

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет фармацевтичний

Кафедра менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ
МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ В
ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ ПРОЦЕСНОГО
ПІДХОДУ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи 073МО 24 (1,63)-01
спеціальності 073 «Менеджмент»

освітньої програми «Управління охороною здоров'я та
фармацевтичним бізнесом»

Дарія БАДАНЮК

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації
Національного фармацевтичного університету,
к. фарм. н, доцент Анастасія ЛІСНА

Рецензент: завідувач кафедри організації, економіки та
управління фармацією Інституту підвищення кваліфікації
спеціалістів фармації Національного фармацевтичного
університету,

д. фарм. н, професор Юлія БРАТІШКО

АНОТАЦІЯ

Робота складається з трьох розділів, в яких висвітлені підходи до удосконалення управління діяльністю молодших спеціалістів з медичною освітою, проаналізована сутність процесного підходу, принципи управління, запропоновані підходи управління молодшими спеціалістами з медичною освітою на засадах процесного підходу в закладі охорони здоров'я.

Робота має 92 сторінки, 30 таблиць, 6 рисунків, 59 джерел, додатки.

Ключові слова: молодший спеціаліст з медичною освітою, процесний підхід, бізнес-процес, гемодіаліз, заклад охорони здоров'я.

ANNOTATION

The work consists of three sections, which highlight approaches to improving the management of junior medical specialists, analyze the essence of the process approach, management principles, and propose approaches to managing junior medical specialists based on the process approach in a healthcare institution.

The work has 92 pages, 30 tables, 6 figures, 59 sources, appendices.

Keywords: junior medical specialist, process approach, business process, hemodialysis, healthcare institution.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1 Організаційна роль та професійні функції молодших спеціалістів з медичною освітою в структурі закладів охорони здоров'я.....	8
1.2 Сучасні підходи до оцінювання діяльності молодших медичних спеціалістів у системі менеджменту персоналу закладів охорони здоров'я	14
1.3 Застосування процесного підходу в управлінні діяльністю молодших спеціалістів.....	22
Висновки до розділу 1.....	31
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА».....	33
2.1 Організаційно-економічна характеристика ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА».....	33
2.2 Діагностика управління діяльністю молодших спеціалістів з медичною освітою в ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»	55
Висновки до розділу 2.....	61
РОЗДІЛ 3 ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ МОЛОДШИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ В ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» НА ЗАСАДАХ ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ.....	71
3.1 Застосування процесного підходу як засобу удосконалення управління молодшими спеціалістами з медичною освітою в ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»	71
3.2 Економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів.....	81
Висновки до розділу 3.....	85
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	92
ДОДАТКИ.....	99

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

БП – бізнес-процеси

ВІК – відділ інфекційного контролю

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ОЗ – охорона здоров'я

МП – медичні персонал

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МС – медична сестра

МСМО – молодший спеціаліст з медичною освітою

ПМ – процесна модель

ПП – процесний підхід

СОП – стандартні операційні процедури

СУЯ – система управління якістю

ТОВ – товариство з обмеженою відповідальністю

ВСТУП

Актуальність теми. Трансформація системи охорони здоров'я (ОЗ) України висуває нові вимоги до якості надання медичної допомоги та ефективності управління ресурсами. Ключовою ланкою у забезпеченні лікувально-діагностичного процесу є молодші спеціалісти з медичною освітою (МСМО) (медичні сестри (МС)/брати, фельдшери, акушерки). Проте традиційні функціональні методи управління їх діяльністю часто призводять до дублювання обов'язків, високого рівня бюрократизації та зниження мотивації медичного персоналу (МП).

Діяльність ТОВ ««ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»» базується на впровадженні найвищих світових стандартів діалісної допомоги. У центрах нефрології та діалізу МСМО (МС) виконують роль ключових операторів складного медичного обладнання та є відповідальними за безпеку пацієнта під час процедури гемодіалізу.

Специфіка роботи в умовах діалізного центру вимагає відходу від жорсткої ієрархічної структури на користь процесного підходу (ПП). Це зумовлено необхідністю синхронізації багатьох етапів: від підготовки системи водоочищення та концентратів до безпосереднього підключення пацієнта до апарату «штучна нирка». Оптимізація цих процесів дозволяє зменшити вплив «людського фактору», підвищити інфекційну безпеку та забезпечити високу якість життя пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю.

Об'єкт дослідження – система управління діяльністю середнього МП в мережі діалізних центрів «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА».

Предмет дослідження – механізми, алгоритми та стандарти впровадження ПП в управління роботою медичних сестер діалізного відділення.

Мета дослідження – розробити рекомендації щодо удосконалення управління діяльністю МСМО у ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР

УКРАЇНА», спираючись на інтеграцію внутрішніх корпоративних стандартів з принципами ПП.

Для досягнення поставленої **мети** необхідним є вирішення таких **завдань дослідження**:

- проаналізувати міжнародні та вітчизняні вимоги до організації діалізної допомоги;
- Дослідити поточні бізнес-процеси (БП) медичного обслуговування у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) та роль МС у кожному етапі.
- Оцінити ефективність існуючої системи контролю якості та управління персоналом.
- Розробити модель оптимізованого БП «підготовка–проведення–завершення сеансу гемодіалізу» з чітким розподілом відповідальності.
- Обґрунтувати переваги переходу до процесно-орієнтованого управління для підвищення клінічних результатів.

Об'єкт дослідження – система управління діяльністю середнього МП в мережі діалізних центрів «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА».

Предмет дослідження – механізми, алгоритми та стандарти впровадження ПП в управління роботою МС ЗОЗ.

Інформаційною базою проведення дослідження є праці провідних вітчизняних та закордонних вчених з питань ПП; нормативно-правова база України; інформація зібрана безпосередньо у досліджуваному ЗОЗ; періодичні видання; ресурси мережі INTERNET.

Елементи наукової новизни полягають у розробці алгоритму переходу від функціонального до процесного управління МСМО, що дозволить оптимізувати часові витрати МП та мінімізувати медичні помилки.

Практичне значення результатів дослідження полягає у застосуванні та впровадженні прикладного інструментарію, який дозволяє трансформувати теоретичні засади ПП в реальні управлінські рішення для управління діяльністю МСМО мережі діалізних центрів.

Апробація результатів дослідження і публікації. Основні положення роботи були представлені на VI Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUTH PHARMACY SCIENCE» (м. Харків, 10–11 грудня 2025 р.) (Додаток А).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, 3-х розділів, загальних висновків, переліку використаних літературних джерел, виконана на 92 сторінках та включає 30 таблиць, 6 рисунків, 59 джерел літератури.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Організаційна роль та професійні функції молодших спеціалістів з медичною освітою в структурі закладів охорони здоров'я

МСМО формують найбільшу професійну групу в ОЗ України, складаючи близько 40% (майже 190 тис.) усіх працівників державних і комунальних ЗОЗ. Проте, починаючи з 2010 р., ця критично важлива професія переживає глибоку кризу: кількість МСМО скоротилася на 40% (на тлі загального зменшення населення на 10,5%). Ця тривожна тенденція була катастрофічно посилена епідемією COVID-19 та військовими діями. Хоча наявність МСМО в Україні (526 на 100 тис. населення у 2020 р.) перевищує середньосвітовий показник (386), це є оманливим показником. У порівнянні з розвиненими країнами ЄС, до стандартів яких прагне Україна (де показник значно вищий і має тенденцію до зростання), наша країна демонструє критичне відставання та негативні тренди, що відбувається на тлі глобального дефіциту МС [1].

Привабливість європейського ринку праці створює значний тиск на систему ОЗ України. Постійний попит на кваліфікованих МС у розвинених країнах, у поєднанні зі слабкішими позиціями України (низькі зарплати, рівень безпеки та загальний добробут), стимулює відтік МСМО. Очікується, що цей процес посилиться з інтеграцією України до ЄС.

Крім того, нормативно-правова база щодо МСМО є застарілою і не відповідає сучасним вимогам. Чинне законодавство України зводить роль МСМО переважно до асистентських функцій на допомогу лікареві, не надаючи чітких повноважень для самостійного прийняття рішень щодо ведення пацієнтів або автономного консультування. Ця законодавча

невизначеність створює умови для правових колізій і перешкоджає повноцінному регулюванню та використанню потенціалу МС [57].

Хоча реформа освіти в Україні створила багаторівневу систему для професійного зростання МС – від фахового молодшого бакалавра до доктора філософії, – більшість молодших спеціалістів не зацікавлені продовжувати навчання. Основна причина полягає в тому, що здобуття вищого освітнього рівня (бакалавра, магістра чи доктора філософії) не має прямого впливу на їх кар'єрний розвиток. Наразі наявність вищої освіти не є обов'язковою вимогою для обіймання вищих посад у ЗОЗ [1].

Система підготовки МСМО потребує докорінних змін. Наявні стандарти фахової, бакалаврської та магістерської освіти не повністю відповідають практичним вимогам, які висуває сфера ОЗ. Протягом тривалого часу освітні програми були застаріло орієнтовані виключно на роботу МСМО в умовах стаціонару. У результаті, освітні потреби фахівців, які працюють на первинному рівні надання медичної допомоги в громадах, залишилися поза увагою.

Ще одним негативним чинником, що впливає на професію МСМО, є відсутність сприятливого середовища та організаційної культури (тобто нефінансових стимулів) для розвитку медсестринства у ЗОЗ. Хоча реформа системи ОЗ розширила можливості для професійного зростання МС, особливо на первинному рівні, а їх професіоналізм сприяє впровадженню пацієнто-орієнтованої моделі та підвищенню їх статусу, такі позитивні зміни є поодинокими і охоплюють лише невелику кількість ЗОЗ [1, 2].

Розвиток медсестринських об'єднань та спільнот в Україні залишається на початковому етапі. Хоча існують громадські асоціації, професійні групи та провайдери безперервного професійного розвитку (БПР), їх розвиток і здатність адвокатувати інтереси спільноти стримується критичною нестачею лідерів. Становлення сильної медсестринської спільноти, яке є особливо актуальним в умовах переходу до самоврядування в ОЗ, неможливе без активних лідерів-адвокатів.

Ситуацію ускладнює неефективна фінансова система: заробітна плата МСМО часто не залежить від обсягу чи складності виконаної роботи, оскільки більшість ЗОЗ не впроваджують відповідних індикаторів. Такий підхід знеохочує фахівців до професійного розвитку, лідерства, інновацій та підвищення якості послуг [1, 2, 5, 6].

Для адекватної фінансової мотивації МСМО, включно зі стимулюванням до здобуття вищих освітніх рівнів, необхідно докорінно змінити підхід до оплати праці, запровадивши її диференціацію залежно від освіти, досвіду, складності та обсягу роботи. Усі зазначені проблеми потребують системного розв'язання на всіх рівнях: удосконалення освіти (до і післядипломної, БПР), ефективного управління людськими ресурсами, створення сприятливого робочого середовища, розвитку лідерства та посилення видимості ролі МС у наданні послуг [2, 55].

Теза, висунута Європейською конференцією із сестринської справи у Відні (1988 р.) — «без МС немає майбутнього» — залишається абсолютно актуальною для ХХІ ст.. Вагомість цієї професії зростає як в Україні, так і в усьому світі, що підтверджують європейські аналітичні матеріали [1, 5, 6].

Актуальність цього питання обумовлена необхідністю активного формування законодавчої бази у сфері медсестринства в Україні та її прискореної адаптації до європейських норм. Це особливо стосується кадрового забезпечення та наближення рівня заробітної плати українських МС до світових стандартів.

МСМО є найчисельнішою частиною медичної спільноти, і саме від них критично залежить якість медичної допомоги. Це унікальні фахівці, які супроводжують людину протягом усього життя. Пацієнти очікують від них не лише високого професіоналізму, але й співчуття, чуйного ставлення та душевної теплоти, необхідної для боротьби з недугою [2, 3, 47].

Сучасні вимоги до МС значно зросли. До їх ключових компетенцій має входити не лише володіння сучасними медичними технологіями та розширеними професійними знаннями (включно зі здатністю встановлювати

сестринський діагноз), але й забезпечення індивідуального підходу до пацієнта, співпраця з родинами, а також менеджерські та психологічні якості для ефективної роботи з людьми. Як і в багатьох розвинених країнах, де МСМО є першим, останнім та найбільш постійним контактом пацієнта з системою ОЗ, в Україні реформа системи ОЗ має значною мірою стосуватися інституту медсестринства.

Наразі велика увага приділяється ступеневій освітній реформі, спрямованій на корекцію підготовки МС до європейських стандартів. Однак, удосконалення освіти значно випереджає зміни в практичній діяльності медичної сестри. Виходячи з цього, необхідно негайно закладати європейські стандарти компетентностей молодшого МП в практичну систему ОЗ. Найголовнішим кроком у реформуванні медсестринства є питання стратегічного планування його розвитку в Україні [2, 57].

У період глибоких реформ в ОЗ України, МСМО визнаються стратегічним ресурсом. Як найчисленніша категорія медиків, вони є основним виконавцем завдань із діагностики, лікування та реабілітації, що безпосередньо впливає на поліпшення здоров'я нації.

Згідно з сучасним трактуванням ВООЗ, сестринська справа є складовою частиною системи ОЗ, відповідальною за вирішення як індивідуальних, так і громадських проблем здоров'я. Її функції охоплюють не лише лікування та догляд за хворими й непрацездатними особами (всіх вікових груп), але й активну діяльність у сферах ОЗ, профілактики захворювань та надання психосоціальної допомоги [1, 52, 36].

У європейських країнах МС досягла повної професійної самостійності та автономії, маючи право приймати рішення в межах своєї компетенції. Їм доступна вища освіта за фахом, а тисячі фахівців активно залучені до педагогічної та наукової діяльності, результати якої стають основою для вдосконалення принципів організації медичної допомоги. Це підкреслює зростаючий престиж професії як найбільш потрібної та масової в практичній ОЗ.

Запровадження ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти в Україні теоретично підносить її на один рівень із лікарською, хоча в цьому питанні залишається низка невирішених проблем. Європейський досвід демонструє, що МСМО становлять основу первинної ланки. Наприклад, у Швеції вони відіграють все більшу роль, надаючи висококваліфіковану допомогу пацієнтам із хронічними станами (діабет, астма, серцева недостатність, психічні захворювання) та мають обмежене право призначення лікарських засобів (ЛЗ). У Швеції та Фінляндії (де МС попередньо консультують 80% пацієнтів) саме МС є першим контактом, який визначає необхідність подальшого скерування до лікаря або госпіталізації [1].

У Скандинавських країнах МСМО є ключовими фігурами у центрах здоров'я громад. Європейський досвід демонструє високу автономію цих фахівців.

У Нідерландах МС використовують встановлені критерії для прийняття рішень щодо доступу пацієнтів до лікаря у неробочий час і мають право коригувати медикаментозну терапію в межах клінічних протоколів.

В Англії спеціалізовані МСМО, що працюють із хронічними захворюваннями (наприклад, діабет, астма), фактично беруть на себе функції лікарів загальної практики, проводячи амбулаторне спостереження, навчання та надаючи освітню підтримку іншим фахівцям[55].

У США та Німеччині успішно впроваджено структуровані програми ведення захворювань («CASE MANAGEMENT»). Такий підхід зумовлений фрагментацією системи: лікарі часто мають індивідуальну практику, а амбулаторний і стаціонарний сектори чітко відокремлені. У цих умовах МСМО відіграють ключову роль, проводячи первинне обстеження та скеровуючи пацієнтів до відповідних ЗОЗ [1, 2].

Крім того, у розвинених європейських країнах лікарі загальної практики не дуже часто здійснюють домашні візити до пацієнтів. Ця важлива функція делегована спеціально підготовленим МС.

Існує колосальний фінансовий дисбаланс між Україною та Європою: середня річна заробітна плата МС в європейських країнах становить близько 34 тис. доларів, тоді як в Україні вона сягає лише 2 тис. доларів. Цей високий розрив є головною мотивацією для українських фахівців змінити місце роботи, незважаючи на необхідність проходження процесу сертифікації знань за кордоном.

Різниця у статусі обумовлена тим, що в Європі функціонал МС включає розширені повноваження, вищий рівень освіти та іншу структуру підготовки, що прирівнює її діяльність до рівня лікаря. На противагу цьому, в Україні роль МС досі зведена до виконання обов'язків помічника лікаря. Таке сприйняття, разом із мізерною оплатою, зумовлює низький соціальний статус наших МС, яких і пацієнти, і лікарі часто сприймають лише як «сестру милосердя». Ситуацію погіршує надмірне навантаження: українська МС опікується 20–30 пацієнтами, тоді як її європейська колега — лише п'ятьма; крім того, нормативи оснащення робочих місць не відповідають сучасним вимогам [2].

Для подолання кризи необхідно негайно переглянути нормативи штатів МС: зокрема, збільшити показник лікар-МС до 1:5 та суттєво зменшити кількість пацієнтів, які обслуговує одна МС, особливо у відділеннях інтенсивної терапії, хірургії та кардіології ЗОЗ.

Ситуацію ускладнює засилля нетипових функцій (транспортування, піднімання, переміщення пацієнтів та обладнання), які у розвинених країнах виконують санітари. Це, разом із невирішеною проблемою безпеки на робочому місці (відсутність належного протиепідемічного захисту, алергізація через роботу з дезінфекційними засобами, нестача спецодягу, ризик агресії пацієнтів), спричиняє надмірне завантаження та раннє професійне вигорання. Ці фактори різко знижують мотивацію до освоєння фаху [2].

Крім того, реформа висунула нові вимоги (електронний документообіг, освоєння комп'ютерної техніки), що вимагає перегляду нормативів робочого часу та перерозподілу обов'язків.

Вже сьогодні кадрове забезпечення МС є катастрофічним (60% від потреби), а державна недостатня мотивація (низька заробітна плата, відсутність належних умов праці та соціальної захищеності) спричиняє масову трудову міграцію (близько 7 тис. МП щорічно залишають країну). Низька заробітна плата, рутинна робота, незахищеність, необхідність працювати «за себе й за колег» та перебування у «тіні лікаря» є основними факторами зниження престижу професії в Україні, і ці системні проблеми повинні вирішуватися на державному рівні як гарантом зростання ролі МС [2].

1.2 Сучасні підходи до оцінювання діяльності молодших медичних спеціалістів у системі менеджменту персоналу закладів охорони здоров'я

Для забезпечення високої якості медичних послуг та ефективного управління ресурсами у ЗОЗ оцінка роботи персоналу є критично важливим елементом. Як і для будь-якої іншої організації, система оцінювання є ключовим моментом у кадровій політиці. Цей процес являє собою систематичний аналіз виконання МП своїх обов'язків, кінцева мета якого – підвищення їх результативності та продуктивності. Залежно від конкретних потреб ЗОЗ, оцінювання може проводитися із застосуванням різних методів та охоплювати різні аспекти діяльності [2, 6].

Професійна компетентність МП – це критична умова для забезпечення високої якості медичних послуг. Справді компетентний фахівець має не лише ґрунтовні медичні знання, але й вміє ефективно застосовувати їх на практиці, володіючи всіма необхідними практичними навичками. Отже, оцінювання компетентності передбачає перевірку рівня знань, навичок та умінь МП в контексті їх службових обов'язків. Ця оцінка може здійснюватися за допомогою різних методів, серед яких:

1. Атестація є офіційною процедурою для визначення професійної компетентності МП на відповідність чинним стандартам. По суті, це формалізоване оцінювання діяльності, яке відбувається у встановлені терміни

за чітким регламентом. Результати атестації слугують основою для прийняття ключових кадрових рішень, таких як: просування по кваліфікації, призначення на керівні посади, направлення на навчання або, за необхідності, звільнення. Таким чином, атестація має на меті раціонально розподілити МП та забезпечити максимально ефективне використання його знань, навичок та вмінь [31-35].

На підставі результатів атестації, керівник ЗОЗ може приймати рішення щодо зміни кваліфікаційної категорії працівника (підвищення чи зниження), корекції розміру заробітної плати, надання винагороди, а також вирішувати питання щодо його подальшого професійного розвитку через підвищення кваліфікації або здобуття нової спеціальності. Важливо, що головне завдання атестації полягає не в простому контролі результатів, а у пошуку можливостей для стимулювання професійного зростання та підвищення продуктивності працівників.

Серед інших методів оцінювання використовується:

1. Опитування пацієнтів, яке допомагає виміряти їхню задоволеність якістю медичних послуг.
2. Комунікативні тести застосовуються для оцінки навичок спілкування МП.
3. Тести на командну роботу визначають здатність працівника ефективно взаємодіяти у колективі.
4. Для контролю за дотриманням професійних норм використовується аналіз етичних порушень, що дозволяє оцінити, наскільки працівник дотримується етичних стандартів.
5. Нарешті, аналіз показників продуктивності є методом, що оцінює фактичну результативність та ефективність діяльності МП. Перевірка відповідності кваліфікаційних стандартів та участі в програмах професійного розвитку є важливим аспектом оцінки професійної компетентності МП [6].

Кваліфікаційні стандарти є основою, оскільки вони визначають мінімальні вимоги до знань, навичок та вмінь, необхідних МП для

забезпечення якісних послуг. Регулярна участь у програмах професійного розвитку критично важлива – вона дозволяє фахівцям постійно вдосконалюватись та залишатися обізнаними з останніми досягненнями медичної науки [7].

Враховуючи необхідність формування та підтвердження професійної компетентності медиків, варто сконцентрувати зусилля на діагностиці таких критичних аспектів:

1. Грунтовні знання в галузі ОЗ є обов'язковими для фахівця. Вони охоплюють анатомію, фізіологію, патологію, фармакологію, а також принципи діагностики та лікування захворювань. Наявність цієї всебічної теоретичної бази дозволяє МП своєчасно оцінювати стан здоров'я пацієнта.

2. Практичне застосування знань є обов'язковою вимогою. МП повинен бути здатним втілювати теорію в практику, що включає проведення діагностики, визначення курсу лікування та безпосереднє виконання медичних маніпуляцій і процедур.

3. Для надання якісних медичних послуг МП повинен володіти низкою необхідних навичок та вмінь, які виходять за рамки суто клінічних знань. Ці ключові компетенції включають: ефективне спілкування з пацієнтами та їхніми родинами; здатність працювати в команді; дотримання етичних норм та деонтології; навички постійного професійного саморозвитку.

Важливість оцінки професійної компетентності МП полягає у її здатності забезпечувати якість медичних послуг. Проводити цю оцінку необхідно регулярно, щоб вона відображала сучасний стан науки та відповідала актуальним професійним стандартам, які пред'являються до МП.

4. Якість медичних послуг оцінюється шляхом перевірки діагностики та лікування на відповідність чинним стандартам лікарської практики та аналізу показників результативності терапії, а також за допомогою аналізу рівня задоволеності пацієнтів та їх загальних вражень від отриманих послуг [6,7].

Отримані результати оцінки слугують основою для розробки планів розвитку, навчальних програм, систем матеріального стимулювання праці та

інших заходів, спрямованих на поліпшення роботи МП і, відповідно, підвищення якості допомоги [35].

Важливо зазначити, що оцінювання МП у ЗОЗ охоплює дві основні площини: поточну діяльність та перспективу. При оцінці поточної роботи увага акцентується на фактичному виконанні обов'язків працівником, і ці оцінки обов'язково мають бути обговорені з персоналом. Позитивний ефект такого обговорення полягає в тому, що працівник може усвідомити свої сильні та слабкі сторони, сприйнявши критику, а особа, яка проводить оцінку, може сформулювати обґрунтовані висновки та зрозуміти причини неефективної роботи [10].

