

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

ПЕТРУНЬКО Тетяна Ростиславівна

Антикризове управління закладом охорони здоров'я
/ Anti-crisis management of a health care facility

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-21
Т.В. Петрунько

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 АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ...	6
ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Зміст кризи, її види та особливості в організації	6
1.2. Система антикризового управління організацією та підходи до її моделювання	11
Висновки до розділу 1	21
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	23
2.1. Аналіз елементів системи антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я	23
2.2. Діагностика якості медичних послуг як превентивного інструмента антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	32
2.3. Оцінка ризику виникнення синдрому емоційного вигорання управлінського персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	40
Висновки до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	52
3.1. Шляхи підвищення якості медичних послуг закладу охорони здоров'я..	52
3.2. Заходи з профілактики виникнення синдрому емоційного вигорання управлінського персоналу закладу охорони здоров'я	57
Висновки до розділу 3	67
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

ВСТУП

Актуальність теми. Після здобуття незалежності для українського суспільства розпочався складний період, пов'язаний із формуванням ринкового середовища та розробкою державою антикризових програм для особливо важливих сфер та галузей національної економіки. Сфера охорони здоров'я – це надзвичайно важлива сфера національної економіки, оскільки її діяльність пов'язана з відновленням найскладнішого ресурсу нашої держави – людського. Саме тому здійснення антикризового управління у сфері охорони здоров'я, у всіх її закладах та установах є актуальними завданнями сьогодення.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Дослідження питань розвитку та управління сфери охорони здоров'я здійснювали як вітчизняні, так і зарубіжні вчені: Жаліло, Х. Золлнер, Н.П. Кризіна, Н.Ю. Круглова, Н.Л. Кусик, В.В. Лещенок, І.А. Маркіна, Л.М. Овсяннікова, С.В. Петрова, С.В. Полянська, Т.П. Попченко, Ю.М. Сафонов, І.М. Солоненко, Т.Л. Шестаковська та ін.

Проблеми здійснення антикризового управління підприємствами в різних умовах детально представлені в наукових дослідженнях В.І. Аранчій, Г.З. Базарова, Л.М. Березіної, Н.Є. Брюховецької, М.П. Денисенка, О.А. Кириченка, О.І. Копилюка, О.І. Лайка, Н.В. Родіонової, М.С. Самойлік, Г.М. Тарасюк, А.Д. Чернявського, І.В. Шварца, З.Є. Шершньової та ін.

Незважаючи на велику кількість наукових доробок у сфері антикризового управління, слід зазначити, що питання вироблення конкретних механізмів попередження та ліквідації криз у сфері охорони здоров'я вивчені недостатньо ґрунтовно. В умовах розбудови ринкових відносин багато проблем методологічного, методичного та практичного характеру, пов'язаних із здійсненням управління у сфері охорони здоров'я, ще не піднімались і не розв'язувались. Наукового та практичного осмислення потребують проблеми розвитку сфери охорони здоров'я щодо реалізації національних інтересів і державних пріоритетів. Недостатньо уваги в науковій літературі приділяється питанням організації надання медичних послуг в умовах кризи, що ускладнює вироблення механізму сталого функціонування закладів охорони здоров'я.

Метою кваліфікаційної роботи є розвиток теоретичних підходів і вироблення практичних інструкцій для вдосконалення системи антикризового управління у закладі охорони здоров'я.

Для досягнення сформульованої мети кваліфікаційної роботи поставлені і розв'язані такі **завдання**:

- охарактеризувати поняття кризи та визначити її види в закладах охорони здоров'я;
- розкрити особливості реалізації заходів антикризового управління в закладах охорони здоров'я;
- проаналізувати елементи системи антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- оцінити ефективність системи антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- діагностувати якість медичних послуг як превентивного інструмента антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- надати рекомендації щодо розробки антикризової програми та плану антикризових заходів для закладу охорони здоров'я;
- запропонувати шляхи підвищення якості медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес управління закладом охорони здоров'я в умовах кризи.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є теоретичні, методичні і практичні засади вдосконалення процесу управління закладом охорони здоров'я в умовах кризи.

Для досягнення визначеної мети у випускній кваліфікаційній роботі використовувались такі **методи дослідження**: 1) метод системного аналізу – для дослідження антикризового управління закладом охорони здоров'я як системи, яка складається із взаємопов'язаних і взаємозалежних елементів; 2) метод структурного аналізу – для дослідження організаційної структури досліджуваного закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів; 3)

метод функціонального аналізу – для вивчення функцій досліджуваного закладу охорони здоров'я; 4) метод моделювання – для розробки моделі формування організаційно-економічного механізму антикризового управління сферою охорони здоров'я; 5) економіко-математичні методи – для оцінки ефективності системи антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку теоретико-методологічних основ антикризового управління закладом охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розвинуті у кваліфікаційній роботі теоретичні положення та сформовані практичні рекомендації щодо вдосконалення процесу антикризового управління закладом охорони здоров'я можуть бути використані у роботі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради та інших організацій сфери охорони здоров'я при виробленні ними відповідних управлінських рішень.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано двоє тез доповідей на тему «Антикризове управління у сфері охорони здоров'я» у збірнику матеріалів VIII Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» [41] (26 жовтня 2023 року, м. Тернопіль) та на тему «Імплементация технологій антикризового управління в діяльність закладу охорони здоров'я» у збірнику матеріалів Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [42] (24 листопада 2023 року, м. Тернопіль).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Зміст кризи, її види та особливості в організації

Найважливішою проблемою на етапі розвитку економіки є нездатність і найчастіше неможливість розумно реагувати на мінливість ринкових умов господарювання. Це обертається неспроможністю та неплатоспроможністю.

На сьогоднішній день у сучасній науковій літературі склалася думка щодо формування та розвитку кризової ситуації в організації, а також сформувалися системи антикризового управління. Однак визначення кризи та класифікація кризових ситуацій мають, на наш погляд, низку серйозних недоліків.

Більшість словників, зокрема й економічних, не дають розгорнутого пояснення поняття «криза». Так, у тлумачному словнику С.І. Ожегова дається таке визначення кризи: «різкий, крутий перелом у чомусь». Економічна енциклопедія визначає кризу як «переломний момент на краю чи гіршу сторону» [10], «болісний період економіки, підприємства, організації» [18], «вирішальний момент» [34].

Усі перелічені тлумачення тотожні значенню грецького слова «криза», яка трактувалася як рішення, поворотний пункт. Виходячи з класичного визначення, поняття розкривається як зміна позитивної тенденції на негативну, як стан, при якому існуючі засоби досягнення цілей стають неадекватними, у результаті виникають непередбачувані ситуації.

Криза – це крайнє загострення протиріч у соціально-економічній системі (організації), що є загрозою її існування, нормального функціонування і конкурентоспроможності; це небезпека банкрутства та переломний момент у різних процесах. Криза – це припинення нормального процесу, непередбачена подія, що ставить під загрозу стабільність організації, це раптова серйозна подія, що має потенціал зруйнувати або навіть знищити репутацію організації [2].

Поняття кризи багатогранне, воно класифікується на основі різних

критеріїв (рис. 1.1).

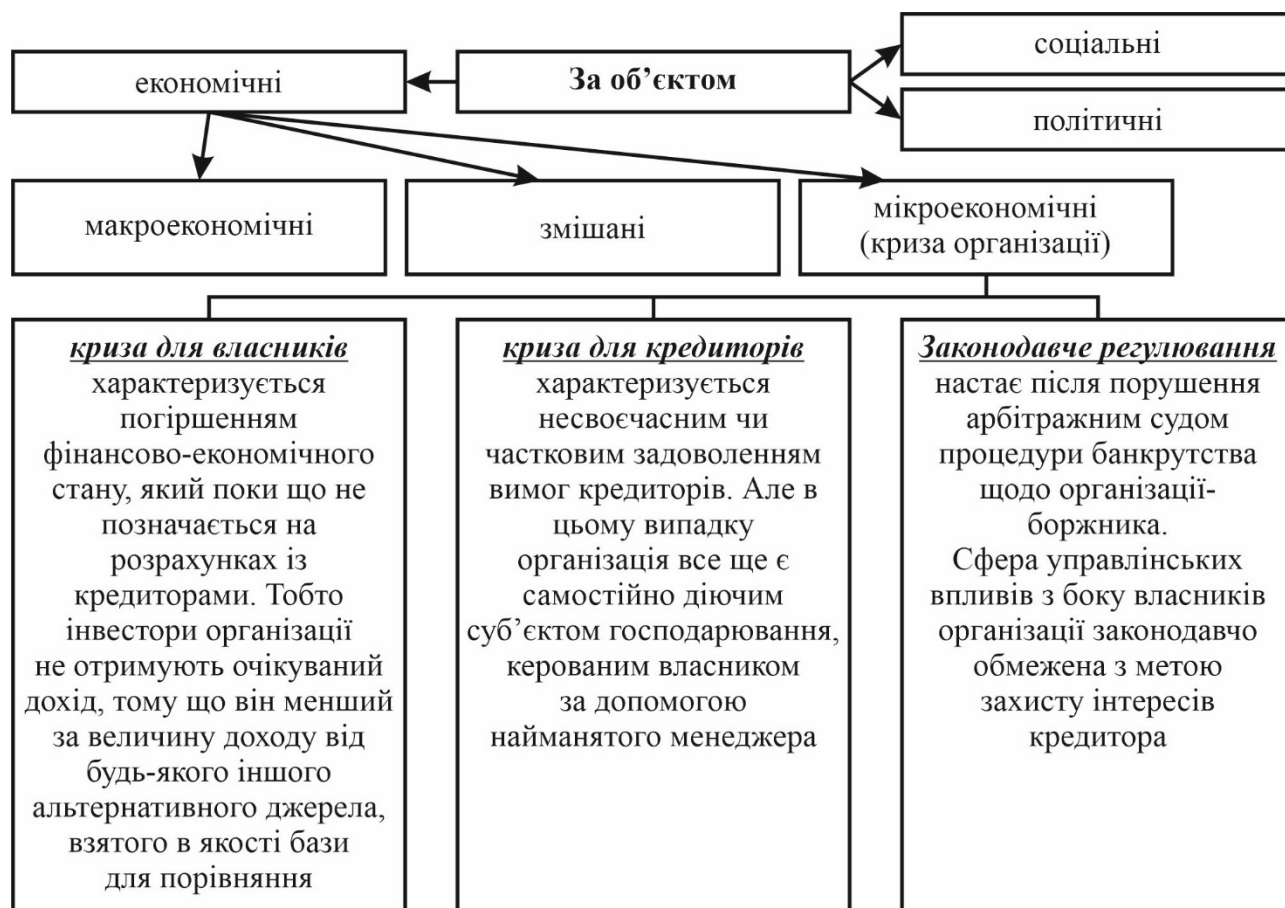


Рис. 1.1. Класифікація кризи на основі різних критеріїв

Примітка. Наведено за [8]

Узагальнюючи існуючі уявлення про кризи, зробимо такі висновки:

- кризи неминучі; це регулярні етапи циклічного розвитку будь-якої системи, що закономірно повторюються; кризи можуть виникнути як випадковий результат стихійного лиха або як наслідок великої помилки;
- кризи починаються тоді, коли потенціал прогресу основних елементів системи переважно вичерпаний і вже народилися та починають боротьбу елементи нової системи, що представляє майбутній цикл;
- існують фази економічного циклу;
- кризи прогресивні при усій їх хворобливості, оскільки вони виконують три найважливіші системні функції: різке ослаблення та усунення застарілих (нежиттєздатних) елементів панівної системи, яка вже вичерпала свій потенціал; розчищення простору для утвердження елементів (спочатку слабких) нової

системи майбутнього циклу; випробування на міцність та передача у спадок тих елементів системи, які акумулюються та переходять у майбутнє;

– кризи кінцеві; вони можуть передувати або новому етапу у розвитку системи, або її загибелі та розпаду;

– оскільки кризи неповторні, різноманітні і причини, і чинники, що їх викликають, тому кожен раз вихід з кризи вимагає специфічних заходів [15].

Велика різноманітність криз породжується величезною кількістю причин їх виникнення. Антикризове управління існує для того, щоб, якщо можливо, уникнути кризи (попередити її появу), а якщо це неможливо, то обмежити розвиток кризи та пом'якшити її наслідки.

Вирізняють такі причини виникнення криз: 1) недостатній рівень знань про можливість передбачення кризи; 2) недостатній рівень знань про взаємодію між підрозділами у системі управління; 3) випадкові відхилення, помилки, прорахунки.

Класифікація криз необхідна, оскільки важливість цієї проблеми обумовлена тим, що тільки її дослідження дозволить: 1) зрозуміти причини та структуру макроекономічних криз; 2) виявити їх потенційні можливості та загрози; 3) покращити керування ними; 4) правильно інтерпретувати наслідки криз [4].

Існує досить багато класифікацій, що належать різним вченим. Загальними недоліками даних класифікацій є: 1) значний перетин суті локальної та часткової кризи, загальної та системної кризи; 2) виділення лише типів криз, або видів криз, або класифікаційних підстав; 3) деякий збіг суті закономірної та явної кризи, випадкової та прихованої кризи.

Криза має певну швидкість розвитку. Початок кризи неможливо передбачити. Вдається визначити (зафіксувати) початкову фазу кризи та передбачити її подальший розвиток. Як фазовий перехід криза є не кількісною, а якісною зміною системи, тому встановлені раніше моделі перестають працювати.

Ознаками кризового стану можуть бути: 1) різке падіння обсягів продажу

товарів або послуг; 2) зменшення коштів на рахунках організації; 3) підвищення відносної частки дебіторської заборгованості в активах організації, тобто зростання боргів покупців та збільшення строків заборгованості; 4) збільшення кредиторської заборгованості, заборгованості із зарплати, заборгованості фінансовим органам та акціонерам; 5) різке збільшення запасів (затоварювання); 6) різке зменшення запасів (збій, неритмічність виробництва товарів або надання послуг внаслідок невиконання зобов'язань щодо взаємних поставок); 7) зниження показників ліквідності організації; 8) збільшення накладних витрат та зменшення прибутку порівняно зі змінами обсягів продажу товарів або послуг.

Дуже важливо своєчасно виявити сигнали формування кризової ситуації та передбачати настання кризи. Традиційно виділяють три стадії кризової ситуації: рання, проміжна та пізня (рис. 1.2).

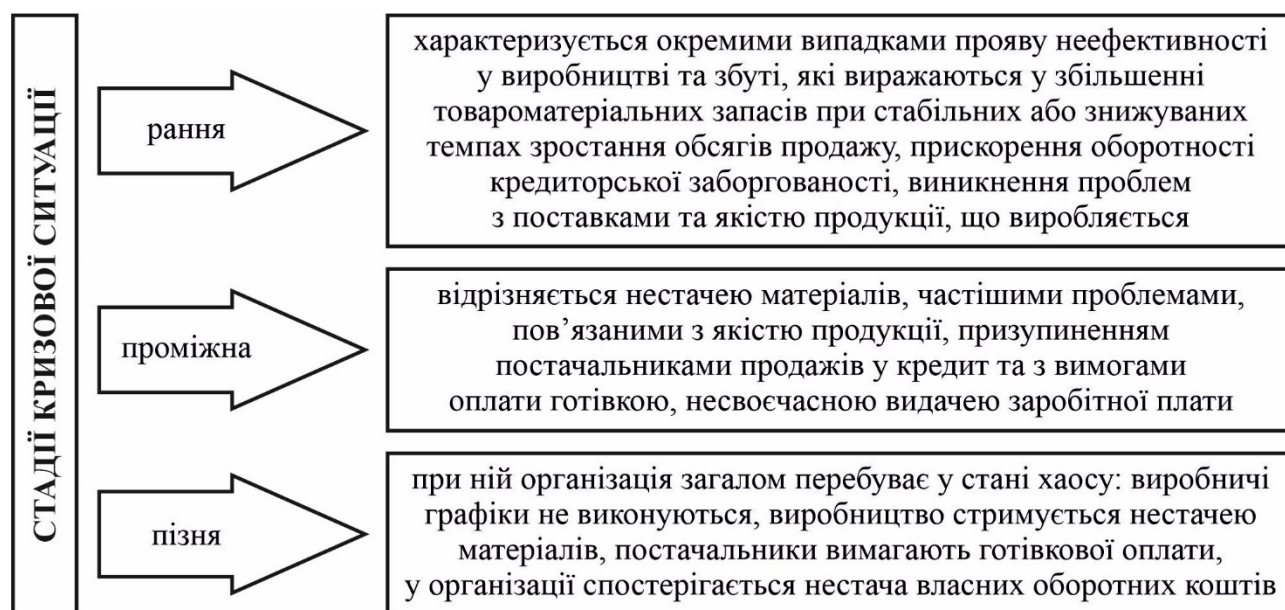


Рис. 1.2. Стадії кризової ситуації в організації

Примітка. Наведено за [25]

Сьогоднішні умови поставили багато організацій на пізню стадію кризової ситуації, що потребує розробки адекватної стратегії антикризового управління.

Антикризовий розвиток – це не абсолютна відсутність кризи, а наявність таких криз, які є імпульсом успішного (з позицій інтересів людини) розвитку [6].

Важливим є розгляд зовнішніх і внутрішніх причин кризи. Криза організації викликається невідповідністю її фінансово-господарських параметрів

параметрам довкілля. Причин криз, що вибухають в організаціях багато, їх можна розділити на дві основні групи: зовнішні, які не залежать від організації або на які вона може вплинути в незначній мірі; внутрішні, що виникли внаслідок діяльності самої організації [7].

Будь-яку ситуацію, в якій організація не встигає підготуватись до змін, можна вважати кризовою. Щоб цього не сталося, необхідно вчасно зрозуміти причини, через які організація опинилася в кризі, та вжити заходів ще до зовнішнього прояву труднощів (фінансових складнощів) [8].

У розумінні кризи велике значення мають не лише її причини, а й наслідки. Можливі такі наслідки: оновлення організації або її руйнування, оздоровлення чи виникнення нової кризи, можливо, навіть ще глибшої та тривалішої (табл. 1.1). Кризи можуть виникати як ланцюгова реакція. Існує можливість консервації кризових ситуацій на тривалий час. Це може пояснюватись і певними політичними причинами. Загалом наслідки криз найтіснішим чином пов'язані з двома чинниками: з її причинами та з можливістю управління процесами кризового розвитку.

Таблиця 1.1

Наслідки кризи

Процес	Можливі наслідки кризи
Оновлення системи	Оздоровлення системи
Руйнування системи	Виникнення нової кризи
Загострення кризи	Різкі зміни
Ослаблення кризи	М'який вихід
Перетворення системи	Довгострокові зміни
Збереження системи	Короткострокові зміни
Якісні зміни	Незворотні зміни
Кількісні зміни	Зворотні зміни

Примітка. Наведено за [31]

Різні наслідки кризи визначаються як її характером, так і характером антикризового управління, яке може пом'якшувати чи загострювати кризу. Можливості управління у цьому відношенні залежать від мети, професіоналізму, мистецтва управління, характеру мотивації, розуміння причин та наслідків, відповідальності.

Усе вищевикладене свідчить про те, що на діяльність багатьох організацій впливають кризи. Заклади охорони здоров'я – не виняток. Проте їхня класифікація відсутня як на офіційному рівні, так і в наукових та навчальних роботах. Тим не менш, багато авторів визначають види криз, а деякі пропонують їх класифікацію. Однак не всі виділені класифікаційні ознаки підходять для угруповання криз, що виникають в процесі діяльності закладів охорони здоров'я, що вимагає більш ґрунтовного та детального дослідження цього питання.

1.2. Система антикризового управління організацією та підходи до її моделювання

Економічна природа кризи характеризується несподіванкою її виникнення. Ризик її розвитку існує навіть тоді, коли немає жодних об'єктивних передумов щодо її становлення. Тому кожній організації, насамперед її керівництву, необхідно бути готовими будь-якої миті зіткнутися з непередбаченими проблемами. Менеджмент повинен не тільки вміти розпізнавати кризові явища, але й знати, як краще вчинити в конкретному випадку.

