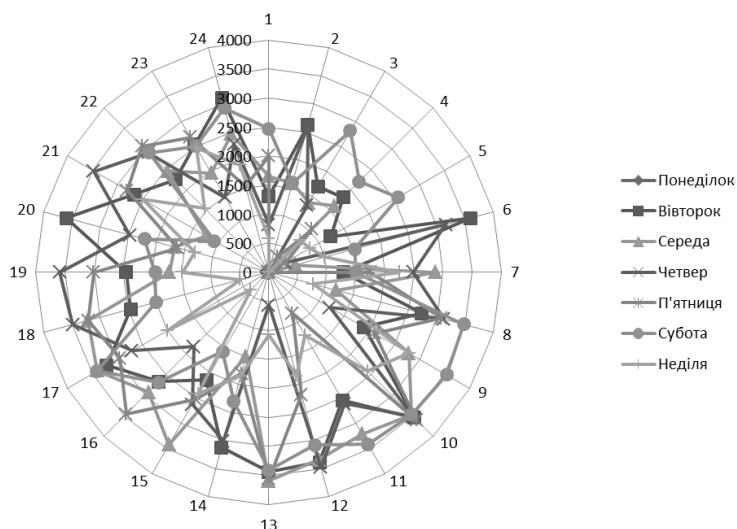


Рисунок 3.11 – Графік динаміки активного часу залежно від днів тижня

Як видно із рис. 3.10–3.11, простежується вплив днів тижня на величину активного часу, особливо помітно зменшення активного часу в суботу. Скориставшись даними таблиці 6, отримуємо середні значення активного часу (отримані з електронних таблиць за допомогою опції середні значення) і представимо їх у таблиці 3.4. На підставі цих даних будуюмо графік (рис.3.12) залежності величини середнього активного часу від днів тижня, вважаючи понеділок першим днем, а неділя – сьомою.

Таблиця 3.4 – Середнє значення активного часу, залежно від днів тижня

Дні тижня	Номера днів	Сер. значення
Понеділок	1	2555,416667
Вівторок	2	2185,958333
Середа	3	2281,083333
Четвер	4	2052
П'ятниця	5	2514,1667
Субота	6	1401,7083
Неділя	7	2408,041667



Рисунок 3.12 – Вплив днів тижня на середній активний час

Як видно з графіка рис.3.12, найменше активне навантаження було зафіксовано у суботу.

Для аналізу погодинної динаміки активного часу персоналу збудуємо погодинний графік середніх значень активного часу, для цього використовуємо значення  $\bar{y}_1$  з таблиці 3.2 в залежності від часу доби.



Рисунок 3.13 – Погодинний графік середніх значень активного часу

Як очевидно з графіка (рис. 3.13) залежність активного періодично доби має щонайменше близько 4 годин. Наочніший вплив часу доби на середні значення активного часу простежується на пелюстковій діаграмі, представленої на рис.3.14.

### Середнє значення активного часу

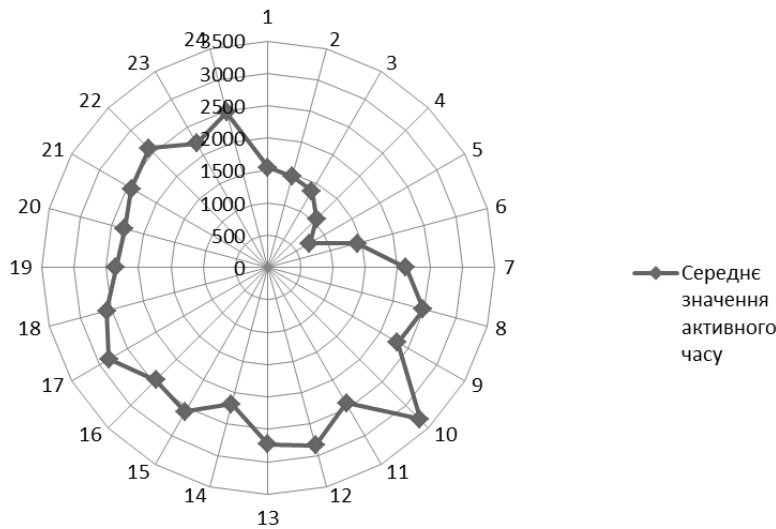


Рисунок 3.14 – Вплив часу доби на середні значення активного часу персоналу ( $\bar{y}_i$ )

Для отримання рівняння, що описує цю «ламану» залежність, перетворимо зазначену залежність  $\bar{y}_i$ , показану на рис 3.14, «опуклу» функцію, навіщо час доби перетворимо на умовний час, помістивши початок відліку умовного часу у мінімальну точку – о 4 годині ранку. Позначимо умовний час  $X_u$ , реальний час  $r$ . Тоді  $X_u = r - 4$ . Залежність активного часу персоналу від умовного часу та реального часу доби представлені у таблиці 3.5.

Результати перетворення даних та отримання рівняння регресії – залежності активного часу персоналу від умовного часу представлені на графіку рис.3.15. Рівняння регресії отримано методом найменших квадратів за допомогою електронної таблиці Microsoft Excel. За цим рівнянням розраховані значення (розрахунковий активний середній час), розташовані в четвертому стовпці табл. 3.5.