Перспективна діяльність стосується рішень про ротацію, переміщення та навчання МП, вимагаючи оцінки особистих якостей, здібностей та мотивації, що дає змогу прогнозувати потенціал працівника. Дані, отримані в результаті комплексного оцінювання, є базою для прийняття ефективних кадрових рішень в управлінні персоналом.

Таким чином, процес оцінювання діяльності МП враховує об'єктивні інтереси як роботодавця, так і самих працівників. Задоволення цих інтересів допомагає узгодити індивідуальні та загальні цілі ЗОЗ.

Оцінка роботи персоналу у ЗОЗ – це комплексне завдання, що вимагає застосування різноманітних моделей. Правильний вибір підходу та методу дозволяє зібрати точну та достовірну інформацію про роботу фахівців, яку надалі можна використати для її покращення [6-10].

Методи оцінювання поділяються на дві ключові категорії: кількісні та якісні.

Кількісні методи – це інструменти, які вимірюють роботу МП за допомогою числових показників. Сюди можна віднести аналіз показників продуктивності або опитування пацієнтів.

Якісні методи – це підходи, що оцінюють роботу на основі словесних описів та характеристик. Прикладами є атестація, комунікативні тести та тести на командну взаємодію [31-35].

Вибір оптимальної моделі та методу оцінки безпосередньо залежить від конкретних цілей та завдань. Наприклад, для підвищення загальної ефективності діяльності доцільно використовувати модель, орієнтовану на результати. Якщо ж пріоритетом є підвищення професійної компетентності, краще підійде модель, орієнтована на процес виконання роботи.

Підвищення якості медичної допомоги є одним із найбільш ефективних механізмів для оптимізації використання ресурсів. Для реалізації цієї мети було розроблено та впроваджено Порядок управління і контролю якості. Це вертикально організована структурно-функціональна система, що охоплює всі управлінські рівні – від найвищого (Міністерство) до безпосередньо ЗОЗ [10]. Зазначений Порядок контролю якості медичної допомоги був затверджений Наказом МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р. [35].

Основне призначення цього документа – впровадження та налагодження роботи з ефективного управління якістю медичної допомоги на всіх етапах її надання.

Якість медичної допомоги – це надання безпосередньо медичних послуг та організація супутніх заходів ЗОЗ у повній відповідності до встановлених стандартів у сфері ОЗ.

Оцінка якості являє собою процес визначення відповідності наданої допомоги затвердженим медичним стандартам [39-45].

Контроль якості здійснюється через застосування широкого спектра методів, які включають: зовнішній та внутрішній контроль якості; самооцінку МП; Експертну оцінку та клінічний аудит; моніторинг системи індикаторів якості; атестацію/сертифікацію МП.

Усі ці механізми контролю мають відповідати вимогам як чинного законодавства України, так і законодавства Європейського Союзу.

Внутрішній контроль якості здійснюється керівництвом ЗОЗ та/або медичними радами у межах їх законодавчо визначених повноважень [35].

Цей контроль реалізується через низку ключових напрямків, зокрема:

1. Контроль кваліфікації. Регулярна перевірка кваліфікаційного рівня лікарів та МСМО, які працюють у ЗОЗ.
2. Самооцінка персоналу. Застосування механізмів самооцінки серед МП.
3. Організаційні аспекти. Контроль за належною організацією процесу надання медичної допомоги у ЗОЗ.
4. Моніторинг управління. Відстеження реалізації та ефективності прийнятих управлінських рішень.
5. Дотримання стандартів. Моніторинг того, як структурні підрозділи ЗОЗ дотримуються стандартів ОЗ та клінічних протоколів.
6. Вивчення думки пацієнтів. Збір та аналіз відгуків пацієнтів щодо якості отриманої медичної допомоги.

Зовнішній контроль якості медичної допомоги є функцією державних органів виконавчої влади, які діють у межах, визначених законом. Цей контроль забезпечується низкою процедур, зокрема: перевіркою дотримання ліцензійних умов для медичної практики, акредитацією ЗОЗ, атестацією всього персоналу (лікарів, молодших спеціалістів, а також фахівців з немедичною вищою освітою в системі ОЗ), а також проведенням клініко-експертної оцінки фактичної якості та обсягів наданих послуг [40-42].

Контроль якості медичної допомоги охоплює кілька ключових напрямків: оцінку самої медичної допомоги через її структуру, процес та кінцеві результати; перевірку організації надання цих послуг; моніторинг виконання управлінських рішень; підтвердження відповідності кваліфікації як рядових МП, так і керівників ЗОЗ. Крім того, не менш важливими є вивчення задоволеності пацієнтів отриманою допомогою та гарантування їх прав і безпеки протягом усього лікувального процесу.

Для створення ефективної системи управління якістю роботи МСМО у ЗОЗ необхідно зосередити увагу на ключовій ролі керівництва сестринської служби. Саме заступник керівника ЗОЗ з медсестринства та головна (старша) МС відповідають за організацію систематичного контролю якості роботи

середнього МП, моніторинг догляду за пацієнтами і виконання медичних процедур, а також за загальне підвищення якості сестринського догляду та медичної допомоги в цілому [35].

Актуальним завданням для МСМО є підвищення професійної компетентності та якості сестринського догляду. Щоб досягти цього, необхідно оптимізувати робочий процес, що неможливо без локальних регулюючих документів, затверджених ЗОЗ. До них належать стандарти догляду, алгоритми маніпуляцій та процедур, а також Стандартні Операційні Процедури (СОП), які детально регламентують найважливіші процеси, включаючи запобігання інфекціям, пов'язаним із наданням медичної допомоги (ПНМД), та протоколи долікарської допомоги при невідкладних станах. Виконання цих документів є обов'язковою вимогою для всього середнього МП. Відповідно, кожне робоче місце забезпечується цією документацією, що чітко відображає послідовність дій [41, 42].

Контроль та оцінювання якості роботи МСМО є невід'ємною складовою загальної системи контролю якості всього лікувально-діагностичного процесу, що діє в лікувальному закладі. В закладі охорони здоров'я запроваджено трирівневий механізм контролю якості роботи середнього МП. Перший рівень контролю здійснюють старша МС та завідувач відділення. Другий рівень контролю забезпечує заступник директора (медичного директора) з медсестринства (або головна МС). Третій рівень контролю покладено на Раду сестер медичних ЗОЗ.

Щоденний контроль на першому рівні забезпечується адміністраторами структурних підрозділів – старшими МС. Це є основною формою контролю, що проводиться безпосередньо на робочому місці МСМО і передбачає відстеження послідовності виконання дій, встановлених локальною документацією [35].

За результатами контролю на кожного працівника за його посадою заповнюються контрольні карти оцінювання якості виконання стандартів сестринського догляду, алгоритмів, правил та інструкцій.

Виявлені помилки або порушення фіксуються в журналі дефектів, допущених при виконанні стандартів та інструкцій. Надалі особа, яка здійснювала контроль (старша МС), узагальнює цю інформацію.

Виявлені помилки та порушення обговорюються як у колективі структурного підрозділу, так і на вищих рівнях: на засіданнях Ради сестер медичних та на виробничих чи оперативних нарадах у заступника медичного директора з медсестринства (головної МС). За результатами цих обговорень приймаються подальші управлінські рішення [46-50].

Старша МС в кінці кожного місяця виводить загальний бал оцінки роботи. Щоквартально проводиться аналіз роботи за виявленими дефектами, на основі якого визначається середній бал молодших спеціалістів.

Ці результати аналізу дефектів використовуються завідувачами структурних підрозділів ЗОЗ для визначення моделі кінцевих результатів і передаються для подальшого аналізу заступнику медичного директора з медсестринства (головній МС) [10, 35].

Контроль на другому рівні забезпечується заступником медичного директора з медсестринства (головною МС) і проводиться як планово, так і позапланово. Цей рівень контролю сфокусований на перевірці роботи адміністраторів структурних підрозділів – тобто, старших МС.

Основна мета контролю полягає у перевірці, наскільки ефективно підлеглий адміністративний персонал виконує вимоги своєї посадової інструкції.

За результатами перевірки заповнюються контрольні карти, які використовуються для оцінювання якості виконання завдань та обов'язків. Ці карти оформлюються на кожного адміністратора (старшу МС) підрозділу ЗОЗ [47, 48].

Виявлені помилки чи порушення фіксуються в журналі дефектів, допущених при виконанні посадових обов'язків, і згодом узагальнюються заступником медичного директора з медсестринства.

Виявлені порушення обговорюються на виробничих, оперативних нарадах та Раді МС, після чого приймаються управлінські рішення. Виконання цих рішень контролює директор ЗОЗ [35].

Заступник медичного директора з медсестринства в кінці кожного кварталу складає зведену відомість ефективності роботи підлеглого персоналу. Щоквартально також проводиться аналіз роботи за виявленими дефектами адміністраторів (старших МС) та визначається середній бал їх роботи. Ці результати аналізу дефектів використовуються завідувачами структурних підрозділів ЗОЗ для подальшого обрахування моделі кінцевих результатів.

Контроль на третьому рівні здійснюється членами Ради сестер медичних. Рада проводить засідання один раз на квартал відповідно до затвердженого плану. Також можуть бути скликані позапланові засідання у разі виникнення суперечливих питань під час оцінювання якості роботи МСМО.

За результатами проведених контрольних заходів голови секторів Ради сестер медичних – чи то самостійно, чи під час спільних обходів з головами інших секторів – оформлюють відповідні протоколи перевірки роботи структурних підрозділів ЗОЗ. На засіданні Ради приймаються відповідні рішення щодо розглянутих питань, які фіксуються у протоколі засідання [35].

1.3 Застосування процесного підходу в управлінні діяльністю молодших спеціалістів

Ефективне управління ЗОЗ є запорукою якості надання послуг. МСМО (МС, фельдшери, лаборанти та інші) складають значну частину персоналу і виконують критично важливі функції. Для оптимізації їх роботи та підвищення загальної ефективності доцільно використовувати ПП в управлінні. Цей підхід дозволяє розглядати діяльність як сукупність взаємопов'язаних БП, що забезпечує чіткість, контроль та можливість постійного вдосконалення [13].

ПП – це методологія управління, за якої будь-яка діяльність розглядається не як набір окремих функцій, а як сукупність БП, які перетворюють «входи» (ресурси, інформацію) на «виходи» (послуги, результати).

Основні переваги для молодших спеціалістів:

1. Чітке визначення ролей: кожен спеціаліст розуміє свою роль у певному БП (наприклад, БП «Взяття венозної крові» або «Підготовка пацієнта до операції»). Чітке визначення ролей виходить за рамки посадової інструкції; воно визначає точну зону відповідальності спеціаліста в межах кожного конкретного БП.

Визначення «Входу» та «Виходу» ролі. Це означає, що для кожної дії МСМО (МС, фельдшера тощо) у ланцюгу процесу чітко встановлюються:

1. Вхід (початкова умова): Що саме запускає дію фахівця? (Наприклад: Вхід у БП «Взяття – крові» для МС – наявність оформленого призначення від лікаря в електронній або паперовій формі.)

2. Вихід (результат): Який продукт або результат має створити фахівець, щоб передати його далі по процесу? (Наприклад: Вихід із БП «Взяття крові» - пробірки з кров'ю, належним чином промарковані та зареєстровані, готовий до транспортування в лабораторію.)

Кінцева відповідальність: МС відповідає за якість маркування та правильність взяття матеріалу, але не за його аналіз (це відповідальність лабораторії).

Коли ролі чітко визначені, зникають поширені проблеми:

1. «Провал у ролях» (GAP). Ситуація, коли певний критичний крок (наприклад, перевірка згоди пацієнта на процедуру) не виконується ніким, оскільки кожен вважав, що це зробить інший.

2. Дублювання функцій (OVERLAP): Ситуація, коли два фахівці (наприклад, чергова МС і палатна МС) одночасно перевіряють життєві показники пацієнта, що є неефективною тратою часу.

3. Чітка модель БП (діаграма) графічно показує, хто саме виконує кожен крок, забезпечуючи оптимальне використання кадрових ресурсів.

4. Взаємозамінність та Якість. Чіткість ролей, підкріплена СОП, забезпечує:

- Взаємозамінність: якщо роль чітко описана, будь-який кваліфікований МСМО, прочитавши СОП, може якісно виконати функцію. Це знижує залежність від конкретного «незамінного» співробітника.

- Спрощення навчання: новий співробітник швидше освоює свої обов'язки, оскільки його роль є частиною більшої, зрозумілої системи, а не просто списком окремих завдань.

- Справедлива оцінка: оскільки відомо, хто відповідає за кожен вихід процесу (KPI), оцінка ефективності стає об'єктивною та прозорою.

Приклад: БП «Підготовка пацієнта до операції». Роль палатної МП: перевірка аналізів, забезпечення гігієни (гоління, клізма), контроль прийому медикаментів до відправлення. Роль Молодшої МП: безпечне транспортування пацієнта до операційного блоку та належна передача пацієнта персоналу ОРИТ (операційно-реанімаційної інтенсивної терапії). Роль операційної МП: перевірка ідентичності пацієнта та наявності останньої медичної документації після його прибуття. У цьому прикладі чітко видно, де закінчується відповідальність одного спеціаліста і починається відповідальність іншого.

2. Стандартизація - забезпечення виконання процедур відповідно до єдиних, затверджених стандартів СОПів, що мінімізує помилки.

Стандартизація – це перетворення описаного та змодельованого процесу (з етапу 2) на обов'язкову для виконання, документовану інструкцію. Це критичний етап, оскільки саме він забезпечує стабільність, передбачуваність та якість медичних послуг [13-17].

Ключовим інструментом стандартизації є СОП. СОП – це офіційно затверджений документ, що детально описує послідовність дій для виконання конкретного завдання. Для МСМО СОП – це чіткий алгоритм - покрокова

інструкція, що виключає двозначність. Правило «як робити» - описує, хто, що, коли, де і як має виконати, а також які ресурси (обладнання, матеріали) для цього потрібні. Критерій оцінки - слугує базою, за якою на етапі контролю оцінюється правильність виконання роботи.

Типовий СОП, спрямований на діяльність МСМО (наприклад, «Взяття венозної крові» або «Дезінфекція медичних інструментів»), включає такі розділи (табл. 1.1):

Таблиця 1.1

Розділи типового СОП, спрямованого на діяльність МСМО

Елемент СОП	Опис та його значення
Призначення та область застосування	Визначає, для якої процедури та для якого персоналу (медсестра, фельдшер) він обов'язковий.
Посилання та нормативна база	Вказує на медичні накази, протоколи та міжнародні стандарти, на основі яких розроблено СОП.
Обладнання та матеріали	Точний перелік всього, що має бути підготовлено до початку процедури (наприклад, конкретний вид антисептика, розмір голки, набір пробірок).
Послідовність дій (Крок-за-кроком)	Ядро СОП: детальний опис кожного кроку. Це мінімізує помилки. (Наприклад: «Крок 1: Ідентифікувати пацієнта. Крок 2: Одягнути ЗІЗ. Крок 3: Обробити місце ін'єкції в напрямку...»)
Критерії успішного виконання	Що вважається правильно виконаною процедурою (наприклад, відсутність гематоми, правильне маркування, відсутність пошкоджень інструменту).
Дії у випадку невідповідності (Ризики)	Інструкції про те, що робити, якщо виникла позаштатна ситуація (наприклад, пацієнту стало зле, пошкоджено венозний доступ).

Джерело: складено автором на підставі [16, 20, 29, 32]

Значення стандартизації для МСМО:

- Мінімізація помилок. Оскільки інструкція є єдиною і чіткою, вона знижує вплив людського фактору та залежність від індивідуального досвіду. Усі дії виконуються однаково.

- Підвищення безпеки пацієнта. Стандартизація критичних БП (наприклад, інфекційний контроль, введення високо ризикових ЛЗ) прямо впливає на зниження ризиків.

- Спрощення навчання. Нові МСМО можуть швидко ознайомитися з вимогами роботи, використовуючи СОП як основний навчальний матеріал.

- Правовий захист. Наявність затверджених стандартів є доказом того, що ЗОЗ діяв відповідно до визнаної найкращої практики у разі виникнення конфліктних ситуацій.

3. Орієнтація на пацієнта. Кожен БП повинен бути спрямований на створення цінності для пацієнта.

Принцип орієнтації на пацієнта означає, що кінцевою метою кожного БП, який виконує МП, є не просто технічне виконання завдання, а максимізація позитивного досвіду та досягнення найкращого результату для пацієнта. У ПП пацієнт є ключовим споживачем «виходу» процесу [57-59].

Діяльність МСМО – це не лише маніпуляції, а й взаємодія. ПП вимагає перегляду СОП під кутом зору пацієнта (табл. 1.2):

Таблиця 1.2

Взаємозв'язок технічних процесів догляду та сприйнятої цінності для пацієнта

Технічний процес	Цінність для пацієнта
Виконання ін'єкції	Комфорт і безпека: зменшення болю, забезпечення асептики, надання інформації про ЛЗ
Санітарно-гігієнічний догляд	Гідність і відновлення: підтримка чистоти, профілактика ускладнень (пролежнів, інфекцій), повага до особистого простору
Передача інформації при зміні чергування	Безперервність догляду: жоден критичний аспект лікування не втрачається при зміні персоналу.

Джерело: складено автором на підставі [17-19]

Створення цінності для пацієнта через БП діяльності МСМО охоплює такі аспекти:

- Безпека («SAFETY»). Кожен БП повинен бути розроблений так, щоб мінімізувати ризики помилок, інфекцій або ускладнень. Наприклад, БП ідентифікації пацієнта перед процедурою – це не бюрократія, а критична цінність безпеки.

- Ефективність («EFFICIENCY»). Надання послуги має відбуватися з оптимальним використанням часу та ресурсів, без затримок і зайвих очікувань для пацієнта. Цінність – збережений час і швидше отримання допомоги.

- Сконцентрованість («PATIENT-CENTEREDNESS»). БП мають бути адаптовані до індивідуальних потреб пацієнта (вік, стан, культурні особливості). Наприклад, процес комунікації має бути адаптований для пацієнта, який має проблеми зі слухом.

- Повага та Співчуття («RESPECT & COMPASSION»). Це неформальна, але невід'ємна частина будь-якого процесу взаємодії. Це забезпечення конфіденційності, отримання інформованої згоди та ввічливе, співчутливе спілкування.

У процесному управлінні, орієнтованому на пацієнта, якість виходу (результату процесу) часто оцінюється через зворотний зв'язок від самого пацієнта.

KPI, орієнтовані на пацієнта: ключові показники ефективності можуть включати рівень задоволеності пацієнтів (наприклад, оцінка комунікації або догляду), час очікування та кількість скарг.

- Проактивне покращення. Аналіз скарг та пропозицій пацієнтів стає «входом» для Циклу PDCA (постійного вдосконалення), що дозволяє корегувати БП так, щоб підвищити їх кінцеву цінність.

Таким чином, орієнтація на пацієнта змушує МСМО розглядати кожен крок СОП не просто як обов'язок, а як можливість надати якісний, безпечний та людяний догляд [14-16].

Управління діяльністю МСМО можна звести до трьох основних груп БП:

1. Клінічні (Основні) БП - це процеси, безпосередньо пов'язані з доглядом та лікуванням пацієнтів:

- БП «Надання невідкладної допомоги»: від моменту оцінки стану до стабілізації пацієнта.

- БП «Виконання лікарських призначень»: введення ЛЗ, маніпуляції.

- БП «Санітарно-гігієнічний догляд»: профілактика пролежнів, інфекцій, дотримання асептики/антисептики.

2. Управлінські БП - це процеси, необхідні для ефективного функціонування відділення/ЗОЗ:

- БП «Планування робочого часу»: оптимальний розподіл навантаження.

- БП «Управління ресурсами (ЛЗ та витратними матеріалами)»: замовлення, облік, контроль термінів придатності.

- БП «Обмін інформацією (Передача зміни)»: чітка структурована доповідь про стан пацієнтів та невиконані завдання.

3. БП забезпечення якості та розвитку

- БП «Навчання та підвищення кваліфікації»: регулярні тренінги, атестація.

- БП «Управління ризиками»: виявлення та аналіз причин інцидентів (наприклад, падіння пацієнта, помилка при введенні ЛЗ).

Впровадження ПП вимагає послідовних кроків:

1. Ідентифікація БП - це визначення ключових БП, у яких задіяні МСПО. Це фундамент, на якому будується вся система. На цьому етапі визначаються всі ключові види діяльності, що виконуються МСМО, які можна представити як ланцюжок взаємопов'язаних кроків (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Етапи і значення ПП в діяльності МСМО

Що робимо?	Ключові дії	Значення для МСМО
Складання Реєстру	Створюється повний перелік усіх операційних, допоміжних та управлінських БП (наприклад, «Прийом нового пацієнта», «Облік ЛЗ у шафі», «Передача зміни»)	Забезпечує системний погляд на роботу. Допомагає не пропустити жодної важливої функції, яку виконує МСМО
Визначення меж	Чітке визначення початку та кінця кожного БП, а також його «входів» (ресурсів) та «виходів» (результатів)	Встановлює відповідальність за кожен етап. Наприклад, вхід у БП «Взяття крові» – призначення лікаря, вихід – пробірка з маркуванням, доставлена до лабораторії

Джерело: складено автором на підставі [17-19]

2. Опис та моделювання – це створення детальних схем (графічних моделей) кожного БП, визначення «власників» процесу (відповідальних осіб) та ключових показників ефективності (KPI). На цьому етапі БП будуються, а їх основні параметри фіксуються (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Інструменти ІІІ та їх значення для діяльності МСМО

Що робимо?	Ключові дії	Значення для МСМО
Побудова моделей	Створення графічних схем (діаграм потоків або FLOWCHARTS), що відображають послідовність кроків, рішення, необхідні ресурси та точки контролю	Унаочнює роботу, робить її зрозумілою для всіх виконавців. Виявляються вузькі місця, дублювання функцій або зайві кроки.
Призначення «Власника»	Для кожного БП призначається відповідальна особа (зазвичай, старша МС або керівник підрозділу), яка відповідає за результативність БП та його вдосконалення	Забезпечує персональну відповідальність та лідерство у вдосконаленні конкретного напряму роботи.
Встановлення KPI	Визначення Ключових показників ефективності (KPI) – метрик, за якими буде оцінюватися успішність БП	Встановлює об'єктивні критерії оцінки роботи МСМО, переводячи управління з суб'єктивного в об'єктивне русло.

Джерело: складено автором на підставі [17-20]

3. Стандартизація. Розробка єдиних СОП для кожного кроку. Критично важливий етап у медичній сфері, де будь-яка відхилення може коштувати здоров'я чи життя (табл. 1.5).

4. Вимірювання та контроль – це збір даних для оцінки ефективності БП (наприклад, час виконання, кількість помилок, рівень задоволеності пацієнтів). Мета – перевірити, чи працюють БП так, як було заплановано, і чи досягаються встановлені KPI (табл. 1.6).

