

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Управління змінами в закладі охорони здоров'я»

Спеціальність 073 - Менеджмент

Освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я

Виконав:

ст. гр. МЗОЗзмхм-21

Попов Ю.Ф.

Науковий керівник:

к.н.д.у., доцент Пунда А.В.

Тернопіль – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	5
1.1. Сутність управління змінами в закладі охорони здоров'я.....	5
1.2. Методичні засади ефективності управління змінами в закладі охорони здоров'я	15
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	26
2.1. Оцінка змін в контексті покращення якості послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я	26
2.2. Оцінка організаційного забезпечення управління змінами в закладі охорони здоров'я	32
2.3. Оцінка моделі функціонування закладу з надання третинної медичної допомоги хворим	39
Висновки до розділу 2	45
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	47
3.1. Впровадження нейроменеджменту в системі управління змінами в закладах охорони здоров'я	47
3.2. Шляхи оптимізації процесу обстеження у досліджуваному закладі охорони здоров'я	55
Висновки до розділу 3	67
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Зміни – це явище, яке назавжди вписано в сценарій про те, як влаштований світ. Вони можуть виникати в результаті спланованих дій, тобто свідомого втручання людини, але і без їх свідомої участі. В даному випадку це їх природні джерела. Сучасні тенденції в цій сфері свідчать про те, що частота, швидкість і величина змін різко зростають. Щоб увійти в 21 століття, необхідно зрозуміти стабільність змін і прийняти невизначеність, яка з ними пов'язана. Це, в свою чергу, вимагає оволодіння новими правилами і новими способами мислення. «Старих законів» недостатньо, щоб зрозуміти процес радикальних змін у реальності. У цьому контексті актуальною є тема управління змінами в закладі охорони здоров'я.

Аспектам вивчення стану закладів охорони здоров'я та можливих змін у них присвячено роботі науковців та громадських діячів, таких як: Р.Р. Августин, О.В. Богомолець, Т.В. Бутківська, Т.А. Вежновець, Т.Л. Желюк, О.П. Корнійчук, Н.М. Кривокульська, Л.А.Ляховченко, І.В.Мартусенко, К.О.Надутый, І.В.Найда, В.Парій, О.В.Поживілова, І.В.Рожкова, В.В.Рудень, А.В.Степаненко, Б.М. Тодуров, О.К.Толстанов, М.М. Шкільняк, А.В. Якименко, Н.П. Ярош та інші. Однак через багатовекторність публікації та меседжів низка питань, зокрема, адміністративно-правова політика, яка призвела до активізації матеріалу дослідження, залишаються дискусійними. Незважаючи на велику кількість наукових і прикладних розробок у цій галузі досліджень, тема управління змінами в закладі охорони здоров'я ще недостатньо розвинена, що зумовлює вибір змісту наукового дослідження.

Мета і завдання дослідження. Мета дослідження полягає в обґрунтуванні теоретичних засад та розробці практичних рекомендацій управління змінами в закладі охорони здоров'я.

Досягнення цієї мети обумовило необхідність постановки та вирішення комплексу таких завдань:

визначити сутність управління змінами в закладі охорони здоров'я;

охарактеризувати методичні засади ефективності управління змінами в закладі охорони здоров'я;

провести оцінку змін в контексті покращення якості послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я;

провести оцінку організаційного забезпечення управління змінами в закладі охорони здоров'я;

провести оцінку моделі функціонування закладу з надання третинної медичної допомоги хворим;

запропонувати механізми впровадження нейроменеджменту в системі управління змінами в закладах охорони здоров'я;

запропонувати шляхи оптимізації процесу обстеження пацієнтів у досліджуваному закладі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес управління змінами в закладі охорони здоров'я.

Предмет дослідження є сукупність теоретико-методологічних, методичних та прикладних засад формування та впровадження концепції управління змінами в закладі охорони здоров'я.

Методи дослідження. Заявлені цілі та завдання дослідження досягаються за допомогою загальних та специфічних наукових методів: бібліографії, контент-аналізу та системного підходу; діалектичного методу; кластерного аналізу; таксономіки; системи та методи процесів; аналіз і синтез; прикладно-орієнтований; метод формалізації; експертна оцінка (ранжування); якісний аналіз.