Організація, будучи складною соціально-економічною системою, передбачає використання системного підходу в управлінні. У складній ситуації кризи організація особливо потребує злагодженої роботи управлінського апарату, що визначає необхідність формування системи антикризового управління.

Відповідно до філософського енциклопедичного словника, система (від грецьк. ціле, складене з частин; з'єднання) – це «сукупність елементів, що у відносинах і зв'язках друг з одним, що утворює певну цілісність, єдність» [16].

Основними компонентами системи антикризового управління є: об'єкт, суб'єкт, цілі, завдання, функції та механізм управління. Суб'єкт антикризового управління – це спеціальна група людей, яка за допомогою різних прийомів та способів управлінського впливу забезпечує цілеспрямоване функціонування об'єкта управління. Під об'єктом управління розуміється керована підсистема,

яка сприймає керуючий вплив із боку суб'єкта управління.

Виділяють такі об'єкти управління у системі антикризового управління: 1) підсистема діагностики фінансового становища; 2) підсистема маркетингу; 3) підсистема антикризової інвестиційної політики; 4) підсистема управління персоналом; 5) підсистема виробничого менеджменту; 6) підсистема організації ліквідації організації.

Процес впливу суб'єкта об'єкт управління, тобто сам процес управління, може здійснюватися тільки за умови обміну певною інформацією між суб'єктами та об'єктами управління.

Процес управління, незалежно від його конкретного змісту, завжди передбачає отримання, передачу, переробку та використання інформації. У антикризовому управлінні отримання надійної та достатньої в даних умовах інформації відіграє головну роль, оскільки це дозволяє ухвалити конкретне рішення щодо дій в умовах кризи. Ця інформація використовується для реалізації загальних функцій антикризового управління.

Виділяють такі функції суб'єктів антикризового управління: 1) прогнозування та планування; 2) організація; 3) регулювання; 4) координація; 5) стимулювання; 6) контроль.

Система розглянутих функцій діалектично взаємопов'язана з усіма сторонами процесу управління та відображає його зміст. Співвідношення обсягу та змісту функцій на різних рівнях антикризового управління неоднакові. Функціональна система антикризового управління перебуває у постійному розвитку, оскільки динамізм соціально-економічних процесів породжує нові завдання, змінюється характер зв'язків, роль та значення функцій.

Систему антикризового управління визначають як систему, в якій реалізуються функції та елементи управління і яка включає: 1) спеціалістів, об'єднаних в органи управління; 2) організаційну та обчислювальну техніку; 3) зв'язки між органами управління, об'єктом управління та зовнішнім середовищем, які визначаються різними способами взаємодії та потоками управлінської інформації; 4) документообіг, необхідний для виконання функцій,

розподілених між органами управління задля досягнення цілей, поставлених перед системою.

Система управління організації характеризується станом її підсистем: структурно-функціональної, інформаційно-поведінкової та підсистеми саморозвитку. Ці підсистеми характерні для будь-якої системи управління.

Структурно-функціональна підсистема відбиває єдність організації, технології та методів управління. До неї належать: 1) цілі і завдання; 2) організаційна структура; 3) функції керування; 4) методи керування; 5) технологія керування.

Структурно-функціональна підсистема виступає основою, скелетом усієї системи управління організацією. Від правильності її побудови залежить адаптованість організації до довкілля та виконання поставлених цілей. У системі антикризового управління ефективність побудови даної підсистеми визначається, насамперед, через її достатню формалізацію та наочність.

Інформаційно-поведінкова підсистема ґрунтується на ціннісних орієнтаціях, поведінкових нормах учасників процесу управлінської діяльності, а також інформації та інформаційному забезпеченні комунікацій у системі управління. Вона виникає у зв'язку із синергічним ефектом, що отримується від об'єднання людей в організацію, при формуванні відносин між суб'єктами та об'єктами управління, а також між ними та структурно-функціональною підсистемою.

Реальними формами прояву цієї підсистеми є: 1) управлінські теорії та управлінська ідеологія; 2) формальні та неформальні відносини управлінських працівників з представниками зовнішнього оточення; 3) рівень організаційного розвитку, і навіть рівень розвитку кожного окремого працівника управлінського ланки; 4) поінформованість працівників, носії інформації, методи розповсюдження інформації.

Аналіз інформаційно-поведінкової підсистеми в рамках антикризового управління показує, наскільки вона відповідає структурно-функціональній підсистемі та зовнішньому середовищу організації. Підсистема саморозвитку

виникає у відповідь на потребу системи управління у самовдосконаленні, підвищенні гнучкості та адаптивності до змін. Ця підсистема є джерелом і провідником потреби системи управління у самовдосконаленні і водночас носієм механізму, за допомогою якого здійснюється розвиток системи управління. Вона має нечіткі межі, тобто не має формальних, вимірюваних ознак. Функціональні можливості підсистеми саморозвитку значною мірою визначаються рівнем розвитку інформаційно-поведінкової підсистеми, оскільки повністю залежать від людського чинника.

Система антикризового управління організацією складається з таких елементів: 1) управління як специфічна функція, що реалізується через виконання антикризових управлінських робіт, процедур фінансового оздоровлення діяльності організації у зв'язку з іншими звичайними управлінськими процесами; 2) управління як процес підготовки та прийняття рішень; 3) управління як структура апарату та розподілу функцій, обов'язків, повноважень та відповідальності дозволяє визначити зв'язки між ланками та рівнями управління, співвідношення централізації та децентралізації у розподілі функцій, обов'язків, повноважень та відповідальності працівників, які займають різні посади в структурі організації; 4) управління як структура професійного та кваліфікаційного складу управлінського персоналу, який зобов'язаний забезпечити досягнення найкращих результатів.

Мета антикризової системи управління – вирішення проблем організації.

Система антикризового управління повинна базуватись на наступних принципах: 1) постійна готовність до можливого порушення фінансової рівноваги; 2) якомога більш рання діагностика кризових явищ у фінансовій діяльності; 3) терміновість реагування на кризові явища; 4) адекватність реагування на ступінь реальної загрози його фінансовій рівновазі; 5) повна реалізація внутрішніх та зовнішніх можливостей виходу організації із кризового стану; 6) вибір ефективних форм санації організації.

Вищезазначені принципи є основою організації антикризового управління організації.

Виходячи з розглянутих вище підходів до визначення сутності та структури системи антикризового управління, можна зробити висновок, що її формування містить: 1) визначення елементів: суб'єктів та об'єктів, цілей, функцій та технологій управління поточною кризовою ситуацією; 2) побудова інформаційно-комунікаційних зв'язків між виділеними елементами; 3) вбудовування механізму розвитку системи через аналіз її функціонування.

Під системою антикризового управління можна розуміти сукупність суб'єктів та об'єктів управління, відносин, що вибудовуються між ними, а також управлінські дії (функції, методи, технології), що використовуються з метою боротьби з кризою.

Модель можна визначити як формалізоване уявлення про конкретний процес чи явище. Моделювання є частиною системного аналізу.

Наявність моделей і механізмів управління приваблює як з погляду керуючого органу (дозволяє передбачити поведінку керованих суб'єктів), і з погляду керованих суб'єктів (робить передбачуваним поведінку керуючого органу). Тим самим знижується невизначеність усієї системи, що є особливо важливим під час кризової ситуації в організації.

Філософський енциклопедичний словник визначає модель (від лат. *modulus* міра, зразок, норма) як «аналог, схему, структуру, знакову систему певного фрагмента природної чи соціальної реальності оригіналу» [4]. Цей аналог служить для зберігання та розширення знання (інформації) про оригінал, конструювання оригіналу, перетворення або управління ним [4].

Інтуїтивно можна дати таке визначення моделі антикризового управління організацією – це схема процесу управління та діяльності керівників, яка спрямована на запобігання виникненню кризи та боротьбу з її наслідками. Для того щоб відповідати даному поняттю, модель повинна відповідати на такі практичні питання: 1) які елементи входять до системи антикризового управління? 2) які функції виконує ця система, які її елементи? 3) які стадії мають процеси, які відбуваються в системі? 4) які дії необхідно робити менеджерам на кожній стадії?

Розглянемо різні підходи до побудови моделей антикризового управління організацією, розроблені вітчизняними та зарубіжними дослідниками.

Коротков А.В. під моделлю антикризового управління розуміє динамічну систему сукупних елементів аналізу кризового середовища з метою прийняття рішень щодо реалізації стратегії управління кризовою ситуацією. Її основними блоками є: аналіз кризового середовища, обґрунтування стратегій та складання програми антикризового управління (рис. 1.3).

У першому етапі створюється команда кризового управління та формується кризовий комітет, які займаються прогнозуванням перебігу кризи, аналізом її причин, моніторингом громадської думки, тобто збирають якнайбільше інформації про поточну кризу. Також на даному етапі формулюються чіткі цілі, що дозволяють запобігти кризі.



Рис. 1.3. Модель антикризового управління А.В. Короткова

Примітка. Наведено за [5].

Другий етап передбачає вибір та обґрунтування стратегії досягнення цих цілей, комплексну переробку як внутрішньо-корпоративних стратегій, так і стратегій ринкової участі.

Блок «програма антикризового управління» передбачає розробку системного документа у формі плану надзвичайної події, тактики його реалізації,

контролю та оцінки результатів.

Цільова функція результатів роботи моделі антикризового управління – це мінімізація економічних та моральних наслідків та втрат від надзвичайної події (кризової ситуації, конфлікту), відновлення іміджу організації в очах громадськості.

В основі побудови своєї моделі Дж. Бернет поклав стратегічний підхід. Він визначає завдання, виконання яких сприяє протистоянню кризи, та чинники, що ставлять під загрозу можливість організації практикувати кризовий менеджмент [8]. Чотири чинники, що гальмують антикризове управління, розташовані на зовнішньому колі моделі (рис. 1.4): тиск часу, проблеми контролю, рівень втрат, обмеженість можливих дій. Дж. Бернет стверджує, що ці чинники підривають можливості організації фокусуватися та стратегічно керувати кризовою ситуацією. Згідно з цією моделлю, коли ці чотири чинника враховані, тільки тоді і починається стратегічне управління становищем організації.

Дж. Бернет ділить шість завдань внутрішнього кола даної моделі на три категорії: визначення (ідентифікація), опір та переналаштування. Етап визначення складається із встановлення мети та аналізу навколишнього середовища та є приготуванням до кризи. Етап опору містить формулювання стратегічного плану та його оцінку. На цьому етапі організація вже втягнута в кризу. Останній етап переналаштування включає використання обраної стратегії і стратегічний контроль. Цей крок показує, як добре організація пристосувалася до проникнення кризи. Як видно з даної моделі, виконання завдань, позначених на внутрішньому колі, дозволить організації контролювати кризову ситуацію та керувати нею.

Розглянуті моделі концентрують увагу на діях керівників, необхідних для врегулювання кризової ситуації. Ці моделі не розглядають перебіг кризи в часі. Шляхом узагальнення поданої інформації можна виділити три основні дії керівників в сфері антикризового менеджменту: 1) аналіз та діагностика середовища організації; 2) розробка програми дій; 3) реалізація цієї програми та контроль.

Багато авторів моделей кризового управління виходять з того, що криза має свій життєвий цикл. В основі виділення подібних моделей лежить твердження про те, що будь-яка криза має початок і кінець. Такі вчені, як А. Гонзалес-Герреро, Т. Кумбс, С. Фінк, Я. Митроф, передбачають різні варіанти цієї концепції.

А. Гонзалес-Герреро описує модель життєвого циклу кризи через чотири стадії: зародження, наростання, розквіт та згасання (рис. 1.5).

Хоча ця модель є елементарною, але вона достатня. До переваг цієї моделі можна віднести такі: 1) поділ кризи на стадії, що легко визначаються; 2) дає уявлення, як ситуація змінюється з часом; 3) графік безперервний і показує, що вплив кризи продовжується далі точки її закінчення.

Ця модель була розроблена для демонстрації ефективності використання кризового менеджменту в організації. Як стверджує А. Гонзалес-Герреро, практикуючи кризовий менеджмент до стадії зародження кризової ситуації, можна знизити інтенсивність впливу кризи, тобто криза, не досягаючи піку, перейде у стадію згасання (рис. 1.6).

У чотирістадійній моделі С. Фінка криза досліджується як тривала подія з достатньою кількістю попереджувальних сигналів, що передують кризовій події. Він виділяє такі стадії: вступна, критична, хронічна та стадія дозволу. На вступній стадії роль керівника полягає в використанні превентивного підходу, а саме в розпізнаванні кризи, що насувається. Відповідну інформацію можна побачити як за допомогою внутрішньо-організаційного, так і за допомогою зовнішнього аудиту

С. Фінк припускає, що сама кризова подія починається з певного приводу, поштовху, який запускає критичну стадію. Цю стадію можна охарактеризувати самою кризовою подією і шкодою, що виникла через це. На гостроту кризи впливає успішність підготовки на попередній стадії. Неправильне розпізнавання попереджувальних кризових сигналів створює реактивну ситуацію, що підвищує загальну невизначеність.

Третя стадія моделі С. Фінка – хронічна. Цей етап свідчить про те, що криза

має довгострокові наслідки, до яких можна віднести, наприклад, спостереження за подією з боку ЗМІ. Хоча поодинокі кризові події можуть статися досить швидко, довгострокові наслідки цього інциденту можуть продовжити життєвий цикл кризи. Наприклад, природні катастрофи тривають від кількох днів до тижня, а відновлення після них може тривати багато місяців.

Фінальна стадія в моделі С. Фінка – вирішальна. Вона визначається завершенням кризи. Хоча організації часто бачать це як мету, насправді це не те, чого слід прагнути. Передчасне рішення, що хронічна стадія закінчилася, робить організації чутливими до відродження кризи. Тому на попередніх стадіях необхідно виробити належну обачність для впевненості, що регресія не відбудеться.

С. Фінк не розглядає антикризове управління як циклічний процес. Вирішальна стадія в цій моделі закінчує кризу. Ця модель наведена на рис. 1.7.

Я. Митроф розробив модель, яка розділяє антикризове управління на п'ять стадій: виявлення сигналів, дослідження та запобігання, стримування руйнувань, відновлення, формулювання висновків та уроків [11].

Перші дві стадії передбачають проведення профілактичних докризових заходів. На стадії виявлення сигналів основним завданням керівників є визначення ознак кризи у зовнішньому середовищі організації. Цей етап подібний до вступної стадії в моделі С. Фінка. Наступна стадія дослідження та запобігання передбачає пошуки вже існуючої кризи та визначення шляхів її запобігання. У моделі С. Фінка є тільки натяк на те, що кризи можна уникнути, тоді як у цій моделі це твердження навіть не ставиться під сумнів.

Наступна стадія стримування руйнувань моделі Я. Митрофа мало відрізняється від останніх трьох етапів моделі С. Фінка. Тут також описується початок кризи з певного моменту, труднощі повернення у докризовий стан та вирішення кризової ситуації. Стадія стримування руйнувань, подібно до хронічної стадії С. Фінка, фокусується на кроках, що робляться суб'єктами управління після виникнення кризової події. Основні відмінності між представленими моделями знаходяться на стадіях відновлення та здобуття

уроків.

По-перше, на стадії відновлення в моделі Я. Митрофа підкреслюється поживалення ділової активності організації, тоді як на хронічному етапі в моделі С. Фінка стверджується, що вихід із кризи для організації може проходити зі змінним успіхом.

По-друге, модель Я. Митрофа циклічна. Стадія отримання уроків дозволяє організації включити той досвід, який вона накопичила під час кризи, у філософію своєї організації. У моделі С. Фінка спрощено стверджується, що стадія вирішення відбувається, коли криза більше не стосується організації, в ній немає опису уроків, що отримані організацією під час кризи та виходу з неї.

Схематично модель Я. Митрофа показано на рис. 1.8.

Усі розглянуті вище моделі можна використовувати на практиці, тобто у них: 1) виділено основні елементи системи антикризового управління (кризова команда як суб'єкт та кризовий процес як об'єкт управління, мета створення та функціонування, функції системи, принципи функціонування, кадрові ресурси, організаційна структура, інформаційне забезпечення, методи та інструменти, що забезпечують виконання функції управління); 2) визначено основні функції та завдання, що виконуються її елементами та самою системою (функції аналізу, стратегічного та тактичного планування, прогнозування, контролю); 3) моделі мають стадійний характер із описом дій керівників на кожному етапі. Оскільки всі розглянуті моделі можна віднести до циклічних, то виділимо три загальних характерних для всіх етапи: передкризовий, кризова подія, посткризовий.

Ця модель є базовою схемою стадій антикризового управління. Т. Кумбс зазначає, що тристадійна модель немає творця, проте згадується у працях багатьох теоретиків і практиків антикризового управління (рис. 1.9).

Охарактеризуємо кожен із поданих етапів з погляду дій керівників, необхідних для врегулювання кризової ситуації. Для цього складемо узагальнену таблицю.

На першому етапі витрати організації з попередження кризи прагнуть певної постійної величині. Очевидно, якщо організація не робить спроби

запобігання кризі, то витрати цього періоду будуть нульовими. Тривалість цього етапу може залежати від віку організації, її готовності до кризи, рівня ризику її діяльності та ін. У розглянутих вище моделях цей період ідентичний першим докризовим стадіям. Отже, дії менеджерів повинні мати превентивний характер.

Другий етап характеризується моментальністю та стрімким перебігом подій. Крива розривається, витрати на регулювання кризи переміщують її значно вгору. Якщо організація була готова до кризи, то розрив на кривій буде невеликим або згладиться. Ця стадія відповідає стадії зародження моделі А. Гонзалеса-Герреро. Тривалість цієї стадії, в порівнянні з іншими, невелика. На неї впливає величина шкоди від кризової події, підготовленість організації до неї. На цьому етапі основною метою управління є мінімізація шкоди при реагуванні на кризу. Управління має оперативний характер.

Третій етап починається, коли знижується гострота кризової ситуації. Цей етап можна охарактеризувати, як і раніше, нестабільністю, мінливістю, чутливістю до керуючих впливів, відносною передбачуваністю, різноманітністю варіантів дій. Якщо організація впоралася з гострою ситуацією кризи і перейшла цей етап, то керівництву варто бути уважними і готовими до переосмислення цілей діяльності організації. Основним в антикризовому управлінні на цій стадії є відновлення та оновлення організації або її ефективна ліквідація. Управління має поточний характер.

Таким чином, у рамках цього дослідження використана базова тристадійна модель антикризового управління через її універсальність, достатність та практичну цінність.

Висновки до розділу 1

Криза – це крайнє загострення протиріч у соціально-економічній системі (організації), що є загрозою її існування, нормального функціонування і конкурентоспроможності; це небезпека банкрутства та переломний момент у різних процесах. Криза – це припинення нормального процесу, непередбачена подія, що ставить під загрозу стабільність організації, це раптова серйозна подія,

що має потенціал зруйнувати або навіть знищити репутацію організації.

Узагальнюючи існуючі уявлення про кризи дозволити зробити такі висновки: кризи неминучі; це регулярні етапи циклічного розвитку будь-якої системи, що закономірно повторюються; кризи можуть виникнути як випадковий результат стихійного лиха або як наслідок великої помилки; кризи починаються тоді, коли потенціал прогресу основних елементів системи переважно вичерпаний і вже народилися та починають боротьбу елементи нової системи, що представляє майбутній цикл; існують фази економічного циклу; кризи прогресивні при усій їх хворобливості, оскільки вони виконують три найважливіші системні функції: різке ослаблення та усунення застарілих (нежиттєздатних) елементів панівної системи, яка вже вичерпала свій потенціал; розчищення простору для утвердження елементів (спочатку слабких) нової системи майбутнього циклу; випробування на міцність та передача у спадок тих елементів системи, які акумулюються та переходять у майбутнє; кризи кінцеві; вони можуть передувати або новому етапу у розвитку системи, або її загибелі та розпаду; оскільки кризи неповторні, різноманітні і причини, і чинники, що їх викликають, тому кожен раз вихід з кризи вимагає специфічних заходів.