5. Постійне вдосконалення (Цикл «PDCA») – це регулярний аналіз показників і внесення коректив для підвищення якості та зниження витрат. Це безперервний механізм, який гарантує, що система управління не прогресує, а постійно адаптується та покращується. Цикл PDCA («PLAN-DO-CHECK-ACT») є його класичною моделлю (табл. 1.7).

Розробка та впровадження СОП у роботі МСМО

Що робимо?	Ключові дії	Значення для МСМО
1	2	3
Розробка СОПів	Створення СОП – детальних, покрокових, документованих інструкцій для виконання кожного БП	Забезпечує одноманітність і якість виконання процедур. Це своєрідний «рецепт» роботи, що гарантує, що діяльність буде виконана правильно, незалежно від того, хто з МСМО її виконує
Документування	Фіксація вимог до ресурсів (обладнання, матеріали), вимог безпеки, часових нормативів та критеріїв оцінки результату	Слугує основою для навчання нового МП та аудиту (перевірки) наявного
Затвердження	Офіційне затвердження СОП керівництвом ЗОЗ	Надає процедурам юридичної сили та статусу обов'язкового внутрішнього нормативного документа

Джерело: складено автором на підставі [20, 26]

Розробка та впровадження СОП у роботі МСМО

Що робимо?	Ключові дії	Приклади КРІ (для МСМО)
Збір даних	Систематичний збір інформації про хід і результат БП (наприклад, через електронні системи, чек-листи, журнали)	Якість: Відсоток безпомилкового виконання процедур; Кількість скарг пацієнтів; Рівень внутрішньо лікарняних інфекцій
Аналіз показників	Порівняння фактичних КРІ з цільовими значеннями, встановленими на етапі моделювання	Продуктивність: Середній час на виконання стандартної маніпуляції; Коефіцієнт завантаженості персоналу
Аудит виконання	Регулярні перевірки (внутрішні аудити) на відповідність фактичної роботи затвердженим СОП	Ресурси: Відсоток невиправданих витрат витратних матеріалів; Дотримання графіку чергувань

Джерело: складено автором на підставі [20, 26]

Застосування ПП в управлінні діяльністю МСМО перетворює хаотичний набір функцій на прозору, керовану і стандартизовану систему. Це не лише підвищує якість медичної допомоги та безпеку пацієнтів, але й сприяє зменшенню професійного вигорання персоналу завдяки чіткій організації роботи. Перехід до процесної моделі є ключовим кроком для модернізації української системи ОЗ [16-20].

Застосування циклу PDCA у вдосконаленні діяльності МСМО

Етап PDCA	Що робимо?	Діяльність МСМО
P (PLAN – Плануй)	На основі даних з етапу контролю виявляється проблема (наприклад, «занадто багато часу витрачається на підготовку інструментів») і розробляється план її усунення/вдосконалення.	Запропонувати нове розміщення інструментів або змінити послідовність дій у СОП
D (DO – Виконуй)	Впровадження запланованих змін у малому масштабі (наприклад, в одному відділенні або однією зміною)	МС тестують новий, скоригований СОП і фіксують відгуки
C (CHECK – Перевірй)	Оцінка результатів тестового впровадження. Чи дала зміна очікуваний ефект? Чи покращилися КРІ?	Порівняння часу підготовки до процедури до і після внесення змін
A (ACT – Дій)	Якщо зміни успішні, вони стандартизуються (вносяться в усі СОП і поширюються на весь ЗОЗ). Якщо ні – починається новий цикл PLAN, щоб знайти краще рішення	Внесення поправок до офіційного СОП та проведення обов'язкового навчання для всього МП

Джерело: складено автором на підставі [16, 20, 26]

Висновки до розділу 1

МСМО (МС, фельдшери, лаборанти) є центральною ланкою у наданні медичної допомоги. Їх організаційна роль виходить за межі простого виконання лікарських призначень і включає координацію догляду, комунікацію з пацієнтами та родичами, а також ефективне управління внутрішніми ресурсами підрозділів ЗОЗ. Успіх лікувального процесу, а отже, й функціонування всього ЗОЗ, критично залежить від якості та чіткості виконання їх професійних функцій.

Сучасний менеджмент персоналу вимагає відходу від оцінювання діяльності МСМО виключно за критерієм кількості виконаних маніпуляцій. Натомість, необхідно використовувати комплексні підходи, що охоплюють:

1. Професійну компетентність (відповідність СОП).
2. Результативність (досягнення КРІ, орієнтованих на пацієнта).
3. Поведінкові компетенції (комунікативні навички, етика тощо).

Саме така багатофакторна оцінка дозволяє об'єктивно визначати потреби у розвитку персоналу та ефективно управляти системою їх мотивації [35-37].

Встановлено, що ПП є найбільш доцільною теоретичною основою для управління діяльністю МСМО. Цей підхід забезпечує системну трансформацію їх обов'язків із хаотичного набору функцій на прозорі та керовані БП. Ключові переваги включають:

1. Чітке визначення ролей і зон відповідальності.
2. Гарантія якості через стандартизацію (СОП).
3. Механізм постійного вдосконалення (на основі циклу PDCA), який дозволяє оперативно реагувати на зміни та підвищувати якість догляду.

Узагальнюючи, теоретичні засади управління діяльністю МСМО мають ґрунтуватися на визнанні їх стратегічної ролі, використанні об'єктивних та комплексних методів оцінювання та впровадженні ПП, що є гарантом стабільно високої якості медичних послуг.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»

2.1 Організаційно-економічна характеристика ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»

Діяльність міжнародної корпорації «FRESENIUS» була розпочата у 1962 р. з відкриття родиною «FRESENIUS» аптеки у Франкфурті-на-Майні. З 1966 р. «FRESENIUS» починає продавати діалізні апарати та діалізатори виготовлені різними закордонними організаціями та здобуває значні частки на ринку. У 2000 р. «FRESENIUS MEDICAL CARE» – провідна діалізна організація, що опікуються понад 115000 пацієнтів у власних гемодіалізних центрах по всьому світу та постачаючи витратні для процедур у велику кількість ЗОЗ. Потужності виробництва діалізаторів становили 50 мільйонів діалізаторів на рік.

Перші поставки апаратів в Україну почались у 1996 р.. Одними з перших, хто розпочав працювати з цим виробником був Харківський обласний клінічний центр урології та нефрології і Северодонецька обласна клінічна лікарня. Однак на той час, Організація «FRESENIUS» не була офіційно представлена в Україні, поставки носили хаотичний та епізодичний характер.

Офіційне представництво міжнародної організації «FRESENIUS MEDICAL CARE» відкрилось у Києві у 2005 р., тоді ж була створена дочірня українська юридична особа ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА». З цього часу, почались офіційні та стабільні поставки обладнання та витратного матеріалу для гемодіалізу в українські державні лікарні [11].

У 2009 р. ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» відкрила перший приватний медичний діалізний центр в Україні, у м. Черкаси (Додаток Б).

У 2010 р. ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» відкрила відкрив свій другий приватний медичний діалізний центр в Україні, у м. Чернігів (Додаток Б).

Головною вимогою міжнародної материнської організації було безкоштовне надання лікування пацієнтам у власних ЗОЗ. Тобто оплата процедур повинна була здійснюватися державою або страховими компаніями. Через те, що законодавчо не було врегульовано можливість оплати державою послуг наданих населенню у приватних ЗОЗ, під час роботи з 2009 по 2020 рр. медичні центри організації зіткнулися з великими проблемами у небажанні оплати проведених процедур з місцевих бюджетів. Дані проблеми вирішувалися шляхом перемовин та судових позовів, що тривають по цей час [11].

Знаменною подією як для організації, так і в цілому в українській медицині, стало впровадження у 2018 р. медичної реформи у первинній ланці та у 2020 р. – у вторинній.

Результатом старту медичної реформи у вторинній ланці стало відкриття у 2021 р. третього медичного центру організації у м. Харків (Додаток Б).

Медичний центр у м. Харків було створено як інвестиційний проєкт німецької компанії «FRESENIUS». Розмір інвестицій склав близько 1 млн. євро. Першим медичним директором стала КОТУЛЕВИЧ Н. Я., к.м.н., Заслужений лікар України.

Впровадження медичної реформи другої ланки дало потужний поштовх для розвитку приватних діалізних центрів по всій країні, тому що нарешті було законодавчо узгоджено процедуру оплати лікування в приватних ЗОЗ з державного бюджету. Модератором цієї діяльності стала Національна служба здоров'я України (НСЗУ) [11].

НСЗУ є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується КМУ через МОЗ.

Основним напрямом діяльності медичних центрів НСЗУ є надання амбулаторних послуг гемодіалізу пацієнтам з термінальною (V) стадією хронічної ниркової недостатності за програмою медичних гарантій.

Хронічна хвороба нирок – це стан, за якого нирки не в змозі виконувати свої функції в достатньому обсязі та виводити надлишок рідини з організму. Ця хвороба здатна прогресувати та спричинити повну втрату функцій нирок (на термінальній стадії). Як наслідок, людині пожиттєво необхідна ниркова замісна терапія – діаліз або трансплантація нирки.

Гемодіаліз – це очищення крові від токсинів, шкідливих речовин та зайвої рідини за межами організму через спеціальний апарат і діалізний фільтр. Гемодіаліз потрібно проводити тричі на тиждень, тривалість кожної процедури – чотири години.

Головною метою діяльності організації є забезпечення якісного та економічно вигідного надання медичних послуг населенню. Для реалізації даної мети застосовується лінійно-організаційна функціональна структура (рис. 1.1). Керування організацією виконує генеральний директор, який затверджується в Штаб-квартирі корпорації «FRESENIUS MEDICAL CARE» що знаходиться в м. БАД-ХОМБУРГ, Німеччина. Генеральний директор має право підпису всіх документів від імені «FRESENIUS MEDICAL CARE» та прийняття рішень в межах Статуту [11].

Організація має два великих напрями роботи ПРОДАКТ І ПРОВАЙДІНГ. ПРОДАКТ зі своїм штатом працівників займається продажем витратних матеріалів для гемодіалізу для державних та партнерських ЗОЗ.

ПРОВАЙДІНГ надає послуги лікування методом гемодіалізу у власних медичних центрах (м. Черкаси, м. Чернігів, м. Харків). Керує напрямом ПРОВАЙДІНГ керівник проєкту. У безпосередньому підпорядкуванні у Керівника проєкту знаходяться медичний директор країни, менеджер із організації сестринської функції та керівник ВІК. Медичний директор країни керує всією медичною службою у всіх центрах. Це і лікувальний процес, і підбір персоналу, і вибір асортименту ЛЗ, обладнання, що використовуються.

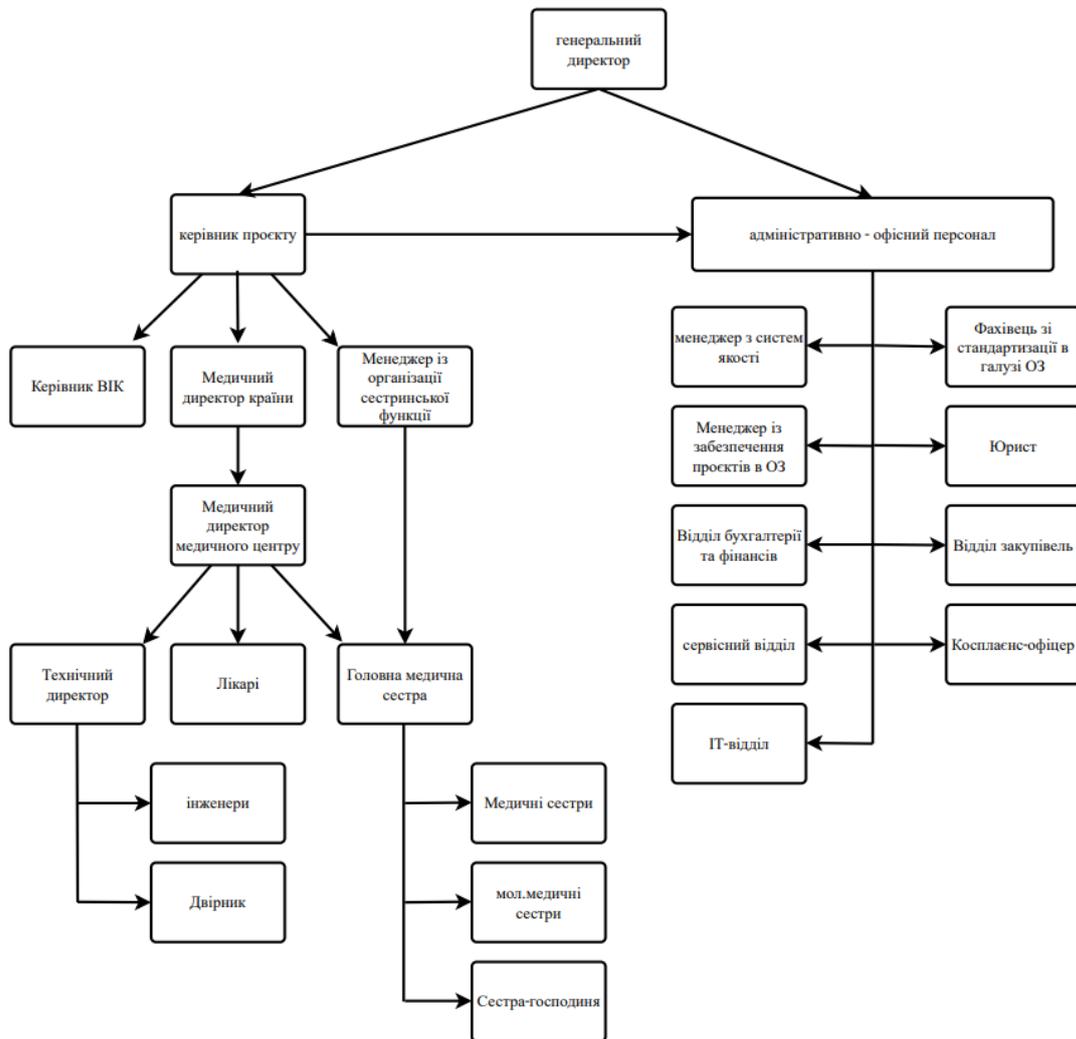


Рис. 2.1 Принципова схема організаційної структури організації

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Адміністративно-офісний персонал працює окремо від медичних центрів, у головному офісі організації в Києві. Його задачі полягають у всебічній допомозі та забезпеченні організації роботи МП, а саме: організації документообігу, юридичній підтримці, підтримці системи управління якості, у закупівлях, логістиці та інших процесах [11].

Правила роботи, права та обов'язки персоналу медичних центрів організації затверджені на загальних зборах трудового колективу та відображені у «Правилах внутрішнього трудового розпорядку». Крім того, в організації є колективний договір, схвалений на загальних зборах колективу

організації. Обсяг робіт, обов'язки працівників закріплені у Посадовій інструкції, яку підписує кожний працівник при прийомі на роботу в організацію.

Фактично, управління БП в середині організації виконується у вигляді Наказів генерального директора. В свою чергу інструкції для рутинних дій співробітників сформовано у вигляді СОП. На випадок серйозних проступків, що можуть принести шкоду організації, розроблений і впроваджений дисциплінарний кодекс, в якому прописані штрафи санкції та відповідальність працівників.

Документообіг в медичному центрі умовно можна поділити на дві складові: медичну та господарську. Під медичною документацією розуміються різноманітні журнали процедур, обігу ЛЗ, згоди пацієнтів на втручання, медичні карти пацієнтів, довідки та заключення. Під господарською документацією розуміються договори про поставки витратних матеріалів, ЛЗ, обладнання, господарсько-побутових товарів, надання комунальних та інших послуг, документи по організації охорони праці, цивільного та протипожежного захисту, метрологічного забезпечення ЗОЗ та інші. За медичну документацію відповідає МП в голові з медичним директором ЗОЗ, за технічну та господарську – технічний директор. При необхідності, документи направляються в головний офіс для підписання генеральним директором.

Надання лікування методом гемодіалізу – високоспеціалізована медична допомога, що надається із застосуванням високотехнологічного обладнання.

Згідно чинної політики організації всі процедури є безкоштовними для громадян України, що мають декларацію з сімейним лікарем. Тобто, медичний центр має єдине джерело фінансування це кошти державного бюджету – фактична оплата наданих процедур НСЗУ.

Разом з процедурою, у ЗОЗ надаються супутні послуги: забір необхідних аналізів, медикаментозне лікування, вимір «сухої ваги» та інші.

Крім гемодіалізу у медичних центрах організації запроваджені такі пакети послуг, як консультативний прийом нефролога, ендокринолога та приймальня сімейного лікаря (первинна ланка). В рамках цих послуг, теж надаються всі гарантовані програмою аналізи [11].

В медичних центрах організації використовуються штучні нирки виготовлені материнською компанією (рис. 2.2).



Рис. 2.2 Апарат «штучна нирка» «FRESENIUS 5008S»

Розрахунок економічних показників в медичних центрах організації безпосередньо залежить від кількості виконаних за певний період процедур, навантаження апаратів «штучна нирка», кількості робочих змін персоналу, кількості наданих консультацій терапевтичного та нефрологічного профілю.

Для оцінки ефективності роботи організації виконано аналіз її фінансової діяльності. Для цього з відкритих джерел та наданої в організації документації окремо необхідні дані про господарську діяльність організації за період 2022-2024 рр. Результати економічної діяльності приводяться сукупно за всі три медичні центри мережі, але вклад кожного з закладів є не однаковим, вони пропорційні рівням завантаженості, та залежать від багатьох чинників,

наприклад від кількості населення міста де розташований медичний центр організації та від віку конкретного медичного центру [11].

Приведемо в табл. 2.1 основні фінансово-економічні показники діяльності ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022-2024 рр. (Додаток В).

Таблиця 2.1

**Фінансово-економічні показники діяльності ТОВ «ФРЕЗЕНІУС
МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022-2024 рр.**

Показник	2022	2023	2024
Сумарний чистий дохід, тис грн	80666493	129896103	181878557
у т.ч. за пакетами НСЗУ, тис грн	66263399	119285868	178465290
інші доходи, тис грн	14403094	10610235	3413267
Собівартість діалітичних послуг, тис грн	53010719	76609694	87163776
Інші витрати, тис грн	8675423	28930890	68732130
Чистий прибуток, тис грн	14804674	18997305	20266468
Рентабельність, %	24	18	13
Коефіцієнт зносу основних засобів	0,20	0,13	0,17
Коефіцієнт оновлення основних засобів	0,43	0,52	0,38
Кількість виконаних процедур, шт	29328	37982	38432
Вартість процедури гемодіалізу (тариф НСЗУ), грн	2074	2269	2473
Медичний директор, ставок	3	3	3
Технічний директор, ставок	3	3	3
Лікарі, ставок	10	16	20
Молодший та середній медперсонал, ставок	45	56	61
Інженерно-технічний персонал, ставок	6	8	7
Середня заробітна плата, грн	15300	17600	21200

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

В даному вигляді (як в табл.2.1) складно проаналізувати характер зміни показників, тому приведемо дану таблицю до вигляду як у табл. 2.2, де відображені порівняння показників 2022 р. з 2023 р., та 2023 р. з 2024.

**Порівняння фінансово-економічних показників діяльності ТОВ
«ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022-2024 рр., тис. грн**

Показник	2022 до 2023	2023 до 2024
Сумарний чистий дохід, тис грн	51982454	101212064
у т.ч. за пакетами НСЗУ, тис грн	59179422	112201891
інші доходи, тис грн	-7196968	-10989827
Собівартість діалізних послуг, тис грн	47343538	89761513
Інші витрати, тис грн	3011784	4448251
Чистий прибуток, тис грн	1269163	5461794
Рентабельність, %	-5	-11
Коефіцієнт зносу основних засобів	0,04	-0,03
Коефіцієнт оновлення основних засобів	0,14	-0,25
Кількість виконаних процедур, шт	8945	9104
Вартість процедури гемодіалізу (тариф НСЗУ), грн	204	399
Медичний директор, ставок	1	1
Технічний директор, ставок	1	1
Лікарі, ставок	4	10
Молодший та середній медперсонал, ставок	5	16
Інженерно-технічний персонал, ставок	-1	1
Середня заробітна плата, грн	3600	5900

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Проаналізувавши дані з табл. 2.2, можна зробити наступні висновки. Сумарний чистий дохід організації збільшувався приблизно рівними частками (біля 50 млн грн за рік), даний ріст був обумовлений доходом, що генерується медичними центрами при наданні процедур. Інші доходи організації – це доходи з продажу витратного матеріалу державним лікарням, продовж двох років зменшилися сукупно на 10,99 млн грн. Що говорить о більшій прибутковості направлення по наданню медичних послуг.

Річний рівень собівартості діалізних послуг збільшився у 2022 р. у зв'язку з військовою агресією РФ. Причиною того став стрибок курсу валют при тому, що більшість оборотних засобів у діяльності медичних центрів імпортується з закордону. Також на собівартість вплинув ріст інфляції та події пов'язані з військовим станом.

Чистий прибуток організації продовж досліджуваних років збільшувався, хоч рентабельність діяльності знижувалась. У 2022 р. були

наслідки будівництва медичного центру та його консервації у зв'язку з війною, підвищенням вартості оборотних засобів та витрат пов'язаним з військовим станом (евакуації персоналу та пацієнтів, купівля потужних дизель-генераторів, тощо).

Коефіцієнт зносу основних засобів у 2023 р. зменшився через введення в експлуатацію великої кількості обладнання в медичному центрі м. Харкова після його розконсервування, а у 2024 р. почався його закономірний ріст. Симетрична ситуація з коефіцієнтом оновлення основних засобів.

У 2022 р. після початку війни, багато пацієнтів виїхало за межі України, тому ріст кількості процедур сильно уповільнився. Пік росту кількості персоналу всіх ланок виник здебільшого в 2023 р. у зв'язку з відкриттям після консервації медичного центру в м. Харків, та як відповідь на збільшення пацієнтів в інших медичних центрах. З 2022 р. прийом лікарів у штат організації пов'язано ще й з введенням нових напрямів: сімейна медицина та ендокринологія.

Весь досліджуваний період ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» намагалась підвищувати рівень середньої заробітної плати та зберігати рівень на 10-15% вище середнього за ринком.

Для оцінки ключових ринкових тенденцій галузі виконаємо аналіз макросередовища з допомогою PEST-аналізу. PEST-аналіз є інструментом довгострокового стратегічного планування та складається на 3-5 років із щорічним оновленням даних. Для ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» PEST-аналіз матиме вигляд, як у табл. 2.3.

Проведемо аналіз сильних та слабких сторін в діяльності ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за допомогою SWOT-аналізу. Це метод стратегічного планування для оцінки внутрішніх та зовнішніх факторів, що впливають на розвиток організації. Він потрібен, щоб оцінити сильні та слабкі сторони організації та визначити перспективи розвитку та загрози ззовні.

SWOT-аналіз для ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» матиме вигляд, як у табл. 2.4.