Інформаційною основою дослідження стали роботи провідних вітчизняних та зарубіжних науковців з питань управління структурними змінами, поточні нормативно-правові акти Верховної Ради України, офіційні документи Національного комітету статистики України та статистичні дані установ Хмельницької області.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність управління змінами в закладі охорони здоров'я

Зміни – це тема, яка стосується всіх бізнесів. Більшість компаній повинні вносити незначні зміни не рідше одного разу на рік, а великі – кожні 4-5 років. Зміни в організації, як правило, є реакцією на зміни зовнішнього середовища. Відбувається зміна організації, продукції, технології, персоналу, повноважень, правил, політики тощо. Всі ці зміни взаємозалежні.

Потреба в ефективних змінах очевидна. Дуже важливими є незначні зміни, що відбуваються: зміна методів роботи, рутинних процедур, розміщення обладнання, найм керівництва та підбір посад. Ці невеликі зміни можуть бути неважливими для бізнесу в цілому, але вони мають вирішальне значення для конкретних людей і технологій, яким вони безпосередньо доручені. Оскільки ці невеликі зміни допомагають досягти великих цілей компанії, керівництво не може їх ігнорувати.

«Зміна компанії означає зміну того, як компанія веде бізнес, як працюють її працівники та менеджери, яку форму вона приймає та як розподіляє свої ресурси» [26]. «Зміна - це вивчення відмінностей у формі або статусі будь-якого аспекту бізнесу в конкретний момент часу, тобто зміна зайнятості конкретного співробітника, реструктуризація робочої групи, зміна корпоративної стратегії, зміна маркетингового плану, зміна продуктової лінійки або зміна компанії в цілому» [11]

О.І. Гарафонова вважає, що трансформація (в організації, компанії) - це «поетапний процес переходу організації на новий етап розвитку шляхом перетворення одного або декількох аспектів діяльності організації. Зміни - це процес перетворення знань та ідей в цінність, необхідну споживачеві» [15]. Споживач може бути як зовнішнім, так і внутрішнім. Зміною можуть бути як товари, так і послуги для зовнішніх споживачів та технології, бізнес-моделі, методи, структури та процеси, що забезпечують інноваційний розвиток власного

бізнесу. Тому потреба в змінах у компаніях виникає за наявності певних об'єктивних критеріїв, таких як:

- 1) зниження фінансово-економічних показників, зниження конкурентоспроможності підприємства;
- 2) недостатня привабливість закладу з точки зору інвестицій;
- 3) регіональний розподіл підприємств, проблеми координації та налагодження зв'язків;
- 4) різноманітні технологічні, економічні, соціально-економічні процеси планування, що вимагають координації та узгодженості;
- 5) порушення фінансової рівноваги між поточною та стратегічною діяльністю компанії;
- 6) одночасний вплив зовнішніх і внутрішніх факторів на бізнес;
- 7) інновації.

Сучасні дослідники по-різному трактують проблему управління змінами. Термінологія цієї управлінської команди включає в себе як загальноекономічні категорії, так і чисто управлінські категорії, але єдиного підходу до визначення немає. Вивчення поняття «управління змінами» вимагає двоетапного аналізу таких категорій, як «зміна» і «управління», що дозволяє якомога точніше врахувати всі характеристики даного процесу управління і його актуальність для підприємства (рис. 1.1).