Система антикризового управління включає: спеціалістів з антикризового управління; організаційну та обчислювальну техніку; зв'язки між спеціалістами, об'єктом управління та зовнішнім середовищем, які визначаються різними способами взаємодії та потоками управлінської інформації; документообіг, необхідний для виконання функцій, розподілених між спеціалістами для досягнення цілей, поставлених перед системою.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ СИСТЕМИ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ КНП
«ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»
ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Аналіз елементів системи антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільська обласна рада (КНП «ТОКЛ» ТОР) є «клінічним лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я Тернопільської області. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» – головний лікувально-профілактичний заклад області, який є клінічною базою для кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження практики студентів медичних університетів і медичних коледжів» [50].

Основні завдання, які вирішує КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»: «забезпечення в повному обсязі високоспеціалізованою стаціонарною та консультативно-поліклінічною медичною допомогою населення області; надання сільським, селищним, міським, районним лікувально-профілактичним закладам організаційно-методичну допомогу з метою підвищення якості лікувально-профілактичного обслуговування населення області; підвищення якості підготовки медичних кадрів; сприяти створенню умов для проведення навчально-педагогічного процесу з використанням сучасних досягнень медичної науки і техніки; сприяти забезпеченню умов для виконання науково-практичних досліджень за тематикою клінік; підвищення кваліфікації лікарів, медичних сестер на робочих місцях, забезпечення практики студентів ТДМУ ім. І.Я.Горбачевського, медичних коледжів, спеціалізація сестринського персоналу сільських, селищних, міських, районних лікувально-профілактичних закладів області; напрацювання за завданням органів охорони здоров'я заходів, направлених на підвищення якості медичного обслуговування і охорони

здоров'я населення, зниження захворюваності, лікарняної летальності» [50].

Для виконання покладених в КНП «ТОКЛ» ТОР вибудована розгалужена організаційна структура, яка представлена на рис. 2.1.

Як видно з рис. 2.1 в структурі досліджуваного закладу охорони здоров'я найчисельнішими підрозділами є стаціонар і параклініка.

В структурі стаціонару працюють такі відділення: 1) «ендокринологічне відділення; 2) кардіологічне відділення для інфарктних хворих з палатами інтенсивної терапії; 3) торакальна хірургія; 4) отоларингологічне відділення; 5) відділення хірургічної стоматології; 6) нейрохірургічне відділення; 7) гематологічне відділення; 8) хірургія №1; 9) відділення анестезіології та інтенсивної терапії; 10) хірургія №2; 11) гастроентерологічне відділення; 12) нефрологічне відділення; 13) ревматологічне відділення; 14) урологічне відділення; 15) ортопедо-травматологічне відділення; 16) офтальмологічне відділення; 17) відділення судинної хірургії; 18) пульмонологічне відділення; 19) відділення інтервенційної радіології, кардіології та реперфузійної терапії; 20) кардіохірургічне відділення» [39].

В структурі параклініки працюють такі відділення: 1) «консультативна поліклініка; 2) клініко-діагностична лабораторія; 3) приймальне відділення; 4) рентгенологічне відділення; 5) кардіологічний диспансер; 6) ендокринологічний диспансер; 7) відділення ультразвукової діагностики (УЗД); 8) фізіотерапевтичне відділення з кабінетом лікувальної фізкультури; 9) відділення гіпербаричної оксигенації (ГБО); 10) відділення функціональної діагностики; 11) спеціалізоване диспансерне відділення радіаційного захисту; 12) відділення гемодіалізу; 13) відділ з інфекційного контролю (ВІК)» [39].

В основі системи антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я лежить механізм як «сукупність взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих елементів, узгоджена взаємодія яких сприяє виявленню, недопущенню та подоланню кризи, під впливом дії факторів зовнішнього та внутрішнього середовища» [6] (рис. 2.2). Основними елементами пропонуємо визначати: фактори, діагностику кризових явищ в закладі охорони здоров'я,

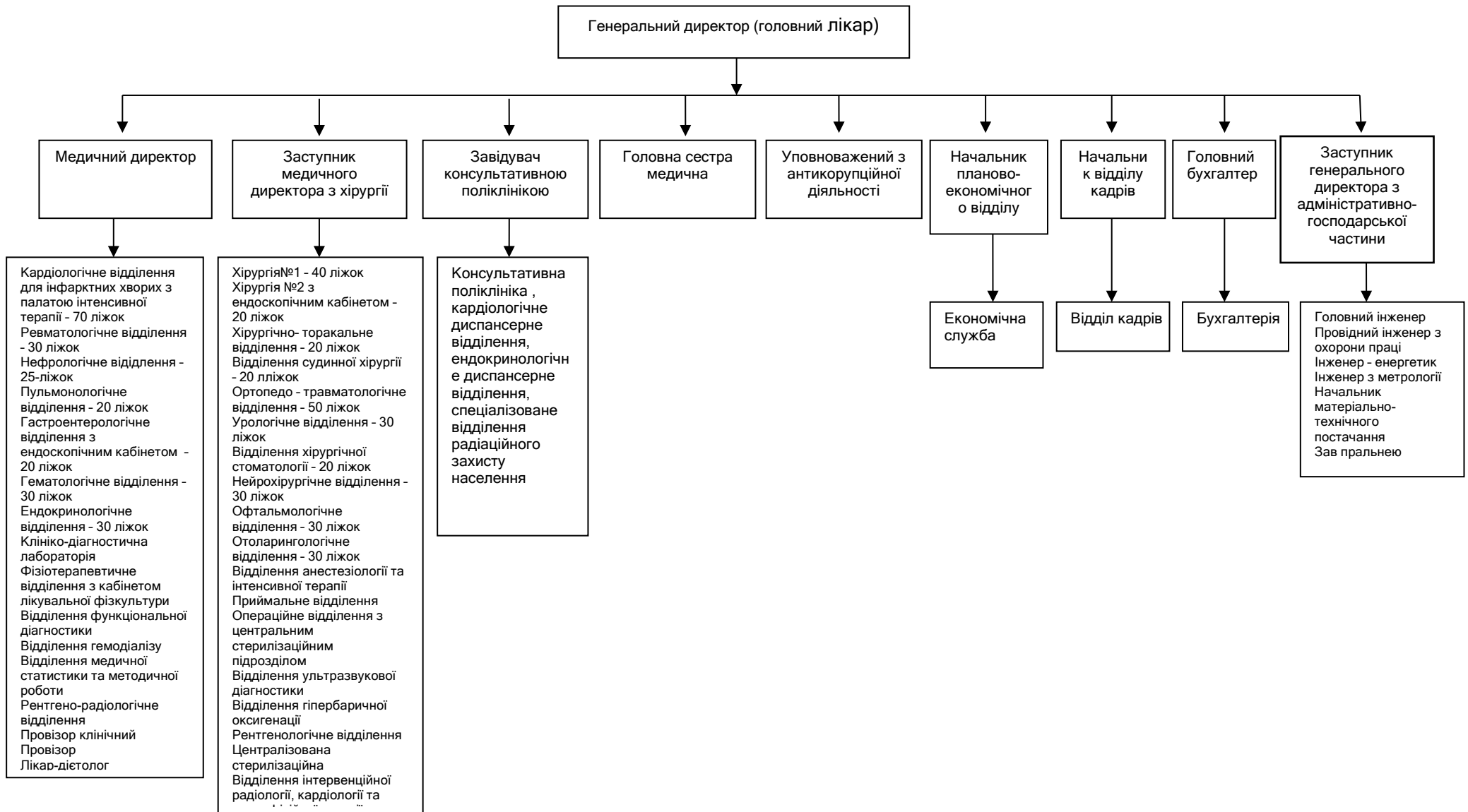


Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільська обласна рада

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

потребу у антикризовому управлінні, мету, принципи, функції, методи та інструменти, нормативно-правове забезпечення, ресурси, а також рівні управління.

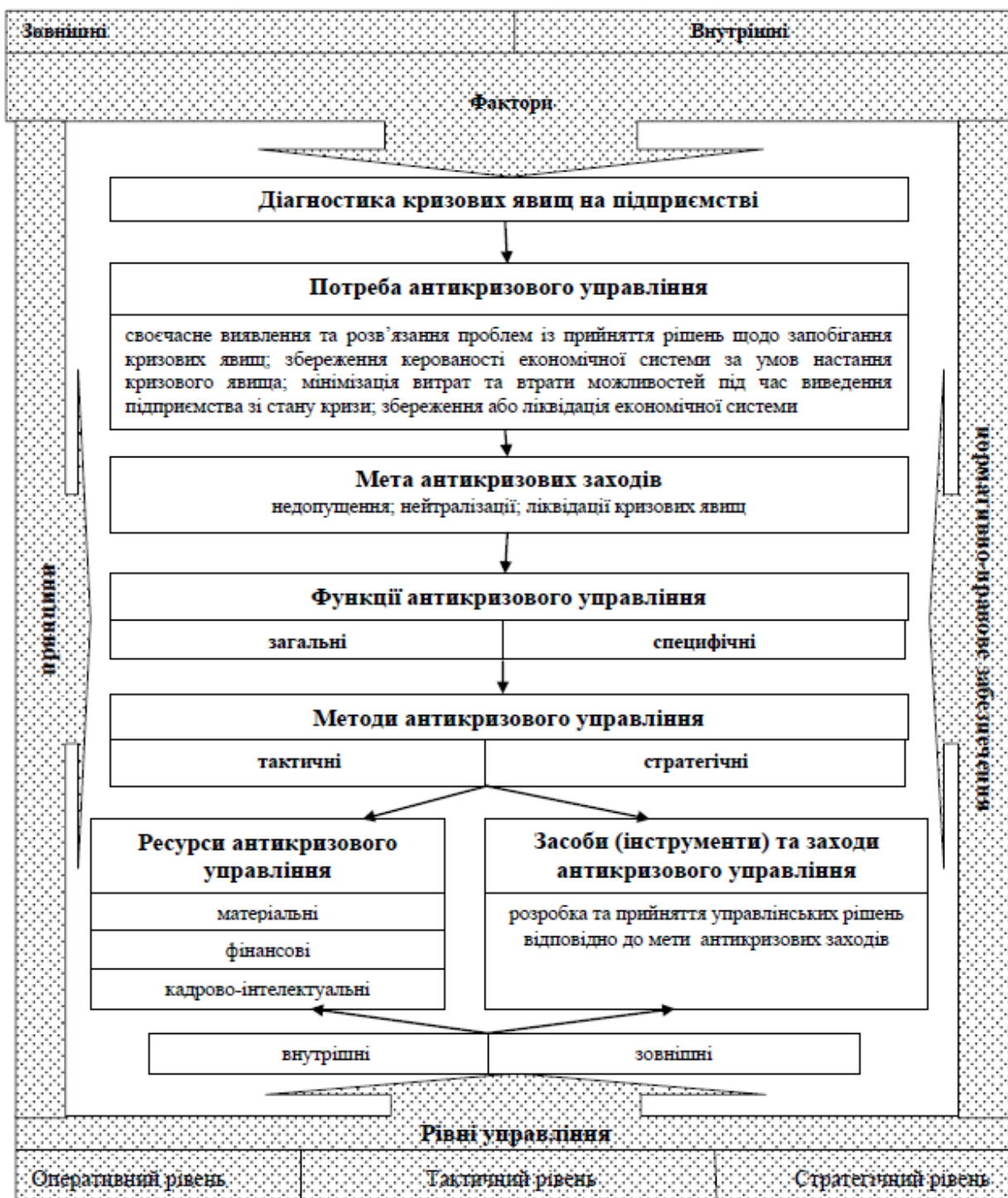


Рис. 2.2. Структура механізму антикризового управління КНП «ТОКЛ»

ТОР

Примітка. Складено автором на матеріалах КНП «ТОКЛ» ТОР

Діагностика кризових явищ здійснюються на початковому етапі для визначення потреби антикризового управління. Основними інструментами діагностики виступають: «експрес-діагностика; моніторинг та оцінка загальних показників фінансового стану; діагностика із застосуванням фінансового аналізу та методик оцінки ймовірності банкрутства; методи оцінки потенціалу підприємства (конкурентоспроможності підприємства); та здійснення інших додаткових заходів» [8].

У процесі виявлення потреби у здійсненні антикризового управління необхідно визначити основна мета антикризових заходів – стан в майбутньому, котрий можливо змінити відносно теперішнього та варто, бажано або необхідно досягнути.

Розглянемо основні функції антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я. Так, антикризове управління, як і будь-який інший вид управління, виконує п'ять основних функцій: «планування; організацію; мотивацію, координацію та контроль за виконанням цілей. Прийняття рішення і комунікаційний процес є сполучними ланками між зазначеними функціями» [1].

Особливою функцією в системі антикризового управління виступає діагностика кризового стану підприємства. Слід зауважити, що вона є функцією і специфічною стадією антикризового управління. Це вихідний пункт для прогнозу альтернативного розвитку підприємства.

Надзвичайно важливе місце у структурі механізму антикризового управління КНП «ТОКЛ» ТОР займає нормативно-правове забезпечення, яке можна розділити на дві групи: зовнішнє та внутрішнє. Зовнішнє нормативно-правове забезпечення антикризового управління своєю метою має «комплексне регулювання питань діяльності закладу охорони здоров'я, а також його взаємозв'язків із заінтересованими сторонами в процесі його функціонування в кризовій ситуації» [47]. До основних нормативно-правових документів цієї групи варто відносити: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [41] від 19.11.1992 р. № 2802-XII, Наказ МОЗ України «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських

посад та посад...» [48] від 28.10.2002 р. № 385, Наказ МОЗ України «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [46] від 01.08.2011 р. № 454, Наказ МОЗ України «Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу» [47] від 15.08.2011 р. № 512.

Внутрішнє нормативно-правове забезпечення антикризового управління КНП «ТОКЛ» ТОР забезпечує «організацію та регулювання діяльності підприємства як системи, досягнення постійних цілей в рамках реалізації стратегій у розрізі часового проміжку» [12]. До основних нормативно-правових документів цієї групи доцільно відносити: «установчі документи; положення, які визначають організаційну структуру управління підприємства; положення, які визначають особливості взаємодії між підприємством та середовищем функціонування, деталізуючи питання прав, обов'язків та відповідальності за порушення базових нормативів діяльності, мотивації, організації роботи персоналу, взаємовідносин з контрагентами та усіма стейкхолдерами тощо; документи, які характеризують операційну діяльність підприємства (розпорядження, накази та нормативи тощо)» [12].

Прикладом здійснення антикризового управління в КНП «ТОКЛ» ТОР є виконання Наказу Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації та Державної установи «Тернопільський обласний лабораторний центр МОЗ України» про організацію заходів з метою запобігання поширенню хвороб, викликаних коронавірусом COVID-19 на території Тернопільської області, яким затверджено: 1) стандарти організації надання медичної допомоги хворим на COVID-19 в закладах охорони здоров'я області; 2) маршрут пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегменту ST (STEMI) з підозрою/захворюванням коронавірусною інфекцією COVID-19; 3) маршрут пацієнтів з підозрою на гострий мозковий інсульт з підозрою/захворюванням коронавірусною інфекцією COVID-19.

Відповідно до вищезгаданого наказу, директор КНП «ТОКЛ» ТОР

організовує роботу щодо:

1) забезпечення дотримання суворого протиепідемічного режиму, належний повітрообмін приміщень (палат), використання УФ-випромінювачів, заміну одягу працівників в «зоні ризику», де перебувають хворі на COVID-19, із дотриманням правил особистої гігієни, використання засобів індивідуального захисту відповідно до розроблених алгоритмів, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2020 № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»;

2) забезпечення незнижувального тримісячного запасу медикаментозних препаратів, дезінфекційних засобів та засобів індивідуального захисту (розрахованих відповідно до додатку 7 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.06.2020 № 1411 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»);

3) забезпечення організації роботи приймального відділення з метою розділення потоків пацієнтів інфекційного та неінфекційного профілів;

4) при одночасному перебуванні в стаціонарі хворих на COVID-19 (за результатами лабораторного дослідження) та інших пацієнтів: забезпечення когортної ізоляції, виділення окремих відділень (палат-ізоляторів), розмежування потоків хворих, ефективної роботи санпропускників, дотримання режимів вологого прибирання та дезінфекції (не допускається одночасне перебування в палатах хворих, що поступили планово при наявності негативного результату лабораторного дослідження на COVID-19 та ургентних хворих із невизначеним статусом); розробки графіків роботи проведення маніпуляцій та процедур з визначенням певних годин;

5) при наданні ургентної медичної допомоги забезпечення ізоляції таких хворих, організація відбору матеріалу для лабораторного дослідження на COVID-19;

6) забезпечення роботи поліклінічних відділень (закладів) в частині надання консультативної допомоги вузькими спеціалістами за направленням сімейного лікаря для оцінки стану пацієнта при вирішенні питання планової

госпіталізації, прийом таких пацієнтів здійснюється за попереднім записом у визначений час з дотриманням всіх рекомендацій та обмежень на період карантину;

7) забезпечення формування бригад для підсилення роботи відділення інтенсивної терапії з визначенням персонального складу (з лікарями-інфекціоністами, анестезіологами, хірургами, лікарями терапевтичного профілю та іншим медичним персоналом) на випадок масового поступлення хворих з COVID-19;

8) забезпечення проведення пацієнтами з пневмоніями, а також пацієнтам, яким надається медична допомога у зв'язку з проведенням планових заходів з госпіталізації або плановою операцією, обов'язкового тестування на виявлення антитіл класу IgM до коронавірусу SARS-CoV-2 методом імуноферментного аналізу та на наявність коронавірусу SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції (ліміт досліджень на день в ДУ «Тернопільський обласний лабораторний центр МОЗ України»: до 30 біоматеріалів – м. Тернопіль, до 10 – з кожного району) відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.06.2020 № 1411 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» та рішень регіональних комісій ТЕБ і НС;

9) планову госпіталізацію пацієнтів із високими потребами стаціонарної паліативної допомоги проводити після консультацій працівниками мобільної паліативної служби, в тому числі, за допомогою засобів зв'язку шляхом консультування (24/7) за телефоном (0352) 29 66 73, та негативного результату на COVID-19;

10) забезпечення обов'язкового прийому пацієнтів, які доставлені до лікувально-профілактичного закладу бригадами екстреної медичної допомоги, або звернулись самостійно, незалежно від місця проживання, реєстрації, наявності чи відсутності документів, що засвідчують особу пацієнта, черговим медичним персоналом приймального відділення; у разі, якщо пацієнт доставлений у важкому стані в приймальне відділення закладу, в якому відсутні

спеціалізовані відділення, йому повинна бути надана екстрена (невідкладна) медична допомога, і тільки після стабілізації стану може консилярно вирішуватись питання щодо подальшого транспортування в інший лікувально-профілактичний заклад;

11) забезпечення надання невідкладної медичної допомоги усім пацієнтам незалежно від наявності обстеження на COVID-19 (розглядати усіх пацієнтів як потенційно інфікованих);

12) проведення додаткового навчання медичного персоналу з питань профілактики, діагностики та лікування коронавірусної інфекції COVID-19, методам відбору, упаковки, зберігання і транспортування клінічних зразків, а також методам застосування та утилізації засобів індивідуального захисту;

13) при визначенні категорії осіб для проведення лабораторного тестування на COVID-19 дотримуватися вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.06.2020 № 1411 «Про внесення змін до Стандартів медичної» допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» та рішень регіональних комісій ТЕБ і НС;

14) забезпечення контролю щодо виконання постанови Головного державного санітарного лікаря України від 27.03.2020 № 4 «Про затвердження Тимчасових рекомендацій щодо безпечного поводження з тілами померлих осіб з підозрою або підтвердженням коронавірусної хвороби (COVID-19)».