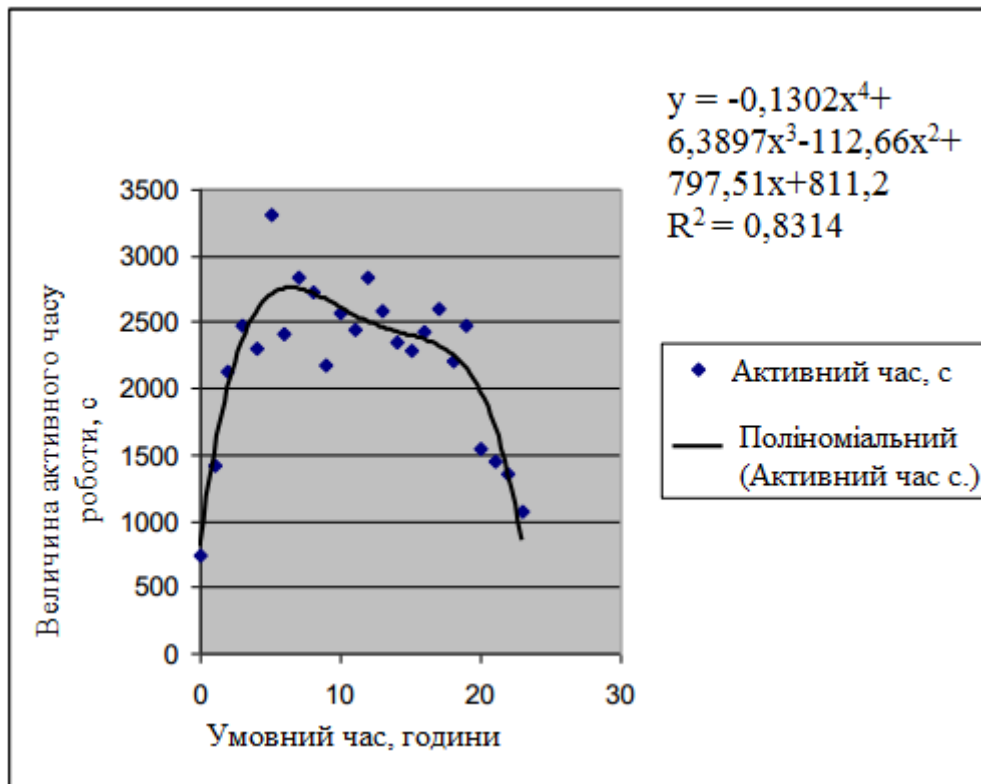


Рисунок 3.15 – Залежність активного часу роботи від умовного часу

Таблиця 3.5 – Залежність активного часу персоналу від умовного та реального часу доби

Умовний час (години), $X_u$	Реальний час (години), $r$	Середній активний час (с.), $\bar{y}_i$	Розрахунковий активний середній час (с.)
0	4	745	811,2
1	5	1424,714286	1502,312344
2	6	2128,285714	2004,625966
3	7	2481,714286	2351,790465
4	8	2309,428571	2574,329768
5	9	3311,571429	2699,642137
6	10	2418,285714	2752,000164
7	11	2840,714286	2752,550776
8	12	2727,714286	2719,315228
9	13	2180,285714	2667,189111
10	14	2570,571429	2607,942346
11	15	2449,714286	2550,219188
12	16	2832,714286	2499,53822
13	17	2579,428571	2458,292363
14	18	2347,714286	2425,748865
15	19	2293,714286	2398,049308
16	20	2432,142857	2368,209608
17	21	2603	2326,120011
18	22	2210,285714	2258,545094
19	23	2477,714286	2149,12377
20	0	1549	1978,36928
21	1	1456	1723,669199

22	2	1359,571429	1359,285435
23	3	1065,142857	856,3542267

Залежність має суттєву нелінійність, тому хороша апроксимація досягнута при використанні поліноміального рівняння четвертого порядку.

Отримане нами рівняння має вигляд:

$$y = -0.13023616 \cdot x_u^4 + 6.3896831 \cdot x_u^3 - 112.65676 \cdot x_u^2 + 797.50965 \cdot x_u + 811.2, \quad (3.2)$$

де  $x_u$  – умовний час доби ( $x_u = r - 4$ , де  $r$  – реальний час доби, година).

Коефіцієнти при іксах повинні використовуватися з високою точністю для запобігання помилкам при розрахунках. Отриманий коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0,8314$  вказує на хорошу якість апроксимації експериментальних та теоретичних даних.

Однак для оцінки тісноти нелінійного зв'язку рекомендується наступна перевірка. Силу зв'язку можна характеризувати величиною  $\xi$ :

$$\xi = \frac{(n-l)S_{ост}^2}{(n-1)S_{відтв}^2}, \quad (3.3)$$

де  $n$  – кількість годин,  $n = 24$ ;

$l$  – кількість коефіцієнтів у рівнянні регресії,  $l = 5$ ;

$S_{ост}^2$  – дисперсія залишкова, яка характеризує різницю між середнім експериментальним значенням та середнім теоретичним значенням та визначається за формулою:

$$S_{ост}^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2}{n-1}, \quad (3.4)$$

де  $\hat{y}_i$  - значення функції.

Для розрахунку за формулою (4.2) визначаємо також дисперсію відтворюваності  $S^2_{відтв}$ , яка характеризує відхилення експериментальних значень середнього експериментального значення.  $S^2_{відтв}$ , визначаємо за формулою:

$$S^2_{відтв} = \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2}{n-1}, \quad (3.4)$$

де середнє значення визначається як 
$$\bar{y}_i = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}, \quad (3.5)$$

$\hat{y}_i$  - розрахункове середнє значення  $i$ -ї години функції активного часу,

$\bar{y}_i$  - середнє значення функції  $i$ -ї години функції активного часу.

Індекс годин на добу  $i=0, \dots, 23$ .