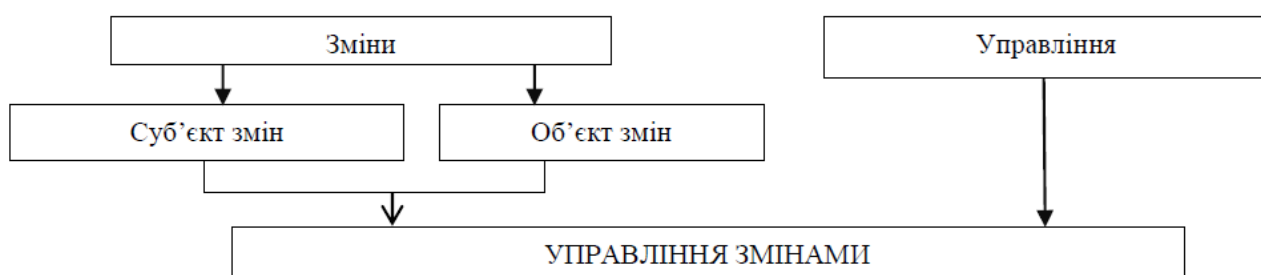


Рис. 1.1. Сутність управління змінами

Примітка. Створено автором

Систематизувавши погляди дослідників на пояснення змісту поняття «управління змінами», ми виявили, що в сучасному науковому дискурсі є дві важливі частини цієї проблеми (рис. 1.2): суб'єктивна та інтенціональна.



Рис. 1.2. Концептуальні аспекти та цілі управління змінами

Примітка. Створено автором

Як показано на рисунку 1.2, розроблено шість суб'єктивних підходів до інтерпретації управління змінами в сучасних наукових колах:

- «процесний (при якому управління змінами дослідниками трактується як процес виконання певних дій);
- координаційний (відповідно до цього управління змінами - це координація ресурсів, заходів і т.д.);
- комплексний (отже, управління змінами - це сукупність (комплексних) дій, заходів, наслідків);
- концепція еволюції (отже, управління змінами - це діяльність, спрямована на розвиток чого-небудь);
- концепція чогось нового (згідно з якою управління змінами є портфелем менеджменту або професійного менеджменту) » [21].

Управління змінами в компанії можна візуалізувати з наступних локацій (рис. 1.3): як частина стратегічного управління компанією; управління діяльністю

підприємства у вигляді ряду операційних функцій в рамках соціального управління.

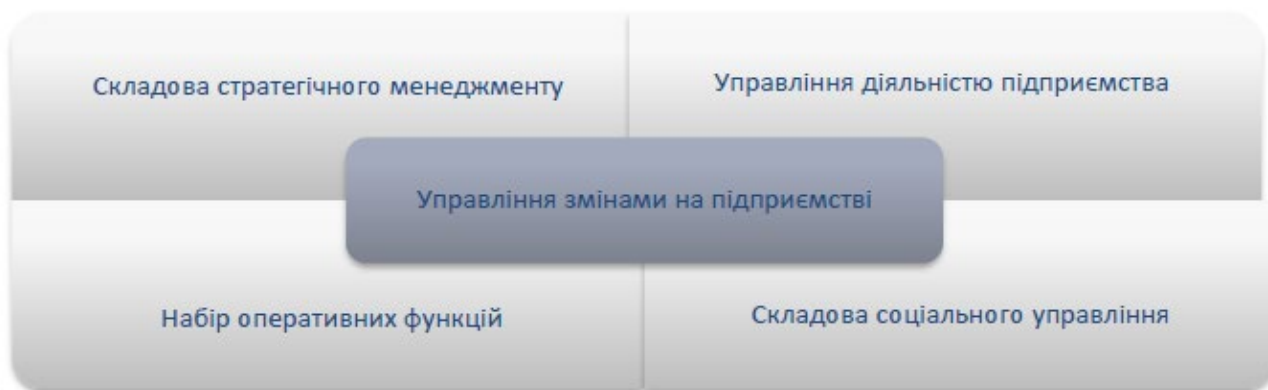


Рис. 1.3. Роль управління змінами у функціонуванні компанії

Примітка. Створено автором

У контексті стратегічного управління підприємством управління змінами проявляється мінливим і стохастичним характером стратегічного середовища, що обумовлює ряд стратегічних вимог і несподіванок в системі управління, які можна трактувати як фактори змін. Ці аспекти вимагають розробки тактичних і стратегічних заходів щодо усунення загроз і використання можливостей для змін зовнішнього і внутрішнього середовища компанії.

Управління змінами як управління проектами – «це зміна способу мислення менеджерів, тобто вони приймають всі управлінські рішення на основі своїх рішень, їх мінливості і розвитку різних областей змін» [12]. Це означає, що йдеться не про стабільні умови праці та внутрішні можливості для змін, а й про зовнішні зміни.