Отже, робота вказаних елементів механізму антикризового управління проводиться на основі використання відповідних матеріально-технічних, фінансових, кадрових, інтелектуальних та інформаційно-аналітичних ресурсів, що концентруються як на рівні самого закладу охорони здоров'я, так і залучатись ззовні. Таким чином, проаналізований механізм антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я забезпечує реалізацію його цілей та завдань як системи шляхом узгодження своїх інтересів із зовнішнім та внутрішнім середовищем функціонування та враховує ступінь потреби, наявні можливості та мету проведення антикризових заходів.

2.2. Діагностика якості медичних послуг як превентивного інструмента антикризового управління досліджуваного закладу охорони здоров'я

Вимірювання задоволеності пацієнтів якістю наданої медичної допомоги є необхідною ланкою превентивної складової системи антикризового управління закладом охорони здоров'я. Існують різні методи оцінки задоволеності, більша частина яких заснована на виділенні показників задоволеності, важливих для покращення якості послуг або його підтримки на необхідному рівні. Один із таких методів заснований на використанні методики SERVQUAL.

Управління якістю та безпекою медичної діяльності є одним із елементів системи управління та забезпечує створення умов для забезпечення єдиних вимог до здійснення медичної діяльності, а також для безперервного підвищення якості та безпеки цієї діяльності.

Метою цього дослідження є розробка методики аналізу об'єктивних та суб'єктивних характеристик медичних послуг шляхом інтеграції методики SERVQUAL з методикою QFD – методикою систематичного та структурованого перетворення побажань споживачів у вимоги до якості послуги та/або процесу для вироблення пропозицій щодо дизайну якості медичних послуг.

Процедура виміру задоволеності користувачів із застосуванням методики «SERVQUAL» полягає у проведенні медико-соціологічного опитування пацієнтів, які отримали медичні послуги. Під час опитування пропонується заповнити анкету із 22 тверджень, що відповідають п'яти критеріям якості. Анкета складається з двох частин, причому питання першої частини пов'язані з думкою пацієнтів щодо очікуваної якості послуг, а питання другої частини анкети сформульовані визначення думки про фактичному сприйнятті якості послуг.

Методика QFD дозволяє дати подання для покращення якості послуг та перевести споживчі вимоги до вимог до медичної організації. Вона ґрунтується на технології розгортання функцій якості Quality Function Deployment – QFD, що дозволяє в компактній формі подати дані про різноманітні об'єктивні

характеристики медичних послуг, а також відстежити їх вплив на прийняті управлінські рішення в рамках розробки послуг покращеної якості.

Технологія QFD полягає в інтеграції наступних аналітичних методів: GAP-аналіз розривів між сприйнятою та очікуваною якістю послуг, які отримують пацієнти медичної організації; SWOT-аналіз сильних і слабких сторін медичної організації щодо конкурентів за об'єктивними показниками конкурентоспроможності медичних послуг; експертне опитування та аналіз зв'язків між властивостями медичної послуги та споживчими очікуваннями про неї; експертне опитування та аналіз характеру та ступеня взаємодії підрозділів у медичній організації.

Технологія QFD є гнучкий метод прийняття рішень, що використовується в розробці продуктів або послуг і дозволяє забезпечити споживчу якість на всіх його етапах. При цьому форми матричних діаграм нагадують будинок і тому їх часто називають Будинком якості (Quality House) – базовим інструментом для візуалізації якісних даних.

Відповідно до технології QFD, вимоги споживачів медичних послуг слід розгортати та конкретизувати поетапно: уточнення вимог споживачів послуг; виділення пріоритетних споживчих вимог; переведення вимог споживачів послуг до об'єктивних характеристик медичних послуг; виявлення тісноти зв'язку (кореляції) між вимогами споживачів послуг та характеристиками медичних послуг; визначення абсолютної та відносної вологості характеристик медичних послуг; встановлення кореляційних зв'язків між характеристиками медичних послуг; визначення порівняльної цінності медичних послуг (бенчмаркінгу); визначення бажаних характеристик медичних послуг, які покращуються з метою задоволення вимог споживачів медичних послуг; прийняття рішення про напрями покращень медичних послуг та вкладення інвестицій.

Розглянемо основні етапи розгортання функції якості у рамках технології QFD. При вивченні вимог споживачів медичних послуг необхідно зрозуміти їх суть і надалі пов'язати з тими об'єктивними характеристиками медичних послуг

чи процесу надання послуг, які б реально змінені, тобто. знайти відповідь питанням «Що треба зробити?». Вимоги формуються на основі нормування результатів вимірювання задоволеності пацієнтів наданими медичними послугами за методикою SERVQUAL із встановленням рейтингу важливості кожного з 22 підкритеріїв анкети.

У цьому розділі використовуються відомості про медичні послуги населенню за профілем «Травматологія та ортопедія», що надаються КНП «ТОКЛ» ТОР, та результати вимірювання задоволеності пацієнтів якістю наданої медичної допомоги, отримані в цьому закладі. Рейтинг важливості споживчих вимог може бути визначений як експертним шляхом, і в результаті медико-соціологічних досліджень з оцінки медичних послуг. У нашому випадку коефіцієнти вагомості вимог отримані під час анкетування експертів. В анкеті кожна вимога могла бути оцінена за шкалою від 0 до 10 балів.

При реалізації комп'ютерної підтримки процесу необхідно визначити пріоритети вимог споживачів медичних послуг (пацієнтів) та пріоритети об'єктивних характеристик медичних послуг. Для цього необхідно мати математичну модель визначення та оцінки їх кількісних характеристик. Пріоритезація вимог споживачів медичних послуг та об'єктивних характеристик медичних послуг здійснюється за формулою:

$$\theta_j = \sum_{i=1}^k P_i * H_{ij} \quad (2.1)$$

де H_{ij} – коефіцієнт взаємозв'язку j -ї характеристики медичної послуги та i -го вимоги споживачів послуг; P_i – вага i -го вимоги споживачів послуг, k – кількість вимог, n – кількість показників медичних послуг.

Як правило, всі вимоги можна розділити на дві групи: нечисленні суттєві та численні несуттєві. Діаграма Парето забезпечує простий графічний спосіб ранжування вимог від найменш важливих. Метод ґрунтується на принципі Парето, який передбачає, що через 20% вимог виникає 80% наслідків. Відокремлюючи найважливіші причини менш важливих, можна досягти найбільшого поліпшення при найменших зусиллях, тобто. діаграма використовується виявлення малого числа вимог, надають найбільше вплив.

На рис. 2.6. наведено вимоги споживачів медичних послуг у вигляді діаграми Парето (англ. *Voice of Customer, VOC*) – голос споживача послуг за і-ю вимогою до послуги). В результаті в Будинку якості з'являється стовпець із зазначенням вагомості кожної вимоги.

VOC Pareto

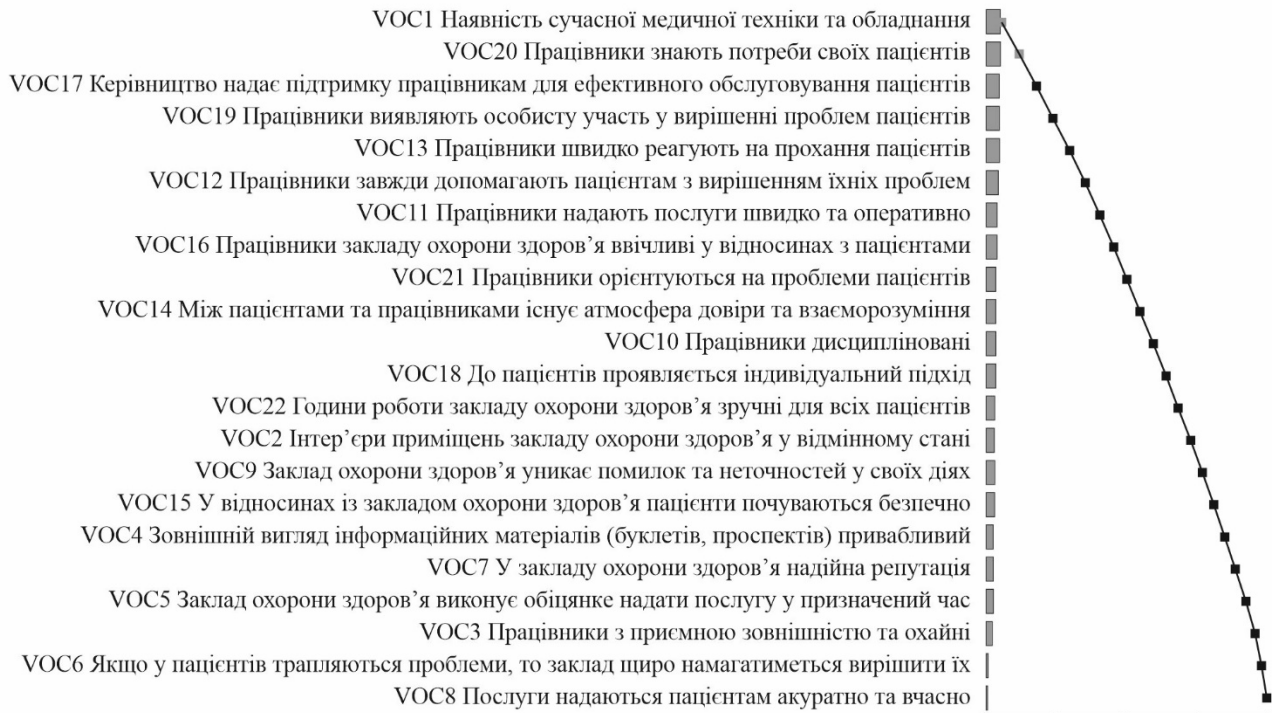


Рис. 2.6. Перелік вимог споживачів медичних послуг з встановленим рейтингом важливості кожної вимоги

Примітка. Сформовано за результатами дослідження

Далі, визначаємо характеристики якості медичної послуги чи процесу із встановленням рейтингу важливості кожної характеристики. Характеристики повинні бути вимірними, щоб можна було контролювати досягнення встановлених цілей. Управління змінами ґрунтується на реінжинірингу процесів з метою скорочення фінансових, виробничих, тимчасових витрат, підвищення якості надання медичної допомоги. Причинно-наслідковий аналіз впливу взаємозалежних чинників підвищення ефективності надання послуг виявив, що з безлічі показників ефективності діяльності медичної організації у аналізований період експерти вибрали такі характеристики, критичні якості (англ. *Critical To Quality, CTQ*). На рис. 2.7 наведено об'єктивні характеристики медичних послуг

у вигляді діаграми Парето.

Наступним етапом є «переведення» вимог споживачів послуг до об'єктивних характеристик медичної послуги чи процесу, іншими словами, потрібно відповісти на запитання: «Як зробити?». Для цього необхідно встановити тісноту зв'язків між відповідними компонентами Що робити? та «Як зробити?».

CTQ Pareto

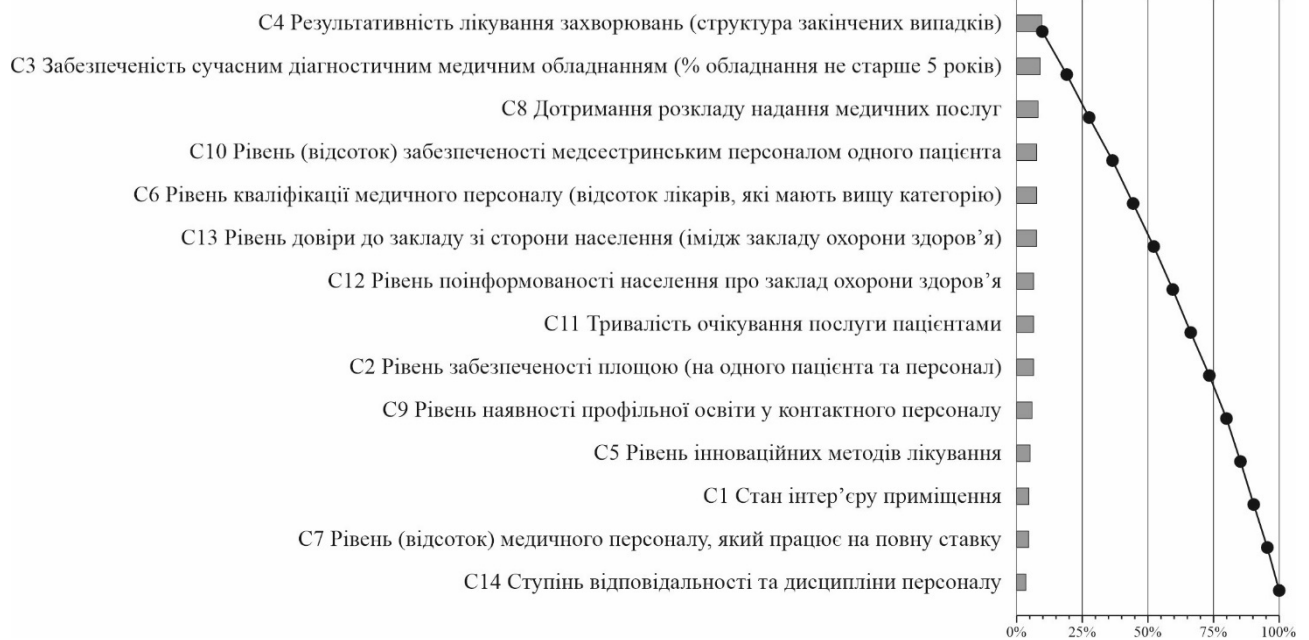


Рис. 2.7. Перелік об'єктивних характеристик медичних послуг, критичних для якості, встановленим рейтингом важливості кожної характеристики

Примітка. Сформовано за результатами дослідження

Такий підхід співвідноситься з теорією С. Gronroos, у якій виділяються два якісні аспекти, що ведуть до оптимального сприйняття якості послуги споживачем. Для споживача важливо не тільки ЩО він отримує у процесі обслуговування, але й ЯК він це отримує. Відповідно до цієї теорії слід розрізняти технічні (що) та функціональні (як) аспекти якості. Для повного сприйняття якості потрібна одночасна наявність функціонального та технічного аспектів якості послуги.

Дослідженню взаємозв'язку між компонентами «Що робити?» та «Як зробити?» допомагають матричні діаграми зв'язків, які називаються таблицями

якості. При цьому достатньо таких понять, як «сильний зв'язок», «середній зв'язок» і «слабкий зв'язок», виражених відповідно коефіцієнтами 9, 3 і 1 (допускається використовувати інші коефіцієнти або символи). Якщо потрібні точніші результати, то застосовують кореляційно-регресійний аналіз – коефіцієнти Пірсона (Спірмена), виражені за шкалою Чеддока числовим значенням в діапазоні від 0 до 1 (0,9-0,99 – дуже високий прямий зв'язок; 0,1-0,3 – зв'язок слабка пряма, негативне чи нульове значення – зв'язку немає, значення матрицю не вноситься). Використання статистичних методик передбачає значну кількість випробувань та вимірювань, що на практиці не завжди можна реалізувати на практиці або недоцільно це робити.

У цьому випадку тіснота зв'язків позначається символами або ваговими коефіцієнтами, проставленими в клітинах матриці: сильний зв'язок – ● або 9 балів; середній зв'язок – ○ або 3 бали; слабкий зв'язок – Δ або 1 бал. За комп'ютерної підтримки цього етапу здійснюється вибір відповідного символу на перетині рядків (вимоги до послуги VOC_i) та стовпців (характеристика послуги C_j).

Далі, при розгортанні функцій якості за технологією QFD, слід визначити цілі у вигляді таких значень характеристик якості послуги, що створюється, або процесу, які не тільки відповідатимуть очікуванням споживача послуг, але й забезпечать конкурентоспроможність створюваної послуги в регіоні. Також необхідно встановити рейтинг важливості компонентів «Що робити?» та на основі цих даних визначити рейтинг найважливіших компонентів «Як зробити?».

Матрична діаграма доповнюється кореляційною матрицею, що нагадує дах будинку, у якому у вигляді символів вказується позитивна чи негативна кореляційна залежність між відповідними характеристиками послуги з позиції споживача, яка встановлюється експертним шляхом. Це дає можливість з'ясувати, які фактори можуть діяти спільно або викликати протиріччя та конфлікти.

При побудові «даху» Будинку якості виходять з того, що у виробництві

медичних послуг ряд його медико-технологічних характеристик взаємопов'язаний, а деякі суперечать один одному (лікувальний, сервісний, підтримуючий і маркетинговий бізнес-процеси). Подібні залежності доцільно враховувати з метою оптимізації процесу виробництва послуг, отримуючи послугу, що максимально відповідає споживчим вимогам. Необхідність побудови кореляційної матриці викликана прагненням медичної організації змінити будь-яку характеристику, може призвести до істотної зміни інших через кореляцію між ними. У методиці QFD таку матрицю називають матрицею задоволеності.

Підготовлені відповідно до технології QFD дані становлять Будинок якості, що дозволяє надати наочно всю інформацію, що є на даний момент, і розкрити внутрішні взаємозв'язки конкретних характеристик якості послуги. Ця інформація доповнюється даними технічного бенчмаркінгу про характеристики наданої зараз аналогічної послуги медичними організаціями – конкурентами. У запропонованій методиці оцінка конкурентоспроможності передбачає порівняльний аналіз характеристик ключових бізнес-процесів, таких як лікувальний, підтримуючий, сервісний та маркетинговий. Результати цієї оцінки за десятибальною шкалою представлені на підставі Будинку якості.

Побудований Будинок якості є інформаційною моделлю медичної послуги з покращеними характеристиками, якою скористаються майбутні споживачі. На рис. 2.8 представлений Будинок якості, побудований із застосуванням QFD-методології до медичних послуг, що надається КНП «ТОКЛ» ТОР.

При побудові Будинку якості використовувалось спеціалізоване програмне забезпечення Qualica DFSS v19.

В результаті виконання вищевказаних процедур за технологією QFD отримані вихідні дані для оцінки характеристик якості медичних послуг та розробки послуг покращеної якості. Реалізовано механізм переведення вимог споживачів медичних послуг до характеристик медичних послуг.

Встановлено, що при формуванні вимог до очікуваної якості медичних послуг, що виражаються мовою споживачів, важливу роль відіграють показники,

що мають високі значення ступеня важливості, такі як: наявність сучасної медичної техніки та обладнання; співробітники знають потреби своїх пацієнтів; керівництво надає всіляку підтримку співробітникам ефективного обслуговування пацієнтів; співробітники виявляють особисту участь у вирішенні проблем пацієнтів; Співробітники швидко реагують на прохання пацієнтів.

Проведене дослідження дозволяє прогнозувати переваги споживачів медичних послуг, так і отримати дані для дизайну якості медичних послуг, що відповідає очікуванням споживачів. При цьому споживач послуг бере активну участь у процесі створення нової послуги, при якому відбувається ліквідація розриву між медико-технологічною та споживчою якістю.

На основі збудованого Будинку якості розробники формулюють вихідні дані для дизайну якості нової послуги. Дизайн якості медичної послуги проводиться з використанням методології PDCA (цикл Демінга) у додатку до медичної технології забезпечення та управління якістю травматологічної та ортопедичної допомоги. Методологія реалізує покроковий алгоритм взаємодій лікаря та пацієнта: Plan-Do-Check-Act (планування-виконання-перевірка-дія). Це жодною мірою не скасовує можливості застосування більш складних методів (наприклад, прикладної статистики, критеріїв перевірки гіпотез, методів мозкового штурму, методів статистичного управління процесами або FMEA).

Запропонований підхід реалізує найважливіший принцип сучасної системи управління якістю медичних організацій, що відповідає стандартам ISO.

Таким чином, інтеграція методики вимірювання задоволеності якістю наданої медичної допомоги SERVQUAL та методики розгортання функцій якості QFD дозволяє створити інформаційну модель якості медичних послуг – Будинок якості, на основі якої провести дизайн якості послуг, тим самим визначити шляхи вдосконалення якості медичних послуг в організації, виявити пріоритети над лікувальним, сервісним, підтримуючим та маркетинговим бізнес-процесами, за якими необхідно насамперед здійснювати коригування. Також модель дає можливість відстежувати становище медичної організації за основними об'єктивними характеристиками послуг у порівнянні з конкурентами

та оцінювати споживчі очікування щодо цих послуг, які також можуть змінюватися з часом.

