

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

НЕДОШИТКО Юрій Володимирович

Інноваційні підходи до прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я / Innovative approaches to management decision-making in a health care institution

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзм-21
Ю.В. Недошитко

Науковий керівник:
к.е.н., доцент А.Ю. Жуковська

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

« ___ » _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Поняття управлінських рішень та їх особливості в закладах охорони здоров'я	7
1.2. Класифікація та типологія управлінських рішень в закладі охорони здоров'я	14
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В КНП «ТЕРНОПЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР» ТЕРНОПЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	26
2.1. Регламентування процесу прийняття управлінських рішень в досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	26
2.2. Аналіз індивідуального стилю прийняття управлінських рішень керівників досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	35
2.3. Оцінка якості управлінських рішень в досліджуваному закладі охорони здоров'я	45
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	56
3.1. Концептуальні засади прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я в умовах цифровізації	56
3.2. Інноваційні методи прийняття управлінських рішень щодо доцільності запровадження інновацій у лікувально-діагностичний процес	63
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	84

ВСТУП

Актуальність проблеми. Управлінські рішення відіграють важливу роль у діяльності закладу охорони здоров'я і впливають на його ефективність та якість надання послуг. За допомогою управлінських рішень обираються основна мета та пріоритетні вектори стратегічного розвитку закладу охорони здоров'я. Управлінські рішення відіграють не менш важливу роль у сфері бюджетування та фінансового контролю закладу охорони здоров'я. Управлінські рішення в сфері фінансів визначають розподіл бюджетних ресурсів для оптимізації витрат та забезпечення стабільності фінансового стану закладу охорони здоров'я. Управлінські рішення в сфері управління персоналом стосуються найму, розвитку, оцінки та мотивації медичного та адміністративного персоналу, планування кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я, навчання та розвитку медичних кадрів. Управлінські рішення дозволяють забезпечити високу якість медичних послуг та безпеку пацієнтів. На їх основі впроваджуються стандарти лікування, проводиться контроль якості та аналіз подій, пов'язаних з безпекою. Управлінські рішення визначають стратегію впровадження новітніх технологій у медичну практику, покращують діагностику, лікування та обмін інформацією. Управлінські рішення визначають вектори взаємодії закладу охорони здоров'я з громадою, забезпечують інформаційну прозорість, враховують потреби пацієнтів та стимулюють залучення громадян до процесів прийняття рішень. Раціонально організований процес прийняття та реалізації управлінських рішень дозволяє закладу охорони здоров'я досягати своїх цілей, забезпечити ефективну та якісну медичну допомогу.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Різні аспекти прийняття й реалізації управлінських рішень досліджуються багатьма українськими та зарубіжними вченими. Більшість наукових досліджень в цій сфері присвячені вивченню сутності та змісту процесу прийняття та реалізації управлінських рішень. До авторів, які обрали цю тематику об'єктом своїх наукових досліджень, належать: В. Бакуменко, Ю. Башкатов, І. Герчиков, В.

Говоруха, А. М. Гончар, Дегтяр, Б. Літовченко, М. Михайличенко, М. Мескон, Л. Орбан-Лембрик, Ю. Петруня, Л. Сапельников, А. Чопенко, та інші. Незважаючи на множину наукових досліджень в сфері прийняття та реалізації управлінських рішень на підприємствах і в організаціях, практично поза увагою науковців залишилися особливості цього процесу в закладах охорони здоров'я. Ця ситуація зумовлює актуальність обраної теми наукового дослідження.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретико-методичних положень та вироблення практико-орієнтованих рекомендацій щодо впровадження інноваційних підходів до прийняття управлінських рішень в діяльності закладу охорони здоров'я.

Досягнення вищезазначеної мети зумовило необхідність вирішення наступних теоретико-методичних і практико-орієнтованих **завдань**:

- дослідити поняття управлінських рішень та ідентифікувати особливості їх ухвалення в закладі охорони здоров'я;
- здійснити класифікацію та типологізацію управлінських рішень, які ухвалюються в закладі охорони здоров'я;
- проаналізувати процедуру регламентування процесу прийняття управлінських рішень в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- оцінити якість управлінських рішень в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- визначити індивідуальний стиль прийняття управлінських рішень керівників досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- розробити концептуальні засади прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я в умовах цифровізації;
- запропонувати інноваційні методи прийняття управлінських рішень щодо доцільності запровадження інновацій у лікувально-діагностичний процес.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є методи та підходи до прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є теоретичні, методичні та практичні засади прийняття та реалізації управлінських рішень в закладі охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання визначених завдань при проведенні дослідження та підготовці кваліфікаційної роботи були використані наступні **методи**: метод самооцінки з визначенням сукупного індексу (коефіцієнта компетентності) – для визначення компетентності респондентів досліджуваного закладу охорони здоров'я; коефіцієнт конкордації Кендала – для визначення ступеня узгодженості думок респондентів; програмний пакет «SPSS Statistics 23» – для проведення статистичного аналізу отриманих матеріалів; критерій Колмогорова-Смирнова – для визначення нормальності розподілу значень варіаційних рядів; параметричний t-критерій Стьюдента і непараметричний критерій Манна-Уїтні – для визначення достовірності відмінностей між рівнями показників; метод SWOT-аналізу – для проведення експертної оцінки щодо ефективності використання різних методів в процесі прийняття управлінського рішення щодо оснащення закладів охорони здоров'я медичними виробами.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку та удосконаленні теоретичних засад прийняття та реалізації управлінських рішень в закладі охорони здоров'я.

Практична значущість результатів підготовки кваліфікаційної роботи полягає в тому, що розроблені в ній теоретичні положення та концептуальні засади прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я в умовах цифровізації, запропоновані інноваційні методи прийняття управлінських рішень щодо доцільності запровадження інновацій у лікувально-діагностичний процес можуть бути використані в роботі КНП «Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер» Тернопільської обласної ради та інших медичних установах України.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей: на тему «Технології прийняття управлінських рішень в умовах невизначеності

і ризику» у збірнику тез доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» [31] (м. Тернопіль, 4 травня 2023 року) та на тему «Інноваційні методи прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [30] (м. Тернопіль, 24 листопада 2023 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття управлінських рішень та їх особливості в закладах охорони здоров'я

Прийняття рішень пронизує всю управлінську діяльність, вони стосуються широкого колу завдань управління. Жодна функція управління, незалежно від того, який орган її здійснює, не може бути реалізована інакше, ніж у формі підготовки й виконання управлінських рішень. По суті, практично всі види діяльності будь-якого управлінського працівника так чи інакше пов'язані з прийняттям і реалізацією рішень.

У теорії управління існують два підходи до розуміння рішення: розширений підхід, який трактує рішенням як весь управлінський цикл досягнення цілей організації, та вузький підхід, який пояснює рішення як вибір кращого з декількох варіантів дій, тобто вибір альтернативи. Під прийняттям рішень розуміється послідовний свідомий процес вибору чи відбору однієї із групи можливих альтернатив поведінки. Керівник організації охорони здоров'я, який ставить на перше місце раціональність, буде прагнути обрати ту альтернативу, яка дозволить вирішити проблеми з максимальними результатами, без перевитрачання виділених ресурсів або з їх мінімальними витратами. Це критерій раціональності. Керуючись цим критерієм, раціональні керівники приймають те чи інше рішення лише в тому випадку, якщо воно призводить до максимальних результатів без перевитрати виділених коштів або мінімізації ресурсів, що витрачаються в процесі реалізації рішення.

Рішення є універсальною формою поведінки, як індивідів, так і соціальних груп. Але управлінські (організаційні рішення) суттєво відрізняються від рішень, що приймаються у приватному житті. Ця відмінність полягає в наступному:

1. За цілями. Суб'єкт управління приймає рішення не для задоволення власних інтересів, а для вирішення проблем організації.

2. За наслідками. Рішення, прийняті у приватному житті, впливають на життя індивідів, які їх ухвалили, та близьких їм людей. Організаційні рішення впливають на діяльність усієї організації та її працівників і чим вищий рівень прийняття таких рішень, тим серйозніші їх наслідки навіть для цілих регіонів та всієї країни.

3. За розподілом праці. У приватному житті рішення зазвичай виконується тим, хто їх прийняв. Організаційні рішення виконуються з урахуванням поділу праці: одні їх приймають (керівники), інші виконують (виконавці).

4. За професіоналізмом. Рішення приватного порядку приймаються людьми на основі з їх досвіду та інтелекту. Управлінські рішення вимагають спеціальної підготовки, професійних знань, що надають управлінцю право отримати повноваження для самостійного ухвалення певних рішень.

Таким чином, управлінське рішення – це результат аналізу, прогнозування, оптимізації, економічного обґрунтування та вибору альтернативи з безлічі варіантів досягнення конкретної мети, здійснений керівником у межах його посадових повноважень та компетенції. Мета управлінського рішення – забезпечення досягнення цілей організації. Ефективне управлінське рішення – це вибір, який забезпечує найбільш економічний спосіб досягнення поставленої мети.

Оскільки управлінське рішення має комплексний характер, для розуміння його сутності потрібно з'ясувати його основні аспекти:

1. Економічний аспект означає, що кожне управлінське рішення має бути спрямоване на підвищення ефективності діяльності організації за рахунок раціонального використання ресурсів, максимізації економічного ефекту та матеріальної зацікавленості персоналу. Оскільки управлінські рішення значною мірою обмежені наявністю відповідних ресурсів, таких як фінанси, матеріали, люди тощо, то від успішного використання цих ресурсів

залежить результативність рішень. Великою мірою на неї впливає мотивація персоналу, що бере участь у реалізації рішень.

2. Соціальний аспект управлінських рішень зумовлений впливом на їх результативність міжособистісних відносин і норм, що у склалися в колективі, необхідністю управління конфліктними ситуаціями, підвищення якості праці, ступенем участі персоналу в управлінні організацією.

3. Психологічний аспект означає, що рішення є, передусім, логіко-розумним актом суб'єкта управління, спрямованим на вирішення конкретної проблеми.

4. Інформаційний аспект стосується інформаційної природи рішень, оскільки прийняття рішень вимагає збирання та перетворення релевантної інформації в інформацію управлінського рішення, яке саме є інформацією, зібраною та переробленою суб'єктом управління.

5. Юридичний аспект означає повноваження та юридичні наслідки управлінського рішення, яке є прийнятим суб'єктом управління в установленому порядку та відповідним чином оформленим організаційно-правовим актом.

6. Організаційний аспект розглядає управлінське рішення як акт організаційних змін, як один із моментів вольової дії керівника, який полягає у виборі мети, засобів її досягнення та організує практичну діяльність людей.

Необхідні елементи у прийнятті рішень: 1) наявність альтернатив (інакше безвихідь); 2) наявність мети (інакше безцільність вибору); 3) необхідність вольового акту особи, яка приймає рішення як результат боротьби різних мотивів та думок.

До основних чинників, які впливають на прийняття управлінських рішень в організації, можна віднести такі (рис. 1.1).

Існує кілька різновидів рішень, типових для сфери охорони здоров'я:

1. У процесі планування приймаються такі рішення: рішення щодо розробки системи заходів в сфері медичного обслуговування населення; про взаємодію із зовнішнім оточенням; про стратегію та тактику підвищення

якості та ефективності лікувально-профілактичної допомоги населенню тощо. Вони приймаються організацією охорони здоров'я для досягнення поставлених цілей.



Рис. 1.1. Основні чинники, що впливають прийняття рішень

Примітка. Наведено за [24]

2. У процесі організації діяльності приймаються такі рішення: про структурування роботи організації; про координацію функціонування різних блоків; про розподіл повноважень між керівниками підрозділів; про структуру організації при зміні зовнішнього оточення.

3. У процесі мотивації персоналу приймаються такі рішення: про потреби підлеглих; про задоволення потреб працівників; про продуктивність роботи працівників та про їх задоволеність роботою.

4. У процесі контролю приймаються такі рішення: про вимірювання результатів роботи; про оцінку цих результатів; про те, наскільки досягнуто мети організації; про коригування цілей.

Практика прийняття та реалізації управлінських рішень дозволила сформулювати наступні вимоги до них: 1) своєчасність, яка означає, що рішення своєчасно прийнято та забезпечує своєчасне досягнення мети; 2) обґрунтованість, яка передбачає порівняльний аналіз альтернатив та вибір

найкращої з них за сформульованим критерієм; 3) директивність та адресність, які передбачають обов'язковість виконання рішення для того, хто є відповідальним за його реалізацію; 4) несуперечливість, яка передбачає узгодженість з рішеннями, що приймалися раніше; 5) правомочність, яка передбачає, що рішення приймаються у межах делегованих повноважень; 6) забезпеченість ресурсами, яка передбачає наявність певних інформаційних, матеріальних та людських ресурсів, необхідних реалізації прийнятого рішення; 7) ясність та лаконічність, яка не допускає подвійного тлумачення рішень.

Розрізняють три можливі підходи до прийняття управлінських рішень: ситуаційний, системний та ресурсний. Системний підхід передбачає вирішення конкретної проблеми в сукупності із вирішенням усіх проблем, що стоять перед організацією. Ситуаційний підхід виходить із того, що використання того чи іншого методу вирішення проблеми визначається ситуацією. Іншими словами, найефективнішим методом у конкретній ситуації є метод, який найбільше відповідає цій ситуації. Ресурсний підхід ґрунтується на вирішенні проблем за допомогою раціонального розподілу ресурсів організації.

Розрізняють індивідуальну, групову, організаційну, міжорганізаційну форми прийняття рішень (рис. 1.2).

Індивідуальна (одноосібна) форма характерна тим, що керівник закладу охорони здоров'я особисто організовує і проводить всі етапи розробки рішення від початку і до кінця, хоча на практиці керівник, відповідальний за прийняття рішень, найчастіше працює за допомогою своїх заступників, залучених фахівців та експертів. І хоча керівник закладу охорони здоров'я і приймає остаточне рішення самостійно та індивідуально, всі зазначені особи надають йому допомогу та підтримку. Більше того, кожен на своєму робочому місці може приймати свої індивідуальні рішення. Залежно від того, хто бере участь у прийнятті рішень, виділяють такі способи його ухвалення: 1) керівник може приймати рішення самостійно; 2) рішення може бути ухвалене

керівником після консультації із заступниками, фахівцями або експертами; 3) ті, на кого впливає рішення, можуть приймати його як група (керівник при цьому виступає як один із членів групи).

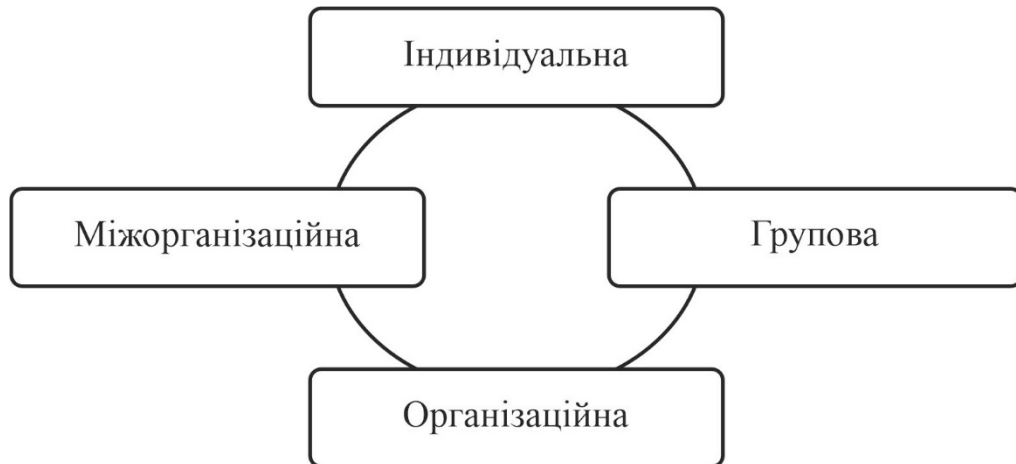


Рис. 1.2. Форми розробки та прийняття управлінських рішень.

Примітка. Наведено за [36]

У сучасних організаціях, особливо в міру їх зростання, число суто індивідуальних рішень зменшується, хоча їх частка залишається значною, оскільки вони мають суттєву позитивну рису – швидкість прийняття.

Рішення все частіше виробляються в результаті спільної діяльності різних груп, комісій, рад, колегій, штатних служб та підрозділів. Це відбувається тоді, коли повноважень, досвіду чи знань (тобто ресурсів) однієї особи явно недостатньо для вирішення якоїсь складної проблеми.

Групова форма прийняття рішень передбачає здійснення процесу прийняття рішення особами, які взаємодіють один з одним за організаційно встановленими та формалізованими або частково формалізованими процедурами (постановки та вивчення проблеми членами групи, форм висловлювання думок, внесення та аналізу пропозицій, вираження переваг, захисту та критики пропозицій, вивчення додаткової інформації). Для вирішення тих чи інших проблем керівник закладу охорони здоров'я використовує вже існуючі групи чи формує нові.

Ефективність індивідуальної чи груповий форми розробки управлінських рішень на окремих етапах також різні. Ціль спочатку може

встановлюватися керівником. При аналізі ситуації та вивченні проблеми групова форма більш краща, оскільки група, як правило, має більший обсяг знань, оцінок, суджень, ніж керівник.

Вибір остаточного варіанта рішення доцільніше спочатку здійснювати у груповій формі, оскільки колективна розумова діяльність перевищує індивідуальну. Проте, зрештою, вибір робиться індивідуально, бо керівник одноосібно відповідає за прийняте рішення. Остаточний варіант організації та контролю реалізації рішення також має вибиратися індивідуально.

При груповому ухваленні рішення: 1) забезпечується участь тих, кого рішення стосується, і підвищується їх готовність усвідомлено виконувати рішення; 2) полегшується координація подальшої роботи, покращуються комунікації; 3) збільшується різноманітність аналізованих альтернатив; 4) розширюється обсяг використовуваної інформації; 5) можливі недоліки групового прийняття рішень; 6) прийняття рішення може бути більш тривалим; 7) групи можуть виявитися менш рішучими і частіше йдуть на компроміс, нерідко підпадають під чийсь вплив; 8) окремі індивіди можуть використовувати групу для посилення свого впливу; 9) іноді групи взагалі не можуть ухвалити рішення через внутрішні конфлікти та незгоду.

Шанси на ефективну реалізацію рішення завжди багаторазово зростають, якщо люди, причетні до досягнення кінцевих результатів, безпосередньо залучені до процесу ухвалення рішення та щиро вірять у те, що вони роблять. Однією з основних причин неефективності реформ, що проводяться в сфері охорони здоров'я, є повна ізоляція лікаря від участі в процесі прийняття клінічного управлінського рішення.

Групове прийняття рішень краще використовувати, коли важлива точність. Група часто точніша, ніж індивідуум. Не менш важливою є згуртованість групи з визнаною координаційною роллю керівника. Є чимало ситуацій, коли рішення потребує багатьох навичок та досвіду, які не можуть бути притаманні одній людині.

Прийняттю рішень характерні свідомо вольова та цілеспрямована

діяльність; поведінка, заснована на фактах та ціннісних орієнтаціях; взаємодія членів організації; включеність процесу прийняття рішень на інші процеси, які проходять в організації. Таким чином, рішення є центральною ланкою в менеджменті та може мати складний, багатоактний характер.

Організаційна форма розробки управлінських рішень є більш складною, ніж групова. Це пояснюється збільшенням числа задіяних у цьому процесі осіб і груп (як формальних, так і неформальних), відмінністю, а іноді і протиріччям інтересів і завдань, складністю структури і взаємозв'язків всередині організацій, вищим ступенем ризику та невизначеністю результатів, необхідністю врахування зовнішніх по відношенню до організації та незалежних від неї факторів. В результаті, остаточне рішення, яке приймає керівник організації, знаходиться як би у верхній частині піраміди (дерева рішень), прийнятих окремими особами, групами або підрозділами організації.

Міжорганізаційна форма рішень вимагає чіткої скоординованої взаємодії між різними організаціями за умови спільного цілепокладання, врегулювання конфліктних і спірних проблем, а також раціонального розподілу дефіцитних ресурсів, обліку політичних, економічних та соціальних чинників та наслідків прийнятих рішень. Як приклад можна навести систему укладання колективних договорів між роботодавцем та профспілками або процедуру розробки нормативно-правової документації, узгодження різних директив Міністерства охорони здоров'я України з іншими міністерствами, відомствами, підрозділами, ліцензування медичної діяльності тощо.

Таким чином, з проведеного дослідження видно, що рішення є центральною ланкою в менеджменті та має складний, багатоактний характер.