Таблиця 2.3

**PEST аналіз управління функціональними сферами ТОВ «ФРЕЗЕНІУС
МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»**

Політичні	Економічні
<ul style="list-style-type: none"> - зміна глобального курсу організації по відношенню к лікувальному бізнесу в Україні; - перегляд українським урядом реформи системи ОЗ; - результат закінчення війни. 	<ul style="list-style-type: none"> - глобальна економічна криза; - відсутність або скорочення фінансування процедур з боку НСЗУ; - підвищення інфляції.
Соціальні	Технологічні
<ul style="list-style-type: none"> - міграції населення; - зменшення народжуваності, збільшення смертності; - загальне зменшення населення України; - збільшення захворюваності людей; - нові епідемії; - велика кількість постраждалих у війні. 	<ul style="list-style-type: none"> - винахід компактних штучних нирок, що можна інтегрувати в організм

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Таблиця 2.4

**SWOT-аналіз управління функціональними сферами ТОВ «ФРЕЗЕНІУС
МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»**

Сильні сторони	Можливості
<ul style="list-style-type: none"> - відомий іноземний Бренд; - гарна репутація у суспільстві та поміж фахівцями-медиками; - висока якість послуг, що надаються; - кваліфікований персонал; - якісне, надійне, передове обладнання; - витратний матеріал власного виробництва. 	<ul style="list-style-type: none"> - відкриття додаткових напрямів послуг; - набір більшої кількості пацієнтів за рахунок конкурентних переваг (більш якісного надання послуг); - збільшення тарифу процедури за рахунок включення в тариф комунальних платежів.
Слабкі сторони	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> - висока собівартість процедури; - слабкий маркетинг; - велика внутрішня бюрократія; - залежність від вартості енергоносіїв. 	<ul style="list-style-type: none"> - затягування війни – і як результат, посилення інфляції в наслідок падіння економіки; - залежність від ціноутворення вартості процедури з боку державних органів, встановлення низьких та нерентабельних тарифів. - посилення корупції та свавілля структур, що перевіряють; - недобросовісна конкуренція.

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

На підставі проведеного SWOT – аналізу можна розробити стратегію організації [16]:

1. Зростання фінансової незалежності повинно бути спрямовано на усунення слабких сторін: розробити чітку кадрову та маркетингову політику та для заохочення молодих спеціалістів ставати працівниками медичного центру, конкурентна заробітна плата, сучасність обладнання тощо [16].

2. Унікальність на ринку медичних послуг повинна бути спрямована на використання можливостей зовнішнього середовища і сильних сторін організації: оновлення медичного обладнання та впровадження нових сучасних методів, посилення та розвиток логістики, покращення матеріально-технічної бази, покращення лояльності до пацієнтів, налагоджена співпраця з первинною медичною ланкою та територіальними громадами. Використовувати переваги: висококваліфікований адміністративний апарат, висококваліфікований персонал, можливість надання медичної допомоги різним верстам населення, гарний імідж.

3. Покращення досягнутих результатів можливе за рахунок зміцнення сильних сторін ЗОЗ та за умови збереження сприятливого зовнішнього середовища.

Таким чином, запропоновані стратегії управління є основою для подальшого розвитку організації.

Фінансовий відділ ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» розташований окремо від медичних центрів в центральному офісі у м. Київ. Він складається з фінансового директора та його асистента. Фінансовий директор напряму звітує його керівнику з фінансового планування та аналізу групи країн Казахстан-Киргизстан-Україна. В безпосередньому підпорядкуванні фінансового директора є відділ бухгалтерії, на чолі з головним бухгалтером, та відділ закупівель [11].

Основні задачі фінансового відділу: забезпечення підготовки періодичної управлінської звітності для локальних і групових цілей; підготовку управлінської звітності з фінансового планування та аналізу у

співпраці з місцевими та глобальними зацікавленими сторонами; виконання ролі основного контакту країни з для фінансових бізнес-партнерів, глобальних і локальних зацікавлених сторін; роботу в команді з фінансовими бізнес-партнерами для забезпечення надання звітності по країні вчасно та якісно; аналіз прибутковості бізнес-сегментів та організаційних одиниць у країнах разом із місцевими та глобальними зацікавленими сторонами; підготовку бюджетів, прогнозів і оцінок на рівні країни, сегменту та функціонального рівня; сприяння ініціативам підвищення ефективності, планування дій для досягнення ефективності та контроль їх виконання; керування стандартизацією та оптимізацією локальних БП; супровід в розрахунку прибутковості інвестицій; підготовку бюджетів, прогнозів і оцінок на рівні країни; сприяння ініціативам підвищення ефективності, планування дій для досягнення ефективності та контроль їх виконання; супровід в розрахунку прибутковості інвестицій.

Одна з найголовніших функцій фінансового відділу полягає в керуванні капіталом та його оптимізації для забезпечення мінімізації фінансових ризиків та підвищення прибутковості організації. Структура капіталу ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022 -2024 рр. приведена у табл. 2.5.

Розглянувши динаміку зміни капіталу організації, можна бачити позитивну тенденцію за досліджуваний період. Крім того, треба відзначити, що 2021 р. був ключовим по збільшенню всіх показників капіталу, це пов'язано з масштабуванням бізнесу в тому році (будівництві нових медичних центрів, збільшенням загального числа пацієнтів, що отримують лікування в мережі). Розглянемо структуру активів медичних центрів ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022 -2024 рр. (табл. 2.6).

В складі оборотних активів основною частиною є витратний матеріал для гемодіалізу. Через те, що він імпортується з Німеччини його вартість складає до 50% від собівартості процедури.

**Складові капіталу ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за
2022 -2024 рр.**

Показники	Значення		
	2022	2023	2024
Власний оборотний капітал, млн грн (власний капітал – необоротні активи) млн грн	180 465 847	258 456 657	280 007 000
Робочий капітал (поточні активи, короткострокові зобов'язання) млн грн	100 000 000	170 000 000	170 000 000
Необоротний капітал, млн грн	701 164 617	738 718 374	714 296 825
Основні засоби млн. грн.	645 677 549	667 543 811	654 852 398
Співвідношення оборотного та необоротного капіталу	0,40	0,58	0,63
Доля оборотного капіталу в активах	0,29	0,31	0,33

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

**Структура активів медичних центрів ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ
КЕР УКРАЇНА» за 2022 -2024 рр.**

Активи	Види	Перелік
Необоротні активи	Медичне обладнання	Апарати для гемодіалізу, спеціальні діалізні крісла, система спеціальної водо очистки, система центрального розподілення концентрату, апарат ВСМ, ультрафіолетові лампи, стерилізаційне обладнання, апарат УЗД, лабораторний іонometr, кисневе обладнання, хірургічні світильники, електрокардіограф, напівавтоматичний дефібрилятор, гігromетри, центрифуга, інфузійні набори, стетоскопи, дефібрилятори, прилади для вимірювання артеріального тиску, ваги, медичні меблі, тощо
	Офісне обладнання	меблі, стільці, крісла, оргтехніка (ПК, принтери, сканери)
	Складське обладнання	стелажи, електро-штабелер, рокли.
	Спеціалізоване обладнання	IP- телефонія, серверне обладнання, система контролю доступу, дизель-генератор, поломийна машина.
Оборотні активи	Виробничі запаси медичні	витратні матеріали для гемодіалізу, реагенти для лабораторії (включаючи калібрувальні та промивні розчини, тести для ВІЛ, COVID-19, на вагітність, одноразові набори для забору крові), перев'язувальний матеріал, медичний інструмент, катетери, дез. засоби.
	Виробничі запаси офісних витратних	картриджі, канцелярія, господарсько-побутові товари
	Інші виробничі запаси	паливо

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Також суттєвим фінансовим навантаженням є ЛЗ, що в більшій мірі, виготовлені закордоном. Деталізація фінансових показників по оборотним активам ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022-2024 рр. наведені в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

**Фінансові показники по оборотних активах ТОВ «ФРЕЗЕНІУС
МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022 –2024 рр.**

Показники	Значення		
	2022	2023	2024
Витратні матеріали виробництва «FRESENIUS», млн грн	16 786 678	27 347 923	45 671 438
Інші витратні, млн грн	8 769 654	9 567 438	11 843 911
ЛЗ, млн грн	9 718 681	11 451 983	13 870 767

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Закупівля витратного матеріалу та інших оборотних активів, виконується відділом закупівлі через складні процедури тендерів, вибору та перевірки контрагентів, під контролем фінансового директора. Цей процес максимально відпрацьований і наразі не потребує оптимізації.

Для досягнення ефективної роботи ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА», фінансовий відділ веде постійний моніторинг та контроль витрат спрямованих на оборотні та необоротні засоби.

Принципальною вимогою Штаб-квартири у Німеччині є заборона брати у власність організації основні активи у вигляді нерухомого і рухомого майна (автомобілів) дорожче визначеної вартості. Таким чином, всі високо вартісні основні засоби організації знаходяться у довгостроковій оренді. Тому, в складі необоротних активів основну частку складають основні засоби медичних центрів організації, що складається з медичного, офісного, складського та іншого обладнання, меблів [11].

Одним з найдорожчих необоротних основних засобів є саме апарат для гемодіалізу. Це є високотехнологічне обладнання, що вміщує в себе

електричну, механічну та гідравлічну компоненти. Апарати виготовляються на заводі в Німеччині, а встановлюються сервісною службою FRESINIUS в Україні. Його первісна вартість станом на 2021 р. становила більш 400 тис. грн. Строк корисного використання (експлуатації) для даного обладнання складає 5 років [11].

У табл. 2.8 приведено кількість інсталюваних апаратів штучної нирки в медичних центрах ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022-2024 рр.

Таблиця 2.8

**Кількість апаратів штучної нирки в медичних центрах ТОВ
«ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» за 2022 -2024 рр. в Україні**

Медичний центр організації у місті:	Кількість апаратів ШН по роках		
	2022	2023	2024
Черкаси	25	30	39
Чернігів	22	25	27
Харків	16	16	16
Разом	63	71	82

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Крім апарату ШН, місце для діалізу складається з спеціального медичного крісла та інтерактивної консолі. Загальна вартість одного місця для діалізу станом на 2022 р. складала 515 тис. грн.

Сучасна специфіка заповнення діалізних місць полягає в тому, що пацієнти отримують процедури впродовж іноді довгого періоду життя, тому підлаштовують власний графік діалізу під себе, а не підлаштовуються під забаганки персоналу медичного центру [11].

Для пацієнтів з хронічною хворобою нирок, міжнародно затвердженою нормою отримання діалізу є одна чотирьох годинна процедура, три рази на тиждень. Медичні центри організації в Україні до війни працювали в три зміни: перша 7⁰⁰-11⁰⁰; друга 12⁰⁰-16⁰⁰; третя 17⁰⁰-21⁰⁰.

Пацієнти мають можливість самим обирати зміну на якій їм комфортніше лікуватися. Для цього, в кожного є власні причини. На першу зміну зручніше їздити містянам, бо зрання ходять міський транспорт і таксі. На другу, здебільшого, приїжджає передмістя, тому що їм потрібен час добратися туди і назад, бажано в світовий день. Також є прив'язка до транспорту. Третю зміну, найчастіше, обирають пацієнти, що працюють [11].

Крім того, побажання пацієнтів стосуються і вибору днів коли отримувати діаліз. Одним зручно понеділок-середу-п'ятницю – бо в інші дні робота, другим зручно в вівторок-четвер-суботу – бо в інші дні пацієнту, наприклад, треба сидіти з онуками. Таким чином, лікарю дуже важко рівномірно розподілити пацієнтів по змінам та рівномірно заповнити всі вільні діалізні місця, щоб не було простоїв обладнання. Через це виникає потреба оцінити ефективність використання обладнання, або визначити ефективність управління витратами пов'язаними з експлуатацією основних засобів [11, 16].

Для того, щоб оцінити платоспроможність ЗОЗ за фінансовими даними (за визначений термін діяльності за 2022-2024 рр.) треба проаналізувати та визначити фінансовий стан організації за допомогою показників коефіцієнтів ліквідності (табл. 2.9). Аналізуючи вищенаведене, можна зробити декілька висновків по фінансовій стійкості організації. Але на підставі візуальної картини можна побачити, що головні показники фінансового стану організації мають дуже різний по результатам характер і тому ми повинні проаналізувати кожний показник:

1) Коефіцієнт автономії істотно за період за 2022 -2024 рр. не змінився і за оптимальним значенням свідчить, що в кожних 100 гривнях вкладених активів організації 0,40 гривень – власні засоби (власний капітал), тобто ЗОЗ додержується збереження власного капіталу його стабільності.

2) Аналізуючи коефіцієнт фінансової стабільності, можна сказати наступне: за даний період цей показник значно не змінився; на кожную гривню притягнутих засобів приходиться 0,50 грн. власних засобів. Цей показник значно менше оптимально показника ($>1,0$), що свідчить про достатнє залучення зовнішніх джерел фінансування організації.

**Показники фінансової стійкості ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР
УКРАЇНА» за 2022 -2024 рр.**

№	Показник	Значення	Оптимальне значення	2022 р.	2023 р.	2024 р.
1.	Коефіцієнт автономної (фінансової незалежності)	Кавт	> 0,5	0,002	0,003	0,004
2.	Коефіцієнт фінансової стабільності	Кфс	> 1,0	0,002	0,003	0,005
3.	Коефіцієнт забезпеченості власними оборотними коштами	Кзвк	> 0,1	0,29	0,80	0,96
4.	Коефіцієнт ефективності використання активів	Кеа	Зростання	0,06	0,31	
5.	Коефіцієнт ефективності використання власного капіталу	Кевк	Зростання	23,10	90,85	
6.	Коефіцієнт співвідношення необоротних і оборотних активів	Ксн/обор	Якщо даний показник менше показника фінансової стабільності або дорівнює йому, то фінансова стабільність зберігається	0,12	0,20	0,30

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

3) Коефіцієнт забезпеченості власними оборотними коштами за наведений період зріс з 0,29 (за 2022 р.) до 0,96 (за 2024 р.) тобто збільшився в 3,3 рази.

4) Показник співвідношення основного й оборотного капіталу (Ксн/обор) на 2024 р. перевершує значення коефіцієнта фінансової стабільності (0,30>0,005), що може свідчити про порушення фінансової стабільності організації.

Виходячи з наведених даних з приводу ділової активності (Додаток В) ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» можна визначити наступне:

1) Виторг від реалізації послуг збільшився на 675,0 млн грн у порівнянні з 2022 р., собівартість реалізованих послуг при цьому теж зменшилась на 795,0 тис грн, тобто в 2024 р. знизилась питома собівартість одиниці реалізованих послуг.

2) Одночасно із скороченням обсягу продаж відбулося значне збільшення оборотності дебіторської заборгованості у 1,22 рази.

Як свідчать, результати проведених наукових досліджень, керівництву необхідно контролювати БП підвищення рентабельності реалізації послуг; прискорення оборотності сукупних активів та їх складових частин.

Діяльність організації організована на основі ПП, що є ключовим принципом системи управління якістю ЗОЗ та відповідає вимогам стандарту ISO 9001:2015.

БП визначаються, документуються та постійно вдосконалюються з метою забезпечення безперервного та безпечного надання медичних послуг пацієнтам, які отримують замісну ниркову терапію методами гемодіалізу та перитонеального діалізу.

Система бізнес-процесів ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» охоплює три основні групи:

1. Основні (ключові) БП. Ці БП безпосередньо забезпечують виконання головної місії організації – надання якісних, безпечних та ефективних послуг діалізу.

До них належать:

– БП «Гемодіаліз» — підготовка, проведення та завершення процедури діалізу відповідно до міжнародних протоколів «FRESENIUS MEDICAL CARE»;

– БП «Перитонеальний діаліз» — супровід пацієнтів удома, моніторинг комплаєнсу та навчання пацієнтів;

– БП «Клінічний супровід пацієнтів» — ведення історії хвороби, лабораторні дослідження, моніторинг показників ефективності лікування (Kt/V, Hb, альбумін тощо).

2. Допоміжні БП. Забезпечують функціонування основних БП, включаючи:

- управління персоналом – планування штату, навчання, BPR-програми, контроль компетенцій;
- управління якістю – аудити, «САРА», «PDCA»-цикл, моніторинг показників;
- інфекційний контроль і безпека праці – виконання вимог МОЗ, корпоративних СОП і стандартів ISO 45001:2018;
- логістика та постачання – планування та облік витратних матеріалів, робота із інформаційними системами;
- технічна підтримка – обслуговування апаратів «FRESENIUS 5008S», систем водо підготовки та інфраструктури.

3. Управлінські БП. Спрямовані на стратегічне планування, комунікацію та прийняття рішень.

Вони включають:

- корпоративне управління (координація офісу організаціями із медичними центрами);
- управління ризиками, фінансами та юридичною відповідністю;
- стратегічне планування розвитку мережі та відкриття нових центрів;
- аналітику показників ефективності (KPI, «QUALITY REVIEW»).

Основні, допоміжні та управлінські БП утворюють єдину систему, що функціонує за принципом «вхід-процес-вихід».

На вході – ресурси (персонал, матеріали, інформація), у процесі – виконання клінічних і допоміжних дій, на виході – результат: якісна медична допомога пацієнтам та дотримання корпоративних стандартів.

Взаємозв'язок БП у межах системи менеджменту якості організації представлено у вигляді інтегрованої процесної моделі, що відображає ключові управлінські, основні та допоміжні БП (рис. 2.3).



Рис. 2.3 Інтегрована процесна модель ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Для ідентифікації та опису БП у ЗОЗ використовується уніфікована модель: назва БП; мета; відповідальний власник БП (PROCESS OWNER); вхідні / вихідні дані; показники ефективності (KPI); форми контролю (аудит, моніторинг, звіт) [20].

Ця структура дозволяє узгодити дії всіх підрозділів, скоротити дублювання функцій та забезпечити системність управління.

Використання ПП створює основу для подальшої реалізації проєктів з оптимізації діяльності медичних центрів.

Реалізація корпоративної стратегії ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» в Україні супроводжується впровадженням низки управлінських і клінічних проєктів, спрямованих на вдосконалення БП, посилення стійкості мережі та підвищення якості медичного обслуговування пацієнтів.

Усі ініціативи впроваджуються в межах системи менеджменту якості організації та базуються на принципах PDCA-циклу, аналізу ризиків і постійного покращення.

Впровадження модуля МСМО «Оцінка діалізного доступу». У 2024 р. у складі корпоративної електронної системи «EUCLID» було впроваджено новий модуль - «VASCULAR ACCESS ASSESSMENT», адаптований для використання МСМО. Модуль дозволяє проводити систематичну оцінку стану судинного доступу під час кожного сеансу гемодіалізу, фіксувати зміни (ознаки інфекції, тромбозу, проблеми з функціонуванням) та автоматично генерувати попередження для лікаря-нефролога. Його інтеграція в роботу МС забезпечила: своєчасне виявлення ускладнень судинного доступу; зменшення кількості позапланових госпіталізацій; підвищення залученості медичного персоналу у моніторинг пацієнтів.

Проєкт реалізовано спільно з клінічним відділом та технічною командою ЗОЗ.

Програма підвищення кризової готовності медичних центрів (2023–2025 рр.). З огляду на воєнну ситуацію в Україні, ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» реалізувала масштабний проєкт «CRISIS PREPAREDNESS PROGRAM», спрямований на забезпечення безперервності лікування пацієнтів у разі надзвичайних обставин. У межах програми:

- кожен медичний центр організації обладнано резервним генератором для автономного електроживлення;
- облаштовано власні свердловини для водопостачання систем водо підготовки;
- сформовано піврічний запас витратних матеріалів (діалізатори, лінії, концентрати, ЛЗ);
- підготовлено зимовий одяг для персоналу та аварійні комплекти;
- проведено тренінги з кризового реагування для медичних сестер і техніків.

Цей проєкт значно підвищив операційну стійкість мережі, дозволивши забезпечити безперервне проведення процедур навіть у разі відключення електроенергії чи перебоїв у логістиці [16, 20, 26].

Удосконалення системи моніторингу показників ефективності (KPI «SYSTEM UPDATE 2024»). У 2024 р. розпочато модернізацію системи оцінювання ефективності роботи медичних центрів, у тому числі сестринського персоналу. В оновлену KPI-панель («KEY PERFORMANCE INDICATORS») включено:

- показники якості процедур (ефективність діалізу, інциденти, своєчасність заповнення систем);
- показники навчання (BPR-години, участь у тренінгах, CAPA-виконання);
- показники комплаєнсу з інфекційного контролю.

Нова система дозволяє здійснювати онлайн-моніторинг результатів по кожному центру, автоматично формувати рейтинги, а також відобразити динаміку виконання KPI у корпоративних дашбордах.

Ініціатива посилила контроль за результативністю роботи, зробила оцінку персоналу більш об'єктивною та сприяла підвищенню відповідальності співробітників.

Комплексне оновлення системи безпеки та інфраструктури. Паралельно із клінічними ініціативами реалізовано кілька технічних проєктів, спрямованих на підвищення рівня безпеки персоналу та пацієнтів:

- модернізовано системи вентиляції у Черкаському та Харківському медичних центрах;
- встановлено автоматичні дезінфекційні модулі для апаратів FRESINIUS 5008S;
- розроблено чек-листи щоденного контролю з підписом медичної сестри та техніка;
- проведено навчання персоналу з теми «Безпечне підключення пацієнтів у кризових умовах».

Узагальнюючи, реалізовані проєкти дозволили значно підвищити технологічний, управлінський і клінічний рівень діяльності мережі ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА». Організація продемонструвала

здатність швидко адаптуватися до умов воєнного часу, зберігаючи високі стандарти якості, безпеки та ефективності БП.

2.2 Діагностика управління діяльністю молодших спеціалістів з медичною освітою в ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»

Система управління персоналом в організації побудована відповідно до корпоративних політик «FRESENIUS MEDICAL CARE» та базується на принципах прозорості, відповідальності, стандартизації процесів і постійного професійного розвитку працівників.

Мережа медичних центрів організації в Україні об'єднує ЗОЗ у різних регіонах країни, які надають медичну допомогу пацієнтам із хронічною хворобою нирок методом гемодіалізу та перитонеального діалізу. У кожному медичному центрі працює мультидисциплінарна команда, до складу якої входять лікарі-нефрологи, МС, МСПО, інженерно-технічний персонал та адміністративна служба.

Управління сестринською функцією здійснюється централізовано. Менеджер із організації сестринської функції («COUNTRY NURSING MANAGER») відповідає за стратегічне та операційне керівництво середнім МП усієї мережі, впровадження стандартів «FRESENIUS MEDICAL CARE» у щоденну практику та забезпечення уніфікованого підходу до організації сестринської діяльності.

Основні напрямки управління сестринською функцією включають:

- розробку та впровадження корпоративних політик і СОПів у сфері сестринської діяльності;
- організацію кадрового забезпечення медичних центрів (укомплектованість штатів, планування змін, оптимізацію навантаження);
- контроль дотримання стандартів безпеки пацієнтів та клінічних протоколів;
- координацію роботи головних МС у кожному медичному центрі;

- навчання та оцінювання персоналу, проведення аудитів компетенцій;
- участь у програмах якості, інфекційного контролю та клінічного вдосконалення;
- комунікацію з керівництвом організації, підрозділами QI, IC, HR, EDUCATION щодо розробки й реалізації спільних управлінських рішень [18, 19].

Структура кадрового забезпечення мережі медичних центрів організації представлена в табл. 2.10, що відображає рівень укомплектованості медичних центрів середнім та МСМО за регіонами.