2.3. Оцінка ризику виникнення синдрому емоційного вигорання управлінського персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – стан емоційного виснаження, викликане хронічним стресом на робочому місці, з яким працівникові вдалося адекватно впоратися. Синдром емоційного вигорання визнано Всесвітньою організацією охорони здоров'я серйозною проблемою для здоров'я та внесено до Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду під кодом Q D85. Для закладів охорони здоров'я СЕВ становить суттєву загрозу, оскільки є серйозним внутрішнім чинником кризи.

Для виявлення ризику виникнення синдрому емоційного вигорання управлінських кадрів КНП «ТОКЛ» ТОР було проведено опитування, в якому взяли участь 119 осіб. Обсяг вибіркової сукупності розрахований в OpenEpi (англ. *Epidemiologic Statistics for Public Health*). Учасники пройшли анонімне електронне анкетування, що включає анкету для діагностики синдрому емоційного вигорання MBI (англ. *Maslach Burnout Inventory*) (версія для управлінців) та анкету для оцінки лідерського потенціалу. Діагностика тривоги та депресії проводилася за допомогою Лікарняної шкали тривоги та депресії (HADS). Анкети в електронному вигляді розповсюджувались за допомогою адміністративного ресурсу КНП «ТОКЛ» ТОР. Кількісні показники, що мають нормальний розподіл, описувались за допомогою середніх арифметичних величин (M) та стандартних відхилень (SD), меж 95% довірчого інтервалу (95% ДІ). У разі відсутності нормального розподілу кількісні дані описувались за допомогою медіани (Me) та нижнього та верхнього квантилів (Q1-Q3). Порівняння двох груп за кількісним показником виконувалося за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Коефіцієнт кореляції розраховувався методом рангів Спірмена. Порівняння відсоткових часток під час аналізу чотирипільних таблиць сполученості виконувалося з допомогою критерію хі-квадрат Пірсона і точного

критерію Фішера. Порівняння відсоткових часток під час аналізу багатопільних таблиць сполученості виконувалося з допомогою критерію хі-квадрат Пірсона. Статистична обробка даних проводилася IBM SPSS Statistics v. 26 та StatTech v. 3.1.1.

У дослідженні взяли участь 119 осіб, які на даний момент працюють на посадах головного лікаря та його заступників, а також завідувачів відділень КНП «ТОКЛ» ТОР.

Згідно з результатами анкетування для діагностики синдрому емоційного вигорання MBI (англ. *Maslach Burnout Inventory*) (версія для управлінців) СЕВ низького ступеня був діагностований у 10,1% (95% ДІ 5,3-17,0), середнього ступеня – у 26,1% (95% ДІ 18,4-34,9), високого ступеня – у 26,9% (95% ДІ 19,2-35,8), вкрай високого ступеня – у 37,0% (95% ДІ 28,3-46,3). У цьому дослідженні ми визначали наявність СЕВ як результат по анкеті MBI «високий рівень вираженості СЕВ» і «вкрай високий рівень вираженості СЕВ». Таким чином, СЕВ був діагностований у 76 респондентів або 63,9% (95% ДІ 54,6-72,5). Анкета MBI дозволяє також діагностувати три окремі симптоми (субшкали) СЕВ: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень. Емоційне виснаження – відчуття зниженого емоційного фону, спустошеності, відсутність емоційних ресурсів, високого та вкрай високого ступеня вираженості було діагностовано у 29,4% та 5,9% випадків відповідно. Симптом деперсоналізації (цинізму) високого та вкрай високого ступеня виразності виявлено у 6,7% та 1,7% випадків, при цьому редукція особистісних досягнень, що виявляється як невпевненість у власному професіоналізмі, невдоволення результатами професійної діяльності та кар'єрними досягненнями, властива більшості опитаних – високий ступінь діагностовано у 57,1%, вкрай високий ступінь – у 2,5% респондентів. Узагальнені результати діагностики РЕВ серед респондентів представлені на рис. 2.3.

За результатами проходження Лікарняної шкали тривоги та депресії (HADS) субклінічна тривога була діагностована у 17,6 % (95 % ДІ 11,3-25,7) опитаних, клінічно виражений тривожний розлад – у 30,3 % (95 % ДІ 22,2-39,3).

Субклінічна депресія, згідно з опитувальником HADS, визначена у 31,1% (95% ДІ 22,9-40,2) респондентів, клінічна – 8,4% (95% ДІ 4,1-14,9). Важливо відзначити, що Лікарняна шкала тривоги та депресії (HADS) – первинний скринінговий інструмент, остаточний діагноз тривожного розладу або депресії може бути встановлений лише за результатами очної консультації лікаря-психіатра.

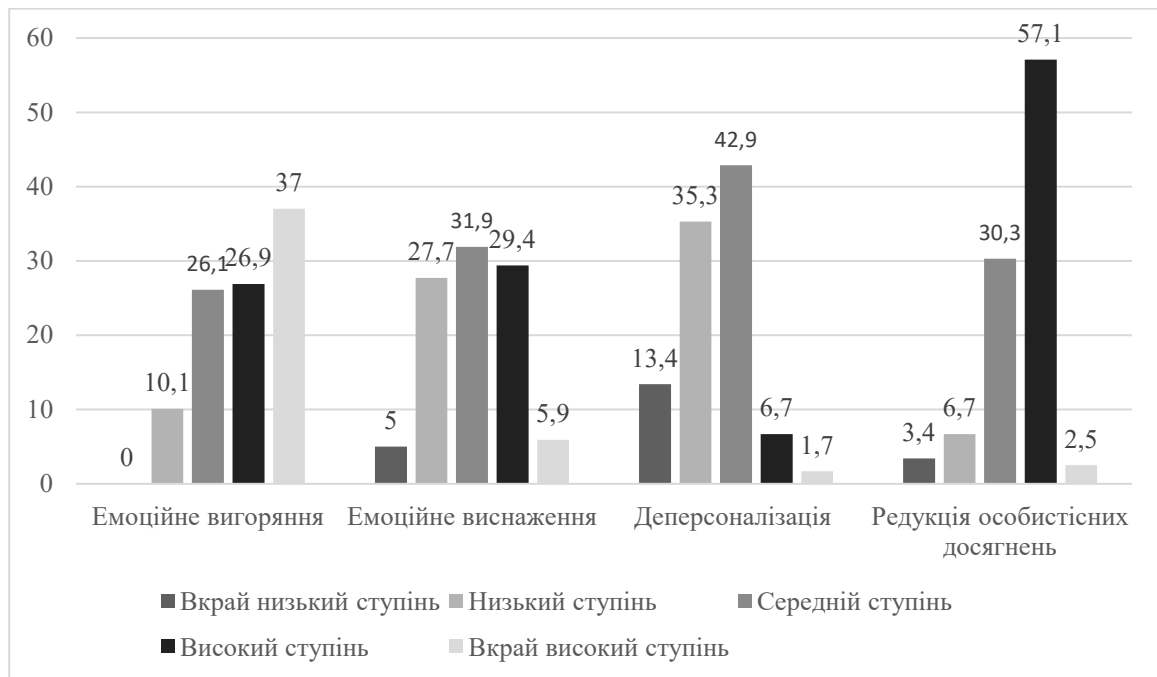


Рис. 2.3. Результати діагностики вираженості синдрому емоційного вигорання та його субшкали (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистісних досягнень), %

Примітка. Розраховано на основі результатів опитування

У рамках цього дослідження ми оцінили лідерський потенціал респондентів, а також їх комунікативні навички при спілкуванні як з підлеглими, так і з керівництвом. Більшість опитаних продемонстрували високий рівень лідерського потенціалу 58,8% (95% ДІ 49,4-67,8), навичок комунікацій «по горизонталі», з підлеглими – 72,3% (95% ДІ 63,3-80,1), і навичок комунікацій «у вертикалі», з керівництвом, – 42,9% (95% ДІ 33,8-52,3). Результати опитувальника визначення лідерського потенціалу респондентів представлені рис. 2.4.

Нами було проведено кореляційний аналіз взаємозв'язку показника виразності СЕВ та показників виразності тривожного розладу, депресії, лідерського потенціалу та навичок комунікації. Між показниками вираженості СЕВ та депресії, а також СЕВ та тривоги встановлено прямий зв'язок помірної тісноти за шкалою Чеддока $r = 0,389$ ($p < 0,001$) та $r = 0,337$ ($p < 0,001$) відповідно. При цьому спостерігалася зворотна залежність вираженості СЕВ та показників лідерського потенціалу $r = -0,494$ ($p < 0,001$), навичок комунікації з підлеглими $r = -0,384$ ($p < 0,001$) та навичок комунікації з керівниками $r = -0,325$ ($p < 0$).

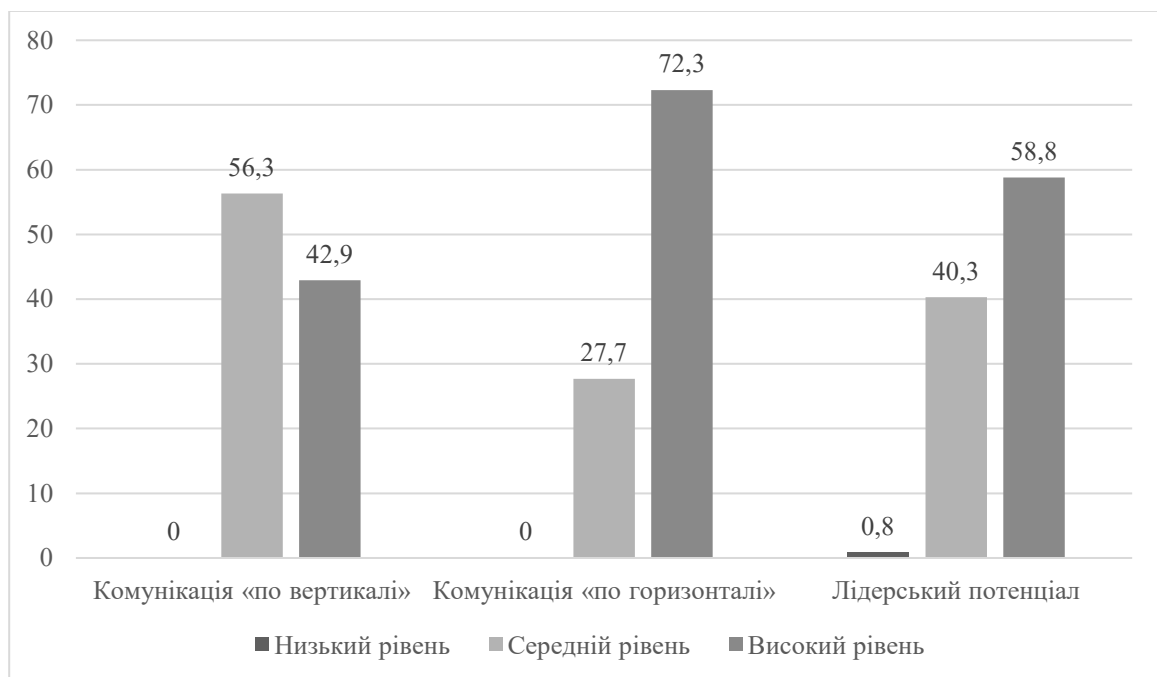


Рис. 2.4. Результати оцінки лідерського потенціалу та його субшквал (лідерський потенціал, навички комунікацій з підлеглими «по горизонталі», навички комунікації з керівниками «по вертикалі»), %

Примітка. Розраховано на основі результатів опитування

Графіки регресійних функцій, що характеризують залежність показника РЕВ від інших психологічних тестів, представлені рис. 2.5.

При оцінці балів за шкалою показника «Редукція особистісних досягнень», що відбиває самооцінку кар'єрних досягнень респондента (що більше респондентів набирає балів, то вище він (вона) себе оцінює), виявлено, що є

пряма кореляція між цим показником і лідерським потенціалом респондентів (0,546 ($p < 0,001$)) та навичками комунікації ($p = 0,475$ ($p < 0,001$) та $p = 0,298$ ($p < 0,001$)).

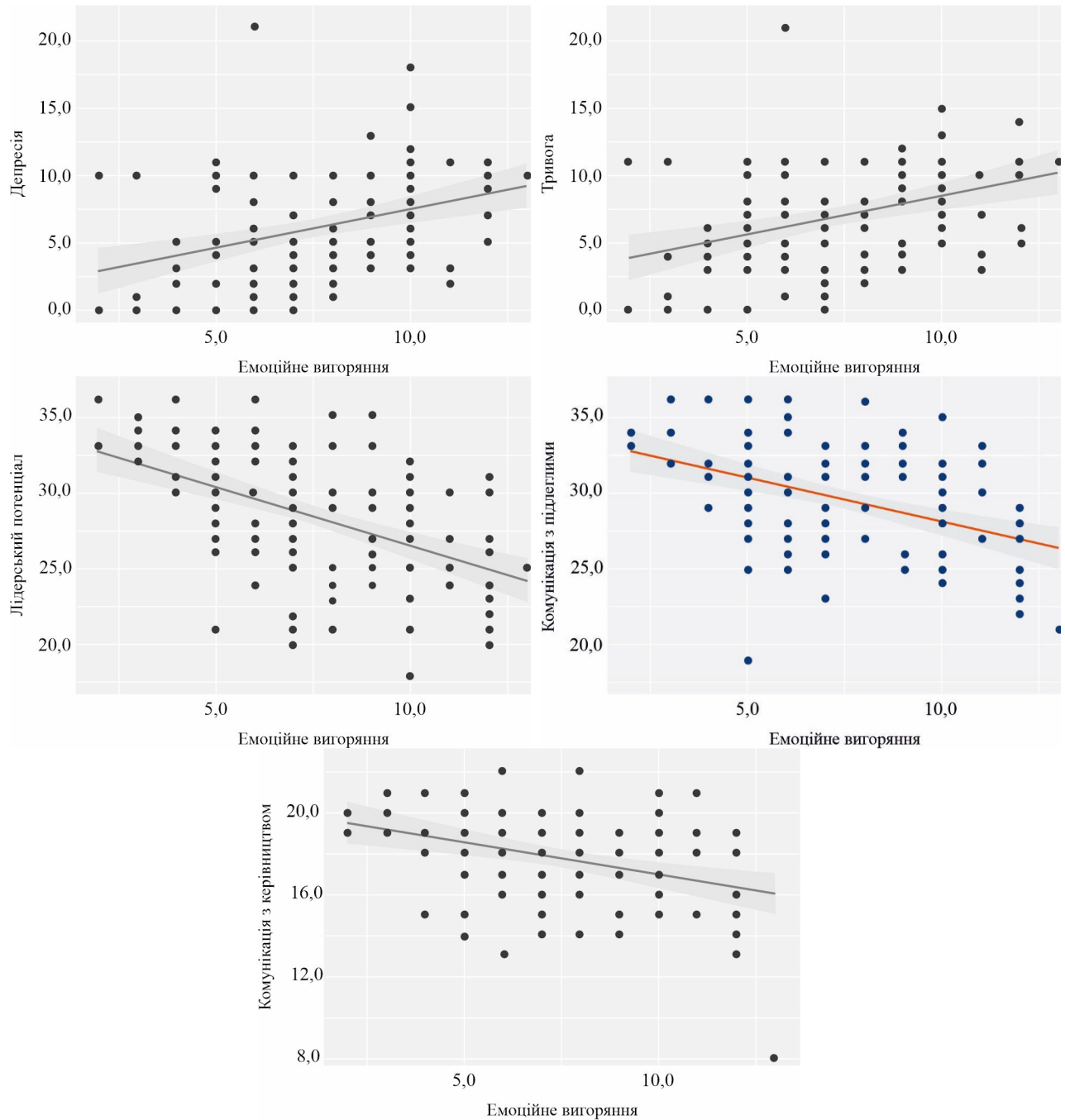


Рис. 2.5. Графіки регресійних функцій, що характеризують залежність вираженості синдрому емоційного вигорання від тривоги (1), депресії (2), лідерського потенціалу (3), навичок комунікації з підлеглими (4) та навичок комунікації з керівниками (5)

Примітка. Розраховано на основі результатів опитування

При аналізі таких соціально-демографічних характеристик респондентів, як стать, вік, сімейний статус (у стабільних відносинах/одинак), наявність дітей, наявність неповнолітніх дітей, рівень освіти (наявність наукового ступеня), статистично значущих відмінностей між респондентами з СЕВ і без нього встановлено не було ($p > 0,05$). Також на ризик наявності СЕВ не впливали місце роботи всередині закладу охорони здоров'я (адміністрація чи відділення), тривалість робочого дня (у годинах), вимушені переробки після закінчення офіційного робочого дня та робота понад 40 годин на тиждень ($p > 0,05$). Умови роботи в закладі охорони здоров'я, що забезпечують комфорт на робочому місці, такі як наявність кімнати відпочинку, кімнати для їжі, виділений обідній час, можливість робити перерви під час роботи, на шанси наявності СЕВ також статистично значуще не вплинули ($p > 0,05$). Невикористання повною мірою щорічної оплачуваної відпустки на шанси наявності СЕВ не вплинуло ($p > 0,05$).

Чинники, які впливають на ризик наявності СЕВ, представлені переважно тими управлінськими завданнями, які респондентам не вдається виконувати у достатній з їхньої точки зору мірі, чи труднощами, із якими вони зіштовхуються саме під управління діяльністю довірених їм закладів охорони здоров'я чи структурних підрозділів. Перелік даних чинників наведено в табл. 2.1.

Провідна роль чинників, що визначають професіоналізм управлінців, у наявності в даній категорії СЕВ підтверджується і тим, що більшість опитаних наголосили, що пріоритетними напрямками вдосконалення їх професійних компетенцій є підвищення правової грамотності, навички управління персоналом, менеджмент у сфері охорони здоров'я та розвиток лідерських якостей.

Іншими чинниками, що збільшують ризик наявності СЕВ, були проблеми зі сном (ЗШ = 4,48; 95% ДІ: 2,0-10,0), вживання алкоголю (ОР = 3,55; 95% ДІ: 1,58-7,94), а також побоювання респондентів про те, що через роботу погіршиться їхнє власне здоров'я (ОР = 5,74; 95% ДІ: 2,52-12,9). Куріння на шанси СЕВ статистично значно не вплинуло ($p = 0,182$).

Серед 119 учасників опитування більшість готові продовжувати роботу в системі охорони здоров'я, при цьому 18,5% (95 % ДІ 12,0-26,6) готові працювати до отримання права на пенсію, 43,7% (95% ДІ 34,6-53,1) – до гранично можливого терміну, лише 4,2 % (95% ДІ 1,4-9,5) зазначили, що планують звільнитися протягом 2-3 років, 3,4 % (95 % ДІ 0,9 -8,4) – за першої можливості. 67,2% опитаних (95% ДІ 58,0-75,6) бачать для себе перспективи розвитку на тій посаді, яку вони зараз обіймають, і тільки у 12,6% (95% ДІ 7,2-19,9) виникає бажання змінити професію.