1.2. Класифікація та типологія управлінських рішень в закладі охорони здоров'я

Істотне значення для будь-якої організації, в том числі і для закладу охорони здоров'я, має визначення того, які рішення повинні прийматися в цій організації, хто їх повинен приймати і яка інформація має надходити та

використовуватися працівником залежно від особливостей рішення, у прийнятті якого він бере участь. Складність та різноманітність рішень, не лише передбачає, а й вимагає використання різних критеріїв їх класифікації.

Управлінські рішення можна класифікувати за низкою ознак:

1. За рівнем унікальності. Запрограмовані рішення – результат наперед визначеної послідовності кроків чи дій. Керівник системи охорони здоров'я населення часто програмує рішення під ситуації, що повторюються з певною періодичністю. Незапрограмовані – рішення, що виникають у ситуаціях, які певною мірою нові, неструктуровані та пов'язані з невідомими чинниками.

2. За реакцією на ситуацію. Оперативні – рішення щодо забезпечення максимізації прибутковості від поточних виробничо-господарських операцій. Основна сфера рішень – розподіл наявних ресурсів організації між функціональними підрозділами, оперативне планування, регулювання та контроль виробничо-господарських процесів для організації. Тактичні (адміністративні) – рішення щодо структуризації ресурсів організації, які забезпечують максимальну результативність. Прийняття рішень у галузі структури організації (структурна побудова організації та делегування повноважень), організація виробничих та інформаційних потоків, канали руху товару тощо. Стратегічні – рішення про цілі та завдання організації, сфери діяльності, цільові ринки, що забезпечують стабільне зростання та потенційну результативність.

3. За видом особи, яка приймає рішення. Індивідуальні, які приймаються одноосібно. Колективні, які приймаються на основі заздалегідь обумовлених умов (проста більшість, кваліфікована більшість, консенсус тощо).

4. За ступенем визначеності ситуації рішення поділяються на:

– рішення, що приймаються в умовах визначеності (детерміністські рішення), коли рішення ґрунтується на точному визначенні того оптимального результату, що буде досягнуто в результаті його реалізації; найчастіше це оперативні рішення;

– рішення, які приймаються в умовах ризику (ймовірнісні рішення). Наслідки розвитку ситуації невідомі, але відомими є ймовірнісні характеристики можливих у майбутньому подій. Це рішення, яке може дати кращий результат, але водночас велика ймовірність значних втрат; зазвичай це тактичні рішення;

– рішення, які приймаються в умовах невизначеності. Тобто в умовах, коли відсутні ймовірні оцінки потенційних результатів (результат подій). У цій ситуації потрібне отримання додаткової інформації для зниження ступеня невизначеності, припущення про ймовірність можливих подій на основі досвіду та інтуїції. Зазвичай вибирається той варіант рішення, який може дати результат найближчий до обраного критерію оцінки оптимальності рішення, але жодної впевненості у гарантії його реалізації немає; це стратегічні рішення.

5. За терміном дій наслідків рішень: довгострокові, середньострокові, короткострокові.

6. За способами прийняття рішень: інтуїтивні рішення, рішення, засновані на судженнях та раціональні.

Інтуїтивне рішення – це вибір, зроблений лише з урахуванням відчуття того, що цей вибір правильний. Особа, яка приймає таке рішення, не зважає при цьому свідомо всі «за» і «проти» щодо кожної альтернативи і не потребує навіть розуміння ситуації. Людина просто робить вибір. Інтуїтивні рішення – те, що ми називаємо осяянням, «шостим почуттям», інтуїцією. Керівники закладів охорони здоров'я вищої і середньої ланки зазначають, що в деяких випадків їм доводиться приймати рішення, опираючись лише на свою інтуїцію. Однак практика управління показує, що лише інтуїції недостатньо для прийняття рішень в умовах динамізму зовнішнього середовища та ймовірнісного характеру змін внутрішнього середовища організацій.

Рішення, що ґрунтується на судженнях, іноді здається інтуїтивним, оскільки його логіка не очевидна. Це вибір, зумовлений знаннями чи накопиченим досвідом. Людина використовує знання про те, що траплялося у

подібних ситуаціях раніше, щоб спрогнозувати результат альтернативних варіантів вибору у існуючій ситуації. Спираючись на здоровий глузд, він вибирає альтернативу, яка принесла успіх у минулому. Судження як основа організаційного рішення корисне, оскільки багато ситуацій мають тенденцію до частого повторення. У цьому випадку раніше ухвалене рішення може спрацювати знову не гірше, ніж раніше. Однак лише судження буває недостатньо, якщо ситуація унікальна або дуже складна. Наприклад, коли доводиться мати справу з людьми, ситуація часто спотворюється їхніми потребами та іншими людськими чинниками.

Для керівників закладів охорони здоров'я високого рангу рішення, що спираються на судження, бувають небезпечні, оскільки ці рішення мають тенденцію зміщуватися в напрямках, знайомих керівникам за їх минулими діями. Через таке зміщення керівник може упустити нову альтернативу, яка б могла стати більш ефективною, ніж знайомі йому варіанти вибору. Крім того, керівник закладу охорони здоров'я, надто відданий судженню та власному досвіду, може свідомо чи несвідомо уникати використання можливостей освоєння нових галузей, що загрожує катастрофою.

Раціональні рішення – це вибори, які залежить від минулого досвіду і обґрунтовуються з допомогою об'єктивного аналітичного процесу, мають певну послідовність взаємозалежних кроків.

7. За масштабами. Глобальні рішення є обов'язковими до виконання всією організацією, а локальні – зачіпають конкретні структурні підрозділи організації, певні сфери діяльності.

8. За обов'язковістю виконання. Директивні рішення підлягають обов'язковому виконанню та приймаються керівництвом організації, а рекомендаційні – не є обов'язковими до виконання, приймаються дорадчими органами закладів охорони здоров'я.

Існують інші критерії типологізації управлінських рішень. На рис. 1.3 наведено приклад використання деяких критеріїв класифікації.

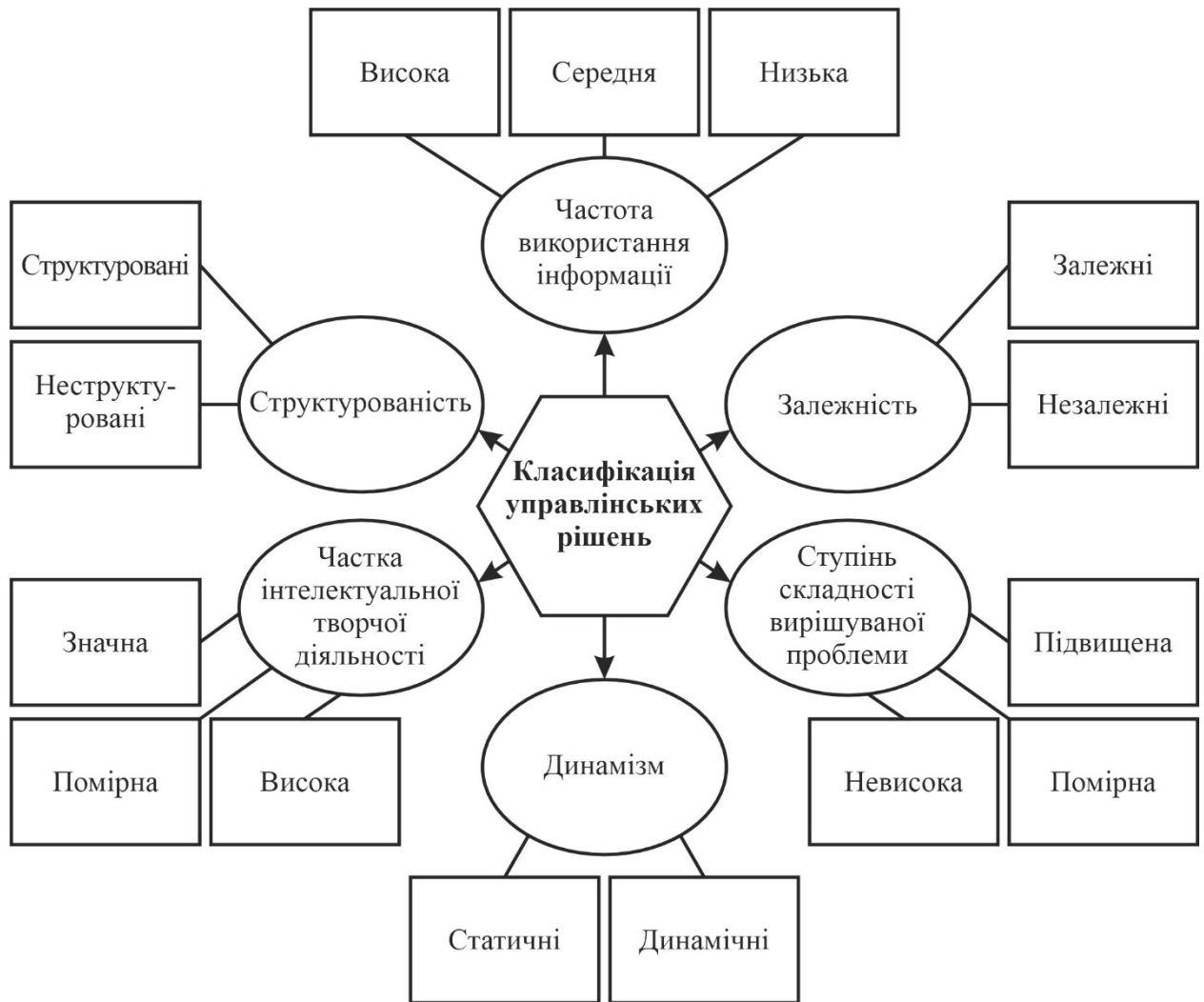


Рис. 1.3. Класифікація управлінських рішень за різними критеріями

Примітка. Наведено за [36]

Типологія, або класифікація управлінських рішень, необхідна для визначення загальних та конкретно-специфічних підходів до їх розробки, реалізації та оцінки, для того, щоб визначити особливості рішень, що приймаються на різних рівнях управління організацією, сформулювати вимоги до осіб, які приймають рішення, підвищити якість та ефективність розвозів.

Вид управлінського рішення, його якість та ефективність залежать від особи, яка його приймає. Під особою, яка приймає управлінські рішення, розуміють керівника в сфері охорони здоров'я населення, який постійно займається усуненням проблем, що виникають у процесі функціонування закладу охорони здоров'я, або вирішенням завдань на його користь. Цей

керівник має право розпоряджатися всіма або значною частиною ресурсів свого закладу, приймати обґрунтовані рішення на їх використання, призначати безпосередніх виконавців, контролювати їхню роботу, надаючи за потреби належну допомогу, заохочувати за хорошу роботу.

Одночасно на людях, які приймають управлінські рішення, лежить вся відповідальність за роботу закладу охорони здоров'я. Необхідно враховувати, що в сучасних умовах в якості особи, яка приймає рішення, може виступати не лише одна людина, а й колективний апарат управління. Особи, що приймають управлінські рішення, – це індивід чи група індивідів, які роблять вибір певної альтернативи як рішення і відповідають за наслідки реалізації цього рішення.

Поняття осіб, що приймають управлінське рішення, з одного боку, ширше, ніж керівник, оскільки рішення приймають не тільки керівники. З іншого боку, керівник закладу охорони здоров'я як лише приймає рішення, а й виконує інші функції. Ухвалення рішень займає досить скромну частку в бюджеті робочого часу керівника. Виконання саме цієї функції управління здійснює вирішальний вплив на забезпечення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я, досягнення його цілей. Основні чинники, що визначають зміст роботи керівника, представлені на рис. 1.4.

Реалізацією основних функцій управління зайнятий весь апарат управління. Проте визначальне значення має діяльність керівника, який виконує різні взаємозалежні між собою ролі (рис. 1.5).

Провідна група ролей керівника закладу охорони здоров'я пов'язана з прийняттям рішень. Для обґрунтування прийняття рішень необхідний обмін інформацією всередині закладу та із зовнішнім середовищем. Це визначає важливість інформаційних ролей. Визначальною характеристикою менеджменту і те, що це управління людьми. Звідси – важливість міжособистісних ролей керівника закладу охорони здоров'я.

Набір управлінських функцій значно відрізняється у керівників системи охорони здоров'я населення, які працюють у різних галузях і різних рівнях

управлінської ієрархії. Об'єкти управління представлені на рис. 1.5.

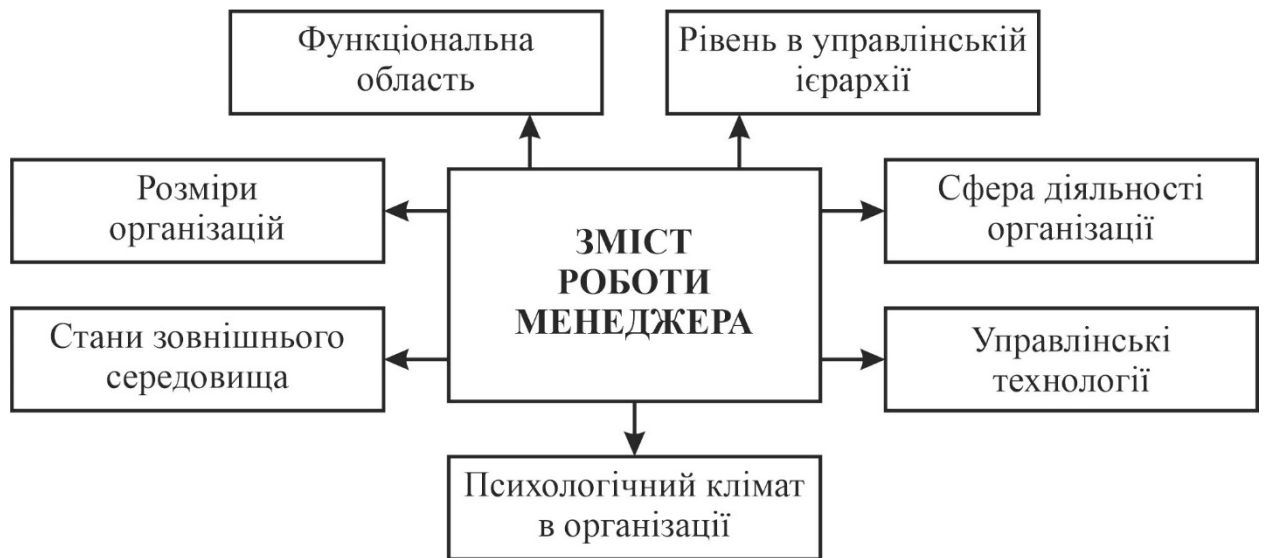


Рис. 1.4. Чинники, що визначають зміст роботи керівника закладу охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [36]

Керівники вищого рівня управління концентруються переважно на вирішенні завдань стратегічного характеру, взаємозв'язках закладу охорони здоров'я із зовнішнім середовищем. Тому особливо важливими для них будуть ролі раціоналізатора-підприємця, представника організації.

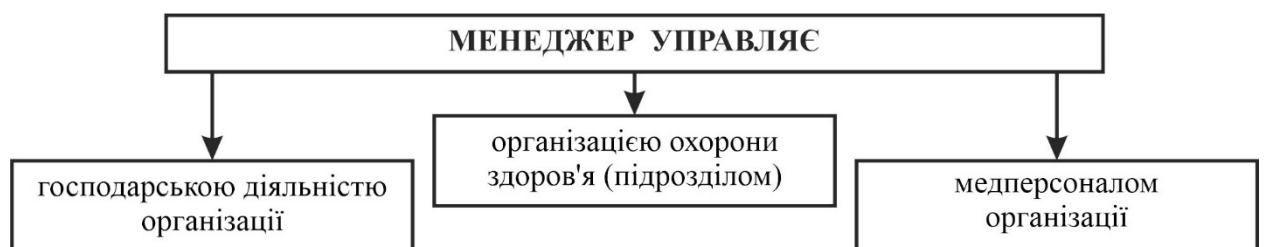


Рис. 1.5. Система ролей керівника закладу охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [37]

Керівники вищого рівня беруть участь у переговорах, представляють організацію в цілому. Керівник закладу охорони здоров'я повинен мати, з одного боку, професійні медичні та, з іншого боку, – дані йому природою,

психофізичні характеристики.

Керівники системи охорони здоров'я середнього та, особливо, нижнього рівнів відіграють роль ліквідаторів негативних наслідків, учасників переговорів, «постачальників» інформації. Керівники нижчої ланки приймають участь у переговорах з питань вирішення конфліктів у їхніх підрозділах, розподіляють ресурси та завдання усередині організації.

На якість організаційних рішень істотно впливає суб'єктивний чинник – стиль управління – авторитарний, демократичний чи ліберальний. Розрізняють п'ять психологічних типів керівників залежно від стилю ухвалення управлінських рішень: 1) розумний тип (переважає деталізація рішень, їх узгодження, опрацювання всіх етапів та вибір варіанта на основі глибокого інтелектуального пропрацювання проблеми; 2) прагматичний тип (переважають вольові рішення, на основі здорового глузду та інтуїції; відбувається швидко та точно «попадання в ціль» завдяки відкиданню деталей); 3) комплексний тип (переважає «коливання» у прийнятті рішень, які можуть і затягуватися, і прийматися, і скасовуватися залежно від переживання керівником власних проблем); 4) посередницький тип (переважають «м'які» управлінські рішення, які вбирають думки працівників, у яких враховуються ті наслідки, які можуть позитивно чи негативно позначитися на їх інтересах); 5) евристичний тип (переважають управлінські рішення, які можуть бути розроблені та згенеровані по-новому; сильна віра у нову ідею ускладнює прогноз щодо оцінки їх наслідків).

Таким чином, ефективність прийнятих рішень значною мірою залежить від якостей, характеристик, найважливіших рис особи, що приймає рішення.

Сфера охорони здоров'я є однією з найскладніших в управлінні через її специфіку та високого ступеня управлінських ризиків. Керівні кадри, які володіють інноваційними технологіями управління, – важливий ресурс сфери, здатний підвищити її ефективність. На сучасному етапі сфера охорони здоров'я потребує таких керівників, які здатні критично мислити, здатні працювати в умовах обмеження ресурсів, особливостей структури

захворюваності та демографічної ситуації. Роль управління у вирішенні пріоритетних медико-соціальних завдань сфері охорони здоров'я населення постійно зростає.

Необхідність адекватного пристосування системи управління закладів охорони здоров'я до роботи в ринковому середовищі змушує їх керівників замислюватися над багатьма проблемами менеджменту: перерозподілом функцій управління за рівнями відповідальності, впровадження у трудових колективах нових форм соціального партнерства та сучасних управлінських технологій. Результати управлінських рішень, особливо у сфері охорони здоров'я, торкаються інтересів великої кількості людей, що потребує їх ретельної та всебічної підготовки, наявності різнобічних знань та професійної компетентності осіб, які приймають управлінські рішення.

Під компетентністю розуміється система спеціальних знань та практичних навичок, яка полягає в умінні чітко та своєчасно ставити завдання, приймати обґрунтовані рішення, контролювати їх виконання, бути оперативним та послідовним у діях та вчинках. Поняття компетентності працівників сфери охорони здоров'я поєднує професійну, комунікативну, правову та інноваційну складові (рис. 1.6).