Використані дані для розрахунку погодинної залишкової дисперсії представлені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 – Дані для розрахунку погодинної залишкової дисперсії

Умовний час (години), $X_u$	Реальний час (години), $r$	Середній активний час (с.), $\bar{y}_i$	$(y_i - \bar{y})^2$	Розрахунковий активний середній час (с.)	$(y_i - \hat{y})^2$
0	4	745	2116350	811,2	4382,44
1	5	1424,714286	2029811	1502,312344	6021,459
2	6	2128,285714	4529600	2004,625966	15291,73
3	7	2481,714286	6158906	2351,790465	16880,2
4	8	2309,428571	5333460	2574,329768	70172,64
5	9	3311,571429	10966505	2699,642137	374457,5
6	10	2418,285714	5848106	2752,000164	111365,3
7	11	2840,714286	8069658	2752,550776	7772,804
8	12	2727,714286	7440425	2719,315228	70,54417
9	13	2180,285714	4753646	2667,189111	237074,9
10	14	2570,571429	6607837	2607,942346	1396,586
11	15	2449,714286	6001100	2550,219188	10101,24
12	16	2832,714286	8024270	2499,53822	111006,3
13	17	2579,428571	6653452	2458,292363	14673,98
14	18	2347,714286	5511762	2425,748865	6089,396
15	19	2293,714286	5261125	2398,049308	10885,8
16	20	2432,142857	5915319	2368,209608	4087,46
17	21	2603	6775609	2326,120011	76662,53
18	22	2210,285714	4885363	2258,545094	2328,968

19	23	2477,714286	6139068	2149,12377	107971,7
20	0	1549	2399401	1978,36928	184358
21	1	1456	2119936	1723,669199	71646,8
22	2	1359,571429	1848434	1359,285435	0,081792
23	3	1065,142857	1134529	856,3542267	43592,69

Використовуючи таблицю 9, визначимо суми  $\sum_{n=1}^n (y_i - \bar{y})^2 = 126523.7 \cdot 10^3$ .

А також  $\sum_{n=1}^n (y_i - \hat{y})^2 = 148829$ , які необхідні розрахунку дисперсій.

Дисперсія відтворюваності

$$S_{\text{відтв}}^2 = \frac{\sum_{n=1}^n (y_i - \bar{y}_i)^2}{n-1} = 126523.7 \cdot 10^3 / 24 - 1 = 5501029.$$

Залишкова дисперсія

$$S_{\text{ост}}^2 = \frac{\sum_{n=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2}{n-l} = 148829 / 24 - 5 = 78331.11$$

Таким чином  $S_{\text{відтв}}^2 = 5501029$  та  $S_{\text{ост}}^2 = 78331,11$

Далі розрахуємо  $\xi$

Далі розрахуємо  $\xi$  за рівнянням (3.3):

$$\xi = (78331,11 \cdot 19) / (78331,11 \cdot 23) = 0,011763.$$

Зв'язок тим сильніший, чим менша величина  $\xi$ , за допомогою  $\xi$  знаходимо кореляційне відношення ( $\theta$ ):

$$\theta = \sqrt{1 - \xi}, \quad (3.6)$$

$$\theta = \sqrt{1 - \xi} = (1 - 0,011763)^{0,5} = 0,994101.$$

Кореляційне відношення, як і коефіцієнт кореляції у лінійній регресія характеризує тісноту зв'язку між випадковими величинами. Аналіз сили зв'язку  $\theta$  називається кореляційним аналізом. Чим ближче  $\theta$  до одиниці, тим більше зв'язок. Як бачимо,  $\theta=0,994101$ , що вказує на сильну функціональну залежність та відповідно на хорошу якість апроксимації погодинної залежності середнього активного часу персоналу від часу доби.

Адекватність отриманого рівняння можна візуально підтвердити за допомогою залежності розрахункових значень середнього погодинного активного часу від фактичних значень вказаного часу. Отримана залежність показано на рис. 4.20. У даному випадку маємо зв'язок близький до лінійного з високим коефіцієнтом детермінації  $R^2=0,8314$ , що свідчить про адекватність отриманого рівняння регресії.

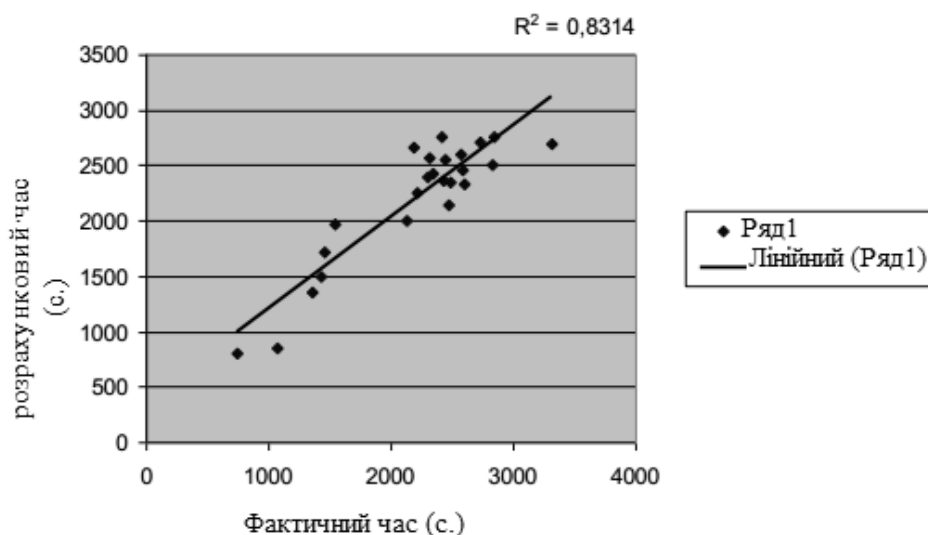


Рисунок 3.16 – Залежність розрахункового погодинного активного часу від фактичного

Виконані нами перевірки отриманого рівняння підтвердили його надійність, що дозволяє нам рекомендувати це рівняння до використання у різних ситуаціях – плануванні навантаження медперсоналу приймального відділення, розрахунки оплати, мотивування, створення оптимальних умов праці.