Таблиця 2.10

Укомплектованість медичних центрів ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» по містах

Укомплектованість медичних центрів	Черкаси	Чернігів	Харків
Медичний директор країни	1		
Менеджер із організації сестринської функції	1		
Керівник ВІК	1		
Медичний директор	1	1	1
Лікарі	7	5	4
Головна МС	1	1	1
МСМО	18	15	8
Молодші МС	8	7	4
Сестра-господиня	1	1	1
Директор технічний	1	1	1
Інженер	1	2	1

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Аналіз даних, наведених у табл. 2.10, свідчить, що мережа медичних центрів ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» має збалансовану структуру кадрового забезпечення. У кожному центрі функціонує повний склад МП, що забезпечує безперервність проведення діалітичних процедур і належний рівень контролю якості. Ключові управлінські посади – медичний директор, головна МС та керівник відділу інфекційного контролю – присутні в усіх підрозділах, що гарантує уніфікованість управлінських БП і дотримання корпоративних стандартів ЗОЗ. Кількісний склад МС і МСМО варіює залежно

від обсягу пацієнтів у регіоні, проте в усіх центрах забезпечено оптимальний рівень укомплектованості для стабільного функціонування ЗОЗ [18].

Кадровий потенціал є динамічною категорією, що постійно трансформується під впливом зовнішніх викликів (економічних, соціальних, правових) та внутрішніх структурних змін в організації. Його кількісні та якісні параметри корегуються через плинність кадрів, актуалізацію професійних знань, рівень мотивації персоналу та ефективність внутрішніх комунікацій (табл. 2.11-2.12).

Таблиця 2.11

Кількість МСМО за стажем роботи та віком 2022-2024рр

Облікова кількість штатних працівників на кінець року			Зі стажем роботи до 3х років			Осіб пенсійного віку		
2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
45	40	48	15	10	17	0	0	0

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Таблиця 2.12

Класифікація МСМО 2020-2024рр.

Облікова кількість штатних працівників на кінець року			З них мають кваліфікаційну категорію								
			вищу			першу			другу		
2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
45	40	48	10	10	10	12	10	13	6	8	13

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Специфіка кадрового потенціалу споріднює його з нематеріальними активами: інтелектуальний капітал працівників, не маючи фізичної форми, виступає джерелом економічної вигоди. Важливою ознакою успішної реалізації цього потенціалу є формування «гудвілу» організації — репутаційного активу, який нерозривно пов'язаний із конкретними фахівцями та не може бути відокремлений від організації.

Відповідно до штатного розкладу, затвердженого на початку 2022 р., планова чисельність МСМО була визначена у кількості 60 одиниць. Проте фактичне кадрове забезпечення на той момент становило лише 45 осіб, що

відповідає 75% від загальної потреби. Детальний розподіл за кваліфікаційними категоріями наведено у табл. 2.13.

Таблиця 2.13

Динаміка фактичної зайнятості та укомплектованості штату МСМО за 2022–2024 рр.

Штатні одиниці	Фактично зайнято	Фізичних осіб
60	48	45

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Аналіз динаміки фактичної зайнятості МСМО протягом 2022–2024 рр. свідчить про поступове зміцнення кадрового потенціалу: чисельність персоналу зросла з 45 до 48 осіб. Проте рівень укомплектованості штату станом на 2024 р. становить 80%, що в поєднанні зі стрімким зростанням кількості медичних процедур створює передумови для високої інтенсивності праці та є ключовим чинником плінності кадрів.

Кожен медичний центр організації має головну МС, яка здійснює безпосереднє управління сестринським персоналом, координує його роботу на місцевому рівні, контролює дотримання стандартів процедур і звітує менеджеру із організації сестринської функції. Така структура забезпечує єдність управлінських рішень, підвищує ефективність комунікації та гарантує відповідність усіх центрів єдиним стандартам ЗОЗ.

Система підбору кадрів у ЗОЗ побудована на принципах професійності, етичності та корпоративної відповідальності. Усі працівники проходять первинне навчання, стажування та сертифікацію перед допуском до роботи з пацієнтами. У процесі діяльності МП постійно підвищує кваліфікацію через внутрішні тренінги, програми BPR, курси «E-LEARNING» та участь у міжнародних конференціях [22-24].

Ефективність роботи середнього МП оцінюється за ключовими показниками: якість виконання процедур, рівень задоволеності пацієнтів, результати аудитів якості, дотримання вимог інфекційного контролю та показники комплаєнсу із СОП. Результати оцінювання обговорюються під час

регулярних нарад та використовуються для коригування навчальних планів, планування заміщення кадрів і підвищення рівня мотивації персоналу.

Управління сестринською функцією у ЗОЗ є невід'ємною частиною системи менеджменту якості організації. Воно спрямоване на забезпечення високого рівня професійної підготовки персоналу, стабільність процесів лікування та безперервне вдосконалення системи мед сестринського обслуговування в усій мережі центрів.

Система управління якістю у ЗОЗ є невід'ємною частиною корпоративної політики і спрямована на забезпечення безпеки пацієнтів, ефективності лікування та безперервного вдосконалення БП [24].

В основі функціонування системи – міжнародні стандарти ISO 9001:2015, вимоги національного законодавства України у сфері ОЗ, а також внутрішні політики ФМС («QUALITY POLICY», «PATIENT SAFETY POLICY», «CLINICAL GOVERNANCE»).

Основні принципи системи управління якістю: орієнтація на пацієнта та результат лікування; ПП до організації діяльності; управління ризиками і превентивні дії; залучення персоналу до постійного вдосконалення; прийняття рішень на основі даних («EVIDENCE BASED MANAGEMENT»).

Загальне керівництво системою якості здійснює менеджер з систем якості («QUALITY MANAGER») спільно з Керівником проекту «FMC UKRAINE» та Медичним директором країни.

На рівні кожного медичного центру функції з підтримання системи якості реалізують:

- головна МС – контроль за дотриманням процедур і веденням документації;
- лікарі-нефрологи – клінічний контроль ефективності лікування;
- менеджер із організації сестринської функції – координація впровадження СОП, моніторинг показників якості та проведення внутрішніх аудитів.

Основу складають стандартизовані документи:

- СОП («STANDARD OPERATING PROCEDURES») – для всіх клінічних і допоміжних БП.

– Інструкції з інфекційного контролю, охорони праці та безпеки пацієнтів.

– Форми реєстрації та журнали контролю («TEMPERATURE LOG», «DISINFECTION LOG», «WATER QUALITY LOG»).

– Звіти аудитів, CAPA-плани, протоколи PDCA-аналізів.

Усі документи підтримуються в актуальному стані, переглядаються щонайменше раз на рік або після внесення змін у клінічні стандарти «FMC». Ведеться централізований електронний архів у системі «SHAREPOINT».

У ЗОЗ здійснюються регулярні внутрішні та зовнішні аудити (внутрішні – щоквартально, корпоративні – раз на рік). Аудити проводяться за чек-листами, узгодженими з «HEAD OFFICE EUROPE», і охоплюють усі БП медичних центрів: клінічні процедури, інфекційний контроль, навчання персоналу, документообіг, роботу з пацієнтами [25-28].

Виявлені невідповідності оформлюються у формі CAPA-планів («CORRECTIVE AND PREVENTIVE ACTIONS»), які затверджуються менеджером із якості та контролюються на рівні менеджера із організації сестринської функції. Для усунення причин невідповідностей використовується «PDCA»-цикл (PLAN–DO–CHECK–ACT), що дозволяє забезпечити системність покращень.

Приклад застосування «PDCA»-циклу в системі управління якістю ЗОЗ наведено на рис. 2.4. Основними індикаторами якості є: рівень інфекційних ускладнень; своєчасність та повнота заповнення медичної документації; кількість випадків «CAPA» на персонал або процес; результати аудитів; відгуки пацієнтів та рівень їх задоволеності послугами. Результати аналізуються щомісяця на внутрішніх координаційних зустрічах, а узагальнені дані вносяться до звіту «QUALITY REVIEW», який передається до центрального офісу «FMC UKRAINE» [27]. Отже, система управління якістю в організації забезпечує високий ступінь контролю за клінічними процесами та дозволяє впроваджувати механізми постійного вдосконалення на основі міжнародних стандартів та корпоративних протоколів «FRESENIUS MEDICAL CARE».



Рис. 2.4 Приклад застосування PDCA-циклу в системі управління якістю ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

У системі менеджменту ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» значна увага приділяється питанням охорони праці, інфекційного контролю та безпеки персоналу й пацієнтів. Управління цими напрямками здійснюється відповідно до національного законодавства України (Закону «Про охорону праці», наказів МОЗ №1614, №309, №812, №916, №2092 тощо), а також внутрішніх корпоративних стандартів та міжнародних вимог з безпеки (ISO 45001:2018, ISO 9001:2015).

Загальне керівництво системою охорони праці здійснює менеджер із якості спільно з керівником ВІК, а на рівні кожного медичного центру – медичний директор та головна МС. Основні принципи політики з охорони праці включають: пріоритет життя та здоров'я працівників над виробничими інтересами; запобігання травматизму, професійним захворюванням і аварійним ситуаціям; безперервне навчання та інструктаж персоналу; управління ризиками на робочому місці; створення безпечних і комфортних умов праці.

Для кожного працівника розроблено інструкції з охорони праці, проведено навчання та перевірку знань. Усі працівники проходять первинний, повторний, позаплановий і цільовий інструктаж згідно з графіком, затвердженим менеджером із охорони праці [24].

Результати фіксуються у журналі інструктажів, що зберігається в кожному центрі.

Особлива увага приділяється контролю за:

- використанням засобів індивідуального захисту (рукавички, халати, маски, щитки);
- дотриманням вимог безпеки під час роботи з апаратами «FRESENIUS 5008S» та системами водо підготовки;
- організацією безпечного збору та утилізації медичних відходів відповідно до чинних наказів МОЗ.

Інфекційний контроль є окремим напрямом системи управління якістю та охоплює комплекс заходів із профілактики внутрішньо лікарняних інфекцій і передачі збудників серед персоналу та пацієнтів.

Організацію цього процесу координує керівник ВІК у взаємодії з менеджером із організації сестринської функції, медичними директорами та головними МС центрів.

Основні елементи системи:

- ведення реєстру інфекційних ускладнень («CATHETER-RELATED INFECTIONS», «AV-FISTULA INFECTIONS» тощо);
- контроль стерильності обладнання, розчинів, води для діалізу;
- моніторинг дезінфекційних процесів і обліку дезінфікуючих засобів;
- забезпечення персоналу засобами індивідуального захисту;
- вакцинація працівників проти гепатиту В та грипу;
- профілактика ВІЛ-інфекції згідно з СОП І-02-16.

Ключову роль відіграє внутрішній моніторинг комплаєнсу: щомісячно проводяться перевірки пунктів інфекційного контролю, результати яких обговорюються на засіданнях комісії ВІК.

У разі виявлення порушень складається CAPA-план і проводиться навчання персоналу за методом PDCA-аналізу.

Навчання з охорони праці та інфекційного контролю є обов'язковим елементом системи якості. Новоприйняті працівники проходять вступний інструктаж і первинне навчання згідно з корпоративним планом адаптації.

Щороку організовується повторне навчання у формі тренінгів і внутрішніх семінарів. Крім того, проводяться спеціальні тематичні заняття: «Безпечна робота з кров'ю та біологічними рідинами»; «Профілактика передачі ВІЛ у ЗОЗ»; «Дезінфекція апаратів FRESINIUS 5008S: нові вимоги» [24,25].

Для оцінки ефективності системи охорони праці та ІК використовуються такі показники: кількість нещасних випадків і травм; результати перевірок стану робочих місць; рівень проходження навчань і сертифікацій; кількість виявлених невідповідностей під час перевірок ІК; частота випадків інфекційних ускладнень серед пацієнтів.

Зведені результати аналізуються щокварталу менеджером з систем якості та керівником ВІК, після чого формується звіт «HEALTH & SAFETY REVIEW» з пропозиціями щодо поліпшення системи [27-30].

Отже, управління охороною праці та інфекційним контролем в ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» здійснюється комплексно, з дотриманням міжнародних стандартів і внутрішніх вимог організації. Це дозволяє гарантувати безпечні умови праці персоналу, мінімізувати ризики для пацієнтів та підтримувати високу репутацію ЗОЗ як національного лідера у сфері діалізу.

Управління інформаційними потоками у ЗОЗ є важливим елементом ПП до управління якістю та забезпечує оперативну взаємодію між усіма підрозділами організації, медичними центрами та центральним офісом.

Система комунікацій побудована на принципах прозорості, доступності, безпеки та конфіденційності даних, що відповідає корпоративним вимогам та чинному законодавству України у сфері захисту персональних даних.

В організації функціонує інтегрована інформаційна інфраструктура, до якої входять:

– «EUCLID» («EUROPEAN CLINIC DATABASE») - Європейська Клінічна База даних, електронна система ведення клінічної документації, що містить історії лікування, параметри діалізних сеансів, лабораторні результати, записи лікарів і МС;

– «SHAREPOINT» – корпоративне середовище для зберігання та контролю документів (СОП, інструкції, САРА, звіти аудитів, навчальні матеріали);

– «OUTLOOK TA TEAMS» – основні канали внутрішньої комунікації для обміну повідомленнями, планування нарад, спільної роботи над файлами.

Усі співробітники мають персоналізований доступ до систем відповідно до рівня повноважень, визначеного політикою безпеки даних ЗОЗ [27, 28].

Документація у ЗОЗ поділяється на: нормативну (політики, СОП, накази, протоколи); реєстраційну (журнали, форми, звіти, листи спостереження); аналітичну (аудиторські звіти, «САРА», «PDCA»-аналізи, показники КРІ); навчальну (плани тренінгів, програми «BPR», сертифікати персоналу). Усі документи мають уніфіковану структуру, код і контроль версій.

Розробка, погодження, затвердження та розповсюдження документів здійснюється відповідно до СОП, що регламентує життєвий цикл кожного документа – від створення до архівування: «Формат директив. Записи системи управління якістю»; «Контроль локальних директив»; «Контроль зберігання документації»; «Управління документацією системи управління якістю у медичних центрах».

Після затвердження документ автоматично публікується у «SHAREPOINT» і стає доступним відповідним категоріям персоналу.

Інформаційна взаємодія між центрами і центральним офісом реалізується через: щотижневі онлайн-наради менеджерів напрямків («QUALITY», «IC», «HR», «NURSING»); електронні звіти («MONTHLY REPORTS») з ключовими показниками; централізовані розсилки нових СОП,

навчальних матеріалів, «САРА»); корпоративну пошту для повідомлення про інциденти та позаштатні ситуації.

У межах внутрішньої системи управління якістю функціонує єдиний інформаційний потік «PDCA»-даних, що дозволяє швидко передавати результати аудитів, «САРА»-звіти, аналітичні висновки та плани вдосконалення між усіма рівнями управління.

Захист інформації є одним із ключових напрямів корпоративної політики організації [28].

Доступ до персональних і клінічних даних регламентований процедурою «DATA PROTECTION & CONFIDENTIALITY».

Регулярно проводяться навчання персоналу з питань кібербезпеки, поводження з електронними носіями та дотримання GDPR-вимог (для міжнародних звітів).

Резервне копіювання даних виконується централізовано, що гарантує їх збереження та безперервність роботи систем навіть у разі технічних збоїв.

Отже, система управління інформаційними потоками та документацією в організації забезпечує ефективну комунікацію, прозорість управлінських процесів і безпечно зберігання даних, сприяючи стабільному функціонуванню всієї мережі медичних центрів та підвищенню якості надання медичних послуг [30].

ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» асоціюється у світі з німецькою якістю та точністю. На рівні українського підрозділу ідеально налагоджені БП, що стосуються матеріально-технічної бази. Проблема виникає на стику «досконалої техніки» та «перевтомленої людини». Якщо технологічні БП є гнучкими та адаптивними, то управлінські БП щодо МСМО залишаються застарілими та функціонально-обмеженими. Як наслідок виникають:

1. Диспропорція між операційним навантаженням та ресурсами. Це головна управлінська проблема, яку підтверджують наші цифри. Кількість процедур зросла на 31%, тоді як фактичний штат МС – лише на 6,7% (з 45 до

48 осіб). Менеджмент має використовувати «екстенсивний» шлях – збільшувати кількість змін або інтенсивність роботи кожної МС. Це веде до фізичного виснаження персоналу, що автоматично знижує якість сервісу та лояльність працівників.

2. Дефіцит «утримання» («RETENTION») при активному «наймі» («RECRUITMENT»). Організація успішно знаходить нових людей (штат зріс), але не може досягти планової цифри у 60 осіб. Виникає «синдром дірявого відра» — управлінські зусилля витрачаються на рекрутинг, але через відсутність гнучких програм утримання (бонуси за стаж, покращені умови відпочинку) нові кадри швидко звільняються, не витримуючи темпу.

3. Прогалини в системі адаптації та професійного навчання. Оскільки обладнання «FRESENIUS» є високотехнологічним, вхідний бар'єр для МС дуже високий. Високі втрати робочого часу (до 7,6%) через тривалий період навчання. Досвідчені МС, замість виконання своїх обов'язків, змушені постійно навчати та контролювати новачків. Це створює подвійне навантаження на «старих» працівників і стає причиною їх невдоволення керівництвом.

4. Недостатня гнучкість системи мотивації. Управління оплатою праці відбувається за «середнім» показником (ріст до 21,2 тис. грн), але він не враховує індивідуальний внесок МС (кількість проведених процедур понад норму). Відсутність прямої залежності між надвисоким навантаженням та різким зростанням винагороди де мотивує найпродуктивніших працівників.

5. Ризики комунікаційного розриву в колективі. Через неукомплектованість штату (лише 80%) керівництво часто не має можливості надавати персоналу належний психологічний супровід. В колективі накопичується токсична втома, що виливається у конфлікти між лікарями та МС або персоналом та пацієнтами. В умовах діалізу, де пацієнт перебуває в центрі по 4 години тричі на тиждень, емоційний стан МС є критичним для бізнесу (Додаток В).

Впровадження ПП в управління діяльністю МСМО у ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» є не просто трендом, а стратегічною необхідністю. У медичній сфері, де результат прямо залежить від точності дій та наявності ресурсів, функціональне управління (за принципом «виконуй свою роль») часто дає збої під високим тиском.

Ось ключові аргументи, чому перехід до процесного управління є критичним:

1. Синхронізація ресурсів з обсягом послуг. Функціональний підхід фіксує кількість людей у штаті, тоді як ПП орієнтований на пропускну здатність. ПП дозволяє розрахувати «такт БП» (скільки часу реально потрібно на одну процедуру з урахуванням підготовки апарату, підключення пацієнта та дезінфекції). Це дозволяє керівництву обґрунтувати розширення штату до необхідних 60 одиниць не просто «за розкладом», а через неможливість виконання процесу без втрати якості.

2. Підвищення безпеки пацієнтів та мінімізація помилок. Діаліз — це складний технологічний цикл. Будь-яка помилка МС через перевтому — це загроза життю. ПП перетворює роботу МС на чіткий алгоритм (СОП). Це знижує вплив «людського фактору». Коли кожен етап БП вимірюється, легше виявити, на якому етапі виникають затримки або ризики.

3. Оптимізація адаптації та зниження втрат часу. За функціонального підходу навчання новачка – це «додаткове навантаження» на досвідчену МС. За ПП – це окремий БП «Введення в посаду». Якщо БП адаптації чітко регламентований (хто, що і за який час має передати новому працівнику), термін виходу МС на самостійну роботу скорочується. Це дозволяє швидше закрити вакансії та знижувати навантаження на основний склад, що прямо впливає на зменшення плинності кадрів.

4. Прозора система мотивації на підставі КРІ. Зараз МС отримує зарплату за «посаду». ПП дозволяє впровадити показники ефективності БП. Можна встановити КРІ, такі як: «час підготовки залу до наступної зміни», «відсутність ускладнень з вини персоналу», «рівень задоволеності пацієнта».

Це робить систему оплати праці справедливою: хто працює в більш інтенсивних БП, той отримує більше. Це ключовий інструмент утримання («RETENTION») найкращих кадрів.

5. Побудова «самонавчальної» організації (Цикл «PDCA»). ПП базується на постійному вдосконаленні. Кожне звільнення МС розглядається не як прикра подія, а як «вихід бракованого БП». Управлінці аналізують причину (наприклад, незручний графік або конфлікт у конкретній зміні) і вносять зміни в сам БП. Це дозволяє організації адаптуватися до умов війни та дефіциту кадрів швидше за конкурентів.

Таким чином, для ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» впровадження ПП є інструментом трансформації кадрового дефіциту в підвищення операційної ефективності шляхом раціоналізації професійної діяльності МС. Це сприятиме зниженню їх навантаження, підвищенню престижності та прозорості праці, а також забезпечить стабільно високу якість медичної допомоги відповідно до німецьких стандартів навіть за умов нестачі персоналу.

Висновки до розділу 2

Аналіз діяльності ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» свідчить про високу стійкість бізнес-моделі в умовах воєнного стану та економічної нестабільності. Організація підтвердила статус лідера на ринку послуг замісної ниркової терапії, забезпечивши безперервність лікування для пацієнтів та стабільне постачання високотехнологічного медичного обладнання.

Спостерігається стабільна тенденція зростання (або утримання) чистого доходу, що зумовлено високим попитом на необхідні медичні послуги та розширенням мережі діалітичних центрів.

Незважаючи на зростання витрат на логістику та енергоносії, показники рентабельності залишаються на прийнятному рівні завдяки впровадженню глобальної програми оптимізації витрат.

Організація демонструє ефективне управління оборотним капіталом, що дозволяє вчасно оновлювати парк медичного обладнання та підтримувати запаси витратних матеріалів.

Ключовим фактором ефективності є суворе дотримання міжнародних медичних стандартів. Автоматизація клінічних БП та використання системи моніторингу результатів лікування дозволили досягти високих показників якості життя пацієнтів, що є головним нефінансовим індикатором успіху компанії.

Ефективність діяльності організації підтверджується його участю в державних програмах медичних гарантій (через НСЗУ). Це забезпечує стабільний потік фінансування та водночас реалізує соціальну місію організації – надання безкоштовного високоякісного лікування громадянам України.

Поряд з успіхами, аналіз виявив певні виклики: залежність від валютних коливань (оскільки значна частина обладнання та розхідних матеріалів є імпортними); необхідність подальшої цифровізації внутрішніх управлінських БП для зниження адміністративних витрат.

Встановлено, що система управління МСМО (МС/братами) у ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» побудована на засадах міжнародних протоколів та суворій стандартизації. Основним акцентом є висока технологічність БП та безпека пацієнтів, що вимагає від персоналу не лише медичних навичок, а й вміння працювати зі складним обладнанням для екстракорпоральної терапії.

МСМО проходять багаторівневу систему внутрішнього навчання та сертифікації, що є критично важливим для роботи в центрах нефрології та діалізу.

Діагностика показала ефективне впровадження системи БПР, що інтегрована в корпоративну культуру компанії.

Управління діяльністю базується на поєднанні матеріальних і нематеріальних чинників.

Стабільна офіційна заробітна плата, страхування та безпечні умови праці, що відповідають європейським стандартам.

Виявлено потребу в посиленні програм психологічної підтримки для запобігання професійному вигоранню, оскільки робота з пацієнтами на замісній нирковій терапії є психологічно напруженою та довготривалою.

Діагностика підтверджує чітку ієрархічну структуру. Контроль якості здійснюється через регулярні аудити відповідності медичним стандартам, що мінімізує ризики клінічних помилок. Проте, спостерігається простір для впровадження більш гнучких методів «зворотного зв'язку» від персоналу до керівництва.

ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» демонструє високий рівень адаптивності та операційної ефективності. Організація успішно поєднує комерційну результативність із виконанням критично важливих соціальних функцій, зберігаючи фінансову стійкість навіть у кризових умовах.

Парадокс управління у ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» полягає в тому, що при світовому рівні медико-технологічних БП, управлінські БП щодо МСМО залишаються дискретними та функціональними. Недосконалість БП адаптації та мотивації нівелює переваги сучасного обладнання, оскільки «людський фактор» стає обмеженням для подальшого зростання кількості процедур. Були виявлені основні проблеми, та запропоновано і обґрунтовано необхідність впровадження ПП в управління діяльністю МСМО.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ МОЛОДШИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ В ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» НА ЗАСАДАХ ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ

3.1 Застосування процесного підходу як засобу удосконалення управління молодшими спеціалістами з медичною освітою в ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»

Сучасні виклики в системі ОЗ, пов'язані зі зростанням навантаження на персонал, потребою в підвищенні якості послуг та обмеженістю ресурсів, визначають необхідність ефективного управління діяльністю МСМО. Саме ця категорія працівників – МС, фельдшери, лаборанти – становить основу безперервності та якості надання медичної допомоги пацієнтам. Проте традиційні функціональні моделі управління часто призводять до дублювання функцій, неузгодженості дій, фрагментації процесів і зниження мотивації персоналу. З огляду на це, впровадження ПП, орієнтованого на стандартизацію, оптимізацію та постійне вдосконалення ключових БП, є необхідною умовою підвищення ефективності діяльності МП та забезпечення сталого розвитку ЗОЗ.

Провівши аналіз управління діяльністю МСМО та оцінку існуючих БП ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» виділено переваги та недоліки їх управління.

Наявність стандартизованих клінічних протоколів та чіткої вертикальної ієрархії, що забезпечує виконання важливих процедур (гемодіалізу) з високим рівнем безпеки та контролю – це є основна та головна перевага. Це створює надійний фундамент для безпеки пацієнтів, що є найвищим пріоритетом у медичній сфері. Ієрархія забезпечує чітку звітність та швидку ескалацію

критичних ситуацій. Впровадження ПП не має руйнувати цю структуру, а лише інтегрувати БП в існуючі стандарти [31-33].

Втім, виявленими недоліками виявились:

1. Функціональна роз'єднаність - часта зосередженість на виконанні окремих функцій, а не на кінцевому БП (наприклад, обслуговування пацієнта), що призводить до дублювання дій або провалів у взаємодії між змінами чи МС однієї зміни.

2. Низька гнучкість - складнощі зі швидкою адаптацією до змін у кількості пацієнтів на зміні або впровадження нових методів. Якщо функціональні обов'язки жорстко закріплені, при раптовій відсутності одного співробітника або при піковому навантаженні, весь потік роботи може сповільнитися, оскільки іншим складно швидко перебрати на себе нетипові функції.

3. Неefективний тайм-менеджмент МС - значний час витрачається на адміністративні завдання або очікування, а не на пряму медичну допомогу, що знижує продуктивність.

4. Складність кількісної оцінки - відсутність чітких процесних показників (KPI) унеможливорює точну оцінку ефективності роботи окремих МС чи цілої зміни. Якщо вимірюється лише кількість проведених процедур (вихід), але не вимірюється середній час підготовки пацієнта чи відсоток помилок у документації (показники самого БП), керівництво не знає, які етапи потребують втручання, внаслідок чого управління ґрунтується на інтуїції, а не на об'єктивних даних, що ускладнює постійне вдосконалення («CONTINUOUS IMPROVEMENT»).

Впровадження ПП («BUSINESS PROCESS MANAGEMENT», BPM) є високоперспективним для медичної галузі, оскільки вона за своєю суттю є набором критично важливих, повторюваних БП.

Очікувані якісні переваги:

1. Системність і прозорість. Чітке моделювання БП («Прийом пацієнта», «Підготовка до процедури», «Проведення діалізу», «Облік витратних матеріалів») дозволить уніфікувати роботу та зробити її прозорою.

2. Орієнтація на пацієнта. БП будуть перепроєктовані з акцентом на цінність для пацієнта (наприклад, скорочення часу очікування).

3. Покращення якості. Зменшення кількості помилок завдяки стандартизації кроків, відповідальності (визначення власника БП) та вбудованому контролю якості.

4. Спрощення навчання. Нові співробітники швидше інтегруються завдяки наявності чітких інструкцій.

Концептуальна модель управління діяльністю МСМО у ЗОЗ, запропонована на прикладі медичного центру ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» у м. Харків, ґрунтується на ієрархії БП і визначенні ролей персоналу в кожному з них. Діяльність МСМО класифікується на три групи БП: основні, допоміжні та управлінські. Основні БП безпосередньо створюють цінність для пацієнта, включаючи проведення гемодіалізу, моніторинг стану судинного доступу, дотримання інфекційного контролю. Допоміжні БП забезпечують основні необхідними ресурсами, матеріалами, обладнанням та умовами для виконання процедур. До них належать облік витратних матеріалів, технічне обслуговування апаратури, стерилізація та дезінфекція. Управлінські БП спрямовані на планування, моніторинг, оцінку та вдосконалення роботи персоналу – це управління якістю, ризиками, навчанням і графіками роботи [35].

На підставі всього вище зазначеного та проведеного аналізу існуючого стану управління діяльністю МСМО у ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» було розроблено цільову модель БП організації діяльності МСМО за ПП («як має бути»).

Запропонований БП відображає перехід від функціонально-ієрархічної моделі управління до процесно орієнтованої моделі з чітко визначеними входами, виходами, механізмами та контрольними впливами, а також

передбачає використання «КРІ», підтримку прийняття рішень та цикл безперервного покращення «PDCA» (рис. 3.1).

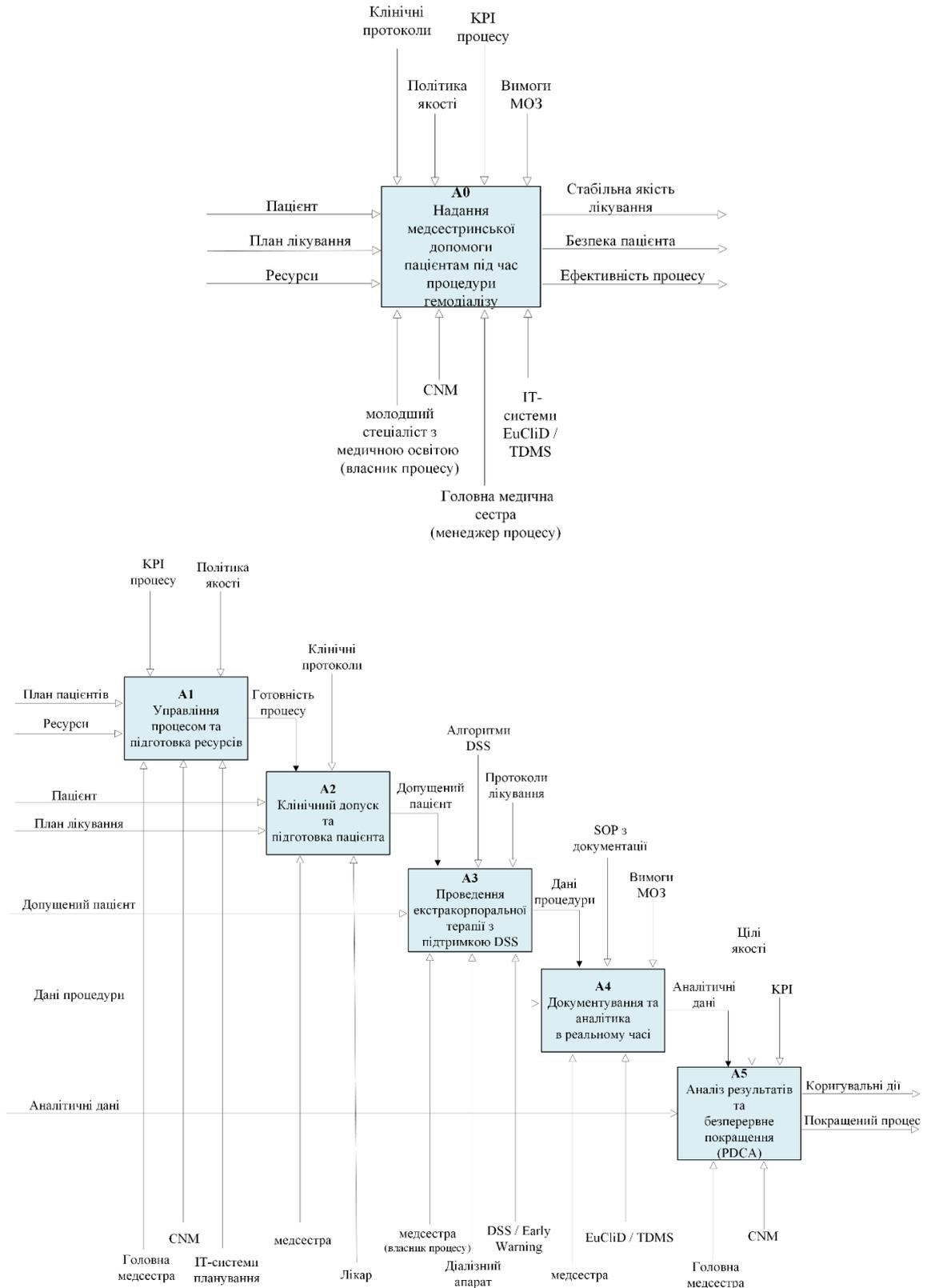


Рис. 3.1 Цільова функціональна модель БП надання мед сестринської допомоги пацієнтам під час процедури гемодіалізу («ТО-ВЕ») у нотації IDEF0

Джерело: власна розробка

На підставі всього вище зазначеного та проведеного дослідження існуючого стану управління діяльністю МСМО у ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» нами було запропоновано алгоритм впровадження ПП у діяльність МСМО організації (рис. 3.2).

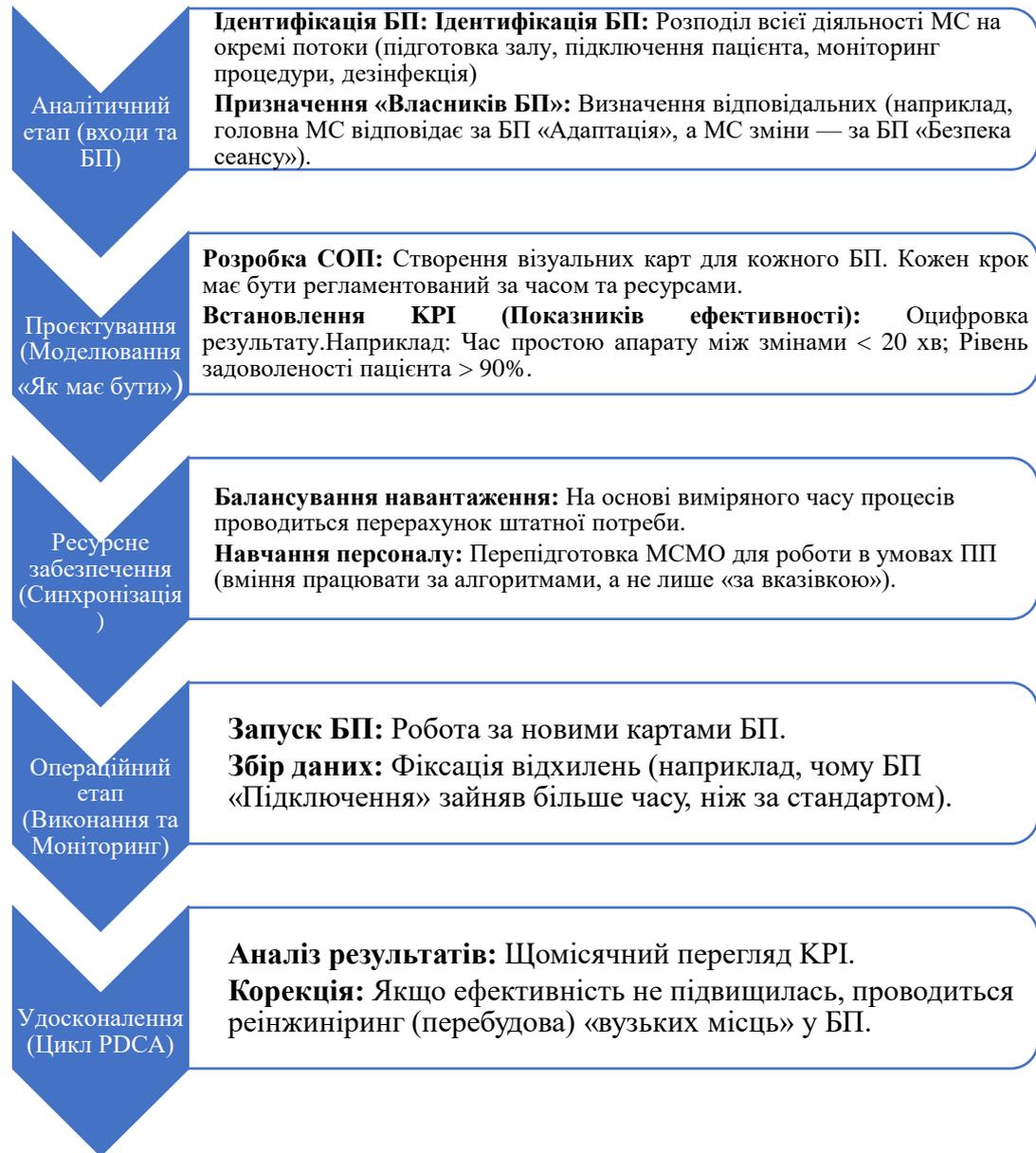


Рис. 3.2 Алгоритм впровадження ПП у діяльність у ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»

Джерело: власна розробка

Впровадження ПП дало змогу усунути низку проблем («вузьких місць»), які впливали на ефективність діяльності центрів. Зокрема, затримки початку процедур діалізу були усунуті завдяки стандартизації БП підготовки через

введення контрольних списків («CHECK-LIST») для МС та призначення відповідального за потік пацієнтів. Перевитрата матеріалів або дефіцит ресурсів вирішувалися через автоматизацію обліку за принципом «KANBAN», що забезпечило постійне поповнення запасів і контроль лімітів. Повторювані помилки в документації зменшилися завдяки оцифруванню мед сестринських форм, запровадженню системи аналізу першопричин («ROOT CAUSE ANALYSIS») та інтеграції механізму «PDCA» у щоденну роботу.

Основні елементи впровадження ПП в управлінні діяльністю МСМО і результати їх реалізації узагальнено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Основні елементи ПП та результати його впровадження

Тип БП	Характеристика	Приклади БП у ЗОЗ	Відповідальність МСМО
1	2	3	4
ОСНОВНІ (CORE)	Створюють безпосередню цінність для пацієнта та є ключовими для профілю ЗОЗ	1. Надання процедури гемодіалізу: Підключення, моніторинг, відключення пацієнта. 2. Процес дотримання інфекційного контролю.	Пряма (Виконавча): Чітке слідування затвердженим СОП та клінічним протоколам. Відповідальність за безпеку та якість процедури.
ДОПОМІЖНІ (SUPPORT)	Забезпечують Основним БП необхідні ресурси, умови та інфраструктуру	1. Забезпечення витратними матеріалами: Облік та підготовка діалізаторів, концентратів, ЛЗ. 2. Технічне обслуговування апаратури: Щоденний контроль роботи діалітичних апаратів. 3. Стерилізація та дезінфекція обладнання.	Операційна (Забезпечувальна): Відповідальність за наявність, якість та готовність ресурсів. Вчасне інформування керівництва про потреби.
УПРАВЛІНСЬКІ (MANAGEMENT)	Визначають цілі, керують системою, перевіряють ефективність та забезпечують постійне поліпшення	1. Управління якістю та ризиками: Реєстрація інцидентів/помилки, внутрішні аудити. 2. Управління персоналом: Планування графіків, навчання та оцінка компетенцій.	Функціональна (Звітна): Відповідальність за достовірність та своєчасність заповнення документації. Участь у навчанні та внесення пропозицій щодо покращення процесів.

Джерело: власна розробка

Важливою складовою ПП є формування системи оцінювання результатів діяльності МСМО. Для забезпечення прозорості та об'єктивності оцінки ефективності розроблено матрицю показників (KPI), що охоплює якісні, кількісні та поведінкові критерії. Узагальнену структуру показників результативності роботи МСМО наведено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2.

Виявлені «вузькі місця» та проблемні зони в діяльності МСМО та напрями їх усунення на засадах процесного підходу

Виявлене «Вузьке місце» (BOTTLENECK)	Причина у контексті ЗОЗ	Рішення на засадах ПП
1. Затримка початку процедури діалізу	Несвоєчасна підготовка апарату або пацієнта; відсутність чіткої черговості. (БП Основний)	Стандартизація БП підготовки: Впровадження «CHECK-LIST» (контрольний список) для МС за 15 хвилин до початку сеансу. Призначення відповідального за потік пацієнтів на зміну
2. Перевитрата або дефіцит матеріалів	Нерегулярний чи візуальний облік витратних матеріалів (діалізаторів, голок). (БП Допоміжний)	Автоматизація обігу матеріалів: Впровадження системи «KANBAN» для постійного поповнення запасів. Чітке визначення мінімальних та максимальних лімітів в діалізованому залі
3. Повторювані помилки в документації	Недостатнє знання оновлених протоколів; рутинне заповнення паперових форм. (БП Управлінський/Основний)	Система зворотного зв'язку «PDCA»: Введення обов'язкового аналізу першопричин («ROOT CAUSE ANALYSIS – RCA») для кожної помилки. Оцифрування документації для автоматичної валідації даних.

Джерело: власна розробка

Система постійного вдосконалення діяльності МСМО побудована відповідно до циклу «PDCA» (PLAN–DO–CHECK–ACT). На етапі планування визначаються цілі, оновлюються СОП і встановлюються показники ефективності (KPI) для кожного БП. На етапі виконання МС застосовують оновлені СОП у практиці. На етапі перевірки здійснюється моніторинг результатів, аналіз відхилень і формування звітів. Завершальний етап передбачає впровадження коригувальних дій та повторний запуск циклу.

Такий підхід забезпечує системність управління, підзвітність і підвищує залученість персоналу до процесу вдосконалення якості [36, 37].

Оскільки ключовим елементом діяльності ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» є власне процес гемодіалізу, розглянемо його моделювання на засадах ПП (використовуючи, наприклад, нотацію BPMN – «BUSINESS PROCESS MODEL AND NOTATION»).

1. Визначення Елементів Процесу (табл. 3.3)

Таблиця 3.3.

Елемент	Опис	Відповідальність/Власник
Назва БП	Проведення Процедури Гемодіалізу (ППГ)	Головна МС/Медичний директор
Вхід	Прибуття пацієнта, готового до процедури (з направленням/записом), необхідні ЛЗ/матеріали	Пацієнт/Головна МС/ Лікар-нефролог
Вихід	Пацієнт після успішного проведення процедури, задокументовані дані процедури, готовність штучної нирки до наступного циклу	МС (МСМО)
Учасники (POOLS)	МС, Лікар-нефролог	

Джерело: власна розробка

2. Візуалізація та Кроки БП.

Введемо три основні «плавальні доріжки» (LANES) для учасників: Пацієнт, МСМО (Молодший спеціаліст) та Лікар.

А. Фаза 1: підготовка та прийом (табл. 3.4).

Б. Фаза 2: проведення процедури (табл. 3.5).

В. Фаза 3: Завершення та документування (табл. 3.6.)

Аналіз цієї моделі дозволяє виявити зони для оптимізації, які безпосередньо впливають на економічну ефективність (табл. 3.7)

Завдяки чіткому визначенню кроків, відповідальності (МСМО як «виконавець БП») та часових показників (KPI), керівництво ЗОЗ може вимірювати та цілеспрямовано покращувати кожен етап, максимізуючи ефективність використання дорогого обладнання та кваліфікованого часу МП.

Таблиця 3.4

Крок	Доріжка (LANE)	Опис Дії	Тривалість (KPI)
Старт (Подія)	Пацієнт	Прибуття пацієнта.	-
1. Верифікація	МСМО	Перевірка медичної карти, запису, візуальний огляд пацієнта.	< 3 хв.
2. Діагностика	МСМО	Вимірювання АТ, ЧСС, температури, ваги. Фіксація даних.	< 5 хв.
3. Перевірка Апарату	МСМО	Перевірка діалізного апарату, системи очищення води, наявність витратних матеріалів.	< 7 хв.
Шлюз (Gateway)	МСМО / Лікар	Чи є відхилення/критичні зміни в стані пацієнта?	
Так (Виключний шлюз)	Лікар	Негайний огляд та прийняття рішення: процедура відкладається чи коригується.	
Ні	МСМО	Перехід до наступного кроку.	

Джерело: власна розробка

Таблиця 3.5

Крок	Доріжка (LANE)	Опис дії	Тривалість (KPI)
4. Підключення	МСМО	Підключення пацієнта до діалізного апарату (доступ, гепаринізація).	< 5 хв.
5. Моніторинг (Цикл)	МСМО	Регулярний моніторинг параметрів (АТ, тиск у системі, самопочуття пацієнта).	Цикл кожні 30-60 хв.
6. Введення Препаратів	МСМО	Введення необхідних препаратів (заліза, еритропоєтину) згідно з протоколом.	Заплановано
Таймер (Подія)	Система	Процедура завершена (3-4 години).	

Джерело: власна розробка

Таблиця 3.6

Крок	Доріжка (LANE)	Опис дії	Тривалість (КРІ)
1	2	3	4
7. Відключення	МСМО	Безпечне відключення пацієнта, обробка місця доступу.	< 3 хв.
8. Фінальний Контроль	МСМО	Повторне вимірювання ваги та АТ. Порівняння з початковими даними.	< 2 хв.
9. Документування	МСМО	Внесення всіх даних (параметри, ліки, стан) в електронну/паперову карту. (Критичний крок)	< 10 хв.
Кінець (Подія)	МСМО	Пацієнт відпущений; робоче місце прибрано.	-

Джерело: власна розробка

Таблиця 3.7

Зона оптимізації	Поточна проблема	Рішення за ПП	Економічний ефект
Верифікація (Крок 1, 2)	Затримка через пошук карти, неповні дані	Інтеграція: МСМО отримує електронний «чек-лист» перед прибуттям пацієнта, дані автоматично підтягуються	Скорочення часу обороту ліжка
Перевірка Апарату (Крок 3)	Час витрачається на ручну перевірку матеріалів/води	Автоматизація: Введення процедури, де Технічний персонал/МСМО завершує процедуру з «готовністю до наступного запуску» (мінімізується час налаштування)	Зростання продуктивності МСМО.
Документування (Крок 9)	Довге ручне внесення даних, помилки	Цифровізація: Впровадження планшетів/мобільних пристроїв для внесення даних «біля ліжка», інтеграція з апаратом	Зменшення кількості помилок; звільнення часу МСМО.
Шлюз (Відхилення)	Нечітка комунікація між МСМО та Лікарем	Регламентация: Чіткий протокол ескалації (кого і коли викликати) та форма документування рішення Лікаря	Покращення якості лікування; зниження ризиків

Джерело: власна розробка

Отже, застосування ПП в управлінні діяльністю МСМО ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» довело свою ефективність як інструмент систематизації, стандартизації та оптимізації ключових БП без

порушення існуючих клінічних стандартів і ієрархії. Впровадження BPM, KPI та циклу PDCA дозволило усунути «вузькі місця», підвищити продуктивність праці МСМО і якість медичної допомоги, а також забезпечити прозорість управлінських рішень. Загалом PPP формує стійку основу для безперервного вдосконалення, адаптації до кадрових і ресурсних обмежень та сталого розвитку ЗОЗ [38-41].