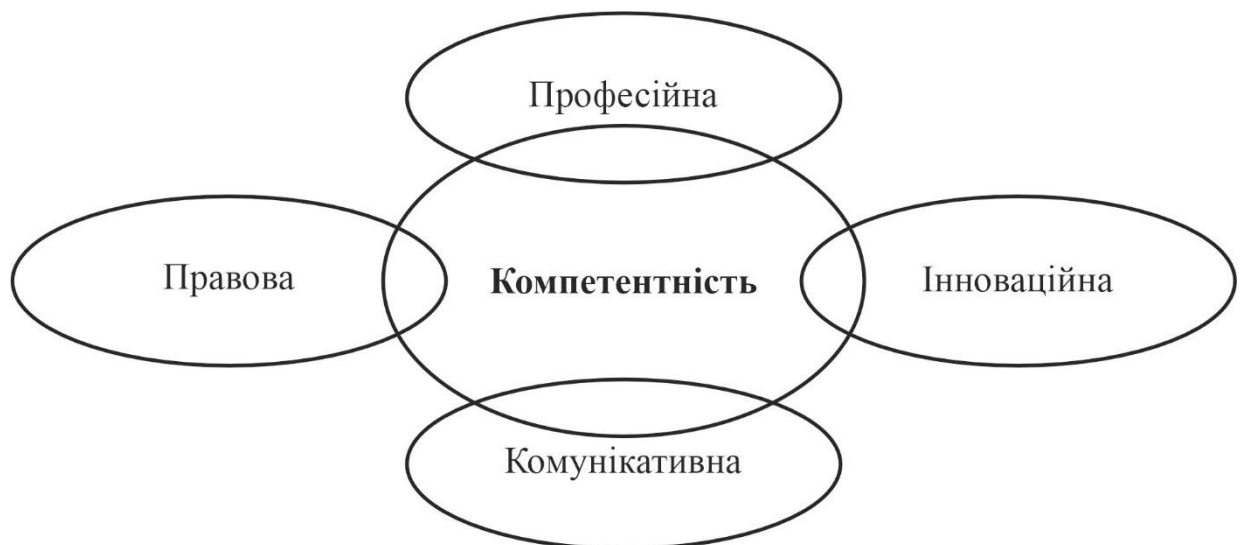


Рис. 1.5. Основні складові компетентності керівника закладу охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [36]

Професійна компетентність – це «якість дій керівника закладу охорони здоров'я, що забезпечують своєчасне та оптимальне вирішення управлінських проблем та типових професійних завдань; бачення проблем та їх подолання; знаходження нестандартних розв'язки актуальних завдань; гнучкість і готовність приймати зміни, що відбуваються, вміння їх ініціювати і керувати ними; володіння сучасними технологіями управління якістю медичної допомоги, колективом; володіння проектними технологіями; вміння бачити, розвивати можливості та ресурси працівників» [8].

Комунікативна компетентність – це «якість дій керівника закладу охорони здоров'я, що забезпечують ефективну взаємодію з різними організаціями, органами влади та управління, їх представниками; володіння навиками ділового листування; вміння вести переговори, виконувати представницькі функції, спілкуватися із колегами по роботі; здатність вирішувати напружені та конфліктні ситуації, стимулювання партнера до прояснення його позицій, пропозицій; володіння навичками ораторського мистецтва, аргументації та переконання, мотивації підлеглих» [8].

Правова компетентність – це «якість дій керівника закладу охорони здоров'я, які забезпечують ефективне використання в управлінській діяльності законодавчих та інших нормативно-правових документів; розроблення локальних документів; ухвалення управлінських рішень у рамках існуючої законодавчої бази» [8].

Інформаційна компетентність – це «якість дій керівника закладу охорони здоров'я, які забезпечують ефективне сприйняття та оцінку інформації, відбір та синтез інформації відповідно до системи пріоритетів; використання інформаційних технологій в управлінській діяльності, роботу з джерелами інформації та ресурсами, що дозволяють проектувати вирішення управлінських, медичних проблем» [8].

Отже, проаналізовані підходи до класифікації управлінських рішень та до визначення типу осіб, які їх приймають, засвідчують багатогранність та важливість управлінських рішень для здійснення функціональної діяльності

закладів охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

Управлінське рішення – це результат аналізу, прогнозування, оптимізації, економічного обґрунтування та вибору альтернативи з безлічі варіантів досягнення конкретної мети, здійснений керівником у межах його посадових повноважень та компетенції. Мета управлінського рішення – забезпечення досягнення цілей організації. Ефективне управлінське рішення – це вибір, який забезпечує найбільш економічний спосіб досягнення поставленої мети.

Розрізняють три можливі підходи до прийняття управлінських рішень: ситуаційний, системний та ресурсний. Системний підхід передбачає вирішення конкретної проблеми в сукупності із вирішенням усіх проблем, що стоять перед організацією. Ситуаційний підхід виходить із того, що використання того чи іншого методу вирішення проблеми визначається ситуацією. Іншими словами, найефективнішим методом у конкретній ситуації є метод, який найбільше відповідає цій ситуації. Ресурсний підхід ґрунтується на вирішенні проблем за допомогою раціонального розподілу ресурсів організації.

Управлінські рішення класифікують: за рівнем унікальності, за реакцією на ситуацію, за видом особи, що приймає рішення, за ступенем визначеності ситуації, за терміном дії наслідків рішень; за способами прийняття рішень, за масштабами, за обов'язковістю виконання тощо.

Вид управлінського рішення, його якість та ефективність залежать від особи, яка його приймає. Під особою, яка приймає управлінські рішення, розуміємо керівника в сфері охорони здоров'я населення, який постійно займається усуненням проблем, що виникають у процесі функціонування закладу охорони здоров'я, або вирішенням завдань на його користь. Цей керівник має право розпоряджатися всіма або значною частиною ресурсів свого закладу, приймати обґрунтовані рішення на їх використання, призначати

безпосередніх виконавців, контролювати їхню роботу, надаючи за потреби належну допомогу, заохочувати за хорошу роботу.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

2.1. Регламентування процесу прийняття управлінських рішень в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер» Тернопільської обласної ради (КНП «ТОКОД» ТОР) є «лікарняним (амбулаторним) закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги третинної/високоспеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом» [42].

Основною метою діяльності КНП «ТОКОД» ТОР є «забезпечення потреб населення у сфері охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, консультативної амбулаторної допомоги онкологічним хворим та профілактики новоутворень, включаючи спектр профілактичних і лікувальних заходів та послуг медичного характеру» [42]. (Додаток А).

КНП «ТОКОД» ТОР забезпечує «кваліфіковану, спеціалізовану, стаціонарну і амбулаторну медичну допомогу населенню, здійснює організаційно-методичне керівництво організацією протиракової роботи закладами охорони здоров'я, розміщеними на території Тернопільської області, забезпечує підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу» [42].

Відповідно до покладених завдань, КНП «ТОКОД» ТОР здійснює наступну діяльність: «1) надання кваліфікованої високоспеціалізованої консультативної та лікувальної допомоги (поліклінічну та стаціонарну) хворим на злоякісні утворення; 2) забезпечує своєчасний початок лікування та госпіталізацію онкологічних хворих; 3) впровадження в практику роботи

сучасних методів діагностики та лікування онкологічних хворих; 4) забезпечує організацію та контроль диспансерного нагляду за онкологічними хворими; 5) здійснює організаційно-методичне керівництво та координування діяльності всіх онкологічних закладів на території обслуговування; 6) здійснює облік онкологічних хворих в регіоні; 7) складає та передає в Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) на Національний інститут раку (НІР) національний канцер-реєстр, щорічні звіти про захворювання злоякісними новоутвореннями в регіоні; 8) розробляє щорічні плани щодо перспективи онкологічної служби і проведення протиракових заходів в області; 9) здійснює аналіз щорічної потреби закладу в сучасних інструментах, обладнанні, протипухлинних препаратах, гормональних та засобах супроводу і складання заявок на них; 10) здійснює аналіз стану своєчасності виявлення злоякісних новоутворень у регіоні; 11) проводить систематичний аналіз стану захворювання населення на злоякісні новоутворення і смертності на території області; 12) надає лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу іноземним громадянам, особам без громадянства; 13) здійснює експертизу тимчасової непрацездатності згідно з чинним законодавством України; 14) бере участь у роботі протиракових експертних комісій; 15) здійснює перевірку обґрунтованості діагнозу злоякісного утворення, вказаного у свідоцтвах про смерть, виданих медичними працівниками; 16) проводить регулярний аналіз причин пізнього виявлення злоякісних новоутворень і розроблення заходів щодо їх ліквідації» [42].

Результати виконання зазначених завдань у 2022 році представлені в табл. 2.1. Звіти про захворювання на злоякісні новоутворення за 2022 рік представлені в Додатках Б і В.

Одним з найважливіших елементів діяльності будь-якого закладу охорони здоров'я, в тому числі і КНП «ТОКОД» ТОР, вважається його організаційна структура. Саме створення раціональної організаційної структури закладу охорони здоров'я значною мірою визначає ефективність усієї його діяльності. Вибудовування організаційної структури на основі

Таблиця 2.1

Показники діяльності стаціонару за вибраними нозологічними формами пухлини за 2022 рік

Локалізації	Хворих за 2022 р.	Середня частота госпіталізації хворого за 2022 р.	Середній ліжко-день на одного хворого	Випадків госпіталізації за 2022 р.	середній ліжко-день одного випадку госпіталізації	Загальна летальність (%)	Середній ліжко-день до спец. лік.	Середній доопераційний ліжко-день	Кількість операцій	Середня кількість операцій за одну госпіталізацію	Хірургічна активність у розрахунку на всі відділення		Після операційна ускладненість %		Після операційна летальність	
											К-сть, оперованих	%	К-сть операцій з ускладненнями	%	К-сть смертей внаслідок операції	%
ЗН ротової порожнини	64	2,5	27,8	160	11,1	1,3	0,5	1,3	22	1,1	20	12,5	1	5,0	1	5,0
ЗН глотки	55	3,3	32,7	179	10,0	-	0,6	3,0	18	1,5	12	6,7	-	-	-	-
ЗН. стравоходу	27	2,4	22,3	64	9,4	-	-	4,7	3	1,0	3	4,7	-	-	-	-
ЗН шлунку	90	2,9	20,5	260	7,1	0,4	0,9	5,3	59	1,4	41	15,8	-	-	-	-
ЗН ободової кишки	140	3,1	20,8	430	6,8	1,4	1,4	6,3	138	1,6	88	20,5	5	5,7	4	4,5
ЗН прямої к-ки, ануса	193	2,7	28,0	520	10,4	0,6	1,4	6,0	160	1,5	105	20,2	6	5,7	3	2,9
ЗН підшлункової залози	35	3,5	19,3	122	5,5	1,6	0,1	3,9	13	1,6	8	6,6	3	37,5	2	25,0
ЗН гортані	78	2,2	31,7	173	14,3	0,6	1,7	3,0	83	1,3	62	35,8	-	-	-	-
ЗН трахеї, бронхів та легені	276	3,3	26,5	910	8,0	0,9	0,5	3,4	52	1,1	48	5,3	2	4,2	-	-
Злоякісна меланома шкіри	77	1,2	12,4	95	10,0	-	1,4	1,7	72	1,1	65	68,4	1	1,5	-	-
Інші (немеланомні) ЗН шкіри	112	1,3	12,5	145	9,6	-	0,6	0,8	95	1,1	88	60,7	-	-	-	-
ЗН мол. залози	514	3,4	37,3	1763	10,9	-	0,4	2,3	235	1,1	213	12,1	-	-	-	-
ЗН шийки матки	139	3,2	35,6	441	11,2	0,5	0,6	3,4	63	1,1	55	12,5	1	1,8	1	1,8
ЗН тіла матки	216	2,8	30,1	609	10,7	0,3	1,1	3,6	199	1,3	152	25,0	3	2,0	2	1,3
ЗН яєчників	107	4,3	27,5	455	6,5	0,2	0,8	5,6	86	1,5	58	12,7	1	1,7	1	1,7
ЗН передміхурової з-зи.	80	1,6	25,7	129	16,0	0,8	0,4	2,4	11	1,0	11	8,5	-	-	-	-
ЗН нирки	55	1,1	13,2	61	11,9	1,6	1,4	2,2	45	1,3	36	59,0	1	2,8	1	2,8
ЗН сеч. міхура	97	1,4	14,3	134	10,4	0,7	1,4	2,0	95	1,1	83	61,9	1	1,2	1	1,2
ЗН мозку, мозкових оболонок та ін. відділів ЦНС	30	1,7	28,7	51	16,9	4,0	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ЗН щитовидної з-зи.	7	1,3	7,1	9	5,6	11,1	0,7	0,3	6	1,0	6	66,7	1	16,7	1	16,7
ЗН не уточненої первинної локалізації	28	2,2	20,8	61	9,5	1,9	1,1	2,3	17	1,1	15	24,6	-	-	-	-
Злоякісні лімфоми	68	2,1	22,6	145	10,6	1,4	0,7	3,8	36	1,1	33	22,8	1	3,0	1	3,0
Лейкемії	2	1,0	5,5	2	5,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Новоутворення in situ	6	1,2	15,5	7	13,3	-	2,0	2,4	5	1,0	5	71,4	-	-	-	-

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКОД» ТОР

центрів прийняття управлінських рішень дає можливість керівнику закладу охорони здоров'я делегувати повноваження та раціонально використовувати управлінський потенціал, що значною мірою підвищує якість управлінських рішень, що приймаються за всіма напрямками діяльності медичної установи.

Організаційна структура КНП «ТОКОД» ТОР затверджується генеральним директором (головним лікарем) за попереднім погодженням із Тернопільською обласною радою та Департаментом охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації.

В складі організаційної структури КНП «ТОКОД» ТОР (рис. 2.1) працюють такі структурні підрозділи: «І хірургічне відділення, II хірургічне відділення, онкологічне відділення, торакальне відділення, радіологічне відділення, хіміотерапевтичне відділення, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, клініко-діагностична лабораторія, рентгенологічне відділення, операційний блок, відділ інфекційного контролю, поліклінічне (диспансерне) відділення, організаційно-методичний кабінет» [42].

Як видно з рис. 2.1, генеральний директор (головний лікар) КНП «ТОКОД» ТОР має таких заступників: два медичних директора, заступник з організаційно-методичної роботи, заступник з медсестринства, заступник з економічних питань. Посадова інструкція медичного директора наведена в додатку Д.

В процесі здійснення своєї функціональної діяльності генеральний директор (головний лікар) КНП «ТОКОД» ТОР постійно приймає різноманітні управлінські рішення. Проаналізувавши низку управлінських рішень, які були ухвалені в даному закладі охорони здоров'я протягом 2022-2023 рр., ми систематизували їх за низкою критеріїв. Перш за все, ми виділили управлінські рішення, які мали найбільш важливе значення для розвитку медичного закладу в цілому, а потім виокремили групу управлінських рішень, що мають виключно індивідуальний характер.

Важливим критерієм систематизації управлінських рішень досліджуваного закладу охорони здоров'я стало те, ким воно було ініційовано:

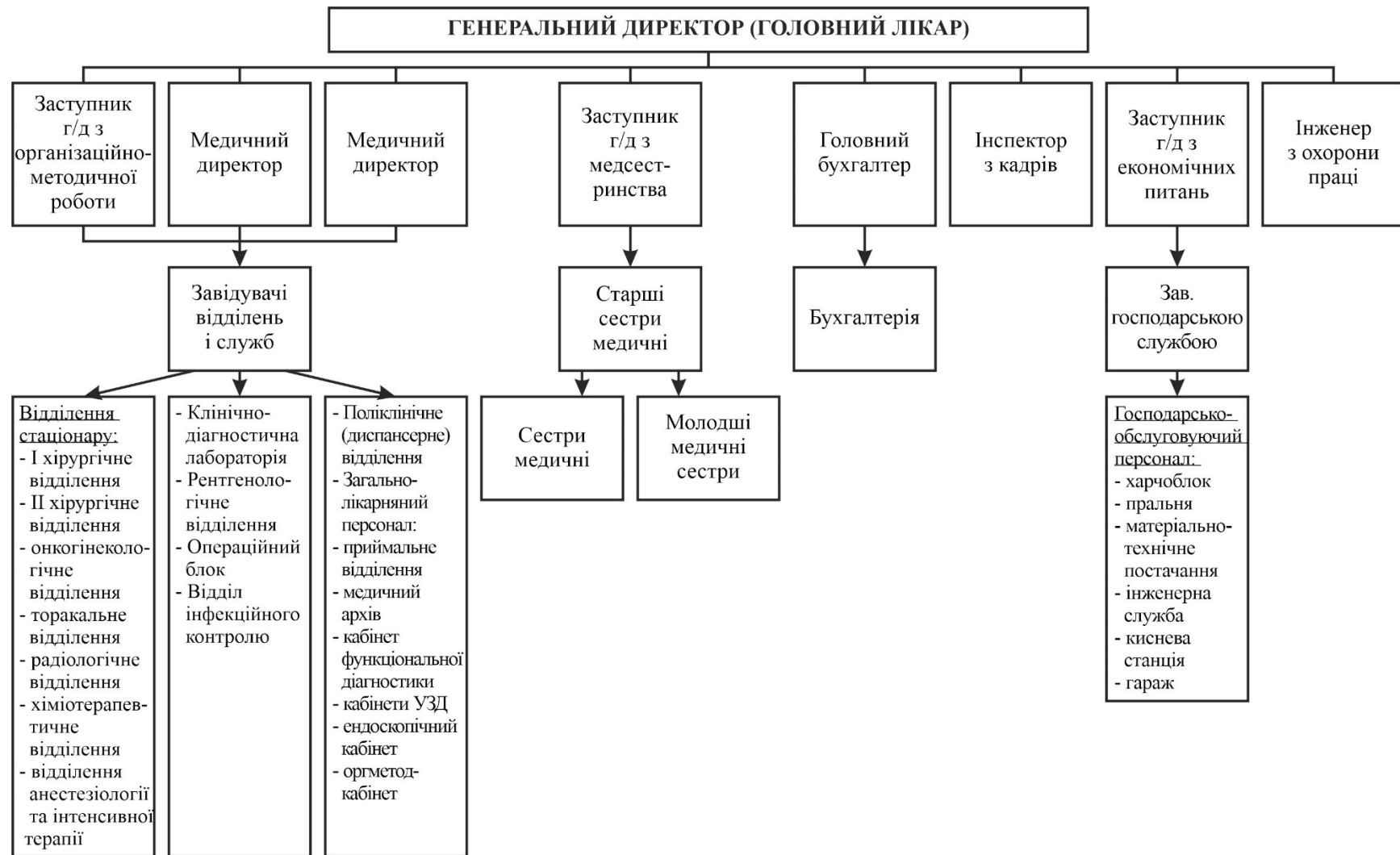


Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «ТОКОД» ТОР

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКОД» ТОР

адміністрацією КНП «ТОКОД» ТОР або Департаментом охорони здоров'я ТОВА. Управлінські рішення, які оформлялися у досліджуваному закладі охорони здоров'я наказами, ми проаналізували за функціональною ознакою. До них належать: 1) накази та розпорядження, спрямовані на лікувальні та профілактичні, санітарно-епідеміологічні цілі; 2) накази організаційного характеру; 3) господарські рішення та накази, що визначають кадрові питання.

За значимістю управлінські рішення, прийняті в КНП «ТОКОД» ТОР, ми класифікували на: 1) стратегічні; 2) тактичні (річні); 3) оперативні (поточні).

Не менш важливим чинником, на нашу думку, є спосіб ухвалення управлінських рішень: колективний чи індивідуальний.

В результаті дослідження процесу прийняття управлінських рішень у КНП «ТОКОД» ТОР нами було отримано такі результати: близько 93% склали управлінські рішення індивідуального характеру, пов'язані з поточною діяльністю закладу охорони здоров'я. Зазначені управлінські рішення включали рішення щодо адміністративно-господарської діяльності та управління кадрами. Управлінські рішення, які впливають всю діяльність КНП «ТОКОД» ТОР, становили близько 7%.

Аналіз також показав, що в КНП «ТОКОД» ТОР проводиться велика робота з управління персоналом, зокрема, акцент робиться на його розвиток. Розробляються методичні матеріали з різних напрямів лікувально-профілактичної діяльності, ведеться робота з підвищення кваліфікації працівників. Основними завданнями КНП «ТОКОД» ТОР у сфері кадрової роботи є: 1) проведення активної кадрової політики на основі створення ефективної системи управління персоналом та соціальними процесами; 2) забезпечення умов для ініціативної та творчої діяльності працівників з урахуванням їх індивідуальних особливостей та професійних навичок; 3) розробка системи мотивації персоналу; 4) створення постійно діючої системи підготовки, підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів; 5) проведення медичної, психологічної, професійно-адаптаційної діагностики персоналу закладу охорони здоров'я з метою забезпечення надійності та безпеки

життєдіяльності працівників.

Перелічені напрями роботи КНП «ТОКОД» ТОР у сфері управління персоналом сприяють зростанню активності ухвалення колективних управлінських рішень. Дослідження показало, що чверть управлінських рішень приймається за участю членів трудового колективу закладу охорони здоров'я. Рішення, пов'язані з кадровими питаннями, складають приблизно 32% всіх організаційних рішень, що приймаються в медичному закладі.

Таким чином, більшість прийнятих управлінських рішень КНП «ТОКОД» ТОР стосуються сфери управління персоналом. Система роботи з кадрами передбачає визначення шляхів і методів управління людськими ресурсами задля досягнення стратегічних цілей медичного закладу охорони.

Слід зазначити, що формування управлінського бачення тісно пов'язане з індивідуальним стилем керівництва, який обрав собі генеральний директор (головний лікар) КНП «ТОКОД» ТОР. Часто керівники медичних установ стають заручниками звичних методів керівництва, що склалися у сфері охорони здоров'я, і тоді стиль керівництва визначається не стратегією медичної організації, а обмеженнями, що склалися.