Таблиця 2.1

Чинники, що визначають підвищення ризику наявності синдрому емоційного вигорання управлінських кадрів КНП «ТОКЛ» ТОР

Показник	ОР (95% ДІ)	p
Неукомплектованість штату медичної організації	2,94 (95% ДІ: 1,36-6,37)	0,006*
Нестача знань для ухвалення управлінських рішень	3,37 (95% ДІ: 1,5-7,54)	0,003*
Проблеми управління колективом	18,5 (95% ДІ: 1,07-319,4)	0,004*
Відсутність поваги з боку підлеглих	1,29 (95% ДІ: 0,42-3,98)	0,662
Відсутність видимого результату виконаної роботи	3,6 (95% ДІ: 1,35-9,59)	0,008*
Нестача методичних рекомендацій щодо роботи управлінця	5,07 (95% ДІ: 1,63-15,74)	0,003*
Великі часові витрати на заходи (наради, колегії тощо)	1,88 (95% ДІ: 0,84-4,21)	0,123
Високі правові ризики, пов'язані з роботою	2,41 (95% ДІ: 1,04-5,57)	0,037 *
Сильний адміністративний тиск «згори»	5,13 (95% ДІ: 2,1-12,49)	<0,001*
Велика кількість скарг від пацієнтів	3,067 (95% ДІ: 1,35-6,96)	0,006*
Складність у розставленні пріоритетів під час виконання різнопланових завдань	8,67 (95% ДІ: 1,09-68,76)	0,017 *
Відсутність можливості відкрито говорити про проблеми медичної організації	3,07 (95% ДІ: 1,35-6,96)	0,006*
Нестача подяки від пацієнтів	2,9 (95% ДІ: 1,22-6,88)	0,014*
Занадто велика відповідальність	2,31 (95% ДІ: 0,94-5,66)	0,063

Примітки. Розраховано на основі результатів опитування

* - відмінності показників статистично значущі ($p < 0,05$)

Було проведено аналіз наявності СЕВ залежно від відповіді на питання «Чи бачите Ви для себе перспективу розвитку на цій посаді?». Ризик наявності СЕВ у групі респондентів, які не бачать для себе перспектив розвитку на посаді, вище у 8,323 рази порівняно з групою респондентів, які готові розвиватися на своїй поточній посаді, відмінності шансів були статистично значущими (95 % ДІ: 2,706-25,599). Результати представлені рис. 2.6.

При аналізі наявності СЕВ залежно від відповіді питанням «Чи бувають моменти, коли у Вас виникає бажання змінити професію?» встановлені статистично значущі відмінності ($p < 0,001$) у частоті виникнення СЕВ у тих респондентів, які думають про зміну професії, порівняно з тими, у кого це бажання не виникає.

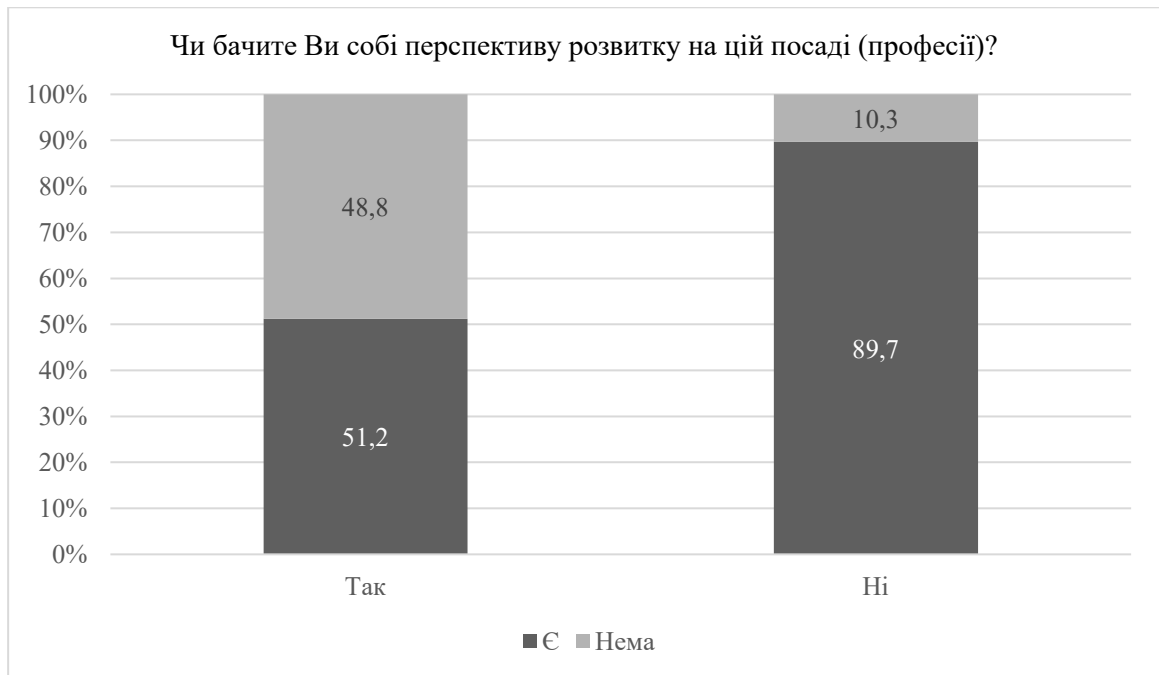


Рис. 2.6. Аналіз показника СЕВ залежно від відповіді на питанням: «Чи бачите Ви собі перспективу розвитку на цій посаді?».

Примітка. Розраховано на основі результатів опитування

Результати представлені у табл. 2.2 та рис. 2.7.

Таблиця 2.2

Аналіз показника СЕВ в залежності від відповідей на запитання «Чи бувають моменти, коли у Вас виникає бажання змінити професію?»

Показник	Категорії	Чи бувають моменти, коли у Вас виникає бажання змінити професію?			P
		Так, виникає часто	Іноді хочу це зробити	Ні, не виникає	
Емоційне вигорання	Ні РЕВ	1 (6,7)	14 (26,9)	28 (53,8)	<0,001* p Так, виникає часто - Ні, не виникає = 0,003 p Іноді хочу це зробити -
	Є РЕВ	14 (93,3)	38 (73,1)	24 (46,2)	

					Ні, не виникає = 0,010
--	--	--	--	--	------------------------------

Примітки. Розраховано на основі результатів опитування

* - відмінності показників статистично значущі ($p < 0,05$)

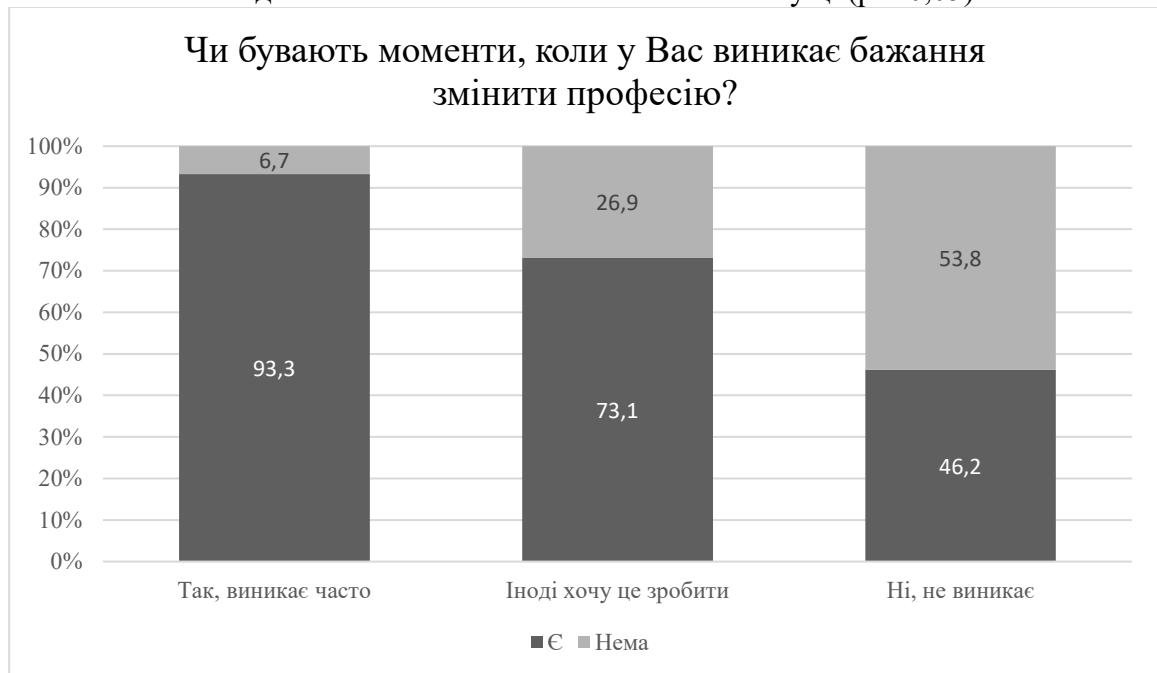


Рис. 2.7. Аналіз показника СЕВ залежно від відповіді питання: «Чи бувають моменти, коли у Вас виникає бажання змінити професію?»

Примітка. Розраховано на основі результатів опитування

Учасники опитування, у яких за результатами діагностики було виявлено СЕВ, статистично значно частіше ($p < 0,001$) відносили себе до тих, хто відчуває СЕВ, заявляли про те, що проблема СЕВ актуальна та цікава особисто для них ($p < 0,001$), і зазначали, що відчувають потреби у заходах щодо профілактики та корекції емоційного вигорання ($p = 0,003$). При цьому наявність СЕВ не впливала ні на готовність респондентів звертатися за допомогою до психолога для корекції їхнього емоційного стану ($p = 0,808$), ні на їхню поінформованість про те, хто надає допомогу за наявності СЕВ ($p = 0,059$).

Незважаючи на поширеність СЕВ серед управлінських кадрів КНП «ТОКЛ» ТОР і той факт, що більшість опитаних управлінців самі відчувають потребу у профілактиці СЕВ (76,9%), 62,5% респондентів не вважають, що при діагностованому СЕВ слід видавати аркуш тимчасової непрацездатності. Однак абсолютна більшість (90,8%) зазначили, що керівник медичної організації

повинен розробляти та впроваджувати заходи щодо профілактики СЕВ усередині медичної організації, і те, що СЕВ є серйозною загрозою для системи охорони здоров'я (87,0 %).

Як підсумок, слід зазначити, що управлінські кадри закладу охорони здоров'я – особлива категорія медичних працівників. У період глобальних змін та серйозних викликів у сфері охорони здоров'я вимоги до компетенцій управлінців постійно зростають, що не може не позначатися на їхньому психологічному стані. Дані, отримані у проведеному нами дослідженні, з одного боку, підтверджують високу поширеність емоційних розладів, у тому числі СЕВ, серед управлінців, а з іншого боку – показують провідну роль удосконалення професійних компетенцій та ефективного управління медичною організацією у профілактиці СЕВ.

Цікаво, що соціально-демографічні чинники, а також умови праці в медичних організаціях, які є значущими у розвитку СЕВ у інших категорій медичних працівників (лікарів, медичних сестер), не збільшують шансів наявності СЕВ у управлінців. При цьому шкідливі звички, такі як вживання алкоголю та проблеми зі сном роблять свій внесок у СЕВ управлінських кадрів, що доводить негативний вплив вигоряння на стан здоров'я працівників.

Таким чином, важливо зазначити, що СЕВ – це проблема, властива управлінським кадрам закладів охорони здоров'я, проте підходи до її подолання відрізнятимуться від тих, які можуть бути використані до інших медичних працівників. Для профілактики СЕВ управлінців передусім варто розвивати їхні професійні компетенції, підвищуючи їхню впевненість у собі як лідерів, при цьому важливими напрямками підвищення кваліфікації можуть стати правова грамотність, навички менеджменту та управління колективом, розвиток лідерського потенціалу та навичок ділової комунікації.

Висновки до розділу 2

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільська обласна рада (КНП «ТОКЛ» ТОР) є «клінічним лікувально-профілактичним закладом

охорони здоров'я Тернопільської області. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» – головний лікувально-профілактичний заклад області, який є клінічною базою для кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження практики студентів медичних університетів і медичних коледжів» [50].

В основі системи антикризового управління КНП «ТОКЛ» ТОР лежить механізм як сукупність взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих елементів, узгоджена взаємодія яких сприяє виявленню, недопущенню та подоланню кризи, під впливом дії факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. До основних елементів системи антикризового управління КНП «ТОКЛ» ТОР віднесено: фактори, діагностику кризових явищ в закладі охорони здоров'я, потребу у антикризовому управлінні, мету, принципи, функції, методи та інструменти, нормативно-правове забезпечення, ресурси, а також рівні управління.

Синдром емоційного вигорання поширений серед керівників з КНП «ТОКЛ» ТОР, при цьому в них виражені всі три його симптоми, а саме емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень. Для керівників КНП «ТОКЛ» ТОР характерні й інші емоційні розлади, такі як тривога та депресія, які демонструють деяку коморбідність із СЕВ. Проте СЕВ керівників КНП «ТОКЛ» ТОР має низку особливостей: лідерські якості керівників та їх комунікативні навички мають зворотну кореляцію з вираженістю СЕВ; на шанси наявності СЕВ у керівників впливають чинники, пов'язані з рівнем їхнього професіоналізму та напрямком роботи закладу охорони здоров'я, яким вони керують; СЕВ є чинником, що знижує відданість професії та збільшує шанси на бажання звільнитися з поточної посади або змінити професію.

Проте варто зазначити, що загалом учасники опитування продемонстрували високу відданість професії, усвідомленість у питаннях негативних наслідків СЕВ, а також готовність брати участь у заходах щодо профілактики СЕВ у медичних працівників.

Інтеграція методики вимірювання задоволеності якістю наданої медичної

допомоги SERVQUAL та методики розгортання функцій якості QFD дозволила створити інформаційну модель якості медичних послуг КНП «ТОКЛ» ТОР – Будинок якості, на основі якої необхідно провести дизайн якості послуг, тим самим визначити шляхи вдосконалення якості медичних послуг в організації, виявити пріоритети над лікувальним, сервісним, підтримуючим та маркетинговим бізнес-процесами, за якими необхідно насамперед здійснювати коригування. Пропонована модель дає можливість відстежувати становище медичної організації за основними об'єктивними характеристиками послуг у порівнянні з конкурентами та оцінювати споживчі очікування щодо цих послуг, які також можуть змінюватися з часом.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Шляхи підвищення якості медичних послуг закладу охорони здоров'я

У багатьох зарубіжних країнах співробітники медичних організацій повинні знати принципи та володіти методами покращення якості та безпеки медичної діяльності, що розглядається як невід'ємна частина щоденної клінічної практики. Лікарі та медичні сестри беруть активну участь у заходах щодо оптимізації надання медичної допомоги, найбільш відомим з яких є міжнародний Форум про якість.

Одним із основних організаторів Форуму є Інститут удосконалення системи охорони здоров'я (США). Ця організація має власний методологічний підхід до покращення якості та безпеки медичної діяльності та активно займається поширенням цієї методології — methodology of quality Improvement (QI). Навчання здійснюється переважно у структурі безперервної медичної освіти, у тому числі через електронні освітні ресурси.

У зарубіжних системах охорони здоров'я покращення якості (quality improvement) розглядається як спільна безперервна діяльність всіх учасників системи, включаючи пацієнтів та їх сімей, спрямована на покращення здоров'я населення, системну оптимізацію структури та функціонування медичних організацій, безперервний професійний розвиток медичних працівників. Однак без теоретично обґрунтованої та адаптованої до практики методології не всі зміни призводять до позитивних результатів. У зв'язку з цим активно розвивається наука вдосконалення, розробляються та впроваджуються методології змін та покращень процесів, однією з яких є методологія QI .

Практичне застосування методології QI здійснюється через реалізацію проектів, які є тимчасовою структурованою діяльністю команди співробітників медичної організації та спрямовані на досягнення унікального результату щодо

покращення якості та безпеки медичної діяльності. Учасникам необхідні спеціальні знання статистики, психології, менеджменту, методології наукового пізнання, а також уміння використовувати спеціальні засоби та методи для планування проектної діяльності, візуалізації, моніторингу змін та оцінки та аналізу результатів.

Основою проекту з покращення якості та безпеки медичної діяльності відповідно до методології QI є «модель вдосконалення» (англ. *model for improvement*). Модель визначає послідовність дій для ефективної реалізації змін (рисунок).

На першому етапі необхідно отримати відповіді на три послідовні питання: 1) що ми намагаємося досягти? 2) як ми дізнаємося, що плановані зміни призведуть до покращення якості? 3) які зміни ми маємо зробити для досягнення цільових критеріїв?

На другому етапі виконується структуроване тестування (експеримент) планованої зміни відповідно до циклу PlanDo -Study-Act (PDSA -цикл): P (plan) – «плануй» – розробка плану експерименту з тестування змін, спрямованих на покращення процесу та/або продукту; D (do) – «зроби» – практична реалізація експерименту відповідно до виробленого плану; S (study) – «вивчи» – комплексний аналіз отриманих результатів, їх зіставлення з передбачуваними на етапі планування, вивчення причин невідповідності, формування нового знання про зміну, що тестується; A (act) – «Дій» – провадження тестованої зміни або її відхилення. Вирішення питання про доцільність повторення експерименту або про початок нового.

Послідовність кроків PDSA циклу може багаторазово повторюватися з використанням знань, отриманих на попередніх етапах.

Проекти з покращення якості та безпеки медичної діяльності, що реалізуються відповідно до методології QI, мають стратегічні цілі, актуальні і для вітчизняних медичних організацій: безпека пацієнтів, своєчасність надання медичної допомоги, клінічна ефективність, економічна ефективність, доступність та якість медичної допомоги для кожного, пріоритетність інтересів

пацієнтів. Ініціація цих проектів переважно пов'язана з необхідністю скорочення розриву між реальною локальною медичною практикою та тим, як має бути відповідно до клінічних рекомендацій, керівництв, стандартів, результатів наукових досліджень та показників діяльності провідних медичних організацій.

Спроби навчання лише технології реалізації проектів щодо покращення якості та безпеки медичної діяльності без розуміння теорії та формування відповідної організаційної культури, як правило, малоефективні [14]. Саме тому програми курсів навчання методології QI містять розділ, присвячений роботам Е. Демінга, одного з основоположників філософії та теорії безперервного покращення. Е. Демінг розробив теоретичні основи японської системи якості, яка визначила успіхи промисловості цієї країни в 50-ті роки 20 століття і стала фундаментальною базою для багатьох сучасних концепцій поліпшення якості. Найбільше значення серед усіх його робіт при навчанні методології QI надається системі глибокого знання організації (*system of profound knowledge*). Вона складається з чотирьох основних компонентів: системне мислення; знання статистичної теорії відхилень; розуміння теорії пізнання; знання психології.

На думку Е. Демінга, ефективне впровадження систем та методологій покращення якості вимагає динамічного аналізу структури, процесів та результатів діяльності організації відповідно до вищеперелічених компонентів.

Системне мислення передбачає розуміння те, що система — це взаємодія окремих елементів, які працюють разом задля досягнення єдиної мети. Зусилля різних підрозділів компанії, які виконують свою роботу, не підсумовуються, а є взаємозалежними. Прагнення одного підрозділу досягти своїх цілей без урахування спільних інтересів може повністю зруйнувати результати роботи іншого підрозділу та знизити якість кінцевого результату діяльності всієї організації.

Знання статистичної теорії відхилень допомагає зрозуміти, що між людьми, послугами, результатами завжди будуть відхилення, що при стабільному процесі з нормальним розподілом показників половина з одержуваних результатів завжди буде нижчою від середнього, а друга половина

– вищою. Існує два види відхилень: загальні (стабільні), пов'язані з особливостями функціонування системи та спеціальні (нестабільні), причину яких необхідно уточнювати в кожному конкретному випадку.

Теорія пізнання пояснює, чому управління завжди включає прогнозування. Будь-який раціональний план, навіть найпростіший, ґрунтується на прогнозуванні умов, продуктивності праці людей, працездатності обладнання, якості матеріалів тощо. Прогнозування вимагає знань, отриманих у результаті систематичного аналізу попереднього досвіду, минулих прогнозів та спостережень, та вибудованої на цій основі теорії. Просте копіювання успішного прикладу може бути ефективним.

Знання психології допомагає розкривати здібності та потенціал працівників, що необхідно для ефективного управління.