Управління змінами, як портфель бізнес-функцій, передбачає тісний зв'язок з виробничими, маркетинговими, інноваційними, управлінськими та іншими ініціативами для досягнення стратегічних цілей. Управління змінами має своєчасно виявляти зміни в бізнес-середовищі та використовувати ці зміни для розвитку бізнесу (або уникати стагнації, використовуючи фактичні та потенційні стратегічні можливості компанії). Цього можна досягти лише шляхом повного узгодження всіх функціональних областей компанії з досягненням цілей стратегічного управління та управління змінами.

У контексті соціального менеджменту управління змінами - це «діяльність, спрямована на забезпечення функціонування компанії як соціальної системи, ефективне використання трудового потенціалу працівників, його розвиток і оптимальне задоволення потреб працівників компанії в процесі впровадження змін» [21].

Сьогодні очевидно, що вітчизняним компаніям необхідно час від часу вносити зміни у свою діяльність, щоб вижити на ринку та зберегти конкурентоспроможність. Крім того, потреба в змінах виникала настільки часто, що їх вплив на діяльність компанії вже не вважається незвичайним явищем. У практиці та дослідженнях все більше уваги приділяється аналізу змін та можливостям управління змінами.

Здатність справлятися зі змінами обумовлена людським фактором, який включає «зміну можливостей, поведінки за допомогою технічного навчання, підготовку до міжособистісної або групової взаємодії, мотивацію, лідерство, оцінку якості роботи, навчання керівників, групове навчання, реалізацію стратегій підвищення задоволеності працею, поліпшення якості зайнятості» [15]. Потреба в управлінні змінами ґрунтується на бажанні досягти цілей розвитку компанії. У міру розвитку внутрішнього та зовнішнього середовища діяльності закладів, комунікаційних систем та організаційних можливостей необхідно знайти такі механізми, щоб впоратися зі змінами та розвитком, що призведе до більшої ефективності його діяльності. За таких обставин доцільно зазначити, що «ефективне впровадження змін неможливе без контролю» [28].

Але важливо зазначити, що не існує єдиної концепції змін та лідерства. Тому для того, щоб отримати загальне уявлення про управління змінами, необхідно проаналізувати основні визначення та повідомити їх у світлі різних точок зору на концепцію «управління змінами»: «управління змінами як процес», управління змінами для підприємницької діяльності, управління змінами як взаємодія між зацікавленими сторонами (таблиця 1.1).

Суть концепції управління змінами полягає в тому, що будь-яка зміна в організації зачіпає не тільки первинні і допоміжні процеси, але і співробітників.

Концепція передбачає, що можна створити повторювану модель успішних змін, і що існують конкретні процеси та інструменти, які дозволяють ефективно впроваджувати зміни. Термін «управління змінами» необхідно характеризувати з точки зору відомих методів управління, а саме [21]:

- «процесний підхід. Управління змінами розглядається як процес, складовими якого є послідовні дії. Іншими словами, управління змінами - це реалізація відомих функцій управління, кожна з яких сама по собі є процесом;

- системний підхід. Управління змінами трактується як система, в якій конструюється сукупність факторів (внутрішніх і зовнішніх), кожен з яких впливає на компанію і безпосередньо на управління. Застосування такого підходу вимагає бачення майбутніх перспектив компанії в цілому і її взаємозв'язку з навколишнім середовищем (вплив навколишнього середовища на компанію і навпаки);

- ситуативний підхід наголошує на важливості «ситуативного мислення». Управління змінами оцінюється на основі вибору пріоритетів;

- подробиці реалізації на конкретному етапі перебудови і реалізації основних ефектів в цих областях, підхід поведінкової терапії (біхевіористський). Управління змінами спирається на єдність співробітників у впровадженні змін. Успіх змін залежить від ставлення співробітників до цілей і методів змін, а також від формування позитивного мікроклімату, що підтримує віру співробітників у свої сильні сторони і здібності. Робоча сила функціонує як єдина команда, де кожен член відіграє певну роль» [21].