Істотним моментом, який досить серйозно впливає на формування управлінського бачення і, надалі, на розробку стратегії управління людськими ресурсами медичної організації, є особливості взаємовідносин керівників та підлеглих, що склалися у конкретному закладі охорони здоров'я.

Формування ефективної, «правильної» стратегії вимагає врахування наступних моментів взаємовідносин роботодавця та найманого працівника: 1) трудова віддача; 2) умови праці; 3) винагорода за працю; 4) роль та статус в організації та у міжособистісних відносинах; 5) розвиток професійного та особистісного потенціалу.

Цілком очевидно, що в галузі управління людськими ресурсами немає місця для використання типових рішень з таких складних проблем, як, наприклад, розробка кадрової стратегії, атестація або підготовка і перепідготовка кадрів, всі види кадрового планування, включаючи планування

прокар'ери. Кожна медична організація змушена адаптувати чи переробляти вже існуючі прийоми та методи під свої потреби та цілі, відповідно саме зі своїми можливостями та обмеженнями.

Наступним етапом після дослідження нормативної документації КНП «ТОКОД» ТОР став аналіз тенденцій руху штатного складу та роботи з персоналом. Окрім цього було проведено аналіз плинності кадрів за 2022-2023 роки. Результати аналізу показали, що загальна чисельність працівників КНП «ТОКОД» ТОР зменшилась у 2023 році, порівняно з 2022 роком, переважно за рахунок скорочення середнього та молодшого медичного персоналу. Отримані висновки свідчать про наявність у досліджуваному закладі охорони здоров'я проблеми плинності кадрів. Зазначимо, що кадровий відтік відбувається серед найактивнішої вікової групи вказаних працівників.

Вивчивши віковий склад працівників КНП «ТОКОД» ТОР, ми отримали дані, представлені на рис. 2.2.

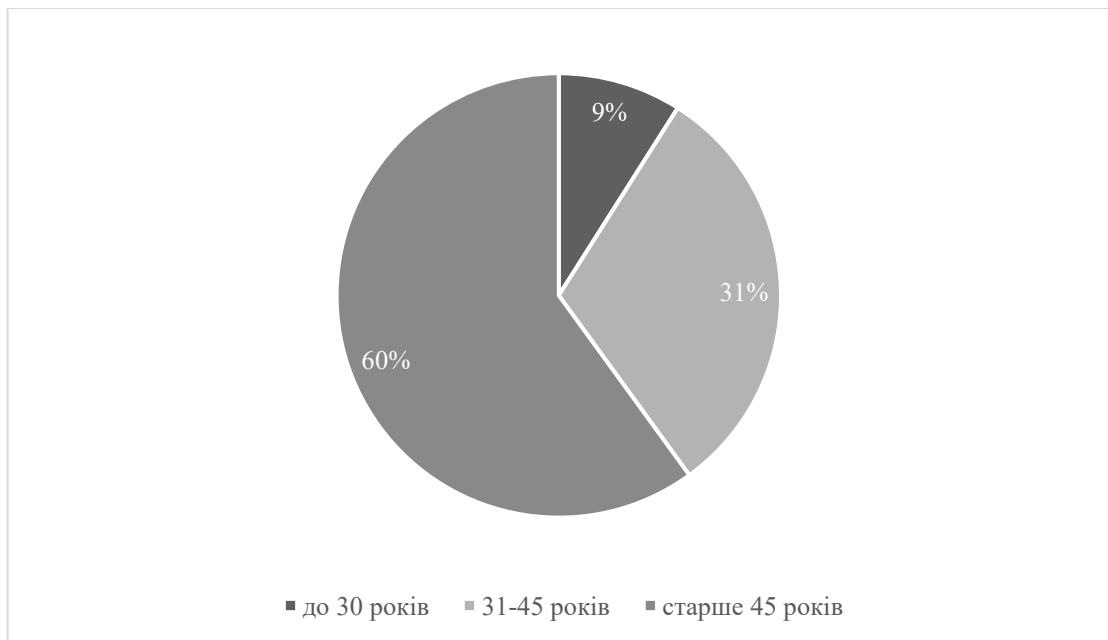


Рис. 2.2. Вікова структура персоналу КНП «ТОКОД» ТОР у 2023 році

Примітка. Розраховано на основі матеріалів КНП «ТОКОД» ТОР

З рис. 2.2 видно, що більшу частину (60%) працівників складають працівники віком від 45 років, а меншу частину (9%) персоналу досліджуваного медичного закладу – працівники до 30 років. Оптимальна

група – це працівники вікової групи від 31 до 45 років, їхня частка в загальній чисельності персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я складає 31%.

Дослідження показали, що найбільш схильна до змін вікова група від 31 до 45 років, оскільки вона є більш затребуваною на ринку праці в силу вже набутого досвіду та знань. Молодша вікова група (група до 30 років), розглядається керівництвом медичного закладу як кадровий резерв, як потенціал, який необхідно розвивати в найближчій перспективі. Найважливішою вимогою керівництва КНП «ТОКОД» ТОР до своїх працівників є вимога постійно оновлювати та розширювати свої знання. Звичайно, у цьому напрямку пріоритетним є перехід до інноваційного навчання персоналу, підвищення його кваліфікації та, звичайно ж, формування школи наставництва.

На нашу думку, дані напрями та прийняті управлінські рішення в досліджуваному закладі охорони здоров'я розроблені досить грамотно, оскільки, судячи із отриманих в результаті проведеного аналізу даних, КНП «ТОКОД» ТОР має недостачу «свіжих умів», що не може не позначитися на якісному виконанні місії досліджуваного медичного закладу. На нашу думку, керівництву КНП «ТОКОД» ТОР необхідно стимулювати приплив працівників молодшої вікової групи в заклад охорони здоров'я.

Зазначимо, що систему оцінки ефективності роботи персоналу не слід розглядати ізольовано від усього комплексу завдань, які вирішуються у процесі управління персоналом. Оцінка робочих показників має сприяти кращому використанню людських ресурсів закладу охорони здоров'я за рахунок тісної ув'язки завдань, які вирішуються в ході оцінки, з іншими напрямками роботи з персоналом медичного закладу. До таких напрямків роботи КНП «ТОКОД» ТОР необхідно віднести: 1) аналіз роботи, навчання та розвиток персоналу; 2) пошук та відбір нових працівників; 3) кадрове планування; 4) планування кар'єри працівників; 5) система стимулювання праці; 6) формування та робота з кадровим резервом.

Аналіз управлінських рішень у КНП «ТОКОД» ТОР проводився також

нами і за часовим критерієм. Дослідження показало, що оперативні та тактичні управлінські рішення складають приблизно 79% (до одного року), решта 21% управлінських рішень – це стратегічні рішення (понад рік).

У процесі проведення наукового дослідження нами також було виявлено низку недоліків в оформленні управлінських рішень КНП «ТОКОД» ТОР: 1) зустрічалися управлінські рішення, які не містять плану та програми реалізації окреслених заходів; 2) не вказувалися форми доведення управлінського рішення до виконавця.

Нами також було визначено недоліки, що впливають на ефективність реалізації управлінських рішень КНП «ТОКОД» ТОР, до яких віднесено: 1) недостатній поточний контроль за виконанням управлінських рішень, переважання підсумкового контролю, що призводить до складності коригування управлінських рішень медичного закладу; 2) наявність завантаженості керівника досліджуваного закладу охорони здоров'я вирішенням рутинних і поточних питань, які забирають багато часу на прийняття тактичних і стратегічних управлінських рішень.

Таким чином, можна констатувати наступне: правильний підхід до прийняття управлінського рішення дає можливість оцінити ефективність такого рішення, дозволяє виявити низку недоробок чи помилок у процесі їх прийняття та спрогнозувати час, необхідний для їх усунення. Вирішення складних управлінських завдань вимагає від менеджера (у нашому випадку – генерального директора та його заступників) розвиненого системного мислення. У практичній діяльності будь-якої організації, у тому числі й закладу охорони здоров'я, без урахування взаємного впливу різнорідних чинників неможливе прийняття якісних управлінських рішень, тому актуальним стає використання системного підходу до їх розробки.

2.2. Аналіз індивідуального стилю прийняття управлінських рішень керівників досліджуваного закладу охорони здоров'я

Хорошому лікарю властивий високий рівень клінічних навичок та

компетенцій. Звичайно, при висуванні кандидата на посаду генерального директора (головного лікаря) і вище керівництво сфери охорони здоров'я, і колеги розуміють, що йдеться про посаду, на якій значна частина робочого часу працівника витратиться на вирішення управлінських, а не медичних завдань.

Посадові обов'язки та кваліфікаційні характеристики керівників закладів охорони здоров'я визначені у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». Так, генеральні директори (головні лікарі) орієнтовані на прийняття управлінських рішень, спрямованих на стратегічний розвиток медичної організації; заступники генерального директора (головного лікаря) переважно займаються реалізацією і проектуванням завдань, поставлених головним керівником. Специфіка праці завідувача відділення полягає у поєднанні професійної (медичної) та управлінської діяльності, кожна з яких потребує відповідного рівня компетенції, заснованого на знанні та володінні новітніми медичними та управлінськими технологіями.

Для визначення індивідуального стилю прийняття управлінських рішень керівників КНП «ТОКОД» ТОР, в якому взяло участь 110 лікарів, які обіймають різні посади: генеральний директор (головний лікар) – 4,8%; заступники генерального директора (головного лікаря) – 10,1%; завідувачі відділень – 11,9%; лікарі – 73,1%.

Визначення стилів ухвалення управлінських рішень проведено з використанням анкети А. Роу, в основі якої лежить когнітивно-ситуаційна модель (рис. 2.3). У цій моделі стиль прийняття рішень визначався комбінацією двох параметрів: ціннісною орієнтацією та терпимою когнітивною складністю.

«Низька терпимість до когнітивної складності» означає високу потребу в наявності чіткої структури знань та інформації в задачі прийняття рішення (директивний та поведінковий стилі). Наприклад, людям із цією характеристикою складно обговорювати проблему, не домовившись спочатку

про однозначне розуміння термінів, у яких ця дискусія ведеться. Якщо в людини «висока терпима когнітивна складність», вона готова уточнювати та розвивати цю систему понять у міру розгортання дискусії (аналітичний, концептуальний) [20].

Терпима когнітивна складність	Висока толерантність до невизначеності	Аналітичний стиль Логічне, абстрактне мислення	Концептуальний стиль Широке, просторове креативне мислення
	Низька толерантність до невизначеності, необхідне структурування	Директивний стиль Сфокусовані, швидкі результати	Поведінковий стиль Підтримка, емпатія, слухання
		Ціннісна орієнтація	
		Завдання	Люди

Рис. 2.3. Когнітивно-ситуаційна модель прийняття рішень.

Примітка. Наведено за [36]

«Орієнтація на завдання» означає, що людина у прийнятті рішень орієнтується насамперед на досягнення поставлених цілей та завдань, є «людиною, яка вирішує проблеми», люди для нього, більшою мірою, засіб досягнення цілей. «Орієнтація на людей» означає, що респондент передусім орієнтується на людей, відносини із ними.

Модель дозволяє виділити чотири стилі прийняття рішень:

1. Директивний: такі люди віддають перевагу швидким діям, орієнтованим більшою мірою на сьогоднішній день (а не на невизначене майбутнє), тому користуються обмеженим обсягом інформації (часто представленою в усній формі). Також характеризуються авторитарністю (не схильні обговорювати варіанти рішення з працівниками), роблять акцент на сильний контроль. Вони дуже ефективні у досягненні результату.

2. Аналітичний: такі люди мислять абстрактно, інформацію обробляють ретельно, отже рішення приймають, як правило, на основі великого обсягу інформації і повільно. Вони вважають за краще оптимізувати вирішення проблем, люблять приймати рішення самостійно, а не шляхом

консультацій чи обговорення. Віддають перевагу письмовій формі отримання інформації.

3. Концептуальний: цей тип керівників має високу складність когнітивного процесу і орієнтований на людей, такі індивіди схильні довго і ретельно обмірковувати вирішення проблеми та обговорювати його з колегами/підлеглими, беручи до уваги всі можливі альтернативи. Ці люди, як правило, мають широку картину світу, бачать перспективу і орієнтовані на майбутнє. Вони дуже творчі, їм подобається добиватися свого, але вони потребують оцінки та похвали.

4. Поведінковий (біхевіористичний): цей тип орієнтований на увагу колег по роботі і потребує симпатії оточуючих. Вони завжди підтримають, добрі слухачі, відкриті до порад і легко вступають у контакт. Відкрито демонструють добродушність та добре ставляться до послаблення контролю. Ці індивіди надають перевагу зустрічам і особистим розмовам, ніж письмовій інформації. Вони сфокусовані на ближчих цілях.

Керівник не може ідеально за всіма параметрами відповідати якомусь одному зі стилів прийняття рішень, описаних вище, зазвичай одна і та сама людина використовує один або кілька головних (домінуючих) стилів і один або кілька запасних. Індивідуальні поведінкові патерни визначають і унікаючі стилі прийняття рішень.

Обробку отриманих результатів проведено наступним чином. Нехай x_{ij} – оцінка j -го респондента за стилем i (де $i = 1$ відповідає директивному стилю прийняття рішень, $i = 2$ – аналітичному, $i = 3$ – концептуальному і $i = 4$ – поведінковому), \bar{X}_i – середня оцінка за стилем i за генеральною сукупністю, з якою зіставляється респондент j , (як така оцінка використовувалася середня за загальною вибіркою з 110 лікарів, до якої увійшли як ті, хто обіймає керівні посади в досліджуваному закладі охорони здоров'я, так і рядові лікарі), а σ_i – середня квадратичне (стандартне) відхилення оцінки за стилем i за цією вибіркою. Тоді, якщо:

$$X_{ij} > \bar{X}_i + \sigma_i/2, \quad (2.1)$$

то стиль i діагностувався як домінуючий для респондента j . Якщо:

$$X_{ij} < \bar{X}_i - \sigma_i/2, \quad (2.2)$$

то стиль i діагностувався як унікає респондента j . Нарешті, при:

$$\bar{X}_i - \frac{\sigma_i}{2} \leq x_{ij} \leq \bar{X}_i + \sigma_i/2, \quad (2.3)$$

стиль i діагностувався як запасний для респондента j [36].

Статистична обробка даних проведена за допомогою Microsoft Excel 2013, для визначення статистичної значущості відмінностей досліджуваних вибірок використано аналіз таблиць сполученості (критерій χ^2 Пірсона).

Розподіл частоти стилів прийняття рішень (унікаючий, запасний або домінуючий) у лікарів КНП «ТОКОД» ТОР, включаючи керівників, досить пропорційне (рис. 2.4).

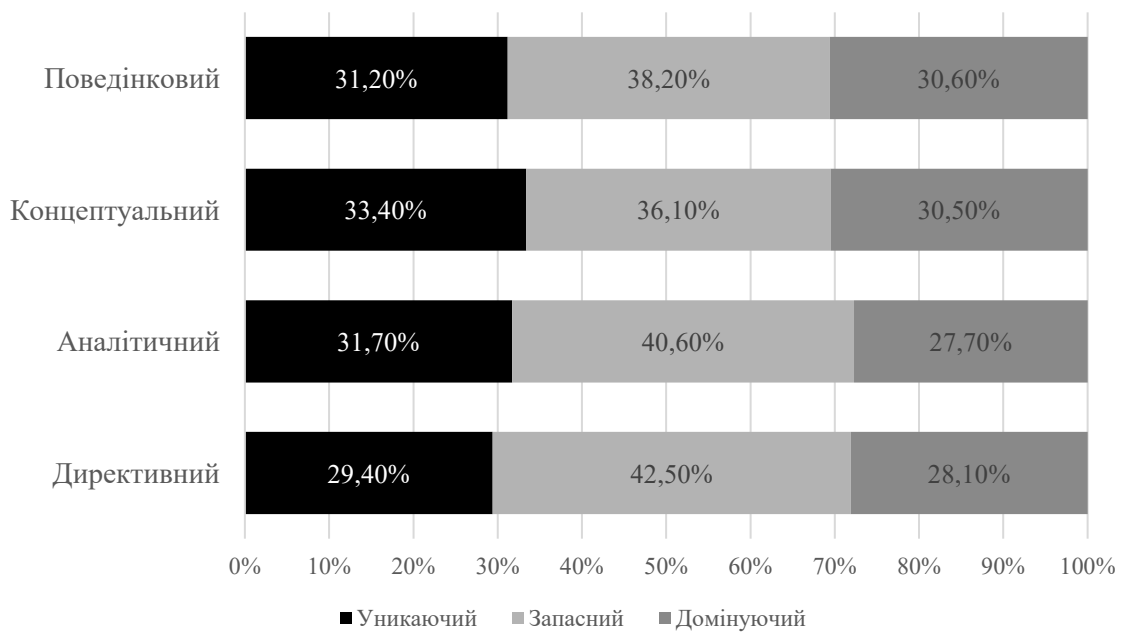


Рис. 2.4. Стилi ухвалення управлiнських рiшень лiкарями КНП «ТОКОД» ТОР (n = 110)

Примiтка. Розраховано на основi опитування

Проаналiзуємо розподiл домінуючого (унікаючого) стилів за рiвнями управлiння (рис. 2.5-2.7). На рис. 2.4 показано, скiльки разiв кожен iз стилів виявлявся домінуючим, запасним або унікаючим для керiвникiв КНП «ТОКОД» ТОР. Оскiльки i домінуючими, i запасними, i унікаючими для однієї

й тієї ж людини у методиці А. Роу може бути кілька стилів, сума оцінок по стовпцям більше 100% (рис. 2.4-2.6). Однак кожен стиль для конкретної людини був або унікаючий, або запасний, або домінуючий, тому суми по кожному рядку становлять рівно 100% (за кількістю респондентів).