Нами також розглянуто варіант подання тих самих результатів досліджень (хронометражу) у вигляді іншої оцінки – ефективності використання часу. Для розрахунку ефективності використання часу встановлений нами активний час медичного персоналу слід розділити на кількість секунд за годину (3600 секунд), що дає можливість визначити частку активного часу за кожну годину, при цьому використовуємо середні значення за час спостережень. Отримані значення характеризуватимуть ефективність використання робочого часу ( $K_{\text{еф.факт}}$ ).

Отримані дані представлені у таблиці 3.7.

Залежність погодинної середньої ефективності від умовного часу дана на рис.3.17. Обробка даних методом найменших квадратів дозволяє отримати математична модель залежності ефективності використання робітника часу медперсоналом приймального відділення від часу доби. Погодинну ефективність ( $K_{\text{еф.теор.}}$ ) можна знайти за рівнянням:

$$K_{\text{еф.теор}} = -0,0000361767 \cdot x_u^4 + 0,0017749119 \cdot 69 \cdot x_u^3 - 0,0312935434 \cdot 95 \cdot x_u^2 + 0,2215304592 \cdot 59 \cdot x_u + 0,022533333$$

де  $x_u$  – умовний час доби ( $x_u = r - 4$ , де  $r$  – реальний час доби, годину).

Таблиця 3.7 – Дані розрахунку ефективності використання робочого дня.

Умовний час (години), $X_u$	Середній активний час (с.)	$K_{\text{еф.факт.}}$ Фактична ефективність використання робітника часу	$K_{\text{еф.теор.}}$ Розрахункова ефективність використання робітника часу.
0	745	0,206944444	0,225333333
1	1424,714286	0,395753968	0,417308984
2	2128,285714	0,591190476	0,556840546
3	2481,714286	0,689365079	2351,790465
4	2309,428571	0,641507937	0,715091602
5	3311,571429	0,919880952	0,749900594
6	2418,285714	0,671746032	0,764444449
7	2840,714286	0,789087302	0,764597438
8	2727,714286	0,757698413	0,755365341
9	2180,285714	0,605634921	0,740885864
10	2570,571429	0,714047619	0,72442843
11	2449,714286	0,68047619	0,708394219
12	2832,714286	0,786865079	0,694316172
13	2579,428571	0,716507937	0,68285899
14	2347,714286	0,652142857	0,673819129
15	2293,714286	0,637142857	0,666124808
16	2432,142857	0,675595238	0,657836002
17	2603	0,723055556	0,646144447
18	2210,285714	0,613968254	0,627373637
19	2477,714286	0,688253968	0,596978825
20	1549	0,430277778	0,549547022
21	1456	0,404444444	0,478797
22	1359,571429	0,37765873	0,377579288
23	1065,142857	0,295873016	0,237876174
Середня ефективність=0,611046627			

Коефіцієнт детермінації отриманого рівняння  $R^2 = 0,8314$ , що вказує на хорошу апроксимацію.

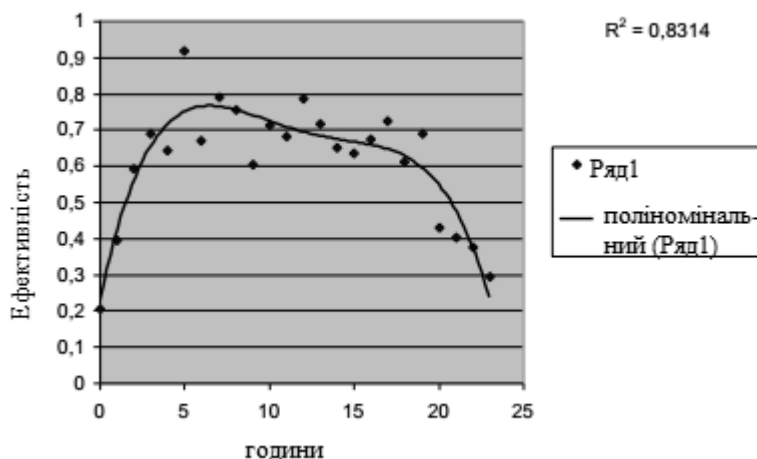


Рисунок 3.17 – Графік зміни ефективності робочого часу протягом доби

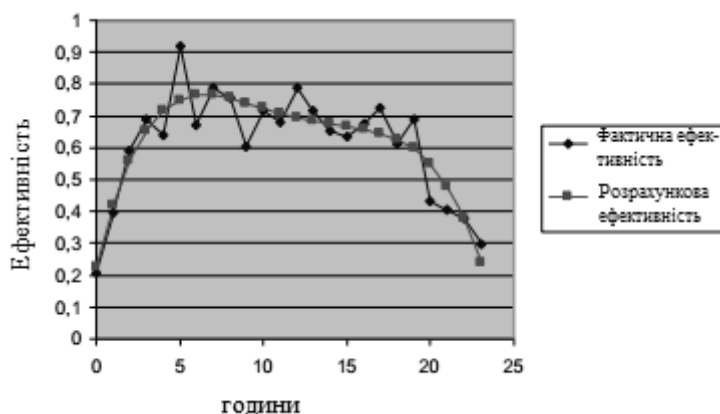


Рисунок 3.18 – Порівняння фактичної та розрахункової ефективності робочого часу в протягом доби