3.2 Економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів

Оцінювання економічної доцільності впровадження PPP в систему управління діяльністю МСМО ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» здійснюється шляхом поетапного визначення сукупного річного економічного ефекту, який формується внаслідок підвищення продуктивності праці персоналу, оптимізації використання матеріальних ресурсів і зниження плинності кадрів. Отриманий економічний результат надалі зіставляється з обсягом фінансових ресурсів, інвестованих у реалізацію процесних змін, що дає змогу розрахувати показники рентабельності інвестицій (ROI) та терміну їх окупності і, відповідно, комплексно обґрунтувати економічну доцільність запропонованих управлінських рішень. Розрахунки проведемо на прикладі медичного центру м. Харків (табл. 3.8).

Таблиця 3.8.

Основні показники для розрахунку економічної ефективності запропонованих заходів

Параметр	Позначка	Значення	Примітка
1	2	3	4
Кількість МСМО	$K_{МСМО}$	8 осіб	Повний штат на 3 зміни
Середня Річна Зарплата МСМО	$ЗП_{річн}$	240 000 грн	Включаючи нарахування (приблизно 20 000 грн/міс)
Фонд Оплати Праці (ФОП) МСМО (Річний)	$ФОП_{річн}$	1 920 000 грн	$8 \cdot 240\,000$ грн

1	2	3	4
Річні Витрати на Витратні Матеріали	V_{BM}	12 000 000 грн	Діалізатори, розчини, голки, системи.
Вартість Найму/Адаптації (Плинність)	V_A	120 000 грн	Приблизно 50% річної зарплати.

Джерело: власна розробка

1. Розрахунок Річного Економічного Ефекту ($E_{річн}$).

Економічний ефект складається з трьох ключових компонентів: економія часу, економія матеріалів та економія на плинності кадрів.

А. Економія від зростання продуктивності праці [16, 32]

Прогноз: Скорочення часу на адміністративні/підготовчі операції на 12% (середнє значення з прогнозу 10-15%) (K_n).

Розрахунок:

$$E_{\text{прод}} = \text{ФОП}_{\text{річн}} \times K_n \quad (3.1)$$

$$E_{\text{прод}} = 1\,920\,000 \times 0.12 = 230\,400 \text{ грн}$$

Б. Економія від зниження операційних витрат (матеріалів).

Прогноз: Зниження витрат на матеріали на 3% (середнє значення з прогнозу 2-5%) (K_v).

Розрахунок:

$$E_{\text{мат}} = V_{BM} \times K_v \quad (3.2)$$

$$E_{\text{мат}} = 120\,000 \times 0.03 = 360\,000 \text{ грн.}$$

В. Економія від зниження плинності кадрів [16, 32].

Прогноз: Зменшення плинності кадрів на 5% (середнє значення з прогнозу 3-7%). Припускаємо, що поточна плинність ($Пн$) становить 20% (3 особи на рік). Зниження на 5% означає збереження 0.75 особи на рік ($Пз$).

Розрахунок:

$$E_{\text{пл}} = (K_{\text{МСМО}} \times Pn) \times Pz \times V_A, \quad (3.3)$$

$$E_{\text{пл}} = (8 \times 0,20) \times 0,05 \times 120000 = 9600 \text{ грн.}$$

Г. Загальний річний економічний ефект:

$$E_{\text{річн}} = E_{\text{прод}} + E_{\text{мат}} + E_{\text{пл}}, \quad (3.4)$$

$$E_{\text{річн}} = 230400 + 360000 + 9600 = 600000 \text{ грн.}$$

3. Оцінка вартості впровадження (інвестиції, *I*).

Вартість впровадження ПП (для одного центру) включає витрати на консалтинг/аналіз, навчання та ІТ-забезпечення (табл.3.9).

Таблиця 3.9.

Основні компоненти витрат впровадження ПП

Компонент витрат	Значення (грн)
1. Аналіз та моделювання процесів	150 000
2. Навчання персоналу (тренінги)	50 000
3. Модернізація/ІТ-забезпечення	100 000
Загальна вартість впровадження (<i>I</i>)	300 000

Джерело: власна розробка

4. Розрахунок рентабельності інвестицій (ROI) та терміну окупності (Pr).

Використовуємо формулу ROI:

$$ROI = \frac{E_{\text{річн}} - I}{I} \times 100\%, \quad (3.5)$$

$$ROI = \frac{600000 - 300000}{300000} \times 100\%$$

$$ROI = 100\%.$$

Прогнозований коефіцієнт окупності інвестицій становить 100 % за перший рік, що свідчить про високу економічну ефективність проєкту.

Розрахунок терміну окупності («PAYBACK PERIOD», PP) [16, 32].

Термін окупності – це час, необхідний для того, щоб економічний ефект покрив інвестиції:

$$PP = \frac{I}{E_{\text{річн}}/12} \quad (3.5)$$

$$PP = 300000/(600000/12) = 6 \text{ міс.}$$

Інвестиції в удосконалення управління ЗОЗ завдяки впровадженню процесної моделі МСМО окупляться менш ніж за шість місяців.

Інтегральні показники економічної ефективності впровадження ПП в систему управління діяльністю МСМО ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» наведені в табл.3.10.

Таблиця 3.10

Інтегральні показники економічної ефективності впровадження ПП в систему управління діяльністю МСМО ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА»

Показник	Значення
Загальний річний економічний ефект	600000 грн
Сума інвестицій у впровадження	300000грн
Коефіцієнт рентабельності інвестицій (ROI)	100%
Термін окупності (PAYBACK PERIOD)	6 міс

Джерело: власна розробка

Таким чином, наведені в табл. 3.10 інтегральні показники свідчать про високу економічну результативність упровадження ПП в систему управління діяльністю МСМО ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА». Отриманий річний економічний ефект у розмірі 600 тис. грн повністю

компенсує обсяг інвестицій уже протягом першого року, забезпечуючи коефіцієнт окупності на рівні 100 %. Короткий термін повернення вкладених коштів (6 місяців) підтверджує доцільність та інвестиційну привабливість запропонованих управлінських рішень.

Висновки до розділу 3

Обґрунтовано, що перехід від традиційної функціональної структури до процесної моделі дозволяє розглядати діяльність МС не як набір окремих маніпуляцій, а як цілісний БП надання медичної послуги. Це забезпечує чітку фіксацію відповідальності на кожному етапі – від підготовки апарату «штучна нирка» до завершення процедури діалізу та догляду за пацієнтом.

В межах ПП розроблено систему ключових показників ефективності для МСМО, які прив'язані до результативності конкретних БП: дотримання часових регламентів підготовки до сеансу; відсутність помилок при заповненні медичної документації в системі EUCLID; рівень задоволеності пацієнтів якістю сервісу. Це дозволяє зробити систему стимулювання прозорою та орієнтованою на кінцевий результат.

Запропоновано розширення використання внутрішніх ІТ-рішень для управління робочими графіками та операційним навантаженням. ПП у поєднанні з автоматизацією дозволяє оперативно перерозподіляти ресурси між змінами, мінімізуючи ризики професійного вигорання персоналу через надмірне навантаження.

Реалізація запропонованих підходів дозволить ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» зміцнити кадровий потенціал, підвищити лояльність МП та забезпечити найвищий рівень безпеки пацієнтів завдяки мінімізації «людського фактору» у критичних БП.

Впровадження ПП в управлінні МСМО дозволяє оптимізувати операційний час на підготовку та завершення процедур діалізу. Завдяки чіткій стандартизації дій МП та впровадженню системи чек-листів, досягається

скорочення непродуктивних витрат часу на 10-12%. В масштабах центру це дозволяє підвищити пропускну здатність діалізних залів без залучення додаткових штатних одиниць.

Економічна ефективність процесного управління також полягає в управлінні ризиками. Стандартизація роботи МСМО згідно з міжнародними протоколами мінімізує ймовірність поломок коштовного обладнання та ускладнень у пацієнтів через людський фактор. Це запобігає непередбачуваним витратам на позаплановий ремонт техніки та юридичні ризики.

Чіткий контроль за БП підготовки до процедури в межах нової моделі управління дозволяє зменшити обсяг браку розхідних матеріалів (магістралей, діалізаторів, концентратів) на 3-5%. Для мережі діалізних центрів, що працює з великими обсягами імпортованих витратних матеріалів, це трансформується у значну суму заощаджених валютних коштів.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що запропоновані заходи є економічно доцільними. Прогнозний термін окупності витрат на впровадження нових управлінських інструментів становить 6 місяців, що свідчить про високу інвестиційну привабливість проєкту для керівництва ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА».

ВИСНОВКИ

МСМО є центральною ланкою у наданні медичної допомоги. Їх організаційна роль виходить за межі простого виконання лікарських призначень і включає координацію догляду, комунікацію з пацієнтами та родичами, а також ефективне управління внутрішніми ресурсами підрозділів. Успіх лікувального процесу, а отже, й функціонування всього ЗОЗ, критично залежить від якості та чіткості виконання їх професійних функцій.

Сучасний менеджмент персоналу вимагає відходу від оцінювання діяльності МСМО виключно за критерієм кількості виконаних маніпуляцій. Натомість, необхідно використовувати комплексні підходи, що охоплюють:

1. Професійну компетентність (відповідність СОП).
2. Результативність (досягнення КРІ, зокрема, орієнтованих на пацієнта).
3. Поведінкові компетенції (комунікативні навички, етика, робота в команді).

Саме така багатофакторна оцінка дозволяє об'єктивно визначати потреби у розвитку персоналу та ефективно управляти системою їх мотивації.

Встановлено, що ПП є найбільш доцільною теоретичною основою для управління діяльністю МСМО. Цей підхід забезпечує системну трансформацію їх обов'язків із хаотичного набору функцій на прозорі та керовані процеси. Ключові переваги включають: чітке визначення ролей і зон відповідальності; гарантія якості через стандартизацію (СОП); механізм постійного вдосконалення (на основі циклу PDCA), який дозволяє оперативно реагувати на зміни та підвищувати якість догляду.

Узагальнюючи, теоретичні засади управління діяльністю МСМО мають ґрунтуватися на визнанні їх стратегічної ролі, використанні об'єктивних та комплексних методів оцінювання та впровадженні ПП, що є гарантом стабільно високої якості медичних послуг.

Аналіз діяльності ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» свідчить про високу стійкість бізнес-моделі в умовах воєнного стану та економічної нестабільності. Організація підтвердила статус лідера на ринку послуг замісної ниркової терапії, забезпечивши безперервність лікування для пацієнтів та стабільне постачання високотехнологічного медичного обладнання.

Спостерігається стабільна тенденція зростання (або утримання) чистого доходу, що зумовлено високим попитом на необхідні медичні послуги та розширенням мережі діалітичних центрів.

Незважаючи на зростання витрат на логістику та енергоносії, показники рентабельності залишаються на прийнятному рівні завдяки впровадженню глобальної програми оптимізації витрат.

Організація демонструє ефективне управління оборотним капіталом, що дозволяє вчасно оновлювати парк медичного обладнання та підтримувати запаси витратних матеріалів.

Ключовим фактором ефективності є суворе дотримання міжнародних медичних стандартів. Автоматизація клінічних процесів та використання системи моніторингу результатів лікування дозволили досягти високих показників якості життя пацієнтів, що є головним нефінансовим індикатором успіху ЗОЗ.

Ефективність діяльності ЗОЗ підтверджується його участю в державних програмах медичних гарантій (через НСЗУ). Це забезпечує стабільний потік фінансування та водночас реалізує соціальну місію ЗОЗ – надання безкоштовного високоякісного лікування громадянам України.

Поряд з успіхами, аналіз виявив певні виклики:

1. Залежність від валютних коливань (оскільки значна частина обладнання та розхідних матеріалів є імпортними).

2. Необхідність подальшої цифровізації внутрішніх управлінських процесів для зниження адміністративних витрат.

Встановлено, що система управління МСМО (МС/братами) у ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» побудована на засадах міжнародних протоколів та суворої стандартизації. Основним акцентом є висока технологічність процесів та безпека пацієнтів, що вимагає від персоналу не лише медичних навичок, а й вміння працювати зі складним обладнанням для екстракорпоральної терапії.

МСМО проходять багаторівневу систему внутрішнього навчання та сертифікації, що є критично важливим для роботи в центрах нефрології та діалізу.

Діагностика показала ефективне впровадження системи БПР, що інтегрована в корпоративну культуру компанії.

Управління діяльністю базується на поєднанні матеріальних і нематеріальних чинників.

Стабільна офіційна заробітна плата, страхування та безпечні умови праці, що відповідають європейським стандартам.

Виявлено потребу в посиленні програм психологічної підтримки для запобігання професійному вигоранню, оскільки робота з пацієнтами на замісній нирковій терапії є психологічно напруженою та довготривалою.

Діагностика підтверджує чітку ієрархічну структуру. Контроль якості здійснюється через регулярні аудити відповідності медичним стандартам, що мінімізує ризики клінічних помилок. Проте, спостерігається простір для впровадження більш гнучких методів «зворотного зв'язку» від персоналу до керівництва.

ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» демонструє високий рівень адаптивності та операційної ефективності. Організація успішно поєднує комерційну результативність із виконанням критично важливих соціальних функцій, зберігаючи фінансову стійкість навіть у кризових умовах.

Обґрунтовано, що перехід від традиційної функціональної структури до процесної моделі дозволяє розглядати діяльність МС не як набір окремих маніпуляцій, а як цілісний БП надання медичної послуги. Це забезпечує чітку

фіксацію відповідальності на кожному етапі — від підготовки апарату «штучна нирка» до завершення процедури діалізу та догляду за пацієнтом.

В межах ПП розроблено систему ключових показників ефективності для МСМО, які прив'язані до результативності конкретних БП: дотримання часових регламентів підготовки до сеансу; відсутність помилок при заповненні медичної документації в системі «EUCLID»; рівень задоволеності пацієнтів якістю сервісу. Це дозволяє зробити систему стимулювання прозорою та орієнтованою на кінцевий результат.

Запропоновано розширення використання внутрішніх ІТ-рішень для управління робочими графіками та операційним навантаженням. ПП у поєднанні з автоматизацією дозволяє оперативно перерозподіляти ресурси між змінами, мінімізуючи ризики професійного вигорання персоналу через надмірне навантаження.

Реалізація запропонованих підходів дозволить ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА» зміцнити кадровий потенціал, підвищити лояльність МП та забезпечити найвищий рівень безпеки пацієнтів завдяки мінімізації «людського фактору» у критичних БП.

Впровадження ПП в управлінні МСМО дозволяє оптимізувати операційний час на підготовку та завершення процедур діалізу. Завдяки чіткій стандартизації дій МП та впровадженню системи чек-листів, досягається скорочення непродуктивних витрат часу на 10-12%. В масштабах центру це дозволяє підвищити пропускну здатність діалізних залів без залучення додаткових штатних одиниць.

Економічна ефективність процесного управління також полягає в управлінні ризиками. Стандартизація роботи МСМО згідно з міжнародними протоколами мінімізує ймовірність поломок дорогого обладнання та ускладнень у пацієнтів через людський фактор. Це запобігає непередбачуваним витратам на позаплановий ремонт техніки та юридичні ризики.

Чіткий контроль за БП підготовки до процедури в межах нової моделі управління дозволяє зменшити обсяг браку розхідних матеріалів (магістралей, діалізаторів, концентратів) на 3-5%. Для мережі діалітичних центрів, що працює з великими обсягами імпортованих витратних матеріалів, це трансформується у значну суму заощаджених валютних коштів.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що запропоновані заходи є економічно доцільними. Прогнозний термін окупності витрат на впровадження нових управлінських інструментів становить 6 місяців, що свідчить про високу інвестиційну привабливість проєкту для керівництва ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДІКАЛ КЕР УКРАЇНА».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абашнік Н. М. Роль медичної сестри в Україні та у світі. Медсестринство 2019. №4. – С.7 – 10.
2. Авраменко Т.П. Державна політика щодо підвищення якості професійної підготовки медичних працівників. Матеріали щорічної науково-практичної конференції за міжнародною участю. Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні. 2016. Київ, 23 березня. С.11-13.
3. Алькема В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С. Менеджмент закладу охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2023. 244 с.
4. Антощина Н.І. Сучасний погляд на систему управління персоналом в аспекті забезпечення конкурентоспроможності підприємства. Ефективна економіка. 2014. № 9. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3350> (дата звернення: 11.10.2025).
5. Балабанова Л. В., Сардак О. В. Управління персоналом. Підручник. К.: Центр учбової літератури, 2011. 468 с
6. Банчук М. В. Державне управління підготовкою кадрових ресурсів сімейної медицини. Державне управління: удосконалення та розвиток. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=299> (дата звернення: 11.10.2025)
7. Борщ, В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Проблеми системного підходу в економіці. 2019. Вип. 1(1). С. 73-79.
8. Бричко А.М. Ефективність управління персоналом як один з етапів ведення власної справи (на прикладі закладів охорони здоров'я). Економіка та суспільство.2022. (36). URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1159/1117> (дата звернення: 3.09.2025)

9. Булах І.Є. Моніторинг якості медичної освіти: міжнародний дос від. Медична освіта. 2018. № 3. С. 5-12.
10. Валовина В.В. Особливості оцінювання роботи персоналу в закладах охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доповідей II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжн. участю, (Тернопіль, 28 травня 2021 р.) Ч. 2 / відп. за випуск М. М. Шкільняк. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. С.60-62.
11. Відомості про Компанію Fresenius Medical Care. Офіційний сайт. URL: <https://fresenius-medicalcare.ua/uk/pro-nas/vidomosti-pro-kompaniju> (дата звернення: 3.09.2025)
12. Волосовець, О. П., Заболотько В. М., Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. Українські медичні вісті. 2020 №1. С. 20-26.
13. Волосовець, О. П., Заболотько, В. М., Волосовець, А. О. (2020). Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. Українські медичні вісті. 2020. Т.12№(84). С.20 - 26. DOI: 10.32471/umv.2709-6432.84.57.
14. Вороненко Ю. В., Пашенко В. М. Бізнес-планування в охороні здоров'я : навч.-метод. посіб. для керівників закладів охорони здоров'я за спец. «Організація та управління охороною здоров'я». Київ : Генеза, 2016. 334 с.
15. Гетьман О. О., Білодід А. О. Інноваційні методи розвитку персоналу. Глобальні та національні проблеми економіки: ел. наук. фах. вид. 2017. Випуск 17. С. 556-561.
16. Гладкова О. В., Посилкіна О. В. Управління закладами охорони здоров'я : метод. рек. до виконання самостійної роботи здобувачами вищої освіти, що навчаються освітньою програмою «Управління охороною здоров'я і фармацевтичним бізнесом». Харків : НФаУ, 2023. 24 с.
17. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування й реалізації): моногр. URL: https://library.wunu.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf (дата звернення: 8.10.2025)

18. Граціотова Г.О. Управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України в умовах Європейської інтеграції. Економіка: реалії часу. 2020. № 6 (52). С. 25-34. DOI: 10.15276/ETR.06.2020.3. DOI: 10.5281/zenodo.4564470.

19. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text> (дата звернення: 6.10.2025)

20. Думанська Н. М., Лісна А. Г. Управління якістю бізнес-процесів у фармацевтичній організації. Підготовка спеціалістів фармації в рамках концепції «Навчання протягом життя (Life Long Learning)»: наука, освіта, практика : матеріали III наук.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю, присвячену 40-річчю заснування кафедри організації, економіки та управління фармацією, м. Харків, 23-24 жовт. 2024 р. Харків : НФаУ, 2024. С. 469-471.

21. Єржак Г.Я. Технологія управління ЗОЗ.: дайджест. Дніпро: ДОНМБ, 2017. вип.3. 162 с.

22. Звірич В. В. Методичні засади та принципи удосконалення механізму управління персоналом у галузі охорони здоров'я. Публічне урядування. 2022. (2 (30)). С 32-39. DOI: 10.32689/2617-2224-2022-2(30)

23. Короленко В.В ., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. - К., 2018. - 96 с.

24. Кравчук, І. І., Присяжнюк, О. Ф. та Веселовський, О. Б. Удосконалення управління персоналом закладів охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. (2). DOI: 10.32702/2307-2105-2020.2.1

25. Кравчук І.І. Удосконалення управління персоналом закладів охорони здоров'я. URL: http://www.economy.nauka.com.ua/pdf/2_2020/3.pdf (дата звернення: 8.10.2025)

26. Мартинюк О. А. Впровадження бізнес-процесів для підвищення конкурентоспроможності медичних закладів. Східна Європа: економіка, бізнес та управління. 2016. Вип. 2(02). С. 182-185.

27. Медична реформа. URL: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 8.10.2025)

28. Менеджмент персоналу: навч.-методич. посіб. / Дяків О. П., Коцур А. С., Островерхов В. М., Надвиничний С. А., Шкільняк М. М., Шушпанов Д. Г. / за заг. ред. М. М. Шкільняка. Тернопіль. 2022. 280 с.

29. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. URL: <https://api.dspace.wunu.edu.ua/api/core/bitstreams/2b1cd7e8-9bc2-49f4-8c78-e546f6bbdc7a/content> (дата звернення: 11.10.2025).

30. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія / Р. Р. Августин, О. З. Апостолюк, А. І. Артимович [та ін.]. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.

31. Палюх М. Оцінка роботи персоналу в закладах охорони здоров'я URL: <https://api.dspace.wunu.edu.ua/api/core/bitstreams/2ae3b784-60be-4695-8d0f-d94133e8ef22/content> (дата звернення: 8.10.2025)

32. Посилкіна О. В., Кубасова Г. В. Формування бізнес-моделі підприємства : навч. посіб. для здобувачів вищої освіти освітньо-професійної програми "економіка підприємства". Харків : НФаУ. 2020. 225 с.

33. Програма національного стратегічного планування розвитку системи медичних стандартів в Україні. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2006_prog.pdf (дата звернення: 8.10.2025)

34. Прокопець Л.В., Тодоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. Інфраструктура ринку. 2020. Випуск 42. С. 267-272. DOI:10.32843/infrastruct42-45

35. Про Порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12> 28.09.2012 № 752.

36. Резолюція Асамблеї ВООЗ 42.27 42 сесії ВВОЗ (1989), URL: <http://www.who.dk/document/e71523R.pdf> (дата звернення: 6.10.2025)

37. Ровенська В. В., Саржевська, Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. Економічний вісник Донбасу.2019.3 (57). С. 162-168. DOI: 10.12958/1817-3772-2019-3(57)-162-168

38. Сабецька, Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. Економіка та суспільство. 2022. (40). DOI: 10.32782/2524-0072/2022-40-26

39. Скібіцький О.М. Розгляд теоретичних основ управління людським потенціалом. Вісник Одеського національного університету. Економіка. 2013. Т. 18, Вип. 2. С. 188-197.