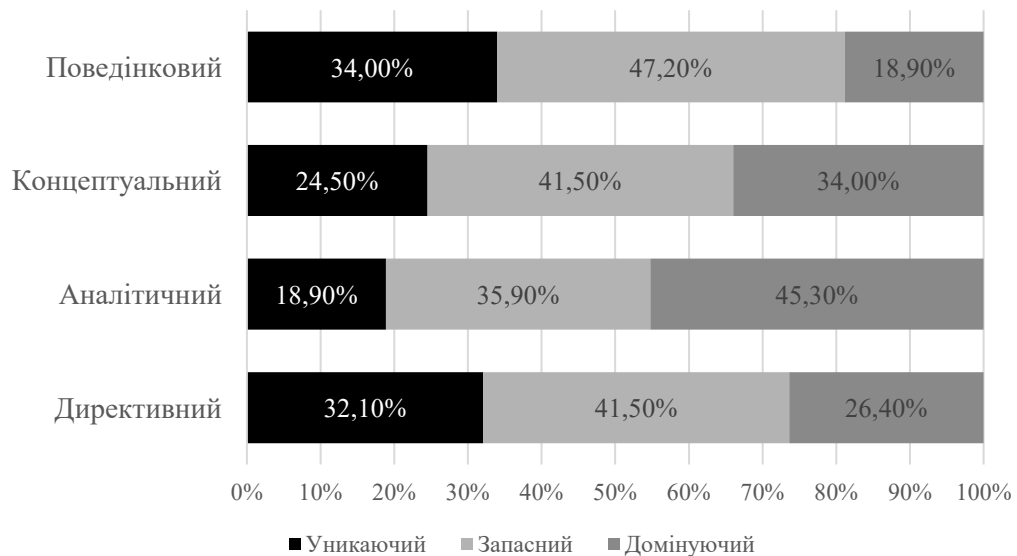


Рис. 2.5. Стиль ухвалення управлінських рішень генеральним директором (головним лікарем) КНП «ТОКОД» ТОР

Примітки. Розраховано на основі опитування

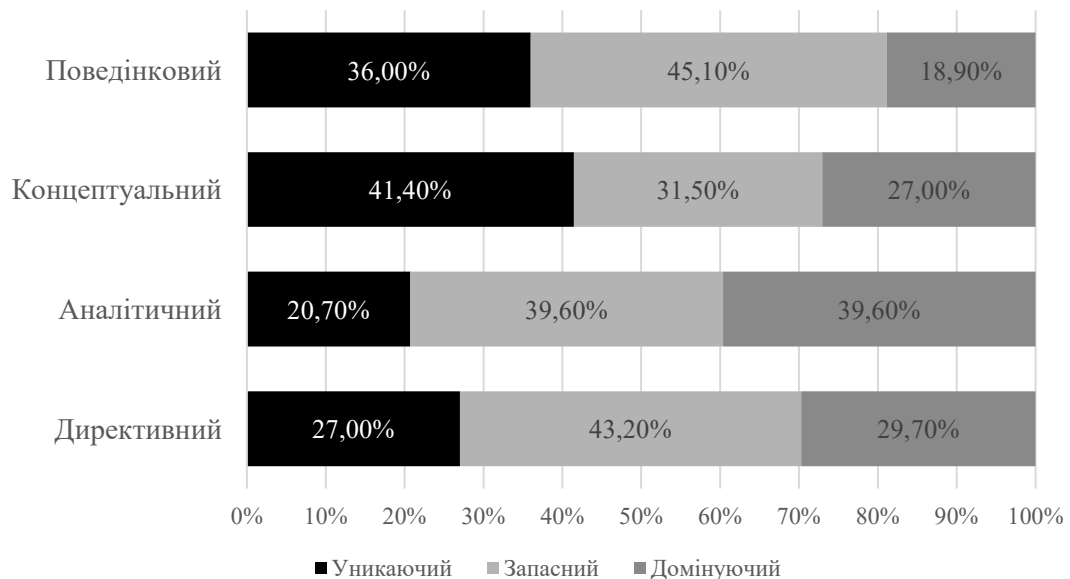


Рис. 2.6. Стилi ухвалення управлінських рішень заступниками генерального директора (головного лікаря) КНП «ТОКОД» ТОР

Примітки. Розраховано на основі опитування

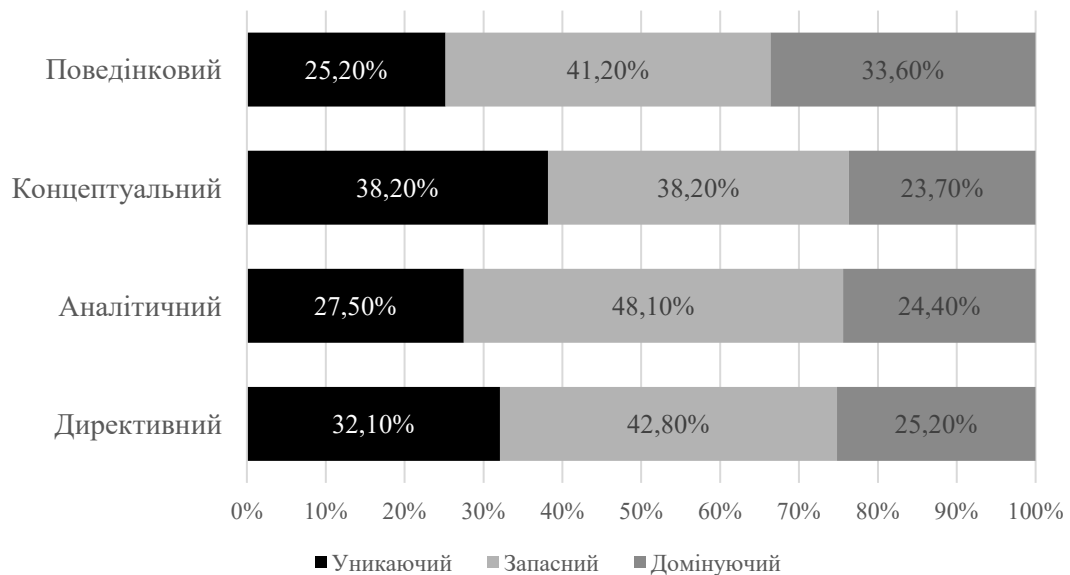


Рис. 2.7. Стилі ухвалення управлінських рішень керівників структурних підрозділів КНП «ТОКОД» ТОР

Примітки. Розраховано на основі опитування

Найчастіше у генерального директора (головного лікаря) КНП «ТОКОД» ТОР домінує аналітичний стиль (45,3%), концептуальний стиль посідає друге місце за частотою використання після аналітичного (34%). Поведінковий стиль помітно рідше за інших виявляється домінуючим: він або запасний (47,2%), або унікаючий (34%) (див. рис. 2.4).

Спираючись на дані про домінуючий аналітичний стиль прийняття рішень, можна сказати, що генеральний директор (головний лікар) КНП «ТОКОД» ТОР вважає за краще приймати рішення індивідуально, йому потрібна велика кількість інформації, він націлений на ретельний вибір оптимального варіанту рішення і при цьому орієнтується насамперед на завдання, а потім вже на людей.

У найчисленнішої групи (39,6%) із числа заступників генерального директора (головного лікаря) КНП «ТОКОД» ТОР також домінуючим виявився аналітичний стиль прийняття управлінських рішень, але друге місце в цьому рейтингу домінуючих стилів (29,7%) займає вже не концептуальний, як у їх керівника, а директивний стиль. При цьому рейтинг уникнення

концептуального і поведінкового стилю для цієї категорії працівників досить високий – 41,4 і 36,0%. З характеристик стилів, у заступників генерального директора (головного лікаря) КНП «ТОКОД» ТОР переважає індивідуальний підхід до прийняття рішень. У той же час як запасний у даної категорії керівників найчастіше (45,1%) зустрічається поведінковий стиль, що вказує на те, що в деяких випадках вони віддають перевагу груповій формі при виборі самого рішення, але орієнтуються насамперед на відносини з людьми, а не на досягнення найкращого рішення. Унікає стилем найчастіше (41,4%) був концептуальний (див. рис. 2.5).

Аналіз даних, отриманих під час опитування завідувачів відділеннями КНП «ТОКОД» ТОР, показав, що найчастіше як домінуючий в них зустрічався поведінковий стиль – він визначений у 33,6% респондентів (див. рис. 2.6), а на другому місці – директивний (25,2%). Як запасний найчастіше (48,1%) виступає аналітичний стиль, а унікаючий – концептуальний (38,2%). Це означає, що найбільша частина завідувачів відділеннями орієнтуються на думку своїх підлеглих. Вони вважають за краще отримувати інформацію в усній формі, при цьому їх інформаційні потреби помітно менші, ніж у більшості колег на вищих рівнях управління.

При порівнянні частоти стилів у різних групах керівників встановлено, що в якості домінуючого стилю генеральний директор (головний лікар) (45,3%), як і його заступники (39,6%), частіше вибирають аналітичний, ніж завідувачі відділеннями (24,4%; $\chi^2 = 7,78$; $p = 0,02$ і $\chi^2 = 6,52$; $p = 0,04$ відповідно). При цьому завідувачі відділеннями більшою мірою схильні до поведінкового стилю прийняття рішень, ніж заступники керівника (33,6 і 18,9%; $\chi^2 = 7,36$; $p = 0,03$). При порівнянні числа респондентів, які обирають концептуальний стиль прийняття рішень як домінуючий або запасний, з числом респондентів, для яких цей стиль є унікаючим, статистично значущі відмінності відмічені між генеральним директором (головним лікарем) та його заступниками (75,5 та 58,6%, $\chi^2 = 4,46$; $p < 0,05$). Керівник досліджуваного закладу охорони здоров'я на 16,9% частіше, ніж його заступники, приймають

рішення, оцінюючи картину загалом, тоді як для майже 40% заступників концептуальний стиль є унікаючим (див. рис. 2.4-2.6).

Необхідність ефективного вирішення поточних проблем охорони здоров'я потребує суттєвого підвищення уваги до якості менеджменту на всіх рівнях управління охороною здоров'я, оскільки ефективність управління впливає як на клінічні показники діяльності медичних організацій (наприклад, летальність), так і на фінансові показники (наприклад, доходи). Однак повинні враховуватися не лише об'єктивні передумови, а й роль людського фактора – особистості керівника, його професійної компетентності, що визначає його управлінський потенціал. Від цього вирішальною мірою залежить успішність функціонування та розвитку системи охорони здоров'я.

У проведеному дослідженні значення середніх і стандартних відхилень для масиву спостережень лікарів КНП «ТОКОД» TOP зіставлені з даними по іншій групі респондентів – керівниками (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Результати обробки анкет А. Роу для керівників та лікарів КНП
«ТОКОД» TOP**

Стиль прийняття рішень / респонденти	$X - 1/2 \sigma$	$X + 1/2 \sigma$	X
Директивний – лікарі	71	85	78
Директивний – керівники	74	87	80
Аналітичний – лікарі	80	96	88
Аналітичний – менеджери	82	96	89
Концептуальний – лікарі	63	75	69
Концептуальний - менеджери	66	75	70
Поведінковий – лікарі	57	74	65
Поведінковий – менеджери	56	68	61

Примітки. Складено на основі проведеного опитування
X – середнє значення, σ – стандартне відхилення.

Як і у керівників, у лікарів КНП «ТОКОД» TOP, можна виділити такі тенденції: 1) середня оцінка за аналітичним стилем помітно перевищує інші середні показники; 2) найменше середнє значення зафіксовано у поведінкового стилю (див. табл. 2.2).

В цілому, проведені до теперішнього часу дослідження з використанням

даної методології дозволяють припустити, що наявність у керівників домінуючого концептуального стилю прийняття рішень виступає як важлива детермінанта їх управлінського потенціалу.

Аналізуючи отримані дані за різними категоріями керівників КНП «ТОКОД» ТОР, можна зробити висновок, що проявляються деякі загальні тенденції. Так, ступінь використання концептуального стилю прийняття рішень вище на вищих рівнях управління. Це варто розглядати як позитивний симптом, оскільки різні дослідження свідчать, що саме цей стиль прийняття рішення характерний для найбільш ефективних менеджерів [5] З іншого боку, концептуальний стиль прийняття рішень не є домінуючим для генерального директора (головного лікаря), він помітно поступається аналітичному.

У міру просування вниз по адміністративних сходах частка керівників з домінуючим концептуальним стилем знижується, при цьому зростає частка тих керівників, які в прийнятті рішень орієнтовані на індивідуальні (авторитарні) процеси, і керівників, орієнтованих на відносини з людьми більшою мірою, ніж на вирішення поставлених завдань. Ряд досліджень свідчать, що це найнеефективніший стиль керівництва [26]. Якщо розглядати менше порівняно з іншими секторами поширення концептуального стилю прийняття рішень серед вищого керівництва як недолік, він міг би бути компенсований за рахунок команди керівника, його заступників. Проте заступники генерального директора (головного лікаря) та завідувачі відділень ще далі від концептуального стилю, ніж керівник досліджуваного закладу охорони здоров'я. Дехто із цих працівників в майбутньому змінить генерального директора (головного лікаря). Що при цьому станеться з якістю управління? Можна припустити, що з часом індивідуальний стиль ухвалення рішення у нинішніх заступників зміниться. Однак можливості трансформації індивідуального стилю прийняття рішень не безмежні і вимагають усвідомлених зусиль у випадках, коли йдеться про працівників із великим досвідом роботи. У цьому контексті і з урахуванням високої складності управлінських завдань, що стоять перед сучасними медичними організаціями,

необхідно звертати увагу на командні види взаємодії керівників різного рівня, розвиток клінічного лідерства, а також спиратися на міжнародний досвід впровадження розподіленого лідерства підвищення ефективності системи управління [25].

2.3. Оцінка якості управлінських рішень в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Ухвалення рішень – це основний вид продукції, найважливіша складова та інтегральна частина управлінської діяльності керівників закладів охорони здоров'я. У сучасних складних соціально-економічних умовах при прийнятті таких рішень керівники закладів охорони здоров'я в деяких випадках зазнають певних труднощів, що відбивається на якості їх діяльності, призводить до зниження керованості закладів охорони здоров'я, входить до небезпечних організаційних патологій, стійких порушень функціонування [1]. Однією із визначальних причин цього явища є дисбаланс між запитами повсякденної практики та недоліками наукових підходів. Аналіз літератури свідчить про те, що процес прийняття управлінських рішень в закладах охорони здоров'я обґрунтований недостатньо, зокрема, комплексно не визначені можливі класифікації, алгоритми їх прийняття, властивості, що визначають якість таких рішень, чинники, що впливають на них, обмеження, особливості реалізації у практичній діяльності, методи, що використовуються, напрями оптимізації тощо.

Одним із основних методів дослідження у громадському здоров'ї та охороні здоров'я, у тому числі при аналізі прийняття управлінських рішень, є експертне опитування [3]. Тому в ході виконання роботи було проведено анонімне анкетування експертів – 110 лікарів КНП «ТОКОД» ТОР.

При відборі експертів визначалися такі характеристики: досвід професійної діяльності у сфері управління закладами охорони здоров'я не менше 10 років, компетентність та узгодженість думок. У публікаціях [9; 36], залежно від способу розрахунку, пропонуються мінімальне значення

необхідної кількості експертів від 8 до 32. Для врахування максимальної кількості думок кількість експертів, які взяли участь у нашому дослідженні, була вищою від верхнього критичного значення. Для визначення компетентності експертів використовувався метод самооцінки з визначенням сукупного індексу – коефіцієнта компетентності – середнє значення рівня теоретичних знань, практичних навичок та здатності до прогнозування (має бути ≥ 4 бали за 5-бальною шкалою). Ступінь узгодженості думок, розрахований з використанням коефіцієнта конкордації Кендала – коефіцієнта множинної рангової кореляції, відповідав високому значенню ($>0,7$) і був достовірним.

Залежно від займаної на момент анкетування посади опитані розподілилися так: 1) керівник закладу охорони здоров'я – $18,4 \pm 3,7\%$; 2) заступники керівника закладу охорони здоров'я – $42,9 \pm 4,7$; 3) завідувачі структурних підрозділів закладу охорони здоров'я – $38,7 \pm 4,6$.

Низку результатів дослідження оцінювали у відсотках, решту – за спеціально розробленою 10-бальною шкалою, для полегшення використання якої респондентам було запропоновано наступну умовну градацію: 1) більше 7 до 10 балів – має важливе значення; 2) більше 4 до 7 балів – важливе значення; 3) більше 1 до 4 балів – має значення; 4) 0-1 бал – не має значення.

Статистичний аналіз отриманих матеріалів здійснювався за допомогою програмного пакета «SPSS Statistics 23». Для визначення нормальності розподілу значень варіаційних рядів використовували критерій Колмогорова-Смирнова, щодо достовірності відмінностей між рівнем показників – параметричний t-критерій Стьюдента і непараметричний критерій Манна-Уїтні.

Формат подання даних $P \pm m$, де P – відносна величина, m – її помилка; $M \pm \sigma$ де M – середня величина, σ – середнє квадратичне відхилення.

Експерти погодилися з поданим їм можливим переліком класифікацій управлінських рішень, сформованих залежно від критеріїв, на основі яких здійснюється процес їх прийняття: 1) за тривалістю дії (довгострокові,

середньострокові, короткострокові, разові); 2) за ступенем обов'язковості (обов'язкові (категоричні), рекомендаційні); 3) за змістом (організаційні, клінічні, економічні, соціальні, технологічні та ін.); 4) за формою прийняття (індивідуальні (одноосібні), групові, колективні, колегіальні); 5) за рівнем структурованості (запрограмовані, незапрограмовані); 6) за характером дії (стратегічні, тактичні).

В контексті даної роботи було доцільним більш предметно досліджувати варіант класифікації, у якій критерієм є спосіб вироблення рішень:

- інтуїтивні (засновані на відчутті правильності вибору без застосування логіки; шанси на успіх невеликі, тому що в незнайомій екстремальній обстановці, що вимагає прийняття термінових рішень, «шосте почуття» може виявитися єдиним помічником у пошуках виходу зі складної та заплутаної ситуації);

- засновані на судженнях, досвіді або адаптаційні (зумовлені накопиченими знаннями та досвідом, що може не дозволити адаптуватися до нових умов постійного середовища);

- раціональні (спираються на об'єктивну логіку, передбачають реалізацію процесу, що складається з кількох взаємозалежних кроків: діагностика проблеми, визначення обмежень, визначення критеріїв, визначення альтернатив, оцінка альтернатив, остаточний вибір, зворотний зв'язок).

Генеральний директор (головний лікар) КНП «ТОКОД» ГОР достовірно ($p \leq 0,05$) частіше приймалися раціональні рішення ($45,66 \pm 4,71\%$), найменш популярні інтуїтивні ($18,28 \pm 3,65\%$). Адаптивні рішення приймалися у $36,06 \pm 4,54\%$ випадків.

Було оцінено значущість за 10-бальною шкалою кроків, що становлять алгоритм прийняття раціонального управлінського рішення (табл. 2.3).

Важливість здійснення кожного з поданих у табл. 2.3 кроків алгоритму прийняття раціональних управлінських рішень ні в кого з експертів не викликала сумнівів. Найбільш значущими визнані ($p < 0,05$) діагностика

проблеми (визначення симптомів виниклих складнощів або можливостей та пошук причин їх виникнення; виявлення та формулювання проблеми; постановка цілей і завдань для вирішення проблеми) та остаточний вибір – 1-е та 2-ге рангові місця.

Таблиця 2.3

Значимість кроків ухвалення раціонального рішення

Крок	Значимість, бали
Діагностика проблеми	9,03±0,89
Визначення обмежень	6,88±0,91
Визначення критеріїв	7,61±0,87
Визначення альтернатив	7,18±0,52
Оцінка альтернатив	7,24±0,57
Остаточний вибір	8,76±0,92
Зворотній зв'язок	8,12±0,80

Примітка. Розраховано на основі проведеного дослідження

Представляло інтерес, у якому відсотку випадків з усіх прийнятих у КНП «ТОКОД» ТОП раціональних управлінських рішень реалізувався кожен із перелічених кроків. Виявилось, що діагностика проблеми та остаточний вибір мали місце у $71,79 \pm 4,25$ та $68,45 \pm 4,39\%$ випадків відповідно зі 100% прийнятих рішень, інші кроки – значно менш часто ($p \leq 0,05$). від $49,33 \pm 4,72$ до $45,67 \pm 4,71\%$.

Досліджено значущість властивостей, що визначають якість управлінських рішень, що приймаються в КНП «ТОКОД» ТОП (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Значимість властивостей, що визначають якість прийнятих управлінських рішень у КНП «ТОКОД» ТОП

Властивість	Значимість, бали
1	2
Конкретність – можливість вирішувати конкретне завдання, виконання якого можна проконтролювати (що, хто, коли має зробити)	8,73± 0,75
Повноважність і правомірність – приймається в межах тих прав, якими наділений керівник, та чинного законодавства	7,80±0,70
Своєчасність – момент ухвалення рішення має відповідати потрібному етапу розвитку проблеми, своєчасно досягати поставленої мети. 3	8,47±0,65

Продовження табл. 2.4

1	2
ухваленням рішення не можна запізнюватися і не можна поспішати. Воно має прийматися з урахуванням стану об'єкта, вимог часу та конкретних умов	
Обґрунтованість – приймається на науковій основі з використанням повної, достовірної інформації	7,59±0,71
Ефективність та економічність – забезпечує досягнення поставленої мети з найменшими витратами	7,32±0,85
Несуперечність – узгодженість з рішеннями вищих організацій, раніше прийнятими рішеннями та нормативними актами	6,98±0,64
Простота і точність формою – лаконічність, ясність і чіткість формулювань, виключення суперечливих тлумачень	7,73±0,84
Оптимальність – досягнення найкращого результату в даних умовах за мінімальних витрат часу та зусиль учасників	7,27±0,82
Надійність має забезпечувати довговічність, дієвість і в тому випадку, якщо ситуація зміниться	6,83±0,76
Реальна здійсненність – облік конкретних можливостей, наявних ресурсів та реальних умов їх використання	7,31±0,64
Гнучкість, рухливість – формулювання має передбачати можливість творчої активності, ініціативи	5,59±0,65

Примітка. Розраховано на основі проведеного дослідження

З даних, поданих у табл. 2.4, видно, що, на думку опитаних, всі аналізовані властивості управлінських рішень досить значуще визначають якість управлінських рішень, що приймаються в КНП «ТОКОД» ТОВ, тому що, відповідно до градації в запропонованій 10-бальній шкалі, мають істотне і важливе значення. При цьому найбільш важливі ($p < 0,05$) і займають 1-2 рангове місце такі властивості, як конкретність і своєчасність. Відносно менш значущі є гнучкість, рухливість – останнє рангове місце ($p < 0,05$).