Використовуючи дані хронометражу, представлені у цьому розділі, проведемо також аналіз розподілу особистого часу. Складемо узагальнену таблицю розподілу особистого часу, представлену у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8 – Використання особистого часу медперсоналом приймального відділення лікарні під час хронометражу

Час факт., (години)									
Час умовний (години)									
	23.09	24.09	25.09	26.09	20.09	21.09	22.09		
									Сумарний час, секунди

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	0	0	0	0	0	493	0	0	493
5	1	0	0	0	142	0	191	0	333
6	2	0	147	0	0	0	0	0	147
7	3	0	0	0	0	0	0	0	0
8	4	0	0	0	0	0	0	0	0
9	5	0	0	0	0	0	0	0	0
10	6	0	0	785	491	186	791	365	2618
11	7	285	31	1215	506	0	789	0	2826
12	8	0	0	249	433	0	0	1221	1903
13	9	0	0	0	0	0	0	0	0
14	10	0	189	371	0	486	0	226	1272
15	11	72	0	0	108	0	90	0	270
16	12	0	1020	78	114	0	0	1001	2213
17	13	1812	456	1069	1675	97	1798	0	6907
18	14	0	129	646	0	1204	0	0	1979
19	15	0	0	485	0	0	0	277	762
20	16	219	0	0	887	0	0	286	1392
21	17	0	0	393	0	0	0	0	393
22	18	0	263	0	170	1150	955	0	2538
23	19	1542	1505	1787	0	0	553	1171	6558
0	20	0	0	0	0	0	0	0	0
1	21	0	0	946	0	0	0	307	1253
2	22	0	0	0	0	0	0	0	0
3	23	234	0	0	0	0	0	0	234
									$\Sigma=34091$
Середній особистий час = 4870,143 сек/добу									

Цікавий графік використання особистого часу, представлений на рис. 3.19.

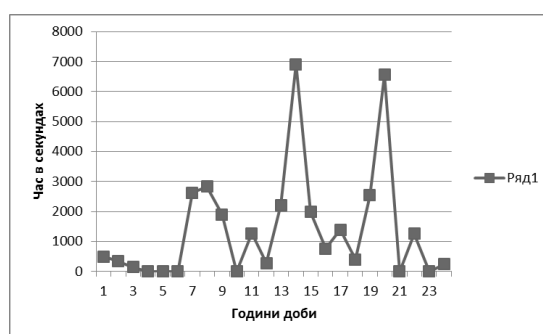


Рисунок 3.19 – Сумарний розподіл особистого часу протягом тижня

Враховуючи значну неритмічність розподілу особистого часу, та те, що особистий час медичному персоналу необхідний для нормального функціонування організму, виявляється потреба перегляду графіка роботи з урахуванням інтересів як пацієнтів, і самих працюючих.

Проведений аналіз основних напрямів трудової діяльності відділення демонструє, що є об'єктивна необхідність внесення раціоналізаторських змін до організації діяльності приймального відділення лікарні, основними з яких, на наш погляд, є:

1. Внесення змін до графіків добового чергування працівників відділення з урахуванням «пікових» періодів добової завантаженості (ранок), а також з урахуванням показників навантаження по днях тижня (складання так званих «плаваючих» (гнучких) графіків роботи з різною робочою завантаженістю – 8, 12 та 24-годинний).

2. Коригування трудових штатних нормативів з метою зниження часу вимушеного «очікування» діяльності.

3. Вилучити з посадових обов'язків медичної сестри приймального відділення дублюючих функцій (ЕКГ).

4. Вивчення можливості та доцільності введення до штату відділення працівників немедичних спеціальностей для роботи з електронним документообігом на підставі наступних аргументів:

- оптимізація фонду оплати праці відділення;
- підвищення якості обслуговування пацієнтів за рахунок зниження часу очікування;
- актуалізація професійних обов'язків медичної сестри за рахунок вивільнення часу безпосередньо медичної діяльності.

### **3.3 Формування рекомендацій щодо підвищення рівня організаційної культури персоналу медичного закладу, інтенсифікації та розробки штатних робочих норм**

Проведення хронометражного дослідження дозволило не лише вивчити особливості розподілу робочого часу, що витрачається середнім медичним персоналом на ті чи інші види діяльності, але й ознайомитись з деякими особливостями взаємовідносин у даному колективі. Вперше кілька днів

спостереження відчувалося занепокоєння працівників та напруженість у колективі, пов'язані з присутністю спостерігачів, побоювання результатів перевірки та їх наслідків. Очевидна висока тривожність співробітників та загальна соціальна напруженість у медичному колективі демонструє необхідність у майбутньому враховувати особливості організаційної культури лікарні та використовувати систему внутрішніх комунікацій для оперативного інформування колективу про цілі змін, процесі змін, переваги для колективу, очікуваних від змін та (згодом) про досягнуті успіхи.

Під час проведення хронометражу робочого часу медичних сестер приймального відділення КНП «Хмельницька обласна лікарня» було виявлено готовність персоналу до участі у процесі прийняття управлінських рішень. Так, медичні сестри зізнавалися, що розподіл трудових навантажень міг би виявитися більшим успішним, якби при формуванні відповідних норм керівництво лікарні обговорювало заплановані до виконання навантаження безпосередньо з колективом, співробітниками, залученими до роботи відділення – тобто безпосередньо зацікавленими у якісному виконанні своєї роботи особами.