Практичне застосування теорії управління якістю Е. Демінга в охороні здоров'я реалізував Д. Беруїк, який вперше описав, що ідеї безперервного покращення на виробництві можуть бути ефективно використані для оптимізації надання медичної допомоги. Д. Беруїк став одним із організаторів Інституту вдосконалення системи охорони здоров'я. За більш ніж 20-річний період існування цей інститут став світовим лідером у галузі розробки та розповсюдження методології QI, яка продовжує розвиватися та доповнюватися новими методами та засобами. Медичні працівники у багатьох країнах світу здобувають формальну освіту в цій галузі та залучаються до проектної роботи, спрямованої на покращення якості та безпеки медичної діяльності.

Більшість програм були присвячені оптимізації надання медичної допомоги пацієнтам з гострим ушкодженням нирок (ОПП) та хронічною хворобою нирок (ХХН). Цікавою є багатокомпонентна програма з поліпшення якості лікування та результатів ОПП, ініціація якої була пов'язана з невідповідністю якості медичної допомоги міжнародним стандартам та високою частотою несприятливих результатів. Мета програми – оптимізація профілактики, діагностики та лікування ОПП в умовах конкретного стаціонару. Для реалізації програми знадобилося навчання команди співробітників

методології QI , а саме використання «моделі вдосконалення». Планування здійснювалося виходячи з результатів локального аудиту з визначенням індикаторів якості, їх цільових критеріїв та термінів досягнення. Через послідовні PDSAцикли було реалізовано такі компоненти програми: розроблено електронну систему оповіщення для своєчасної діагностики ОПП, створено контрольний список пріоритетних заходів для стандартизованого ведення пацієнтів з ОПП та організовано освітні заходи. Реалізація програми супроводжувалася регулярним моніторингом якості поточних процесів та результатів. Всі застосування спочатку тестувалися в умовах однієї палати пацієнтів, потім чотирьох палат і тільки після цього поширювалися на весь стаціонар. Програма дозволила підвищити рівень своєчасної діагностики ОПП до 100%, стандартизувати лікування та моніторинг, зменшити летальність та час перебування пацієнтів у стаціонарі. Таким чином, програма з покращення якості медичної діяльності, заснована на методології QI , дозволила покращити профілактику, діагностику та лікування ОПП у стаціонарних умовах.

Публікації, що описують програми та проекти щодо покращення якості медичної допомоги пацієнтам з ХХН, переважно були спрямовані на своєчасну діагностику даного стану на амбулаторному етапі та підтримку цільового рівня артеріального тиску у пацієнтів цієї групи [20,21]. Досягнення цільових критеріїв здійснювалося через використання інформаційних технологій, оптимізацію взаємодії між медичними працівниками різних рівнів надання медичної допомоги, освітні заходи для лікарів та медичних сестер, адаптацію та алгоритмізацію міжнародних клінічних рекомендацій, а також через навчання пацієнтів та залучення їх до комплексної системи покращення якості та безпеки медичної діяльності. Опубліковані проекти та програми завершилися досягненням значного та стійкого позитивного результату, що підтверджувалося даними моніторингу цільових клінічних показників [20,21].

Наукові дослідження, виконані з метою довести ефективність проектів щодо покращення якості та безпеки медичної діяльності, виявили неоднозначні результати. Методологія QI не є ефективною при реалізації складних

комплексних великомасштабних проектів та програм. Основний напрямок - це проекти відділень і стаціонарів, керовані командою співробітників, що включає безпосередніх виконавців процесу, що покращується. Але навіть такі проекти не завжди ведуть до значних позитивних змін. І навіть ті проекти, які виявилися високоефективними на етапі розробки та впровадження, часто викликають складнощі у підтримці досягнутого результату. Аналіз причин недостатньої ефективності виявив методологічні помилки, неправильне розуміння теорії, недостатню увагу до формування культури безперервного покращення.

Таким чином, методологія QI має своє теоретичне наукове обґрунтування, перевірені на практиці засоби та методи, а також структуровану програму навчання, яка використовується у багатьох країнах світу. Опубліковано друковані видання, розроблено освітні курси, багато з яких навчають на базі відкритих безкоштовних електронних ресурсів. Інститут удосконалення системи охорони здоров'я пропонує використовувати свої матеріали, у тому числі готові модулі онлайн-курсу відкритої школи, для формування локальних програм навчання.

Проте копіювання розроблених і реалізованих там проектів і програм неспроможна забезпечити досягнення очікуваних результатів, оскільки конкретні ініціативи мають ефект лише за певних умов. Для успішного впровадження методології QI необхідне прийняття філософії та розуміння теорії безперервного покращення. Крім того, з урахуванням досвіду зарубіжних країн та критики експертів потрібні теоретичні та емпіричні дослідження, які мають на меті вдосконалення сучасної концепції методології QI, у тому числі за рахунок доповнення методами та засобами інших стратегій покращення якості. У зв'язку з цим пропонується низка ініціатив щодо адаптації методології, розвитку науки вдосконалення та розробки нових програм навчання.

3.2. Заходи з профілактики виникнення синдрому емоційного вигорання управлінського персоналу закладу охорони здоров'я

Для профілактики виникнення синдрому емоційного вигорання у

медичного персоналу слід використати практику роботи балінтівських груп.

Цей метод групової тренінгової дослідницької роботи отримав назву на честь свого творця М. Балінта (англ. *M. Balint*), який проводив з 1949 р. у клініці Тавісток у Лондоні дискусійні групові семінари з лікарями-практиками. Досвід, узагальнений М. Балінтом у його книзі «Лікар, його пацієнт та його хвороба», ліг в основу методу проведення дослідницько-навчальних семінарів. Центральний об'єкт дослідження у класичній балінтівській групі – відносини «лікар-хворий». Вони є об'єктивними, оскільки пацієнт переносить на лікаря певні стосунки, емоційні та поведінкові стереотипи, які схожі з його ставленням до об'єктів свого реального життя (значущі особи найближчого оточення). Аналіз цих відносин дає можливість більш повно зрозуміти пацієнта у всьому різноманітті його зв'язків та взаємодій із реальним світом, що сприяє підвищенню ефективності терапії. У той же час лікар у своїй практиці нерідко стикається з ситуаціями, що є для нього фруструючими (наприклад, якщо пацієнт не готовий, не може або не хоче говорити про свої проблеми лікаря, орієнтованого на швидке надання допомоги). Тому необхідне опрацювання зазначених феноменів у колі колег під керівництвом кваліфікованого спеціаліста, що також дає можливість пройти навчання та набутти нового досвіду. У балінтівській групі лікар може прояснити свої почуття та ставлення до пацієнта і те, як він насправді сприймає хворого.

Зазвичай 8-12 учасників зустрічаються із психоаналітиком – керівником групи, один раз на тиждень для півторагодинних занять протягом 2–3 років. Дискусія розвивається з опису 1-2 випадків, які вільно спливають у пам'яті. Додаткові відомості про вже відому групу за попередніми заняттями пацієнта, як правило, повідомляються спочатку. Як випадок, може бути кваліфікована навіть коротка зустріч із хворим, якщо вона, на думку лікаря, становить інтерес. Однак обговорюють і небалінтовські випадки, якщо є попередня домовленість (Trenkel A., 1984). Група та доповідач намагаються визначити суть відносин «лікар-хворий» за допомогою коментарів та вільних асоціацій (ідей) з приводу обговорюваного випадку. Ці вільні асоціації розбивають повідомлення, подібно

до призми, на, можливо, несвідомі (несвідомі) детермінанти. Психоаналітик як керівник групи вивчає цей процес, спрямовує та стимулює його, робить висновки та дає інтерпретації. Він пояснює структуру відносини «лікар – хворий»: формально – як описується, на думку групи; змістовно - за способом ведення дискусії, поведінкою групи. При цьому пронизуються різні рівні відносин: як пацієнт спонтанно повідомляє про себе та свою хворобу, так лікар спонтанно ділиться зі своїми колегами переживаннями відносин із пацієнтом; як лікар намагається особливим способом слухання зрозуміти прихований зміст уявлень свого пацієнта в контексті ситуативного моменту, так намагаються його колеги домогтися розуміння стосунків «лікар-хворий» у контексті своїх реакцій-стосунків до спонтанних феноменів, які виявляють у доповіді свого колеги. Неусвідомлені аспекти відносин, що виникають із «перенесення», проявляються лікарем, як на рівні пацієнта, так і на рівні колег. Цей актуальний «поперечно-розсічений» феномен можна виявити в умовах довгострокового групового процесу, що протікає протягом декількох років одночасно і як навчальний процес, і як процес відносин.

Балінтівська група має низку принципів відмінностей від родинних форм групової роботи. Так, вона не є у строгому сенсі «психоаналітичним семінаром випадків»: акцент на практичному використанні способу роботи, центрованої на відносинах, модифікує класичні психоаналітичні принципи. Балінтівська група не є також групою, що самонавчається: у фокусі стоять не емоційні потреби учасників, а проблеми їх відносин з пацієнтами. Балінтівська група, орієнтована на новий метод сенситивного слухання, сприяє глибшому сприйняттю своєї особистості (власного «Я»). Обидва процеси посилюються під час балінтівського групового процесу. Нарешті, балінтівська група не є

«Центрованої на темі інтеракцією»: при великій схожості цих форм групової роботи (акцент робиться на живому, пов'язаному з практикою взаємному навчанні) таким чином вона більш центрована на відносинах, сильніше пов'язана з психоаналізом, відбувається в галузі практичної медицини. До об'єктивної інформації, наприклад про діагноз, нозологію, методи лікування,

ставляться так само, як до загальноприйнятих світських міркувань.

Поряд із класичною балінтівською групою існують її варіанти. Бельгійський автор Моро описує екзистенційну систему ведення таких груп. Як керівник він відмовляється від психоаналітичної позиції нейтральності, яка, на його думку, «інфантилізує групу». Моро вважає за краще бути активним учасником обговорення. Він відкидає психоаналітичний метод інтерпретації матеріалу, що виявляється в ході обговорення, і вважає завданням учасників групи лише вираження своїх переживань, відчуття переживання інших членів групи, розраховуючи, що в цьому відіб'ються стосунки «лікар-хворий», які допомагають краще зрозуміти останнього. Якщо, за Балінтом, «хворого слід осмислити одночасно в інтелектуальному та емоційному плані», то Моро вимагає відмовитися від інтелектуальних пояснень, оскільки йому важливий не діагноз, а суб'єктивне буття хворого, осягане не раціональним шляхом, а чуттям. Для того, щоб навчити цьому лікарів, у дискусії з приводу доповіді про один із випадків учасникам групи слід говорити не про те, що вони думають, а про те, що відчують у взаєминах «лікар – хворий». Лікарів вчать бути з пацієнтами невимушеними, закликати останніх говорити менше про свою хворобу, а головним чином про своє емоційне ставлення до неї. Створенню емоційного настрою є спеціальні прийоми, наприклад метод «зустрічі» програвання ролей попарно учасниками групи, у яких одне із них представляє пацієнта.

На відміну від класичних балінтівських груп, екзистенційний її варіант, не тільки сприяє поліпшенню емоційного контакту лікаря з пацієнтами, а й вчить його відповідати на питання, від яких лікарі у своїй практиці зазвичай ухиляються, наприклад, на питання онкологічного хворого на неминучу смерть.

Досвід балінтівських груп, спочатку орієнтованої на лікарів загальносоматичної практики, надалі поширився на підготовку психотерапевтів. Робота у такій групі, на думку авторів, спрямована на підвищення компетентності у професійному міжособистісному спілкуванні; усвідомлення особистісних «сліпих плям», які блокують професійні стосунки з пацієнтом; розширення уявлень про лікувальний процес, на противагу «апостольським»

настановам лікаря; психопрофілактику учасників групи, засновану на можливості опрацювання «невдалих» випадків у ситуації колегіальної підтримки.

До групи входять 6–15 осіб (оптимально 8–10), які працюють в одному чи різних медичних закладах, але бажано не пов'язані службово-ієрархічними відносинами. Група може об'єднувати людей з різним стажем роботи, але найефективніша участь їх при стажі понад три роки. Основним принципом формування групи є добровільність об'єднання професіоналів, готових до перегляду стереотипів у своїй роботі та зацікавлених у колегіальній взаємодопомозі. Робота групи може здійснюватися протягом 2–3 років. У цьому випадку 4-5-годинні заняття проводяться 1-2 рази на місяць. Якщо група сформована зі слухачів короткострокового навчального семінару, заняття можуть бути щоденними або з інтервалом у декілька днів, але загальна їх кількість має відповідати числу учасників. За бажанням групи заняття можуть фіксуватися за допомогою відеокамери або магнітофона. Керівник балінтівської групи спеціально запрошується на цю роботу або обирається учасниками. Предметом аналізу групи є обговорення випадків із практики її членів. Це можуть бути «важкі» або «невдалі» епізоди з минулого, що продовжують турбувати лікаря, викликають у нього дискомфортні спогади, що залишаються для нього «незрозумілими»; поточні випадки, які викликають у лікаря тривогу; так звані фантастичні терапевтичні ситуації, навіть гіпотетична можливість яких турбує лікаря. Кожне заняття присвячується конкретному випадку, про який повідомляє учасник групи. Розповідь будується у абсолютно вільній формі. Того, хто говорить, не обмежують у часі і не перебивають. Для балінтівських груп немає необхідності у підготовці доповіді, у відновленні у пам'яті та документуванні епізоду напередодні. Більш продуктивні спонтанні розповіді, оскільки аналіз забутих важливих деталей часто дає цінну інформацію виявлення «сліпих плям». На закінчення ведучий допомагає сформулювати питання оповідача по викладеному матеріалу таким чином, щоб вони були центровані на взаєминах лікаря та пацієнта, а не на технічних деталях лікувального процесу.

Автори наголошують, що завдання ведучого входить утримати групу від «сповзання» до особистісно-безпечного клінічного розбору з його центральним питанням «Що треба робити з пацієнтом?», з одного боку, і від усунення спрямованості роботи групи у бік особистісної психотерапії, викликаного емоційною залученістю учасників групи та створеною атмосферою довіри та безпеки, з іншого. На думку ряду авторів, ухилення групи в той чи інший бік може мати захисний характер і є маніфестацією уникнення обговорення власного професійного досвіду, і ведучому доводиться «повертати» групу до обговорення взаємин «лікар – хворий».

У класичній балінтівській групі поведінка учасників не регламентована. Усі спонтанні реакції, емоційні та поведінкові, фіксуються провідним і може бути об'єктом динамічного аналізу. Досвід роботи з вітчизняними фахівцями підказав авторам варіант балінтівських груп із етапами, що структуруються. Зокрема, на наступному після доповіді етапі (питання до оповідача) всім учасникам по колу пропонується поставити уточнюючі питання. Ведучий стежить за тим, щоб питання не підмінювалися порадами, які переростають у групову дискусію. Нерідко вже на цьому етапі доповідач зазначає, що питання, поставлені членами групи, виявляються суттєвішими, ніж його власні, для прояснення описаної ним ситуації. Такі питання можуть виноситися на групове обговорення поряд із його власними. На наступному етапі всім учасникам групи по колу пропонується дати відповіді на всі поставлені завдання. На відміну від «права» ставити запитання оповідача на попередньому етапі, відповіді на його питання є «обов'язком» всіх членів групи. Кожна з відповідей чи думок учасників розширює бачення ситуації, стимулює самопізнання. Проте найціннішими є вільні асоціації «аналогічного випадку», висловлювання колег, які свідомо чи несвідомо ідентифікують себе з пацієнтом. Ведучий уважно стежить за збереженням центрованості обговорення на взаєминах «лікар – хворий», надає емоційну підтримку оповідача, запобігає блокуючим дискусіям. При критичній установці групи доцільно використання психодрами, у процесі якої «пораднику та критику» пропонується реалізувати власні поради. Роль пацієнта приділяється

оповідача. Зазвичай це нейтралізує критичний настрій групи та емоційно підтримує оповідача, часом психодрама може провокувати конструктивний інсайт у членів групи.

У добре працюючій групі висловлювання окремих учасників спонукають до продовження дискусії як другого, третього кіл обговорення, предметом якого стає творчий колективний розвиток запропонованих несподіваних точок зору, розвиток від редукціонізму до плюралізму, від поверхового до поглибленого бачення проблеми. Динаміка балінтівських груп істотно відрізняється від динаміки психотерапевтичної групи. Зокрема для блокування звичайної групової динаміки забороняється критика ведучого. Не заохочуються висловлювання про оповідача, що базуються на ситуаціях «там і тоді». Динамічний підхід у балінтовських групах дозволяє робити припущення про те, що спостерігаються «тут і тепер» емоційні та поведінкові реакції оповідача та членів групи відповідають емоційним та поведінковим реакціям самого лікаря та його пацієнта у запропонованій для обговорення ситуації. Саме реакції, що спостерігаються, можуть аналізуватися досить глибоко і багатосторонньо. Наприкінці обговорення ведучий надає слово оповідача для зворотного зв'язку. Завданням таких груп є створення якогось кінцевого продукту, абсолютно істинного бачення запропонованої ситуації, а розширення свідомості учасників групи та стимуляція саме пізнання.

У цілому сьогодні балінтівська група у сфері підготовки групових психотерапевтів спрямовано аналіз важких випадків, зміст яких різноманітніше проти індивідуальної психотерапією, оскільки характеризується більш численними і багатовимірними змінними. Важлива проблема балінтівських груп у галузі групової психотерапії, за словами авторів, полягає у виробленні прийомів компактного, структурованого та досить змістовного викладу вихідних даних про конкретний випадок. У класичній балінтівській групі розповідь про важкий випадок виходить насиченою інформаційно, багатосторонньою, важко систематизованою, надмірною за обсягом. Для групової психотерапії, в силу більшої складності психотерапевтичного процесу, це завдання виявляється ще

важчим. Тут дуже корисними можуть бути допоміжні матеріали та методи: подання стенограми хоча б одного групового заняття (магнітофонного або відеозапису); реконструювання соціометричних зрізів групи; розподіл психотерапевтом, що пред'являє обговорення складний випадок, ролей членів аналізованої групи між учасниками обговорення (включаючи і) з пропозицією «сценарію» якогось важливого епізоду; психодраматичне програвання цього епізоду. Основний акцент у дискусії робиться на різних аспектах взаємодії та взаємовідносин психотерапевта в груповій ситуації, що змінюється (з окремим пацієнтом, групою в цілому або однією з її підгруп). Таке обговорення, будучи емоційно значущим для психотерапевта, дає йому можливість скористатися зворотним зв'язком як коригуючий. Цей зворотний зв'язок першого порядку (від членів групи до доповідача) може бути доповнений зворотним зв'язком другого порядку (від доповідача до учасників обговорення), який надає всім членам групи інформацію про ефективність їхньої діяльності, що коригує.

Для профілактика та зниження вираженості синдрому емоційного вигорання необхідно створити в структурі закладів охорони здоров'я кабінету психологічного розвантаження. Він є вдосконаленим варіантом кімнати відпочинку, в якій створені оптимальні умови для швидкого та ефективного зняття емоційного перенапруження, відновлення працездатності, проведення психотерапевтичних та психогігієнічних заходів. У кабінеті має використовуватися комплексний метод оптимізації психічних процесів, умовно названий психологічним розвантаженням, який включає фізіологічні та психологічні засоби відновлення працездатності та попередження перевтоми емоційного походження. Площа кабінету повинна визначатися на основі розрахунку не менше 2 кв. м на людину. У кімнаті не повинні відчуватися шум, вібрація та інші несприятливі фактори виробничого середовища, воно має бути забезпечене припливно-витяжною вентиляцією. Оптимальна температура у приміщенні – +20–22 °С.

Кімната обладнується м'якими кріслами з підлокітниками, в яких можна прийняти положення (крісла бажано накрити поліетиленовою плівкою і

забезпечити підставками для ніг), магнітофоном (з набором касет), гідроаероіонізатором, а при можливості - кондиціонером. У кольорово-світловому рішенні інтер'єру повинні переважати блакитний та зелений кольори, що заспокоюють нервову систему. Бажано, щоб створювалося враження перебування на лоні природи. Підлога покривається лінолеумом на м'якій основі, що гармонує за кольором із забарвленням стін. Колірна композиція доповнюється кольоровим освітленням, що тричі змінюється протягом сеансу. Для створення повнішої ілюзії перебування на лоні природи використовуються пейзажі, що народжують позитивні емоції. Це можуть бути діапозитиви із зображенням лісу, моря, озера та ін., що проектуються на екран за допомогою діапроекторів. Для оформлення кабінету психологічного розвантаження можна використовувати також декоративні елементи - валуни, гальку, корчі, кучеряві рослини та ін.