На прийняття рішень, зокрема управлінських, впливає низка чинників (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Значимість чинників, що впливають на прийняття управлінських рішень

Чинник	Значимість, бали
1	2
Особистісні оцінки керівника – рішення, що приймаються, побудовані на фундаменті системи цінностей конкретної людини; часто спостерігається перекид у бік економічних та політичних аспектів на шкоду соціальним та етичним	7,37±0,86
Визначеність – керівник точно знає кінцевий результат кожного з альтернативних варіантів вибору	8,06±0,93

1	2
Ризик – об’єктивна ймовірність ризику, який необхідно враховувати і, при можливості, керувати ним	6,54±0,63
Невизначеність – неможливо оцінити потенційний результат, проблеми нові та складні, щодо них немає об’єктивної інформації	5,58±0,48
Час і середовище, що змінюється	5,88±0,40
Інформаційні обмеження – достовірна інформація не завжди доступна	6,35±0,56
Поведінкові обмеження – наприклад, блокування виконання рішення одним підлеглим через особисту неприязнь та підтримка сумнівних дій іншого	5,25±0,74
Негативні наслідки – виграючи в одному, доводиться програвати в іншому, потрібне мистецтво компромісу	6,19±0,48
Взаємозалежність рішень – ефективно працюючий керівник повинен розуміти взаємозалежність рішень і вибирати альтернативи, які роблять найбільший внесок у справу досягнення спільних цілей організації	8,00±0,72

Примітка. Розраховано на основі проведеного дослідження

Респонденти вважають, що найважливішими чинниками, які впливають на прийняття керівниками КНП «ТОКОД» ТОП управлінських рішень, є визначеність і взаємозалежність рішень. Значимість всіх інших чинників статистично достовірно ($p \leq 0,05$) нижча, але понад 4 балів, тобто не менше рівня «мають важливе значення». Відносно менш значимі поведінкові обмеження.

Респонденти визначили, у якому відсотку випадків у КНП «ТОКОД» ТОП були такі обмеження прийняття управлінських рішень (зі 100% прийнятих): 1) недостатність ресурсів – $45,42 \pm 4,70\%$; 2) нормативне правове поле – $23,16 \pm 3,99\%$; 3) посадові повноваження – $16,68 \pm 3,52\%$; 4) етичні міркування – $14,74 \pm 3,35\%$.

Відповідно до положень теорії прийняття рішень із переліку альтернатив вибрати оптимальну дуже важко. Крім перелічених обмежень, цьому перешкоджає ще низка причин (рис. 2.7). На думку респондентів, основними причинами ($p \leq 0,05$) дуже низької ймовірності прийняття найкращих рішень є те, що з великої кількості можливих альтернатив керівник бачить лише кілька, а також неможливість передбачати всі наслідки кожної альтернативи та дефіцит часу. Їхня значимість становить $7,02 \pm 0,74$; $6,96 \pm 0,52$ та $6,84 \pm 0,54$ бали відповідно. Інші причини, зокрема брак знань, нечіткий чи суперечливий

характер поставленої мети, умови невизначеності, також досить значні (більш 4 балів).

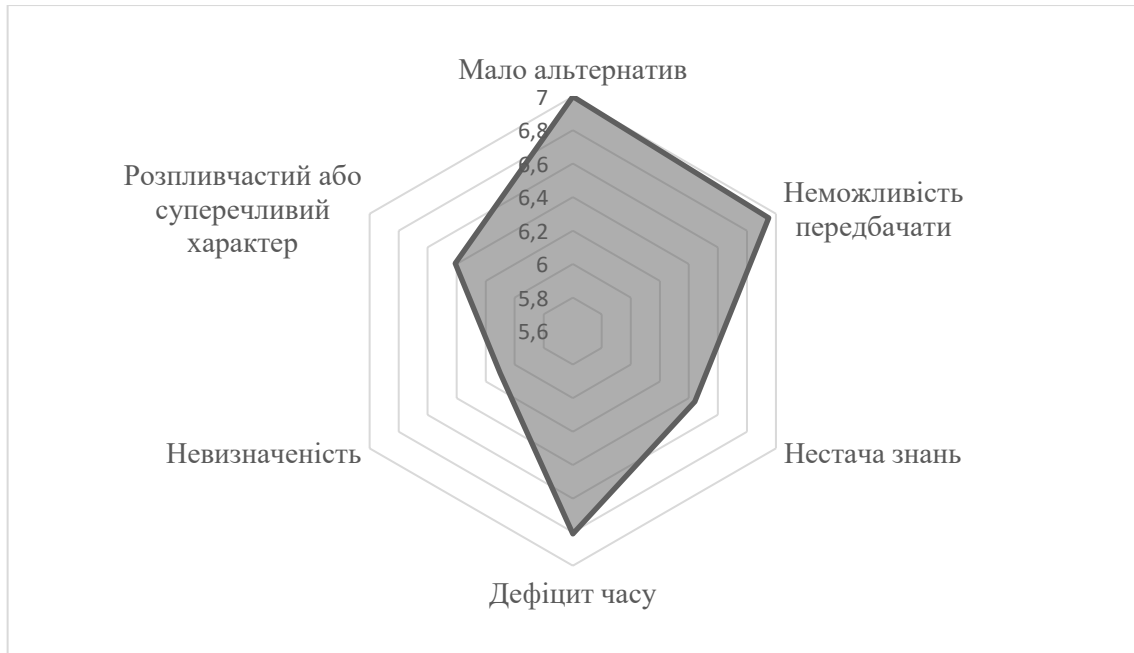


Рис. 2.7. Значимість причин, що заважають керівникам КНП «ТОКОД» приймати оптимальні рішення, бали

Примітка. Побудовано на основі проведеного дослідження

Перелічені причини неприйняття оптимальних (найкращих) рішень у досліджуваному закладі охорони здоров'я реалізувалися у рівній кількості випадків – суттєвих відмінностей не виявлено: від $21,49 \pm 3,88$ у дефіциту часу до $13,93 \pm 3,27\%$ брак знань.

Встановлено, що лише у половині ($51,17 \pm 4,72\%$) випадків разом із ухваленням управлінських рішень планувалася їх реалізація. Якщо ж планування здійснювалося, то ресурсне забезпечення передбачалося ще у половині числа таких випадків, тимчасові кордони – у третій частині, мотивація виконавців – не більш як у п'ятій частині. Цілеспрямоване виявлення відхилень від заданої програми зазначалося у $13,62 \pm 3,24\%$ прийнятих рішень, визначення причин цих відхилень та їх ліквідація – у $11,99 \pm 3,07\%$, прийняття нових управлінських рішень замість старих, неефективних – у $13,10 \pm 3,19\%$.

Проведено аналіз використання методів прийняття рішень керівниками

КНП «ТОКОД» TOP. З даних, поданих у табл. 2.6, випливає, що з методів прийняття рішень серед керівників закладу охорони здоров'я більш популярними були кількісні методи (1-е місце), а також методи економічного аналізу, діагностики, декомпозиції (морфологічного аналізу), аналогії, мозкової атаки (штурму). Істотно менш часто використовувалися методи експертних оцінок та моделювання ($p < 0,05$). Методи Дельфі та SWOT-аналізу, на думку респондентів, в КНП «ТОКОД» TOP не використовувалися.

Таблиця 2.6

**Використання методів прийняття управлінських рішень керівниками
КНП «ТОКОД» TOP, %**

Метод	Частка, %
1	2
Декомпозиція чи морфологічний аналіз – уявлення складної управлінської проблеми як сукупності найпростіших питань	14,28±3,31
Діагностика – пошук найбільш важливих проблем, які потребують першочергових рішень, використовується при обмежених ресурсах	14,28±3,31
Експертних оцінок – найефективніше застосування під час аналізу складних процесів, мають переважно якісні характеристики; під час прогнозування тенденцій розвитку системи; в оцінці альтернативних варіантів рішення	4,01±1,85
Мозкової атаки або мозкового штурму – застосовується в тих випадках, коли є мінімум інформації про проблему, що вирішується, і встановлені стислі терміни для її вирішення; зазвичай дозволяє швидко і правильно вирішувати проблему	12,09±3,08
SWOT-аналізу – виявлення сильних і слабких сторін, можливостей і загроз. Зводить воедино позитивні та негативні фактори як внутрішнього середовища – сильні та слабкі сторони, так і зовнішнього - можливості та загрози. Створює своєрідний стратегічний баланс стану досліджуваної системи	0,00
Економічного аналізу – взаємопов'язані та взаємозумовлені методи вивчення (дослідження) певних економічних явищ, процесів, дій, результатів	14,28±3,31
Аналогії – пошук можливих вирішення проблеми на основі запозичення їх з інших об'єктів управління.	16,18±3,48
Моделювання, математичне моделювання процесів функціонування організацій – дослідження об'єктів пізнання на їх моделях; побудова та вивчення моделей реально існуючих об'єктів, процесів чи явищ з метою отримання пояснень цих явищ, а також для передбачення явищ, що цікавлять дослідника	2,62±1,51
Метод Дельфі – експертам, які не знають один одного, ставлять питання, пов'язані з вирішенням проблеми, у вигляді анкети. Думка меншості експертів доводиться до інших, які мають або погодитися з цим рішенням, або відкинути її. Якщо більшість експертів не погоджуються, то їх думки передаються меншості для розгляду. Процес повторюється доти, доки всі експерти не дійдуть узгодженої думки	0,00

Продовження табл. 2.6

1	2
Кількісні методи – оцінка цифрових даних статистичної бази, що використовується для ухвалення рішення	22,26±3,93
Усього	100

Примітка. Розраховано на основі проведеного дослідження

Респонденти визначили комплекс напрямів оптимізації прийняття управлінських рішень в КНП «ТОКОД» ТОР. Як основні напрями визнано посилення контролю за виконанням рішень, підвищення рівня професійних знань осіб, які приймають рішення, і виконавчої дисципліни.

Отже, проблема прийняття управлінських рішень в сфері охорони здоров'я, зокрема на рівні медичних закладів, є надзвичайно актуальною. Оцінка значимості властивостей та чинників, що впливають на якість управлінських рішень керівниками КНП «ТОКОД» ТОР, та методів їх прийняття дозволила ідентифікувати основні проблеми: складності в обранні однієї альтернативи; неможливість передбачати всі наслідки кожної альтернативи; дефіцит часу; брак знань, нечіткий чи суперечливий характер поставленої мети; умови невизначеності. В результаті проведеного опитування сформовано напрямки оптимізації прийняття управлінських рішень: посилення контролю за їх виконанням, підвищення рівня професійних знань осіб, які приймають рішення, і їх виконавчої дисципліни.

Висновки до розділу 2

КНП «ТОКОД» ТОР є «лікарняним (амбулаторним) закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги третинної/високоспеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом» [42].

В КНП «ТОКОД» ТОР управлінські рішення приймають генеральний директор (головний лікар), його заступники та керівники структурних підрозділів.

У результаті проведення наукового дослідження виявлено низку недоліків в процесі прийняття управлінських рішень в КНП «ТОКОД» ТОР: зустрічалися управлінські рішення, які не містять плану та програми реалізації окреслених заходів; не вказувалися форми доведення управлінського рішення до виконавців.

Визначено недоліки, що впливають на ефективність реалізації управлінських рішень КНП «ТОКОД» ТОР, до яких віднесено: недостатній поточний контроль за виконанням управлінських рішень, переважання підсумкового контролю, що призводить до складності коригування управлінських рішень медичного закладу; завантаженість керівника досліджуваного закладу охорони здоров'я вирішенням рутинних і поточних питань, які забирають багато часу на прийняття тактичних і стратегічних управлінських рішень.

Встановлено, що домінуючим стилем ухвалення рішень у значній частині керівників КНП «ТОКОД» ТОР є аналітичний. Завідувачі відділення більшою мірою схильні до поведінкового стилю прийняття рішень. Враховуючи емпіричні дослідження в інших сферах діяльності, домінування аналітичного стилю у керівників досліджуваного закладу охорони здоров'я не є гарною прогностичною ознакою. Отримані результати свідчать або про те, що у сфері охорони здоров'я діють інші закономірності, або про те, що потенціал професіоналізації управління використаний не повною мірою.

Досліджено параметри, що впливають на процес прийняття рішень в КНП «ТОКОД» ТОР: властивості (конкретність, повноважність та правомірність, своєчасність, обґрунтованість, ефективність та економічність, несуперечність, простота та точність за формою, оптимальність, надійність, реальна здійсненність, гнучкість, рухливість); чинники (особистісні оцінки керівника, визначеність, ризик, час і середовище, що змінюється, інформаційні обмеження, поведінкові обмеження, негативні наслідки, взаємозалежність); обмеження (недостатність ресурсів, нормативне правове поле, посадові повноваження, етичні міркування); причини (неможливість визначити всі

можливі альтернативи та передбачати наслідки кожної, дефіцит часу, брак знань, розпливчастий чи суперечливий характер поставленої мети, умови невизначеності).

Оцінено використання у практичній діяльності керівників КНП «ТОКОД» ТОП методів прийняття управлінських рішень (декомпозиції, діагностики, експертних оцінок, мозкової атаки, SWOT-аналізу та економічного аналізу, аналогії, моделювання, кількісні).

Визначено напрями оптимізації процесу прийняття управлінських рішень в КНП «ТОКОД» ТОП: посилення контролю за їх виконанням, підвищення рівня професійних знань осіб, які приймають рішення, і їх виконавчої дисципліни.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Концептуальні засади прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я в умовах цифровізації

Щодня різні компанії, незалежно від розміру та виду діяльності, стикаються з необхідністю прийняття різних за змістом управлінських рішень. Кожна з них зацікавлена в тому, щоб ухвалене управлінське рішення було раціональним та найефективнішим із усіх розглянутих альтернатив. Для досягнення цієї мети організаціями використовуються різні підходи. Один із таких підходів – метод «data driven», що з дослівного перекладі означає «керований даними». Суть цього підходу полягає у прийнятті управлінського рішення, яке засноване на великих даних та їх аналітиці. Концепцію «data driven» часто протиставляють способу прийняття стратегічно важливих управлінських рішень, заснованому на інтуїції та особистому досвіді працівника чи керівника організації [26].

Даний підхід до прийняття рішень раніше аналізувався багатьма вченими. Наприклад, Ана Леон та Оскар Пастор у статті, присвяченій використанню підходу «data driven» при дослідженні людських хвороб, пишуть про те, що з його допомогою можна вирішити проблему трудомісткості та малої ефективності обробки великого обсягу інформації про геном людини. Використання методики «data driven» у цій галузі медицини здатне покращити механізми діагностики та призначення лікування, оскільки рішення будуть прийняті з урахуванням ретельного аналізу накопиченого обсягу даних, які людина не здатна проаналізувати самостійно.

На додаток до цієї думки можна привести точку зору Нільса Мартіна та Йохена Бергса, викладену в статті про проблеми відділень невідкладної медичної допомоги, в якій вони рекомендують впроваджувати в систему управління такими закладами концепцію «data driven». Згідно з їхньою

позицією, зазначений підхід до управління здатний запобігти переповненню відділення та підвищити рівень задоволеності медичними послугами екстреної та невідкладної допомоги.

Спосіб прийняття рішень на основі великих даних використовується в багатьох сферах: маркетинг, менеджмент, веб-розробка, дизайн, медицина та ін [41]. Розглянемо кілька прикладів використання концепції «data driven» в сфері охорони здоров'я.

У медицині за допомогою підходу «data driven» створюють розумні лікарні (англ. *smart hospitals*). Цей тип лікарень має на увазі оцифрування більшості процесів, що відбуваються в медичній установі: прийом пацієнта, його ведення, збір анамнезу, документообіг – все відбувається максимально швидко і прозоро як для лікаря, так і для пацієнта, а необхідна інформація зберігається в електронному вигляді. Концепція «data driven» в даному випадку використовується для формування індивідуального підходу до пацієнта, а також для підвищення рівня ефективності роботи медичного закладу (простежується зменшення часу, який пацієнт проводить у лікарні, раціонально використовується ліжковий фонд установи). Наприклад, у госпіталі Сеульського національного університету (англ. *Seoul National University Bundang Hospital*) запроваджено інформаційну систему (IC) BESTCare [8]. Дана IC, окрім іншого функціонала, допомагає працівникам госпіталю приймати ефективні рішення з управління ресурсами, що позитивно відбивається на якості лікування, його трудомісткості та тривалості, що проводиться: за допомогою додатку «clinical pathway» (CP) в рамках BESTCare клініка змогла досягти скорочення часу, яке пацієнт проводить у її стінах [8]. Таким чином, госпіталь Сеульського національного університету зміг збільшити кількість пацієнтів, які в ньому медичну допомогу та медичні послуги протягом року.

Іншим прикладом використання підходу «data driven» у медицині виступає досвід Меморіального онкологічного центру імені Слоуна-Кеттерінга (англ. *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*). У Центрі працює система

підтримки прийняття рішення IBM Watson, яка, ґрунтуючись на великому масиві даних, ставить діагноз пацієнту та призначає лікування. Вказана система має високу точність: ймовірність призначення ефективного лікування при діагнозі «рак легенів» у 2022 р. вже становила 90 % проти 50 % у разі, якщо лікування призначала людина [28]. Таким чином, лікарі онкологічного центру, консультиуючись з IBM Watson, значно знизили ризики та час лікування пацієнта, чим підвищили шанси на його повне одужання.

На нашу думку, концепція «data driven» – це перспективне нововведення у вітчизняній сфері охорони здоров'я, оскільки цей підхід може вирішити кілька актуальних проблем вітчизняних медичних закладах. До таких проблем, на нашу думку, належать високий відсоток лікарських помилок при постановці діагнозу та нерівномірне, а частіше нераціональне, завантаження ліжкового фонду у відділеннях лікарень. Далі пропонуємо порівняти дві бізнес-моделі: бюджетного закладу охорони здоров'я, представленого на рис. 3.1, та комерційного, представленого на рис. 3.2, з метою виявлення ключових особливостей впровадження концепції «data driven» у вітчизняній медицині.

Дані бізнес-моделі побудовані з використанням шаблону Business Model Canvas, розробленого Олександром Остервальдером та Івом Піньє і представленого в роботі «Побудова бізнес-моделей: настільна книга стратега та новатора» [34]. Цей шаблон складається з дев'яти змістових елементів і допомагає наочно описати діяльність організації. Далі нами представлений докладний аналіз бізнес-моделі вітчизняного бюджетного медичного закладу:

1. Споживчі сегменти. Можна виділити два головні сегменти: керівники медичної установи та лікарі. Для осіб, які займають управлінські посади в медичній організації, концепція «data driven» буде корисною у прийнятті стратегічних управлінських рішень щодо розподілу ресурсів, а також з управління медичною установою, зокрема її ліжковим фондом. Для лікарів дана концепція забезпечить можливість консультації з інформаційною системою у постановці діагнозу, що знизить відсоток лікарських помилок.

2. Ціннісні пропозиції. Впровадження концепції «data driven»

збільшить точність постановки діагнозів та кількість пацієнтів, яких медична установа зможе обслужити за рік. Підхід «data driven» здатний скоротити витрати на лікування пацієнтів шляхом ухвалення раціональних управлінських рішень.

Структура витрат	Ключові ресурси	Ціннісні пропозиції	Взаємини із споживачами	Споживчі сегменти
Закупівля необхідного обладнання. Купівля та доопрацювання ІС та ПЗ для аналітики даних Заробітна плата спеціалістів.	Захищене сховище даних. Інструменти для аналізу даних. Кваліфіковані спеціалісти.	Підвищення точності діагнозів. Скорочення витрат на лікування пацієнтів за допомогою ефективних управлінських рішень. Збільшення кількості пацієнтів на рік.	Персоніфікований підхід до пацієнта. Точне та ефективне лікування. Швидка постановка діагнозу та госпіталізація.	Лікарі (консультація з ІС під час постановки діагнозу). Особи, які обіймають управлінські посади (прийняття ефективних стратегічних рішень).
Ключові партнери ІТі інноваційні компанії, що розробляють ПЗ та технології, що забезпечують реалізацію data driven концепції			Канали взаємодії Мобільні додатки. Аналітичні дашборди.	
Фінансова стійкість Більша кількість пацієнтів на рік, які проходять лікування за програмами ОМС та ДМС. Держава.		Ключові види діяльності Надання кваліфікованої медичної допомоги. Персоналізована медична допомога. Ціннісно-орієнтована медицина		

Рис. 3.1. Бізнес-модель бюджетного закладу охорони здоров'я з впровадженням концепції «data driven»

Примітка. Сформовано автором

3. Канали взаємодії. Мобільні програми, аналітичні дашборди

4. Взаємини із споживачами. Концепція «data driven» підтримує персоніфікований підхід до пацієнта, робить лікування більш точним та ефективним через прискорення процесу госпіталізації та встановлення діагнозу.