На наш погляд, однією з найважливіших особливостей організаційної культури некомерційних медичних організацій, що надає істотний вплив на трудову діяльність, є висока значимість для співробітників міжособистісних стосунків у медичному колективі. При цьому пріоритет колективу найчастіше віддається на шкоду інтересам пацієнтів – ситуація, яка має додатково вивчатися, та був коригуватися.

Як приклад можна навести неодноразово спостерігалось нами ситуацію, коли медична сестра приходила на допомогу колезі, яка утруднялася в електронному документообігу, у той час, коли в коридорі її очікував «не терміновий», «не важкий» пацієнт. Деякі медичні сестри, брали участь у дослідженні, анонімно зізнавалися у прагненні виконувати свої обов'язки заради колег, щоб допомогти їм, «зробити приємне», підтримати у складній робочій чи життєвій ситуації, підняти колегам настрій, їх самооцінку. Медичним сестрам, які так поступали, здавалося, що вони сприяють виконанню колективних завдань, які

насправді такими були далеко не завжди, тому що в моменти, коли медична сестра починала допомагати колегам, це майже відразу позначалося на якості виконання її своїх професійних обов'язків.

У виникненні подібних ситуацій свою роль грає також різна навантаження на працівників, які працюють в одному відділенні, фактично поряд, а не тільки їх особисте сприйняття відповідальності або соціальні відносини колективі. Насамперед, аналізуючи нормативи робочого навантаження медичних сестер та якість виконання ними своїх обов'язків, міжособистісних та професійних взаємовідносин та особливостей організаційної культури медичного колективу, необхідно пам'ятати про тому, що мета професійної діяльності медичної сестри – надання кваліфікованої медичної допомоги пацієнтам.

В цілому, при вивченні професійної діяльності медичної сестри, слід розглядати її діяльність як основу функціонування схеми «медсестра – колектив – пацієнт». Сполучними ланками у цій схемі виступають професійні навички та особисті якості медичної сестри, організаційна культура та соціальний клімат колективу, а також трудова мотивація, що впливає на якість медичних послуг, що надаються пацієнту.

На наш погляд, важливими факторами в системі мотивації професійної діяльності медичної сестри слід вважати:

- умови праці: ступінь необхідних фізичних та психічних зусиль, безпека, зручне розташування робочих місць, можливість взаємодіяти з колегами під час роботи;
- розуміння та прийняття цілей організації;
- якісні характеристики колективу та організаційної культури;
- самооцінку та підтримання соціального статусу: набуття поваги з сторони пацієнтів та колег, уваги з боку керівництва;
- прагнення до професійного та особистісного розвитку (навчання, підвищення кваліфікації).

Управління персоналом має бути орієнтоване не тільки на підвищення задоволеності медичної сестри результатами своєї праці, але насамперед на

підвищення задоволеності пацієнтів результатами праці цього співробітника. Для цього, крім традиційного обліку думки керівників (що безумовно важливо для медичного персоналу та характерно для існуючої сьогодні «бюрократичної» організаційної культури), необхідно враховувати відгуки пацієнтів, їхніх родичів, колег, співробітників швидкої допомоги, чергових лікарів – усіх, з ким безпосередньо взаємодіє медична сестра.

Аналізуючи якісне виконання медсестрою своїх трудових обов'язків, можна дійти невтішного висновку, що значно значущими виявляються тут саме особисті якості працівника, його прагнення соціального взаємодії, професіоналізму, саморозвитку, який – у разі, якщо працівник справді відчуває своє професійне зростання – мотивує його на подальші дії та операції. Дуже важливо, щоб це прагнення до професійному зростанню всіляко підтримувалося та заохочувалося керівництвом та колективом, для чого необхідний як ефективний розподіл трудових навантажень, так і заохочення соціально-колективістських взаємодій (Наставництво, взаємодопомога, взаємозамінність. Цієї мети буде сприяти та розробка програми професійного розвитку, заснованої, у тому числі, і на результатах хронометражного спостереження, що дозволило виявити зони професійного зростання для середнього медичного персоналу приймального відділення та ін.

Проведений нами хронометраж робочого часу середнього медичного персонал розкриває можливості використання сучасних персонал-технологій для аналізу його діяльності. Результати проведеного аналізу дозволили виявити два основних напрямки подальшої раціоналізації кадрової роботи з персоналом приймального відділення:

1. Удосконалення трудових процесів у приймальному відділенні:
  - економія робочого часу, що витрачається на документообіг;
  - введення до штату відділення немедичних фахівців;
  - виняток із посадових обов'язків медичної сестри приймального відділення дублюючих функцій (ЕКГ);
  - використання оптимальних режимів роботи;

2. Удосконалення кадрового потенціалу лікарні та посилення її організаційної культури:

– визначення характеристик працівника приймального відділення (зокрема не медичної спеціальності), необхідних для ефективного виконання посадових обов'язків з метою ефективного відбору претендентів на вакансії;

– створення програми навчання медичних сестер необхідним немедичним навичкам (нові комп'ютерні програми та бази даних, сліпий метод друку, навички ефективної комунікації з пацієнтами, родичами, співробітниками швидкої допомоги, черговими лікарями);

– актуалізація професійних медичних обов'язків співробітників відділення, підвищення медичної кваліфікації (ведення медичної документації, швидкість та якість медичних маніпуляцій);

– створення програми нематеріальної мотивації, у якій винагорода залежить у тому числі від відгуків пацієнтів, їх родичів, колег, співробітників швидкої допомоги та чергових лікарів;

– використання системи внутрішніх комунікацій для оперативного інформування працівників про плановані зміни та з метою запобігання соціальній напруженості в колективі;

– залучення середнього медичного персоналу до процесів прийняття рішень про подальші організаційні зміни, що стосуються їхнього відділення.