Основне завдання кабінету психологічного розвантаження – відновлення працездатності в стадії стомлення, що розвивається. Час перебування в кабінеті психологічного розвантаження умовно поділяється на 3 періоди:

- 1) відволікаючий (1,5-2 хвилини);
- 2) заспокійливий (7-10 хвилин);
- 3) тонізуючий (2-3 хвилини).

Відповідно до завдань цих періодів тричі змінюється музика (за змістом, гучністю та темпом), колір, рівень освітленості, поза, ритм дихання та словесні формулювання аутогенного тренування. Під час першого періоду звучить запис співу птахів та популярні мелодії з м'яким мелодико-ритмічним малюнком (гучність до 15-20 дБ). Відвідувачі кабінету психологічного розвантаження розташовуються в кріслах у вільній позі з піднятими ногами, розглядають зображення ландшафтів, що проектується на екран, що викликають позитивні емоції. З другого краю етапі досягнення стану емоційного рівноваги включають зелені лампи. Відвідувачі приймають напівсидяче положення, що сприяє розслабленню м'язів, переходячи на заспокійливий ритм дихання (короткий вдих та подовжений видих). Звучить тиха мелодійна музика (до 10 дБ), а в паузах –

записані на магнітофонну стрічку психотерапевтичні формули, побудовані з урахуванням характеру праці, завдань цього періоду та вимог аутогенного тренування.

Третій період проходить при помаранчевому (червоному) освітленні, його музична програма складається з бадьорих, мажорних творів (марші, спортивні та молодіжні пісні, енергійна та весела танцювальна музика). Ті, хто займаються в кабінеті психологічного розвантаження, поступово переходять до пози стоячи, роблять кілька мобілізуючих дихальних рухів (глибокий вдих і короткий видих). Словесні формули цього періоду спрямовані на підвищення загального тону, активізацію психічних процесів. На закінчення включають усі лампи денного світла, і в супроводі маршу, веселої пісні виконується комплекс фізичних вправ з урахуванням особливостей виду праці та віку людей. Особам, які займаються тяжкою фізичною роботою, корисний самомасаж. Відповідно до трьох зазначених періодів бажано змінювати за допомогою підсвічування види, зображені на великих слайдах або проєктовані на екран. Наприклад, спочатку відвідувачі бачать зображення лісу при заході сонця, на другому етапі – у передвечірні години, на третьому – на світанку, під час сходу сонця, коли прокидається природа, повітря насичене озоном, відчувається приємний запах хвойних дерев.

При обмежених можливостях кабінету психологічного розвантаження, в першу чергу туди направляють осіб, які працюють в умовах підвищеного навантаження на нервову систему, поєднують роботу з навчанням, а також тих, хто скаржиться на перевтому або перебуває в кризовій ситуації (важка хвороба або смерть близької людини, надмірно напружена сімейна обстановка, часті службові конфлікти та ін.).

У кабінеті психологічного розвантаження відновлюється працездатність осіб, що у стресовому стані, чи тих, чия повсякденна діяльність протікає за умов емоційної напруженості. Емоційний дистрес не тільки призводить до зниження працездатності та погіршення діяльності організму, але і є однією з найчастіших причин порушення техніки безпеки. Перебування в кабінеті психологічного

розвантаження сприяє також запобіганню емоційно-афективного перенапруги та його негативних наслідків у осіб, які страждають на захворювання, викликані психічним фактором (неврози, психосоматичні розлади).

У кабінеті психологічного розвантаження можна здійснювати інші психогігієнічні заходи. До них відносяться: 1) масове навчання працівників різних підприємств прийомам психотерапевтичної долікарської самопомоги та, зокрема, аутогенного тренування; 2) активна психопрофілактика рецидивів алкоголізму; 3) емоційно-вольове тренування спортсменів; 4) додаткові сеанси психологічного розвантаження для працівників пенсійного та передпенсійного віку з метою продовження працездатності; 5) лікувально-профілактична допомога людям, які бажають позбутися хронічного нікотинізму; 6) психогігієнічні бесіди, що включають демонстрацію слайдів та прослуховування фрагментів літературно-музичних творів, присвячені різним аспектам здорового способу життя.

В даний час проводиться дуже багато консультацій, семінарів та тренінгів щодо профілактики емоційного вигорання. Тренінги розраховані як на фахівців, так і на всіх, кому за діяльністю може загрожувати емоційне вигорання. На цих тренінгах вчать як визначати свій справжній стан, а й підбирати ті психологічні прийоми, якими можна користуватися самостійно. А заразом, і навчитися допомагати колегам по роботі, друзям та близьким.

Висновки до розділу 3

Для профілактика та зниження вираженості синдрому емоційного вигорання необхідно створити в структурі закладів охорони здоров'я кабінету психологічного розвантаження. Він є вдосконаленим варіантом кімнати відпочинку, в якій створені оптимальні умови для швидкого та ефективного зняття емоційного перенапруги, відновлення працездатності, проведення психотерапевтичних та психогігієнічних заходів. У кабінеті має використовуватися комплексний метод оптимізації психічних процесів, умовно названий психологічним розвантаженням, який включає фізіологічні та

психологічні засоби відновлення працездатності та попередження перевтоми емоційного походження. Площа кабінету повинна визначатися на основі розрахунку не менше 2 кв. м на людину. У кімнаті не повинні відчуватися шум, вібрація та інші несприятливі фактори виробничого середовища, воно має бути забезпечене припливно-витяжною вентиляцією. Оптимальна температура у приміщенні – +20–22 °С.

Методологія QI має своє теоретичне наукове обґрунтування, перевірені на практиці засоби та методи, а також структуровану програму навчання, яка використовується у багатьох країнах світу.

Проте копіювання розроблених і реалізованих там проектів і програм неспроможна забезпечити досягнення очікуваних результатів, оскільки конкретні ініціативи мають ефект лише за певних умов. Для успішного впровадження методології QI необхідне прийняття філософії та розуміння теорії безперервного покращення. Крім того, з урахуванням досвіду зарубіжних країн та критики експертів потрібні теоретичні та емпіричні дослідження, які мають на меті вдосконалення сучасної концепції методології QI, у тому числі за рахунок доповнення методами та засобами інших стратегій покращення якості. У зв'язку з цим пропонується низка ініціатив щодо адаптації методології, розвитку науки вдосконалення та розробки нових програм навчання.

ВИСНОВКИ

Проведене в кваліфікаційній роботі дослідження системи антикризового управління закладом охорони здоров'я на прикладі КНП «ТОКЛ» ТОР дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції.

Криза – це крайнє загострення протиріч у соціально-економічній системі (організації), що є загрозою її існування, нормального функціонування і конкурентоспроможності; це небезпека банкрутства та переломний момент у різних процесах. Криза – це припинення нормального процесу, непередбачена подія, що ставить під загрозу стабільність організації, це раптова серйозна подія, що має потенціал зруйнувати або навіть знищити репутацію організації.

Узагальнюючи існуючі уявлення про кризи дозволити зробити такі висновки: кризи неминучі; це регулярні етапи циклічного розвитку будь-якої системи, що закономірно повторюються; кризи можуть виникнути як випадковий результат стихійного лиха або як наслідок великої помилки; кризи починаються тоді, коли потенціал прогресу основних елементів системи переважно вичерпаний і вже народилися та починають боротьбу елементи нової системи, що представляє майбутній цикл; існують фази економічного циклу; кризи прогресивні при усій їх хворобливості, оскільки вони виконують три найважливіші системні функції: різке ослаблення та усунення застарілих (нежиттєздатних) елементів панівної системи, яка вже вичерпала свій потенціал; розчищення простору для утвердження елементів (спочатку слабких) нової системи майбутнього циклу; випробування на міцність та передача у спадок тих елементів системи, які акумулюються та переходять у майбутнє; кризи кінцеві; вони можуть передувати або новому етапу у розвитку системи, або її загибелі та розпаду; оскільки кризи неповторні, різноманітні і причини, і чинники, що їх викликають, тому кожен раз вихід з кризи вимагає специфічних заходів.

Система антикризового управління включає: спеціалістів з антикризового управління; організаційну та обчислювальну техніку; зв'язки між спеціалістами, об'єктом управління та зовнішнім середовищем, які визначаються різними способами взаємодії та потоками управлінської інформації; документообіг,

необхідний для виконання функцій, розподілених між спеціалістами для досягнення цілей, поставлених перед системою.

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільська обласна рада (КНП «ТОКЛ» ТОР) є «клінічним лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я Тернопільської області. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» – головний лікувально-профілактичний заклад області, який є клінічною базою для кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження практики студентів медичних університетів і медичних коледжів» [50].

В основі системи антикризового управління КНП «ТОКЛ» ТОР лежить механізм як сукупність взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих елементів, узгоджена взаємодія яких сприяє виявленню, недопущенню та подоланню кризи, під впливом дії факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. До основних елементів системи антикризового управління КНП «ТОКЛ» ТОР віднесено: фактори, діагностику кризових явищ в закладі охорони здоров'я, потребу у антикризовому управлінні, мету, принципи, функції, методи та інструменти, нормативно-правове забезпечення, ресурси, а також рівні управління.

Синдром емоційного вигорання поширений серед керівників з КНП «ТОКЛ» ТОР, при цьому в них виражені всі три його симптоми, а саме емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень. Для керівників КНП «ТОКЛ» ТОР характерні й інші емоційні розлади, такі як тривога та депресія, які демонструють деяку коморбідність із СЕВ. Проте СЕВ керівників КНП «ТОКЛ» ТОР має низку особливостей: лідерські якості керівників та їх комунікативні навички мають зворотну кореляцію з вираженістю СЕВ; на шанси наявності СЕВ у керівників впливають чинники, пов'язані з рівнем їхнього професіоналізму та напрямком роботи закладу охорони здоров'я, яким вони керують; СЕВ є чинником, що знижує відданість професії та збільшує шанси на бажання звільнитися з поточної посади або змінити професію.

Проте варто зазначити, що загалом учасники опитування

продемонстрували високу відданість професії, усвідомленість у питаннях негативних наслідків СЕВ, а також готовність брати участь у заходах щодо профілактики СЕВ у медичних працівників.

Інтеграція методики вимірювання задоволеності якістю наданої медичної допомоги SERVQUAL та методики розгортання функцій якості QFD дозволила створити інформаційну модель якості медичних послуг КНП «ТОКЛ» ТОР – Будинок якості, на основі якої необхідно провести дизайн якості послуг, тим самим визначити шляхи вдосконалення якості медичних послуг в організації, виявити пріоритети над лікувальним, сервісним, підтримуючим та маркетинговим бізнес-процесами, за якими необхідно насамперед здійснювати коригування. Пропонована модель дає можливість відстежувати становище медичної організації за основними об'єктивними характеристиками послуг у порівнянні з конкурентами та оцінювати споживчі очікування щодо цих послуг, які також можуть змінюватися з часом.

Для профілактика та зниження вираженості синдрому емоційного вигорання необхідно створити в структурі закладів охорони здоров'я кабінету психологічного розвантаження. Він є вдосконаленим варіантом кімнати відпочинку, в якій створені оптимальні умови для швидкого та ефективного зняття емоційного перенапруження, відновлення працездатності, проведення психотерапевтичних та психогігієнічних заходів. У кабінеті має використовуватися комплексний метод оптимізації психічних процесів, умовно названий психологічним розвантаженням, який включає фізіологічні та психологічні засоби відновлення працездатності та попередження перевтоми емоційного походження. Площа кабінету повинна визначатися на основі розрахунку не менше 2 кв. м на людину. У кімнаті не повинні відчуватися шум, вібрація та інші несприятливі фактори виробничого середовища, воно має бути забезпечене припливно-витяжною вентиляцією. Оптимальна температура у приміщенні – +20–22 °С.

Методологія QI має своє теоретичне наукове обґрунтування, перевірені на практиці засоби та методи, а також структуровану програму навчання, яка

використовується у багатьох країнах світу.

Проте копіювання розроблених і реалізованих там проектів і програм неспроможна забезпечити досягнення очікуваних результатів, оскільки конкретні ініціативи мають ефект лише за певних умов. Для успішного впровадження методології QI необхідне прийняття філософії та розуміння теорії безперервного покращення. Крім того, з урахуванням досвіду зарубіжних країн та критики експертів потрібні теоретичні та емпіричні дослідження, які мають на меті вдосконалення сучасної концепції методології QI, у тому числі за рахунок доповнення методами та засобами інших стратегій покращення якості. У зв'язку з цим пропонується низка ініціатив щодо адаптації методології, розвитку науки вдосконалення та розробки нових програм навчання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аль Ширафі Мохаммед Авад. Державне антикризове управління медичною галуззю. Збірник наукових праць Донецького національного університету (м. Вінниця) «Економіка і організація управління». 2016. Вип. 2(22). С. 6-11.
2. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
3. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Центр учбової л-ри, 2008. 640 с.
4. Барановський О.І. Фінансові кризи: передумови, наслідки та шляхи запобігання : монографія. К. : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2009. 754 с.
5. Білинська М. М., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
6. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2011. № 720. С. 357-364.
7. Бутко М.П., Маюренко С.О. Теоретичні засади кризових явищ в економіці. Економіка та держава. 2011. № 4. С. 4-7.
8. 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.
9. Вороненко Ю. В. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник. К.: НМАПО, 2014. 367 с.
10. Воронкова В.Г., Беліченко А.Г., Попов О.М., та ін. Управління людськими ресурсами: філософські засади: навч. посібник для внз; ред. Воронкова В. Г.; ЗДІА. К.: Професіонал, 2006. 567 с.
11. Гладун З.С. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу. *Право України*. 2003. № 6. С. 100-105.
12. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.Я. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнесінформ*. 2016. №1. С.

190-194.

13. Дацюк І.В. Сутнісна характеристика кризи підприємств. *Технологія і техніка друкарства: збірник наукових праць*. 2010. Вип. 2 (28). С. 165-170.

14. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб. / Кер. авт. кол. І.М.Солоненко, Л.І.Жаліло. К.: Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.

15. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. авт. кол. : М. М. Білінська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білінської. К. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

16. Дробишева О.О. Поняття, стадії та особливості криз у процесі управління промисловими підприємствами. *Економіка промисловості*. 2009. № 4. С. 157-162.

17. Заячківська О., Зорій Н. Сучасні підходи до системи контролю в медичних закладах. *Галицький економічний вісник*. 2009. № 1. С. 164-168.

18. Іванов Ю.Б., Бережна Ю.В. Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. *Ефективна економіка*. 2014. № 11. С. 43-55.

19. Іванюта С.М. Антикризове управління: навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2007. 288 с.

20. Камінська О.С. Удосконалення фінансування видатків на охорону здоров'я: зарубіжний досвід. *Фінанси соціальної сфери*. Наукові праці НДФІ. 2016. № 2 (75). С. 135-147.

21. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ. Соціальна і гуманітарна політика*. 2014, № 3. 136-141.

22. Кузьмін О.Є., Мельник О.Г. Основи менеджменту : підручник. К.: «Академвидав», 2003. 416 с.

23. Кустріч Л.О. Методичні засади оцінки ефективності антикризового менеджменту в період трансформації економіки. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент*. 2019. Вип. 35. С. 52-59.

24. Кучінка Т.В. Теоретичні аспекти вивчення феномену економічної

кризи. *Науковий вісник Мукачівського державного університету*. 2015. № 1(3). С. 29-34.

25. Ларіна Р. Р., Владзимирський А. В., Балусєва О. В. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : монографія / під заг. ред. проф. В. В. Дорофійєнко. Донецьк : Цифрова типографія, 2008. 252 с.

26. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.

27. Лещенко В. В. Наукове забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні (на прикладі науково-дослідних робіт НАДУ). *Ефективність державного управління*. 2013. Вип. 34. С. 198-204.

28. Літвінов О. С. Управління закладами охорони здоров'я в умовах конкурентного середовища. *Електронний журнал «Ефективна економіка»* № 2. 2015. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=5418>.

29. Маковоз, О.В., Авагімов А.А. Антикризове регулювання як основа стабілізації економіки України. *Вісник економіки транспорту і промисловості*. 2014. № 46. С. 200-204.

30. Маркіна І. А., Аль Ширафі Мохаммед Авад. Розробка системи управління персоналом в умовах реалізації антикризової політики медичної організації. *Вісник Сумського національного аграрного університету*. 2017. № 12 (74). С. 197-202.

31. Мартюшева Л. С., Коренева А. Б. Формування фінансового механізму антикризового управління підприємством. *Вісник економіки транспорту і промисловості. Економіка підприємства*. 2009. № 28. С. 178-182.

32. Мельник А.Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій: навч. посібник; за ред. А.Ф. Мельник. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 425 с.

33. Менеджмент : навч. посіб. / М. М. Шкільняк, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна, Ж. Л. Крисько, І. О. Демків. Тернопіль : КРОК, 2017. 252 с.

34. 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.

35. Мокрицька А. Сутність та класифікація медичних послуг як основа їх фінансування. *Світ фінансів*. 2013. Вип. 4. С. 115-120.

36. Москаленко М.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.

37. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

38. Остапишин Т.П., Коптюх О.Г. Економічні кризи: сутність, періодичність виникнення, тривалість і стадії їх перебігу. *Фінанси, облік і аудит*. 2013. Вип. 1. С. 113-120.

39. Офіційний сайт комунального комерційного підприємства «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради.

40. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2014. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2014_2_14.

41. Петрунько Т. Антикризове управління у сфері охорони здоров'я. Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі: матеріали VIII Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю. 26 жовтня 2023 року, м. Тернопіль. С.

42. Петрунько Т. Імплементация технологій антикризового управління в діяльність закладу 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.

43. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналіт. доп. Київ : НІСД, 2012. 96 с.

44. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454. URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

45. Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу, наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 512. URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html.

46. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я, наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385. URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>.

47. Системи соціального страхування зарубіжних країн : навч. посіб. / Г. В. Григораш, Т. Ф. Григораш, В. Я. Олійник, І. Т. Субачов. Київ : Центр учбової л-ри, 2008. 144 с.

48. Сміянов В.А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2013. №2. С. 113-117.

49. Солоненко І. М., Рожкова І. В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія. Київ : Фенікс, 2008. 276 с.

50. Статут комунального комерційного підприємства «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради.

51. Ткаченко А.М., Калюжна Ю.В. Криза: сутність, класифікація та причини виникнення. *Теоретичні і практичні аспекти економіки та інтелектуальної власності*. 2013. Вип.1. Т.1. С. 122-126.

52. Ткаченко А.М., Телін С.В. Антикризове управління як один із напрямів підвищення ефективності діяльності підприємства. *Економічний вісник Донбасу*. 2010. № 3(21). С. 122-124.

53. Федулова Л.І. Менеджмент організацій: Підручник. К.: Либідь, 2003. 448 с.

54. Холод З. М., Штангрет А. М. Методологічні аспекти антикризового

управління. *Економіка промисловості*. 2002. № 2. С. 23–26.

55. Чернявський А.Д. Антикризове управління підприємством: навч. посібник. К.: МАУП, 2006. 256 с.

56. Шортел С., Калюжний А. Менеджмент в охороні здоров'я: пер. з англ. / За наук. ред. І.М.Солоненка. К.: Основи, 1998. 500 с.

57. Шутов М. М. Економіка та менеджмент охорони здоров'я: регіональний аспект. Харків: Основа, 2000. 365 с.

58. Щербаченко, Л. В. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах. *Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право)*. 2010. №1(48). С. 168-173.