5. Фінансова стійкість. Концепція «data driven» концепція сприятиме збільшенню річної кількості пацієнтів, що, у свою чергу, призведе до того, що в клініку надходитиме більше пацієнтів, які проходять лікування за обов'язковою та добровільною програмами медичного страхування. Зростання

кількості пацієнтів означатиме збільшення бюджетного та небюджетного фінансування.

6. Ключові ресурси. Для того, щоб впровадження цієї концепції в медичній установі відбулося, необхідні захищене сховище для даних, інструменти для наочного та зручного аналізу великих даних, кваліфіковані та компетентні фахівці.

7. Ключові види діяльності. Надання кваліфікованої медичної допомоги. Персоналізована медична допомога, ціннісно орієнтована медична допомога.

8. Ключові партнери. Головним партнером для бюджетної медичної установи є держава. Однак варто звернути увагу і на ІТ-компанії, інноваційні компанії, які розробляють програмне забезпечення та технології, що забезпечують реалізацію концепції «data driven».

9. Структура витрат. Найбільшими статтями витрат є закупівля необхідного обладнання, купівля, а згодом і доопрацювання необхідних інформаційних систем, програмного забезпечення для аналізу даних, заробітна палата фахівців.

Деякі складові бізнес-моделі, представлені рис. 3.1, будуть актуальні й у бізнес-моделі комерційного закладу охорони здоров'я. Проте низку складових необхідно змінити. Зокрема, коригування вимагають блоки «ключові партнери» та «фінансова стійкість» (рис. 3.2).

Порівнюючи ці дві бізнес-моделі, можна констатувати:

1. Принциповою відмінністю використання концепції «data driven» у бюджетному та комерційному закладах охорони здоров'я є наявність активної фінансової підтримки з боку держави. Незважаючи на наявність державних субвенцій для юридичних осіб, приватним закладам охорони здоров'я доведеться використовувати для впровадження в управління підходу «data driven» переважно свої чи позикові кошти та кошти інвесторів, у той час як при впровадженні цієї концепції у бюджетній медичній установі більша частина витрат буде покрита державою.

Структура витрат	Ключові ресурси	Ціннісні пропозиції	Взаємини із споживачами	Споживчі сегменти
Закупівля необхідного обладнання. Купівля та доопрацювання ІС та ПЗ для аналітики даних. Заробітна плата спеціалістів.	Захищене сховище даних. Інструменти для аналізу даних. Кваліфіковані спеціалісти.	Підвищення точності діагнозів. Скорочення витрат на лікування пацієнтів за допомогою ефективних управлінських рішень. Збільшення кількості пацієнтів на рік.	Персоніфікований підхід до пацієнта. Точне та ефективне лікування. Швидка постановка діагнозу та госпіталізація	Лікарі (консультація з ІС під час постановки діагнозу). Особи, які обіймають управлінські посади (прийняття ефективних стратегічних рішень).
Ключові партнери ІТ-компанії та інноваційні компанії, що розробляють ПЗ та технології, що забезпечують реалізацію «data driven» концепції. Інвестори та акціонери компанії.			Канали взаємодії Мобільні додатки. Аналітичні дашборди.	
Фінансова стійкість Більша кількість пацієнтів на рік.		Ключові види діяльності Надання кваліфікованої медичної допомоги. Персоналізована медична допомога. Ціннісно-орієнтована медицина		

Рис. 3.2. Бізнес-модель комерційного закладу охорони здоров'я з впровадженням концепції «data driven»

Примітка. Сформовано автором

2. У контексті питання про додатковий прибуток, який медичні установи отримуватимуть у зв'язку з впровадженням в управління концепції «data driven», слід зазначити, що прибуток комерційних медичних установ збільшиться за рахунок зростання загальної кількості пацієнтів на рік, але витратиметься на виплати інвесторам та виплати за кредитними зобов'язаннями; збільшений прибуток бюджетних медичних організацій, найімовірніше, не залишить межі медичного закладу. Його спрямують на потреби медичної організації. Це пов'язано з тим, більшість цих організацій функціонують в організаційно-правовій формі комунальних некомерційних підприємств.

Незважаючи на об'єктивні відмінності комерційного та бюджетного закладу охорони здоров'я, у них існує й кілька схожих характеристик. При

впровадженні концепції «data driven» в управління дані медичні організації зіткнуться з практично однаковими проблемами, які необхідно буде вирішити для успішного управління медичною установою на основі рекомендованої концепції.

На основі аналізу міжнародних підходів та рекомендацій, а також з урахуванням особливостей функціонування вітчизняних медичних організацій доцільно виділити низку обов'язкових кроків, які необхідно буде зробити закладу охорони здоров'я, як комерційному, так і бюджетному, щоб стати «data driven» медичною організацією.

1. Усунути технічні бар'єри для сумісності даних. Неминучий крок на шляху до «data driven» управлінню організацією – це оцифрування та зв'язок усіх накопичених даних в єдиному архіві, який буде надійно захищений від спроби злому або підміни даних. Не можна не приділити уваги доступу до інформації, що зберігається в єдиній базі даних. Без оперативного отримання актуальної інформації про пацієнтів «data driven» у медичній установі не буде можливим.

2. Запровадити принципи концепції «data driven» не тільки в управлінській апарат. Чим більша кількість сфер в організації стосується концепції «data driven», тим більш наближеним до реального життя буде результат, який видасть система. Для успішного функціонування медичного закладу відповідно до принципів рекомендованої концепції необхідно збирати дані не лише про пацієнтів, а й про лікарів, інших працівників лікарні. Це допоможе грамотно розподіляти навантаження на персонал медичного закладу, оптимізувати графіки роботи операційних та процедурних та, що не менш важливо, не допустити перепоповнення приймальних відділень.

3. Враховувати інтереси, побажання персоналу та пацієнтів медичного закладу. У багатьох джерелах з цифровізації діяльності різних організацій приділяють велику увагу функціональному «наповненню» програмного забезпечення, за допомогою якого здійснюватиметься цифровізація діяльності. Слід сфокусувати увагу на зовнішньому вигляді продукту та зручності роботи

з ним. Медичні установи за своєю суттю та призначенням передбачають роботу з людьми, а людині, внаслідок її інертності, властиво відчувати недовіру і навіть неприязнь до змін. Саме тому доцільно зробити роботу із програмним забезпеченням «data driven» приємною і невимушеною.

4. Використовувати мобільні пристрої як швидке та надійне джерело даних про пацієнта. З урахуванням ринку розумних пристроїв, що активно розвивається, легко знайти недорогі, функціональні гаджети і датчики, які будуть відразу заносити в систему дані про життєві показники пацієнта.

Для того, щоб українські заклади охорони здоров'я інтегрувати у свою діяльність концепцію «data driven», державі слід створити комфортне середовище для розвитку такого напрямку вітчизняної медицини, як цифрова медицина. Цього, у свою чергу, можна досягти за допомогою розвитку відповідного нормативно-правового регулювання, організації та спонсорювання міжнародних програм з обміну досвідом із медичними установами, де в управлінні вже впроваджено концепцію «data driven».

На закінчення доповнимо, що використання концепція «data driven» у вітчизняних закладах охорони здоров'я, незалежно від їх типу (бюджетного чи комерційного), неминуче супроводжуватиметься великими фінансовими та трудовими витратами. Водночас цей управлінський підхід оптимізує економічну діяльність закладів охорони здоров'я, наблизить їх до рівня «smart hospital».

3.2. Інноваційні методи прийняття управлінських рішень щодо доцільності запровадження інновацій у лікувально-діагностичний процес

Науково-технічний прогрес істотно впливає на сучасне суспільство, спосіб життя якого у майбутньому визначається запровадженням сьогоденних інновацій. Зазначений вплив носить комплексний характер і може бути як позитивним, так і негативним, явним (удосконалення засобів захисту та засобів ураження) і неявним (зміна довкілля). Розвиток системи надання медичної допомоги визначається впровадженням у медичну практику інноваційних

продуктів фармацевтичної (антибіотики) та медичної промисловості (цифрові рентгенівські, ультразвукові, томографічні апарати тощо), а також «тактичними» інноваціями, що сприяють успішному впровадженню подібних інновацій.

Система надання медичної допомоги завжди відіграє роль «наздоганяючої» по відношенню до стану здоров'я населення: поява хвороби зумовлює виникнення потреби у створенні інноваційних рішень (продуктів) і впровадженні їх у діяльність системи охорони здоров'я: перспективавилікувати людство від усіх хвороб представляється нездійсненною в найближчому майбутньому.

На сьогоднішній день описано десятки тисяч нозологічних форм захворювань (у тому числі тих, що не піддаються лікуванню), боротьба з якими потребує участі представників науки, промисловості, системи охорони здоров'я. Будь-який інноваційний продукт проходить послідовність стадій життєвого циклу, які визначають можливість його впровадження у практику охорони здоров'я.

Питання, пов'язані з прийняттям рішення про закупівлю та використання інноваційних продуктів в охороні здоров'я, вирішуватимуть різні відповідальні особи, яких, незалежно від рівня довіреного об'єкта управління (конкретної установи чи мережі, територіального чи державного виконавчого органу, відомчої підпорядкованості, приватного чи державного характеру) називатимемо менеджерами охорони здоров'я. Ступінь ефективності діяльності подібних управлінців буде, зокрема, робити свій, дуже відчутний внесок у успіх інноваційного продукту: навряд чи можна буде визнати успішним обладнання, яке простоює через брак фахівців, здатних працювати на ньому, відсутність необхідних для функціонування умов або використовується не за призначенням .

Пошук методів та способів зниження ризику при прийнятті різних управлінських рішень менеджерами охорони здоров'я є актуальним, адже, зрештою, від зазначених рішень залежить життя та здоров'я пацієнтів.

Планування, поряд із контролем, координацією, мотивацією та організацією, становить функції будь-якого менеджера. Однією з найважливіших завдань планування є визначення пріоритетів. Менеджер охорони здоров'я має обґрунтовано вибрати, які інноваційні продукти та чому необхідно впровадити та використовувати у довіреному йому об'єкті управління.

Методи, що дозволяють менеджеру приймати обґрунтовані рішення щодо розглянутої проблеми, структуровані в три підходи, наведено на рис. 3.3.

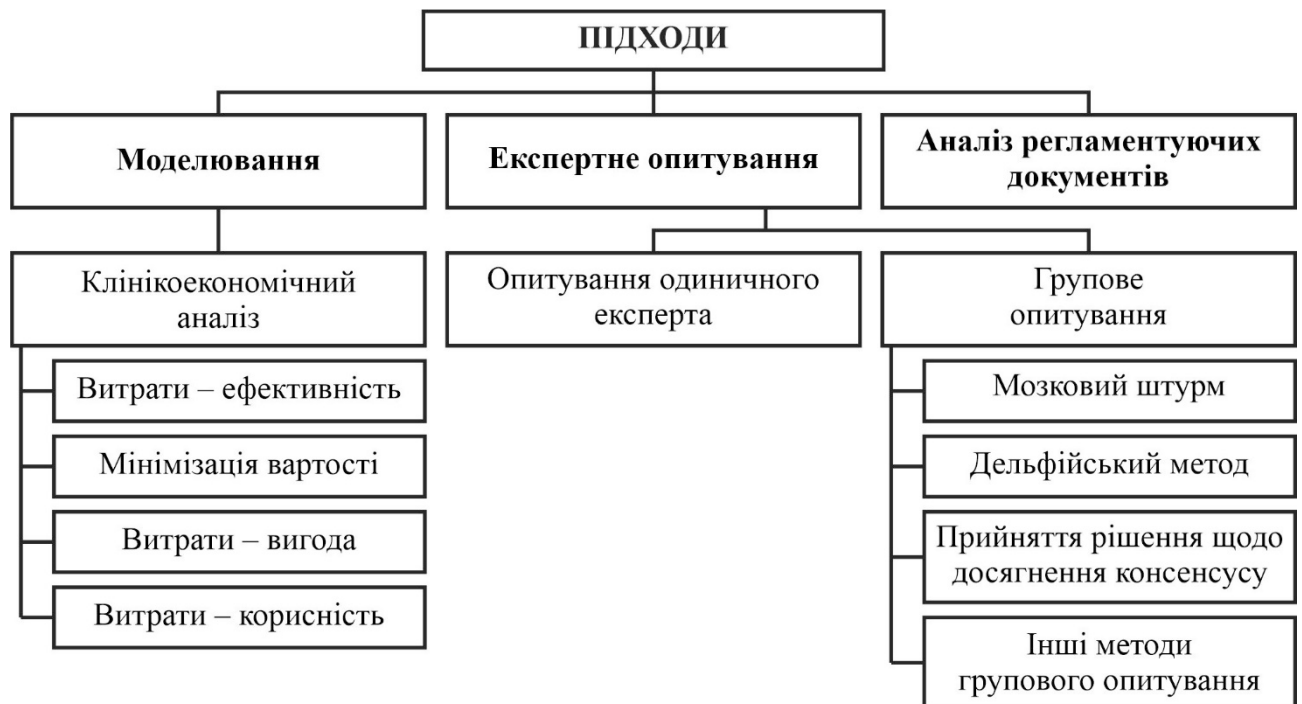


Рис. 3.3. Підходи до зниження невизначеності при прийнятті управлінського рішення щодо доцільності впровадження та використання інновацій у лікувально-діагностичному процесі

Примітка. Запропоновано автором

Запропонована класифікація не претендує на безальтернативність та носить дискусійний характер. Розглянемо докладніше її складові.

Питання оснащення закладів охорони здоров'я медичними виробами регламентовано нормативними документами: стандартами та порядками надання медичної допомоги, відповідними стандартами обладнання медичних кабінетів (відділень). Для менеджерів охорони здоров'я зазначені документи

відіграють суттєву роль у прийнятті рішення щодо оснащення довірених об'єктів управління, і навіть для представників промисловості подібний «директивний» підхід дозволяє отримувати опорну інформацію при проведенні короткострокових маркетингових досліджень.

Нами було проведено SWOT-аналіз використання нормативних документів при ухваленні рішення про оснащення закладів охорони здоров'я медичними виробами (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

SWOT-аналіз використання регламентуючих документів при прийнятті управлінського рішення про оснащення закладів охорони здоров'я медичними виробами

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> – містить список необхідного обладнання; – дозволяє розраховувати кількість обладнання, необхідного для оснащення закладів охорони здоров'я певного масштабу; – гнучкість формулювань дозволяє модернізувати оснащення закладів охорони здоров'я без зміни регламентуючих документів; 	«Розмитість» формулювань, що не містять вимог до характеристик обладнання
Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> – обов'язковість регламентуючих документів; – доступність регламентуючих документів. 	Можливість зміни регламентуючих документів

Примітка. Складено автором

Незважаючи на всі переваги, цей підхід не обмежує можливості закладів охорони здоров'я з доукомплектування додатковим обладнанням понад вказане в таблиці, а також не дає однозначної відповіді на питання щодо вибору конкретного продукту.

В силу інертності нормативно-правової бази в питаннях оснащення закладів охорони здоров'я саме інноваційними продуктами вона може й нейтрально-позитивно впливати (якщо характер інновації полягає в деякому покращенні характеристик існуючого продукту, наявність якого регламентується документами), однак у ситуації, коли продукт, що підлягає впровадженню, не має прямих аналогів, що задовольняють формулюванням у нормативних документах (поява проривної інновації, яка докорінно змінює

лікувально-діагностичний процес та потребу в обладнанні), подібні норми стануть перешкодою на шляху впровадження.

Використання вищеописаного підходу дозволяє певною мірою знизити невизначеність під час прийняття управлінського рішення, проте інформації досі недостатньо, щоб ухвалити обґрунтоване рішення.

Одним із універсальних способів зниження невизначеності інформації є залучення експертів у конкретній предметній галузі. Стосовно цієї проблеми подібними експертами можуть виступати авторитетні практикуючі медичні фахівці, відомі вчені, зокрема у суміжних з медициною областях (біологія, хімія). Існує ряд методів експертного опитування, у тому числі опитування одиничного експерта (найшвидше, проте найбільш суб'єктивний метод); групові методи, зокрема «мозковий штурм» (вимагає певного часу, може давати синергетичний ефект під час обговорення, проте потребує наявності групи експертів, достатньої організації та контролю за їх роботою, на прийняте рішення впливатимуть взаємини у групі експертів); метод досягнення консенсусу (вимагає певного часу, наявності групи експертів, може давати синергетичний ефект, не вимагає достатнього контролю, проте найбільш чутливий до особистих взаємин експертів при досягненні консенсусу), дельфійський метод (вимагає наявності групи експертів та групи організаторів, істотного часу та ресурсів на проведення, проте внаслідок анонімності дозволяє виключити «тиск авторитетом»).

Узагальнений SWOT-аналіз використання експертного опитування в рамках проблеми, що розглядається в цій роботі, наведено в табл. 3.2.

Незважаючи на всі переваги, результати опитування експертів через людську природу фахівців у принципі не можуть бути об'єктивними, а значить, результати опитувань різних груп експертів не матимуть відтворюваності. До того ж, самі експерти можуть обробити лише досить обмежену кількість інформації.

Однак зазначимо, що людська участь у питанні про вибір та впровадження інновації місить, окрім загроз, ще й потенційну можливість

безконфліктного успішного впровадження інновації в лікувально-діагностичну практику: позитивна думка авторитетного експерта про інновацію сприятиме формуванню позитивного її образу в очах і медичного персоналу і, мабуть, у власних очах пацієнтів, зумовлюючи можливість появи ефекту «плацебо».

Таблиця 3.2

**SWOT-аналіз використання експертної оцінки при прийнятті
управлінського рішення щодо оснащення закладів охорони здоров'я
медичними виробами**

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> – висока кваліфікація експертів, їхній практичний досвід; – наявність інтуїції; 	<ul style="list-style-type: none"> – принципова суб'єктивність експертів; – «неідеальність» методів опитування; – проведення опитування потребує ресурсів;
Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> – різноманітність осіб, здатних стати експертами стосовно розглянутої проблеми; – авторитет експертів може сприяти успішному виконанню рішень. 	<p>Можливість зацікавленості експертів в ухваленні певного рішення.</p>

Примітка. Складено автором

З метою зниження суб'єктивності при прийнятті управлінських рішень використовують моделювання. Стосовно аналізованої в цій роботі проблематики моделюють причини виникнення необхідності (виникнення попиту) у тій чи іншій медичній процедурі (використанні того чи іншого продукту), ефект та ефективність від вибору альтернативи та супутнє залучення ресурсів (як матеріальних, так і трудових).

Ключовими в контексті цієї проблеми будуть моделі, одержувані з використанням методів клініко-економічного аналізу, методології, що застосовується для порівняльної оцінки альтернативних варіантів медичного впливу з урахуванням клінічної та економічної ефективності їх застосування: 1) аналіз «витрати-ефективність» (порівняльна оцінка альтернатив, за якої результати впливу виражаються в однакових одиницях); 2) аналіз «мінімізації витрат» (порівняльна оцінка економічної ефективності від використання

подібних до клінічної ефективності альтернатив); 3) аналіз «витрати-корисність» (порівняльна оцінка альтернатив, за якої результати впливу виражаються в однакових одиницях, що відображають цінність методу лікування з погляду пацієнта); 4) аналіз «витрати-вигода» (порівняльна оцінка альтернатив, де, при зіставленні альтернатив, результати впливу, як і витрати на їх реалізацію, представлені у вигляді грошових одиниць).

Щоб уникнути термінологічної плутанини зазначимо, що у науковій та методичній літературі моделювання відносять до допоміжних методів клініко-економічного аналізу. Однак питання ухвалення управлінського рішення про впровадження інновацій, що розглядається в цій роботі, як уже говорилося, характеризується суттєвою невизначеністю: необхідно припустити витрати на впровадження інновацій, ефект від їх впровадження в конкретних обставинах для реальної ділянки, довіреної менеджеру охорони здоров'я, що вимагатиме саме моделювання, дослідження за допомогою спрощених формалізованих уявлень (описів).

Різноманітні методи моделювання докладно розглянуті у літературі. Наведемо узагальнений SWOT-аналіз використання моделювання при прийнятті управлінського рішення щодо оснащення закладів охорони здоров'я медичними виробами (табл. 3.3).