Зазначимо, що прийняття зважених, адресних та ефективних кадрових управлінських рішень у медичній організації сприятиме зняття соціальної напруги в медичних колективах та суспільстві загалом. Для цього необхідно враховувати як специфіку медичної роботи організації в цілому та окремих її підрозділів, так і особливості що склалася у ній організаційної культури. Обидва ці фактори можуть бути додатково досліджено за допомогою сучасних технологій управління персоналом, при цьому моніторинг ефективності змін, що проводяться, повинен бути регулярною практикою, а не разовою акцією та надавати можливість коригування управлінського впливу на колектив медичної організації. Саме тому доцільно рекомендувати впровадження у практику управлінської роботи

багатопрофільних медичних організацій регулярно проведення медико-соціологічних досліджень, дозволяють отримати великий і достовірний емпіричний матеріал.

### **Висновки до розділу 3**

Згідно з висновками щодо результатів досліджень попередніх розділів нами запропоновано до реалізації ряд заходів.

Побудовано модель та метод моніторингу стратегії медичних проєктів, програм та портфелів КНП «Хмельницька обласна лікарня». Використання запропонованих моделей та методу дозволить КНП «Хмельницька обласна лікарня» оцінити важливість стратегічного управління у медицині, допоможе сформуванню науково обґрунтовану стратегію з урахуванням специфіки медичного закладу, що буде сприяти зміцненню ринкових позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня», розвитку медицини в цілому, і не лише за рахунок використання нових медикаментів та методів лікування, але і в результаті застосування комплексного, цілісного стратегічного підходу.

Враховуючи значну неритмічність розподілу особистого часу, та те, що особистий час медичному персоналу необхідний для нормального функціонування організму, виявляється потреба перегляду графіка роботи з урахуванням інтересів як пацієнтів, і самих працюючих.

Проведений аналіз основних напрямів трудової діяльності відділення продемонстрував, що є об'єктивна необхідність внесення раціоналізаторських змін до організації діяльності приймального відділення лікарні, основними з яких, на наш погляд, є: внесення змін до графіків добового чергування працівників відділення з урахуванням «пікових» періодів добової завантаженості (ранок), а також з урахуванням показників навантаження по днях тижня (складання так званих «плаваючих» (гнучких) графіків роботи з різною робочою завантаженістю

– 8, 12 та 24-годинний); коригування трудових штатних нормативів з метою зниження часу вимушеного «очікування» діяльності; вилучити з посадових обов'язків медичної сестри приймального відділення дублюючих функцій (ЕКГ); вивчення можливості та доцільності введення до штату відділення працівників немедичних спеціальностей для роботи з електронним документообігом тощо.

Обґрунтовано впровадження у практику управлінської роботи багатопрофільних медичних організацій регулярне проведення медико-соціологічних досліджень, дозволяють отримати великий і достовірний емпіричний матеріал.

## ВИСНОВКИ

Відповідно до результатів дослідження стратегічного управління розвитком та ефективністю медичним закладом (на прикладі КНП «Хмельницька обласна лікарня»), було зроблено такі висновки.

Визначено сутність понять «стратегія» та «стратегічне управління». З'ясовано, що поняття «стратегія» розглядалося з різних сторін, і кожен автор пропонує свою інтерпретацію та підхід. Але у всіх визначеннях вловлюється думка, що стратегія – це спосіб досягнення поставленої мети за допомогою різних інструментів стратегічного управління, спрямований на розвиток організації з урахуванням змін зовнішнього середовища та конкурентної боротьби.

Виокремлено та охарактеризовано чотири етапи стратегічного управління та розроблено матрицю інструментів та методів стратегічного управління для кожного етапу.

Аналіз основних результуючих показників діяльності КНП «Хмельницька обласна лікарня» продемонстрував наявність низхідних трендів щодо зростання загального обсягу витрат підприємства, скорочення чисельності його персоналу, зменшення фондоозброєності та збільшення ступеню зношеності основних засобів.

Побудовано модель та метод моніторингу стратегії медичних проектів, програм та портфелів КНП «Хмельницька обласна лікарня». Використання запропонованих моделей та методу дозволить КНП «Хмельницька обласна лікарня» оцінити важливість стратегічного управління у медицині, допоможе сформулювати науково обґрунтовану стратегію з урахуванням специфіки медичного закладу, що буде сприяти зміцненню ринкових позицій КНП «Хмельницька обласна лікарня», розвитку медицини в цілому, і не лише за рахунок використання нових медикаментів та методів лікування, але і в результаті застосування комплексного, цілісного стратегічного підходу.

Враховуючи значну неритмічність розподілу особистого часу, та те, що особистий час медичному персоналу необхідний для нормального функціонування організму, виявляється потреба перегляду графіка роботи з урахуванням інтересів як пацієнтів, і самих працюючих.