40.Труніна, І. М., Сербін, Р. А., & Андрієнко, М. С. (2021). Особливості управління персоналом у медичній галузі. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки».2021 (43).С. 51-56.

41. Buttigieg S. C., Dey P. K., Gauci D. Business process management in health care: current challenges and future prospects. Innovation and Entrepreneurship in Health. 2016. Vol. 3. P. 1-13.

42. Buttigieg S , Dey PK , Gauci D. Business process management in health care: current challenges and future prospects. Innovation and Entrepreneurship in Health. 2016. № 3. P. 1–13.

43. Chernetska O. Enterprise management system analytical tools. Economics, Entrepreneurship, Management. 2023. №10 (2). URL: https://dspace.dsau.dp.ua/bitstream/123456789/10109/1/%d0%a7%d0%b5%d1%80%d0%bd%d0%b5%d1%86%d1%8c%d0%ba%d0%b0_%d0%a7%d0%b5%d1%80%d0%bd%d0%b5%d1%86%d1%8c%d0%ba%d0%b8%d0%b9.pdf (дата звернення: 11.10.2025)

44. Edwards H. L. Accreditation Standards for Medical Institutions: Global Trends. London : Medical Accreditation Institute, 2020. 57 p.

45. Effective health management for a healthy Europe. URL: <https://ehma.org/> (дата звернення: 11.10.2025).

46. Grant A. How to Build a Corporate Culture That Leads to Success. Personio. 2019. URL: <https://www.personio.com/blog/corporate-culture/> (дата звернення: 11.10.2025)
47. Handbook of research on business process modeling / ed. by Jorge Cardoso, Wil van der Aalst. London : Information Science Reference, 2009. 634 p.
48. Harmon P. Scope and evolution of business process management. Handbook of Business Process Management / ed. J. Vom Brock, M. Rosemann. Berlin : Springer, 2015. P. 37–81.
49. ISO 9000:2000 guidance modules – Guidance on the Terminology used in ISO 9001:2000 URL: <https://www.sascertificadora.com.br/arquivos/TC176526.pdf>
50. McCabe R. Nursing careers: what motivated nurses to choose their profession? Austrian Bulletin of Labour, 2018, vol. 31, no. 4, pp. 384–406.
51. Patel O. The Key to Success: How a Process-Oriented Organization Can Transform Your Business. URL: <https://www.heflo.com/blog/process-oriented-organizations> (дата звернення: 11.11.2025).
52. Porter M. E. Wettbewerbsstrategie Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten. Campus Verlag, 2013. 486 p.
53. Sinha A. The Role of Team Effectiveness in Quality of Health Care Integrative Journal of Global Health. 2017. Vol. 1. No. 1-2. P. 1-4.
54. Smith R. F. Business Process Management and the Balanced Scorecard: Using Processes as Strategic Drivers. New Jersey : John Wiley & Sons, 2007. 228 p.
55. Wilson K. Strategic Approaches to Innovation in Medical Services. Journal of Management and Strategy. 2021. № 5. P. 30–38.
56. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/> (дата звернення: 8.10.2025)
57. Young M. A. Quality Assurance in Medical Services: Trends and Perspectives. Health Economics and State Policy. 2021. № 1. P. 20–27

58. Zhukovska A, Brechko O, Zheliuk T, Shushpanov D, Olena N. Elektronni medychni zapysy: novi mozhlyvosti dlia klinichnykh doslidzhen. [Information System and Technologies in the Health Care Management]: Materialy 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT)]. 2022:249–254.

59. Zhukovska A, Brechko O, Zheliuk T, Shushpanov D, Olena N. Information System and Technologies in the Health Care Management. International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT). 2022:249–254.

ДОДАТКИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

YOUTH PHARMACY SCIENCE

МАТЕРІАЛИ
VI ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

10-11 грудня 2025 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2025

	ЗМІСТ
Ергешова Е.А., Олійник С.В.; Н. к.: Ковальова Т.М.	460
Зінченко А.А.; Н. к.: Бабічева Г.С.	462
Колтовський А.А.; Н. к.: Малініна Н.Г.	463
Кухарук О.Т.; Н. к.: Бабічева Г.С.	464
Лимаренко Є.; Н. к.: Ковальова Т.М.	466
Мазурець Д.Є.; Н. к.: Боднар Л.А.	468
Налізько А.І., Главник В.А., Бондаренко В.А.; Н. к.: Жадько С.В.	470
Полторуха П.А.; Н. к.: Рогуля О.Ю.	472
Сікало В.В.; Н. к.: Жадько С.В.	473
Сонник Є.І.; Н. к.: Рогуля О.Ю.	474
Цимбала В.В.; Н. к.: Малініна Н.Г.	475
Цимбала В.Ю.; Н. к.: Малініна Н.Г.	476
Шапран Д.І.; Н. к.: Бабічева Г.С.	478

**СЕКЦІЯ 13. УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІКИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ У
ФАРМАЦІЇ**

MANAGEMENT, ECONOMY AND QUALITY ASSURANCE IN PHARMACY

Баданюк Д.Б.; Н. к.: Лісна А.Г.	481
Баданюк Д.В.; Н. к.: Зборовська Т.В.	482
Балдушенко І.В.; Н. к.: Лісна А.Г.	484
Бріт В.М.; Н. к.: Назаркіна В.М.	486
Виноградський В.В.; Н. к.: Коваленко С.М.	488
Волощук В.В.; Н. к.: Зборовська Т.В.	489
Волощук Т. В.; Н. к.: Лісна А.Г.	492
Гришук Т.В.; Н. к.: Бабічева Г.С.	494
Грінченко А.А.; Н. к.: Посилкіна О.В.	495
Дякова М.А.; Н. к.: Лісна А.Г.	496
Ємсенко В.А.; Н. к.: Посилкіна О.В.	498
Живолуп Г.О.; Н. к.: Малініна Н.Г.	500
Звіряка О.М.; Н. к.: Літвінова О.В.	502
Карпенко І.І.; Н. к.: Лісна А.Г.	503
Кізіль А.В.; Н. к.: Коляда Т.А.	505
Кривець О.М.; Н. к.: Коваленко С.М.	507
Лазутська Н.А.; Н. к.: Зборовська Т.В.	510
Мельничук М.П.; Н. к.: Літвінова О.В.	512
Моляща К.М.; Н. к.: Зборовська Т.В.	515
Недашківська О.Д.; Н. к.: Коваленко С.М.	516
Носов О.А.; Н. к.: Зборовська Т.В.	517
Обухова О.М.; Н. к.: Коваленко С.М.	518

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю
«YOUTH PHARMACY SCIENCE»

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ НА ЗАСАДАХ ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ

Баданок Д.Б.

Науковий керівник: Лісна А.Г.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

darya_bad@ukr.net

Вступ. Сучасні трансформації в системі охорони здоров'я України супроводжуються зростанням вимог до якості та безпеки медичної допомоги, ефективності використання ресурсів і прозорості управлінських рішень. Одним із ключових елементів функціонування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) є діяльність молодших спеціалістів з медичною освітою, які забезпечують безперервність догляду, виконання медичних процедур, дотримання вимог інфекційного контролю та ведення медичної документації. Традиційні підходи до організації їх роботи часто мають фрагментований характер, що призводить до дублювання функцій, втрати часу та ризику помилок. У таких умовах застосування процесного підходу дозволяє систематизувати діяльність, чітко визначити відповідальність і забезпечити керованість ключових процесів.

Мета дослідження. Підвищення ефективності управління діяльністю молодших спеціалістів з медичною освітою у ЗОЗ шляхом впровадження процесного підходу та оптимізації ключових операційних, допоміжних і управлінських процесів.

Матеріали та методи. У дослідженні використано елементи процесного підходу відповідно до принципів ISO 9001, методологію аналізу процесів (ідентифікація, класифікація, опис, встановлення меж і розподіл відповідальності), метод Root Cause Analysis (RCA) для визначення причин помилок, підхід PDCA для забезпечення циклічності покращень. Інформаційну базу становили внутрішні регламенти, стандартні операційні процедури, форми звітності та показники діяльності діалізного центру ТОВ «Фрезеніус Медікал Кер Україна» у м. Харків.

Результати дослідження. Аналіз діяльності молодших спеціалістів дозволив виділити три групи процесів: основні, допоміжні та управлінські. До основних віднесено процедуру гемодіалізу та дотримання інфекційного контролю, де медичні сестри виконують пряму виконавчу роль. Допоміжні процеси включають забезпечення витратними матеріалами, обробку обладнання та щоденний технічний контроль апаратів. Управлінські процеси охоплюють ведення документації, реєстрацію інцидентів, участь у внутрішніх аудитах та оцінці компетентностей.

Виявлено кілька організаційних «вузьких місць». Серед них — затримка початку процедур через несинхронізовану підготовку робочих місць; ризик дефіциту матеріалів через відсутність чіткої системи обліку; помилки у медичній документації, пов'язані з рутинністю роботи та невчасним оновленням знань персоналу. Впровадження стандартизованих елементів, таких як контрольні списки, система Kanban, визначення мінімальних залишків та регулярні перевірки відповідності, дозволило зменшити вплив цих факторів.

Механізм постійного вдосконалення, побудований за моделлю PDCA, дав можливість підсилити контроль за ключовими показниками (час підготовки пацієнтів, точність складського обліку, частота помилок у документації) та створив умови для своєчасного коригування процесів. Застосування RCA забезпечило виявлення першопричин інцидентів і формування практичних рекомендацій для їх попередження. Важливим результатом стало

зростання прозорості розподілу відповідальності, підвищення залученості молодших спеціалістів у процес удосконалення та формування культури якості в медичному центрі.

Додатково було встановлено, що впровадження коротких щоденних брифінгів перед початком зміни підсилює керуваність процесів, адже дозволяє чітко визначати пріоритети та розподіляти завдання між молодшими спеціалістами. Використання візуалізованих карт потоків процесів сприяло кращому розумінню послідовності операцій та забезпечило прозорість у межах командної взаємодії, що є ключовою вимогою процесного підходу. Регулярні тренінги з моделювання клінічних ситуацій стали інструментом підвищення професійної готовності персоналу, що на пряму впливає на стабільність і якість виконання стандартних процесів. Запровадження системи зворотного зв'язку дозволило персоналу оперативної отримувати інформацію про перебіг процесів і виявляти відхилення ще до того, як вони переростуть у проблеми. Усі ці заходи комплексно зміцнили процесне управління діяльністю молодших спеціалістів, забезпечивши більш передбачуваний, контрольований та ефективний перебіг операцій у ЗОЗ.

Висновки. Впровадження процесного підходу в управління діяльністю молодших спеціалістів з медичною освітою є дієвим інструментом оптимізації роботи ЗОЗ. Його застосування дозволяє зменшити кількість організаційних помилок, скоротити час виконання основних процедур, забезпечити раціональне використання ресурсів та підвищити якість медичної допомоги. Запропонована модель управління, підтверджена аналізом процесів діалізного центру, може бути масштабована на інші ЗОЗ, що прагнуть впроваджувати системні управлінські підходи відповідно до міжнародних стандартів.

РОЗРОБКА ЗАХОДІВ З ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ПРИКЛАДІ ТОВ «ФРЕЗЕНІУС МЕДИКАЛ КЕР УКРАЇНА»

Баданюк Д.В.

Науковий керівник: Зборовська Т.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

darya_bad@ukr.net

Вступ. У межах трансформації медичної галузі від закладів охорони здоров'я вимагається підвищення якості послуг, впровадження стандартів доказової медицини встановлених Національною службою здоров'я України (НСЗУ), та сучасних підходів до формування системи менеджменту якості.

В умовах воєнних викликів питання підтримання якості медичних послуг стає особливо актуальним. ТОВ «Фрезеніус Медикал Кер Україна» функціонує як мережа діалітичних центрів, що впроваджує міжнародні підходи до управління якістю. Кількість пацієнтів із хронічною хворобою нирок в Україні щороку зростає, що робить необхідним вдосконалення стандартів лікування. У клініках, які здійснюють програмний гемодіаліз, особлива увага приділяється безпеці процедур, безперервності лікування та відповідності процесів сучасним стандартам, однак у роботі цих закладів залишаються фактори, які потребують постійного вдосконалення технічного та організаційного спектру. Пацієнти сьогодні вимагають безпечного лікування, належного ставлення, комфортних умов, доступності інформації та прозорості процесів. Програми покращення якості стають ключовими для формування довіри.

Фрезеніус Медікал Кере АГ ФМЕГ. F

Остання торгівля

▲ **36.72** євро Fresenius Medical Care AG 0.26 +0.71%

Станом на 26 січня 2024 року. Значення із затримкою до 15 хвилин

Сьогоднішній асортимент

36,28 - 36,72

Діапазон 52 тижнів

30,92 - 49,45

Профіль

Діаграми

Фінансові показники

Ключові показники

Всі оголошення

Звіт про фінансові результати

Грошовий потік

Бухгалтерський баланс

Бухгалтерський баланс

Щорічний

Щоквартально

Назва	Недійсна датаНедійсна датаНедійсна дата			Тенденція
	2024	2023	2022	
Готівкою Більше ▾	911.01	925.13	746.85	▬ ▬ ▬ ▬
Грошові кошти та їх еквіваленти	362.77	556.52	334.69	▬ ▬ ▬ ▬
Загальна дебіторська заборгованість, нетто	3,882.04	3,769.23	3,579.29	▬ ▬ ▬ ▬
Короткострокові інвестиції	169.98	136.36	161.69	▬ ▬ ▬ ▬
Грошові кошти та короткострокові інвестиції	1,443.77	1,618.02	1,243.23	▬ ▬ ▬ ▬
Дебіторська заборгованість - торгівля, нетто	3,574.27	3,409.06	3,153.05	▬ ▬ ▬ ▬
Загальна інвентаризація	2,296.21	2,038.01	1,895.31	▬ ▬ ▬ ▬
Передплачені витрати	410.33	377.91	374.08	▬ ▬ ▬ ▬
Інші оборотні активи, всього	171.09	164.07	183.40	▬ ▬ ▬ ▬
Всього оборотних активів	8,203.45	7,967.24	7,275.31	▬ ▬ ▬ ▬

Продовження Додатку Б

Нараховані витрати ^{Більше} ▾	2,183.85	2,225.56	2,115.75	■ ■ ■ ■
Облігації до кредиторської заборгованості/ короткострокова заборгованість	669.01	1,255.85	79.27	■ ■ ■ ■
Поточний порт оренди боргу/капіталу LT	1,367.89	1,329.54	1,617.52	■ ■ ■ ■
Інші Поточні зобов'язання, Всього	1,433.31	1,710.61	1,615.11	■ ■ ■ ■
Загальна сума поточних зобов'язань	6,467.31	7,257.63	6,159.64	■ ■ ■ ■
Довгострокова заборгованість	7,170.73	6,646.95	6,800.10	■ ■ ■ ■
Зобов'язання з оренди капіталу	4,004.94	4,087.80	3,883.13	■ ■ ■ ■
Загальна довгострокова заборгованість	11,175.67	10,734.75	10,683.23	■ ■ ■ ■
Загальна заборгованість	13,212.57	13,320.15	12,380.02	■ ■ ■ ■
Відстрочений податок на прибуток	936.48	868.45	785.89	■ ■ ■ ■
Майно/Завод/Обладнання, Всього - Брутто ^{Більше} ▾	17,936.72	16,654.33	14,830.43	■ ■ ■ ■
Накопичена амортизація, загальна	(9,596.91)	(8,102.86)	(6,643.68)	■ ■ ■ ■
Майно/Завод/Обладнання, Всього - Нетто	8,339.81	8,551.47	8,186.75	■ ■ ■ ■
Гудвіл, Сітка	15,791.18	14,361.58	12,958.73	■ ■ ■ ■
Нематеріальні активи, Net	1,518.68	1,459.39	1,381.01	■ ■ ■ ■
Довгострокові інвестиції	773.72	786.90	761.11	■ ■ ■ ■
Інші довгострокові активи, всього	1,127.27	1,239.97	1,126.12	■ ■ ■ ■
Всього активів	35,754.11	34,366.56	31,689.04	■ ■ ■ ■
Кредиторська заборгованість	813.25	736.07	731.99	■ ■ ■ ■
Нараховані витрати	2,183.85	2,225.56	2,115.75	■ ■ ■ ■

Продовження Додатку Б

Облігації до кредиторської заборгованості/ короткострокова заборгованість	669.01	1,255.85	79.27	
Поточний порт оренди боргу/капіталу LT	1,367.89	1,329.54	1,617.52	
Інші Поточні зобов'язання, Всього	1,433.31	1,710.61	1,615.11	
Загальна сума поточних зобов'язань	6,467.31	7,257.63	6,159.64	
Довгострокова заборгованість	7,170.73	6,646.95	6,800.10	
Зобов'язання з оренди капіталу	4,004.94	4,087.80	3,883.13	
Загальна довгострокова заборгованість	11,175.67	10,734.75	10,683.23	
Загальна заборгованість	13,212.57	13,320.15	12,380.02	
Відстрочений податок на прибуток	936.48	868.45	785.89	
Інші зобов'язання, всього	1,725.47	1,526.68	1,728.96	
Загальна сума зобов'язань	21,764.66	21,667.78	20,473.96	
Звичайні акції, всього	293.41	293.00	292.88	
Додатковий сплачений капітал	3,372.80	2,891.28	2,872.63	
Нерозподілений прибуток (накопичений дефіцит)	10,711.71	10,826.14	10,254.91	
Казначейські акції - звичайні	--	--	0.00	
Інший власний капітал, всього	(388.47)	(1,311.64)	(2,205.34)	
Загальний власний капітал	13,989.45	12,698.78	11,215.08	
Загальна сума зобов'язань та акціонерного капіталу	35,754.11	34,366.56	31,689.04	
Загальна кількість звичайних акцій в обігу	293.41	293.00	292.88	
Матеріальна балансова вартість на акцію, загальний еквалайзер	(11.32)	(10.66)	(10.67)	
Міноритарний інтерес	1,459.73	1,280.25	1,116.23	

Валюта та кінець фінансового року відображаються відповідно до країни реєстрації.

Фрезеніус Медікал Кере АГ ФМЕГ. F

Остання торгівля

▲ 36.72 євро

0.26
+0.71%Сьогоднішній асортимент
36,28 - 36,72Діапазон 52 тижнів
30,92 - 49,45

Станом на 26 січня 2024 року. Значення із затримкою до 15 хвилин

Профіль

Діаграми

Фінансові показники

Ключові показники

Всі оголошення

Звіт про фінансові результати Грошовий потік Бухгалтерський баланс

Звіт про фінансові результати

Щорічний

Щоквартально

Назва	Недійсна датаНедійсна датаНедійсна дата			Тенденція
	2024	2023	2022	
Доходів Більше ▾	19,398.02	17,618.69	17,859.06	■ ■ ■ ■
Загальний дохід	19,398.02	17,618.69	17,859.06	■ ■ ■ ■
Вартість виручки, всього	14,087.76	12,541.66	12,321.62	■ ■ ■ ■
Валовий прибуток	5,310.25	5,077.03	5,537.44	■ ■ ■ ■
Продаж/Загальні/Адміністративні витрати, всього	3,528.86	2,996.98	3,102.80	■ ■ ■ ■
Дослідження та розробки	218.63	214.34	188.75	■ ■ ■ ■
Амортизація/амортизація	9.99	6.44	5.02	■ ■ ■ ■
Відсотки Exp.(Inc.), Net-Operating, Total	29.86	(26.02)	(115.46)	■ ■ ■ ■
Загальні операційні витрати	17,886.26	15,766.40	15,554.65	■ ■ ■ ■
Операційний дохід	1,511.76	1,852.29	2,304.41	■ ■ ■ ■

Продовження Додатку Б

Відсотки Інк.(Експ.), Нетто-Не-Оп., Всього Більше ▾	(292.48)	(280.43)	(368.02)	
Чистий прибуток до оподаткування	1,219.28	1,571.86	1,936.39	
Положення про податки на прибуток	324.95	352.83	500.56	
Чистий прибуток після сплати податків	894.33	1,219.03	1,435.83	
Чистий дохід до вирахування доп. Елементи	673.40	969.31	1,164.38	
Чистий прибуток	673.40	969.31	1,164.38	
Дохід, доступний для Com Excl ExtraOrd	673.40	969.31	1,164.38	
Дохід, доступний для Com Incl ExtraOrd	673.40	969.31	1,164.38	
Розбавлений чистий прибуток	673.40	969.31	1,164.38	
Розбавлені середньозважені акції	293.25	292.94	294.06	
Розбавлений EPS, за винятком елементів ExtraOrd	2.30	3.31	3.96	
ДПС - Первинний випуск звичайних акцій	1.12	1.35	1.34	
Розведений нормалізований EPS	3.98	3.79	4.72	
Незвичайні витрати (доходи)	11.15	33.01	51.92	
Міноритарний інтерес	(220.92)	(249.72)	(271.45)	

Валюта та кінець фінансового року відображаються відповідно до країни реєстрації.

Фрезеніус Медікал Кере АГ ФМЕГ. F

Остання торгівля

▲ **36.72** євро0.26
+0.71%

Сьогоднішній асортимент

36,28 - 36,72

Діапазон 52 тижнів

30,92 - 49,45

Станом на 26 січня 2024 року. Значення із затримкою до 15 хвилин

Профіль

Діаграми

Фінансові показники

Ключові показники

Всі оголошення

Звіт про фінансові результати Грошовий потік Бухгалтерський баланс

Грошовий потік

Щорічний

Щоквартально

Назва	Недійсна датаНедійсна датаНедійсна дата			Тенденція
	2024	2023	2022	
Чистий прибуток/статтєва лінія	894.33	1,219.03	1,435.83	
Амортизація/виснаження	1,838.36	1,623.68	1,785.90	
Відстрочені податки	(41.47)	67.26	111.10	
Безготівкові статті	126.65	232.34	215.14	
Сплачені податки готівкою	334.62	345.05	301.66	
Сплачені грошові відсотки	350.68	341.63	379.99	
Зміни в оборотному капіталі	(650.49)	(652.81)	685.18	
Грошові кошти від операційної діяльності	2,167.38	2,489.50	4,233.16	
Капітальні видатки	(770.34)	(886.72)	(1,085.23)	
Інші статті грошового потоку інвестування, всього	35.61	(309.51)	(249.71)	

Продовження Додатку Б

Грошові кошти від інвестиційної діяльності	(734.73)	(1,196.23)	(1,334.94)	
Статті фінансування грошових потоків	(123.95)	(279.54)	(693.53)	
Загальна сума виплачених грошових дивідендів	(395.56)	(392.45)	(351.17)	
Випуск (списання) акцій, нетто	20.15	6.51	(353.33)	
Випуск (списання) боргових зобов'язань, нетто	(1,118.01)	(358.9)	(1,265.99)	
Грошові кошти від фінансової діяльності	(1,617.36)	(1,024.38)	(2,664.03)	
Вплив валютних курсів	(23.16)	131.23	(160.37)	
Чиста зміна грошових коштів	(207.87)	400.12	73.82	

Валюта та кінець фінансового року відображаються відповідно до країни реєстрації.

Функціональна модель БП надання медсестринської допомоги пацієнтам під час процедури гемодіалізу («AS-IS») у нотації IDEF0