Незважаючи на наявність безлічі сильних сторін та сприятливих можливостей, які створюються зовнішнім середовищем, подібний підхід має й недоліки, серед яких необхідно відзначити, по-перше, трудомісткість, а по-друге, той факт, що клініко-економічний аналіз не враховує можливості виникнення конфлікту інтересів при впровадженні інновацій, що часто стає причиною їхнього краху. Адже успішне впровадження інновації буде вкрай утруднено в умовах неузгодженої взаємодії груп осіб, що беруть участь у процесі впровадження (менеджерів охорони здоров'я; вищих керівників; персоналу, що безпосередньо експлуатує впроваджуваний продукт; обслуговуючий персонал; пацієнтів – споживачів послуги). В економічній науці вироблено інструмент оцінки можливості впровадження інновації –

інституційний аналіз. Подібний аналіз можливості впровадження інновації за сучасного розвитку науки і техніки також можливо і доцільно проводити за допомогою описаних в економічній науці моделей.

Таблиця 3.3

SWOT-аналіз використання моделювання при прийнятті управлінського рішення щодо оснащення закладів охорони здоров'я медичними виробами

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> – об'єктивність; – відтворюваність; – можливість прогнозування на тривалу перспективу; – можливість одночасного обліку безлічі факторів, здатних впливати на ухвалення управлінського рішення; – гнучкість моделей: існуючі можна вдосконалювати, враховуючи нові фактори (в т.ч. ризик надзвичайних ситуацій); 	<ul style="list-style-type: none"> – принципова недосконалість будь-якої моделі; – необхідність наявності порівняльних альтернатив для методів клініко-економічного аналізу; – проведення оцінки із задовільною точністю дуже трудомістке і потребує значних тимчасових витрат; – результати моделювання фокусуються на витратах саме елементів системи охорони здоров'я, не враховуючи витрати пацієнтів, що може виявитися дуже значущим, особливо для платних медичних послуг;
Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> – розвиток інформаційних технологій позитивно впливає на точність та швидкість моделювання; – використання у практиці охорони здоров'я; – наявність методичних матеріалів щодо оцінки. 	<ul style="list-style-type: none"> – висока залежність від наявності, достовірності та сумісності вихідних даних; – неврахування у клініко-економічному аналізі можливості конфліктів, зумовлених впровадженням інновацій

Примітка. Складено автором

Побудова системи збирання та обробки інформації для підтримки прийняття управлінських рішень (системи контролінгу), що містить у собі вищеописані моделі, як клініко-економічного аналізу ефективності інновацій, так і інституційного аналізу реалізованості їх впровадження, суттєво знизить ризик прийняття помилкових (необґрунтованих) рішень, що призводять, з одного боку, до краху інноваційних проектів, а з іншого – завдають шкоди життю та здоров'ю людей. Однак на сьогоднішній день це неможливо, оскільки навіть одноразова спільна оцінка клініко-економічного та

інституційного аналізу, складного самого по собі, характеризуватиметься колосальною трудомісткістю.

Отже, вибір того чи іншого підходу до вирішення питання про доцільність впровадження та використання інновацій у лікувально-діагностичній практиці має ґрунтуватися на безлічі факторів, основними з яких є ситуація, економічні можливості та конкретні завдання, що стоять перед менеджером охорони здоров'я, що несуть відповідальність за результат прийнятого рішення.

Висновки до розділу 3

Запропоновано з метою підвищення рівня раціональності та ефективності управлінських рішень в діяльність закладів охорони здоров'я запровадити концепцію «data driven», що з дослівному перекладі означає «керований даними». Суть даної концепції полягає у прийнятті управлінського рішення, яке засноване на великих даних та їх аналітиці. Концепцію «data driven» часто протиставляють способу прийняття стратегічно важливих управлінських рішень, заснованому на інтуїції та особистому досвіді працівника чи керівника організації.

Розглянуто різні методи зниження невизначеності при прийнятті управлінського рішення про доцільність впровадження в лікувально-діагностичний процес інноваційної продукції – медичних виробів, зведених у три укрупнені підходи: на основі аналізу регламентуючих документів, експертного опитування та моделювання. Кожен їх підходів має певні переваги та недоліки. Дотримання вимог регламентуючих документів юридично обов'язково, проте вони не дають однозначної відповіді на питання про доцільність впровадження інноваційної продукції, оскільки, по-перше, лише загалом визначають вимоги до оснащення кабінетів та відділень закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням, а по-друге, у разі появи проривних інновацій будуть лише заважати їх впровадженню, оскільки регламентують роботу за прийнятими (застарілими внаслідок появи інновації) правилами.

Методи експертного опитування дозволяють без проведення тривалих трудомістких розрахунків оцінити доцільність впровадження інновацій, а наявність експертів може зіграти двояку роль: призвести і до прийняття помилкових управлінських рішень (впровадження неактуальних інновацій, протиборство з доцільними інноваціями) та до успішної реалізації нововведень так і формування умов для сприятливого сприйняття персоналом медичних установ та пацієнтами нововведень.

Моделювання за допомогою клініко-економічного аналізу дозволяє проводити найбільш об'єктивну і комплексну оцінку доцільності впровадження інновацій, враховуючи і клінічний, і економічний ефект від вибору альтернативи, однак результати, що одержуються, не враховуватимуть поведінку всіх зацікавлених сторін при впровадженні інновації, що може виявитися згубним для інновації. Подібні ситуації можна врахувати під час проведення інституційного аналізу, проте ресурсовитрати для проведення такого комплексного дослідження роблять його нераціональним.

ВИСНОВКИ

Проведене в кваліфікаційній роботі дослідження системи прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я, проведене на прикладі КНП «Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер» Тернопільської обласної ради, дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції.

Управлінське рішення – це результат аналізу, прогнозування, оптимізації, економічного обґрунтування та вибору альтернативи з безлічі варіантів досягнення конкретної мети, здійснений керівником у межах його посадових повноважень та компетенції. Мета управлінського рішення – забезпечення досягнення цілей організації. Ефективне управлінське рішення – це вибір, який забезпечує найбільш економічний спосіб досягнення поставленої мети.

Розрізняють три можливі підходи до прийняття управлінських рішень: ситуаційний, системний та ресурсний. Системний підхід передбачає вирішення конкретної проблеми в сукупності із вирішенням усіх проблем, що стоять перед організацією. Ситуаційний підхід виходить із того, що використання того чи іншого методу вирішення проблеми визначається ситуацією. Іншими словами, найефективнішим методом у конкретній ситуації є метод, який найбільше відповідає цій ситуації. Ресурсний підхід ґрунтується на вирішенні проблем за допомогою раціонального розподілу ресурсів організації.

Управлінські рішення класифікують: за рівнем унікальності, за реакцією на ситуацію, за видом особи, що приймає рішення, за ступенем визначеності ситуації, за терміном дії наслідків рішень; за способами прийняття рішень, за масштабами, за обов'язковістю виконання тощо.

Вид управлінського рішення, його якість та ефективність залежать від особи, яка його приймає. Під особою, яка приймає управлінські рішення, розуміємо керівника в сфері охорони здоров'я населення, який постійно займається усуненням проблем, що виникають у процесі функціонування

закладу охорони здоров'я, або вирішенням завдань на його користь. Цей керівник має право розпоряджатися всіма або значною частиною ресурсів свого закладу, приймати обґрунтовані рішення на їх використання, призначати безпосередніх виконавців, контролювати їхню роботу, надаючи за потреби належну допомогу, заохочувати за хорошу роботу.

КНП «ТОКОД» ТОР є «лікарняним (амбулаторним) закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги третинної/високоспеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом» [42].

В КНП «ТОКОД» ТОР управлінські рішення приймають генеральний директор (головний лікар), його заступники та керівники структурних підрозділів.

У результаті проведення наукового дослідження виявлено низку недоліків в процесі прийняття управлінських рішень в КНП «ТОКОД» ТОР: зустрічалися управлінські рішення, які не містять плану та програми реалізації окреслених заходів; не вказувалися форми доведення управлінського рішення до виконавців.

Визначено недоліки, що впливають на ефективність реалізації управлінських рішень КНП «ТОКОД» ТОР, до яких віднесено: недостатній поточний контроль за виконанням управлінських рішень, переважання підсумкового контролю, що призводить до складності коригування управлінських рішень медичного закладу; завантаженість керівника досліджуваного закладу охорони здоров'я вирішенням рутинних і поточних питань, які забирають багато часу на прийняття тактичних і стратегічних управлінських рішень.

Встановлено, що домінуючим стилем ухвалення рішень у значній частині керівників КНП «ТОКОД» ТОР є аналітичний. Завідувачі відділення більшою мірою схильні до поведінкового стилю прийняття рішень. Враховуючи емпіричні дослідження в інших сферах діяльності, домінування

аналітичного стилю у керівників досліджуваного закладу охорони здоров'я не є гарною прогностичною ознакою. Отримані результати свідчать або про те, що у сфері охорони здоров'я діють інші закономірності, або про те, що потенціал професіоналізації управління використаний не повною мірою.

Досліджено параметри, що впливають на процес прийняття рішень в КНП «ТОКОД» ТОР: властивості (конкретність, повноважність та правомірність, своєчасність, обґрунтованість, ефективність та економічність, несуперечність, простота та точність за формою, оптимальність, надійність, реальна здійсненність, гнучкість, рухливість); чинники (особистісні оцінки керівника, визначеність, ризик, час і середовище, що змінюється, інформаційні обмеження, поведінкові обмеження, негативні наслідки, взаємозалежність); обмеження (недостатність ресурсів, нормативне правове поле, посадові повноваження, етичні міркування); причини (неможливість визначити всі можливі альтернативи та передбачати наслідки кожної, дефіцит часу, брак знань, розпливчастий чи суперечливий характер поставленої мети, умови невизначеності).

Оцінено використання у практичній діяльності керівників КНП «ТОКОД» ТОР методів прийняття управлінських рішень (декомпозиції, діагностики, експертних оцінок, мозкової атаки, SWOT-аналізу та економічного аналізу, аналогії, моделювання, кількісні).

Визначено напрями оптимізації процесу прийняття управлінських рішень в КНП «ТОКОД» ТОР: посилення контролю за їх виконанням, підвищення рівня професійних знань осіб, які приймають рішення, і їх виконавчої дисципліни.

Запропоновано з метою підвищення рівня раціональності та ефективності управлінських рішень в діяльність закладів охорони здоров'я запровадити концепцію «data driven», що з дослівному перекладі означає «керований даними». Суть даної концепції полягає у прийнятті управлінського рішення, яке засноване на великих даних та їх аналітиці. Концепцію «data driven» часто протиставляють способу прийняття стратегічно

важливих управлінських рішень, заснованому на інтуїції та особистому досвіді працівника чи керівника організації.

Розглянуто різні методи зниження невизначеності при прийнятті управлінського рішення про доцільність впровадження в лікувально-діагностичний процес інноваційної продукції – медичних виробів, зведених у три укрупнені підходи: на основі аналізу регламентуючих документів, експертного опитування та моделювання. Кожен їх підходів має певні переваги та недоліки. Дотримання вимог регламентуючих документів юридично обов'язково, проте вони не дають однозначної відповіді на питання про доцільність впровадження інноваційної продукції, оскільки, по-перше, лише загалом визначають вимоги до оснащення кабінетів та відділень закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням, а по-друге, у разі появи проривних інновацій будуть лише заважати їх впровадженню, оскільки регламентують роботу за прийнятими (застарілими внаслідок появи інновації) правилами.

Методи експертного опитування дозволяють без проведення тривалих трудомістких розрахунків оцінити доцільність впровадження інновацій, а наявність експертів може зіграти двояку роль: призвести і до прийняття помилкових управлінських рішень (впровадження неактуальних інновацій, протиборотство з доцільними інноваціями) та до успішної реалізації нововведень так і формування умов для сприятливого сприйняття персоналом медичних установ та пацієнтами нововведень.

Моделювання за допомогою клініко-економічного аналізу дозволяє проводити найбільш об'єктивну і комплексну оцінку доцільності впровадження інновацій, враховуючи і клінічний, і економічний ефект від вибору альтернативи, однак результати, що одержуються, не враховуватимуть поведінку всіх зацікавлених сторін при впровадженні інновації, що може виявитися згубним для інновації. Подібні ситуації можна врахувати під час проведення інституційного аналізу, проте ресурсовитрати для проведення такого комплексного дослідження роблять його нераціональним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александров Ю.В. Характеристика і класифікація управлінських рішень, що приймаються у системі ОВС України. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія*. 2013. № 1046. Вип. 51. С. 135-141.
2. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
3. Безрук В.В. Організаційна модель управлінських рішень щодо підвищення якості надання нефрологічної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 1 (67). С. 10-13.
4. Білинська М.М., Авраменко Т.П. Управління змінами сфери охорони здоров'я: навч.-метод. матеріали. К.: НАДУ, 2015. 80 с.
5. Білинська М.М., Ковбасюк Ю.В. Прийняття управлінських рішень: організаційно-психологічний аспект: навч. посіб. К. : НАДУ, 2011. 232 с.
6. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон : Олди-плюс, 2020. 391 с.
7. Вакуленко В.М., Рожкова І.В., Жаліло Л.І., Давидова Ю.В. та ін. Управління охороною здоров'я територіальної громади: монографія; за ред. В.М. Вакуленка, М.К. Орлатого. К.: НАДУ, 2009. 152 с.
8. Василенко В.А. Теорія і практика розробки управлінських рішень: навч. посіб. К.: ЦУЛ, 2003. 420 с.
9. Григорович В.Г. Сучасна модель прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я в Україні. *Статистика України*. 2009. № 2. С. 97-102.
10. Дяків О., Шушпанов Д., Пошелюжний В. Розвиток економіки знань в організації, яка самонавчається. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2020. Випуск 1 (95). С. 113-125. URL: <https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/view/1345>
11. Економіка охорони здоров'я: підручник; за заг. ред. д.муд. н., проф. Парія В.Д.; Національний медичний університет імені О.О Богомольця.

Житомир: ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк», 2021. 288 с. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/7397/1.pdf>

12. Євтушенко О.Н. Управлінські рішення: сутність та характерні риси. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія». Серія : Державне управління.* 2014. Т. 239, Вип. 237. С. 47-51.

13. Ждан В. М., Голованова І. А., Краснова О. І. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. Полтава, 2017. 114 с.

14. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету.* 2019. № 1. С. 37-50.

15. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України.* 2021. Вип. 26. С. 17-27.

16. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України.* 2020. Вип. 25. С. 13-22.

17. Жуковська, А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка.* 2020. № 3-4 (83). С. 19-30. URL: <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.02.007>

18. Жуковська, А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка.* 2022. № 1 (90). С. 60-66. URL: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2022.1.8>

19. Звірич В.В. Впровадження інноваційних методів прийняття управлінських рішень в галузі охорони здоров'я в умовах VUCA. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* Випуск 5, 2022. С. 24-27.

20. Іванченко Н.О., Яцюрук В.О. Розробка управлінських рішень в діяльності підприємства. Національний авіаційний університет. Інститут економіки та менеджменту. URL: <http://archive.nbu.gov.ua/e->

journals/pspe/2012_1/Yacuruk_112.htm

21. Квасницька Р.С., Дерикот О.М. Процес прийняття управлінських рішень: зміст і етапи. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія : Економічні науки*. 2011. № 6(2). С. 197-201.

22. Кривокульська Н.М. Удосконалення організації роботи медичних установ як функції адміністративного менеджменту. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2015. № 2 (165). С. 67-71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/udoskonalennya-organizatsiyi-roboti-medichnih-ustanov-yak-funktsiyi-administrativnogo-menedzhmentu/viewer>

23. Крячкова Л. В. Застосування компетентнісного підходу для післядипломного навчання керівників медичних закладів шляхам забезпечення чутливості охорони здоров'я. *Український журн. медицини, біології та спорту*. 2015. № 2 (2). С. 113-116.

24. Кучер О. Сутність та зміст управлінських рішень підприємства. *Університетські наукові записки. Часопис Хмельницького університету управління та права*. № 2(46). 2013. С. 186-190.

25. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Борвінко Е.В. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я. Україна. *Здоров'я нації*. 2016. № 4(1). С. 139-145. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4\(1\)_26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4(1)_26).

26. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Канюка Г.С, Романова О.В. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 81-87.

27. Лобас В.М., Дорохова О.Т., Адоньєва Н.М. та ін. Підвищення професійного рівня керівників медичних закладів – підґрунтя реформування галузі. *Медична освіта*. 2011. № 3. С. 99-101.

28. Мала Н.Т., Проник І.С. Мистецтво прийняття управлінського рішення. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Львів : Вид-во НУ «Львівська політехніка», 2010. Вип. 20.14. С. 345-351.

29. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі

охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf

30. Недошитко Ю. Інноваційні методи прийняття управлінських рішень в закладі охорони здоров'я. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: матеріали Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу, 24 листопада 2023 року, м. Тернопіль. С.

31. Недошитко Ю., Лібич Г. Технології прийняття управлінських рішень в умовах невизначеності і ризику. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 4 травня 2023 року). Тернопіль, ЗУНУ. С. 230-233.

32. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с.

33. Орлів М. С. Підготовка і прийняття управлінських рішень: навч.-метод. Матеріали; упоряд. Г. І. Бондаренко. К. : НАДУ, 2013. 40 с.

34. Основи законодавства про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/anot/en/2801-12>

35. Петруня Ю.Є. Прийняття управлінських рішень: навчальний посібник; за ред. Ю.Є. Петруні. 2-ге вид. К. : Центр учбової літератури, 2011. 216 с.

36. Петруня Ю.Є., Літовченко Б.В., Пасічник Т.О. та ін. Прийняття управлінських рішень: навчальний посібник; за ред. Ю. Є. Петруні. 3-тє вид., переробл. і доп. Дніпропетровськ: Університет митної справи та фінансів, 2015. 209 с.

37. Піщиков В.А., Мазепа Ю.С., Яценко Ю.Б. Особливості прийняття управлінських рішень менеджерами в охороні здоров'я. Вісник проблем біології і медицини. 2015. Вип. 2(1). С. 301-305.

38. Приходський О.О., Морарь Л.М., Голяченко А.О. Управління охороною здоров'я (вступ до теорій, концептів, технологій). Т.: Лілея, 2019. 65 с.

39. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : Наказ Міністерства освіти України № 1977 від 30 жовтня 2018 року URL : <https://pravo.uteka.ua/doc/Pro-vnesennya-zmin-do-Dovidnika-kvalifikacijnix-xarakteristik-profesij-pracivnikov-Vipusk-78-Oxorona-zdorovya-11>

40. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1013-р від 30 листопада 2016 року URL : <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

41. Смірнова В. Л., Панчишин Н.Я. Роль керівників охорони здоров'я в її реформуванні. *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 2013. № 3. С. 26-28.

42. Статут КНП «Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер» Тернопільської обласної ради

43. Теорія прийняття рішень: підручник; за заг. ред. М.П. Бутка. Київ: Центр учб. літ-ри, 2015. 360 с.

44. Філіпенко А.С. Місце управлінського рішення в адміністративно-правовій діяльності. *Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут»*. Політологія. Соціологія. Право. 2012. № 3. С. 166-169.

45. Шкільняк М. М, Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022 р. 258 с.

46. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збараський замок, 9 вересня 2021 року.) *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225-233. <http://dSPACE.wunu.edu.ua/bitstream/316497/45703/1/%D0%A8%D0%BA%D1%9>

[6%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8F%D0%BA.PDF](#)

47. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/27328/8/18smmpz.pdf>

48. Шкільняк М.М, Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022 р. 258 с.

49. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69.

50. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2 (84). С. 22-30.

51. Шкробанець І. Д., Нечитайло Ю.М. Медичний менеджмент в умовах реформування систем охорони здоров'я. Україна. *Здоров'я нації*. 2013. № 2. С. 72-75.

52. Шкробанець І. Розробка моделі оцінювання наукового супроводу прийняття управлінського рішення у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. *Вісник НАДУ*. 2010. № 4. С. 232-238.

53. Шоробура І. Сучасні вимоги до управлінського рішення. *Молодь і ринок*. 2018. № 8. С. 17-21.

54. Шушпанов Д. Г. Доступність та якість медичної допомоги як детермінанти здоров'я населення. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23. С. 118-125. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33759/1/Шушпанов.pdf>

55. Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Farion, A., Karp, I., Kryvokulska, N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced

computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Chech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. URL: <https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>

56. Shushpanov, D., Zheliuk, T., Zhukovska, A., Diakovich, L., Matsyk, V., Kotsur, A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. pp. 259-664. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>

57. Zhukovska, A., Brechko, O., Zheliuk, T., Chygur, O., Shushpanov, D., Nytko, O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT54803.2022.9913132>

58. Zhukovska, A., Zheliuk, T., Shushpanov, D., Brych V., Brechko, O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>

ДОДАТКИ