Проведений аналіз основних напрямів трудової діяльності відділення продемонстрував, що є об'єктивна необхідність внесення раціоналізаторських змін до організації діяльності приймального відділення лікарні, основними з яких, на наш погляд, є: внесення змін до графіків добового чергування працівників відділення з урахуванням «пікових» періодів добової завантаженості (ранок), а також з урахуванням показників навантаження по днях тижня (складання так званих «плаваючих» (гнучких) графіків роботи з різною робочою завантаженістю – 8, 12 та 24-годинний); коригування трудових штатних нормативів з метою зниження часу вимушеного «очікування» діяльності; вилучити з посадових обов'язків медичної сестри приймального відділення дублюючих функцій (ЕКГ); вивчення можливості та доцільності введення до штату відділення працівників немедичних спеціальностей для роботи з електронним документообігом на підставі наступних аргументів: оптимізація фонду оплати праці відділення; підвищення якості обслуговування пацієнтів за рахунок зниження часу очікування; актуалізація професійних обов'язків медичної сестри за рахунок вивільнення часу безпосередньо медичної діяльності.

Обґрунтовано впровадження у практику управлінської роботи багатопрофільних медичних організацій регулярне проведення медико-соціологічних досліджень, дозволяють отримати великий і достовірний емпіричний матеріал.

Т

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я / Закон України від 19.11.1992 № 2801–ХІІ [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801–12#Text>.
2. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року / МОЗ України; Наказ, Концепція від 01.08.2011 № 454 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282–11#Text>.
3. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1(5). С. 39–46.
4. Зінченко О.А. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. Інфраструктура ринку. 2018. № 18. С. 123–126.
5. Лепський В.В. Стратегічне управління сучасними медичними закладами. Вісник Черкаського державного технологічного університету. Серія: Технічні науки. 2016. № 4. С. 62–68.
6. Рожкова І.В. Особливості планування та впровадження організаційних змін у сфері охорони здоров'я. Державне управління: теорія та практика. 2008. № 2(8). URL: [http://academy.gov.ua/ej/ej8/doc\\_pdf/rozhkova.pdf](http://academy.gov.ua/ej/ej8/doc_pdf/rozhkova.pdf)
7. Сафонов Ю.В. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. Актуальні проблеми економіки. 2019. № 8(218). С. 62–69.
8. Яценко В.С. Стратегічне управління системою охорони здоров'я в контексті сучасних реформ в Україні. Теоретичні та прикладні питання державотворення. 2019. № 25. С. 77–85.
9. Speziale G. Strategic management of a healthcare organization: engagement, behavioural indicators, and clinical performance. European Heart Journal Supplements. 2015. 17. A3–A7. DOI: 10.1093/eurheartj/suv003

10. Шершньова З.Є. Стратегічне управління : навчально–методичний посібник. Київ : КНЕУ, 2001. 232 с.
11. Wootton S., Home T. Strategic Planning: The Nine Step Programme: Putting Theory Into Practice. Kogan Page. 1997. 128 p.
12. Swayne L. E. Strategic management of health care organizations. 5th ed. Blackwell Publishing. 2006. 888 p.
13. Карлоф Б. Деловая стратегия [Текст] / Карлоф Б. – М.: Экономика, 2003. – 83 с.
14. Ансофф І. Стратегічне управління: Пров. з англ. [Текст]/І. Ансофф – М.: Економіка, 2010. – 519 с.
15. Віссема Х. Стратегічний менеджмент та підприємництво. Можливості для майбутнього процвітання [Текст] / Х. Віссема; Пер. з англ. [Н.А. Нурєєва]. – М: Фінпрес, 2000. – 271 с.
16. Портер М. Конкуренція: Пер. з англ.: Навч. сел. [Текст]/М.Портер. – М.: Видавничий дім «Вільямс», 2001. – 495 с.
17. Мескон М., Альберт М. Хедоурі,Ф. Основи менеджменту [Текст]/Мескон М., Альберт М., Хедоурі Ф.–Видавництво: Дело, 1997. – 704 с.
18. Котлер Ф. Основы маркетинга Краткий курс Пер с англ — М Издательский дом "Вильяме", 2007 — 656 с.
19. Quinn J. B. 1980. Strategies for Change: Logical Incrementalism. Dow Jones–Irwin: Homewood, IL.
20. Andrews K. R. 1971. The Concept of Corporate Strategy. Dow Jones–Irwin: Homewood, IL.
21. Chandler A. D., Jr. 1990. Scale and Scope: The Dynamics of Industrial Capitalism. Belknap, Harvard University press: Cambridge, MA.
22. Mintzberg H. 1994. The Rise and Fall of Strategic Planning: Reconceiving Roles for Planning, Plans, Planners. Free press: N. Y.
23. Quinn J. B. 1980. Strategies for Change: Logical Incrementalism. Dow Jones–Irwin: Homewood, IL.

24. Steiner G. A. 1969. Strategic Factors in Business Success. Financial executives research foundation: N. Y.

25. Сафонов Ю.М. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://eco-science.net/archive/2019/APR-08-2019/8.19\\_topic\\_Safonov%20Y.pdf](https://eco-science.net/archive/2019/APR-08-2019/8.19_topic_Safonov%20Y.pdf)

26. КНП «Хмельницька обласна лікарня», КП «Хмельницька міська лікарня», КНП «Хмельницька центральна районна лікарня» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://medics.ua/clinics>

27. КНП «Хмельницька обласна лікарня», [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://hol.com.ua/informatsiia-dlia-patsientiv/platni-posluhy>

28. Статут КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради. – Хмельницький : ХОЛ, 2019. – 35 с.

29. КП «Хмельницька міська лікарня», [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://khm.gov.ua/sites/default/files/finansovo-gospodarska\\_diyalnist\\_za\\_2020\\_r.pdf](https://khm.gov.ua/sites/default/files/finansovo-gospodarska_diyalnist_za_2020_r.pdf)

30. КНП «Хмельницька центральна районна лікарня» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://medics.ua/clinics/589>

## ДОДАТКИ