Таблиця 1.1

Класифікація дефініції «управління змінами»

Фактор	Автор (джерело)	Визначення поняття «управління змінами»
Управління змінами, як процес (застосування змін)	Case Western Reserve University	Управління змінами – системний підхід до роботи із змінами, активне вирішення адаптації до змін; як контролювання змін так і їх здійснення
	Сучасний економічний словник	Управління змінами є систематичний підхід для роботи зі змінами
	SHRM Glossary of Human Resources Terms	Управління змінами – системний підхід і застосування знань, інструментів і ресурсів для роботи зі змінами. Управління змінами означає визначення і прийняття корпоративних стратегій, структур, процедур і технологій для боротьби зі зміною зовнішніх умов і ділового середовища
	BNET Business Dictionary	Управління змінами – координація структурованого періоду переходу від ситуації А до ситуації Б в цілях досягнення стійких змін
	Lamarsh	Управління змінами – це організоване, систематичне застосування знань, інструментів і ресурсів змін, що надає організаціям ключовий напрям для досягнення своїх стратегій
Управління змінами, як результат (основна ціль)	Change Management Learning Center	Управління змінами являє собою процес, інструменти та методи для управління змінами зі сторони людей для досягнення необхідних результатів бізнесу, і розуміння того, що зміни в бізнесі ефективно функціонують лише в межах
	bitpipe.com	Систематичне управління новою моделлю інтеграції бізнесу в організації і здатність до адаптації цієї зміни в організації таким чином, щоб перетворення підвищувало організаційні відносини з усіма її складовими
Управління змінами, взаємодія учасників	English Collins Dictionary	Управління змінами це стиль управління, що спрямований на стимулювання організацій і приватних осіб до ефективного впровадження змін, що відбуваються в їх роботі
	Wikipedia	Управління змінами є структурований підхід до переходу окремих осіб, груп і організацій з поточного стану до бажаного майбутнього стану
	Business Dictionary	Зведення до мінімуму опору організаційним змінам за рахунок залучення ключових учасників і зацікавлених сторін

Примітка. Створено автором [15]

Також доцільно розглянути інші підходи до управління змінами, а саме: контекстуальний підхід. Управління змінами передбачає аналіз зовнішнього і внутрішнього організаційного контексту організації, який визначає можливості і

напрямки змін в організації. «Міждисциплінарний підхід визначає управління змінами як багатогранне явище, що потребує дослідження з точки зору різних наук»; «підхід, заснований на компетенціях, наголошує на важливості найму людей, які володіють професійними навичками та особистими якостями, необхідними для досягнення визначених цілей управління змінами»; «Метод адаптації враховує управління змінами, виходячи з необхідності адаптації компанії до динаміки зовнішнього середовища» [21].

Основними цілями цих змін повинні стати підвищення ефективності діяльності організації, розробка складних інструментів і методів роботи, усунення рутинних операцій і впровадження поступових змін в системі управління. Рисунок 1.4 ілюструє типовий перебіг процесу управління змінами в організації.

Як видно на рис. 1.4, процес структурних змін включає в себе значну частину необхідної роботи.

Виділяють три основних типи змін, пов'язаних з розвитком бізнесу:

розвиток змін - відноситься до моменту, коли ви визнаєте ситуацію, яку не потрібно повністю усувати, а потрібно поліпшити.

Іноді відповіді на ці запитання можна знайти, внісши просту зміну, яка вносить зміни. Проміжні зміни відбуваються, коли компанія намагається запровадити нову «фазу» своєї організації. Ви можете додати нову послугу, змінити процеси або зробити щось просте (або складне), наприклад: перенести свій бізнес у нову будівлю. Під час цих змін важливо мати хороший контроль над своїми співробітниками протягом визначеного та контрольованого періоду часу. Трансформаційні зміни часто є результатом трансформаційних змін. Іноді, коли ви переходите до нової фази зростання компанії, потрібні нові політики та процедури. Часто ці потреби виникають дуже несподівано, тому потрібно бути пильним під час перехідного періоду, щоб мати можливість швидко відреагувати в разі потреби.

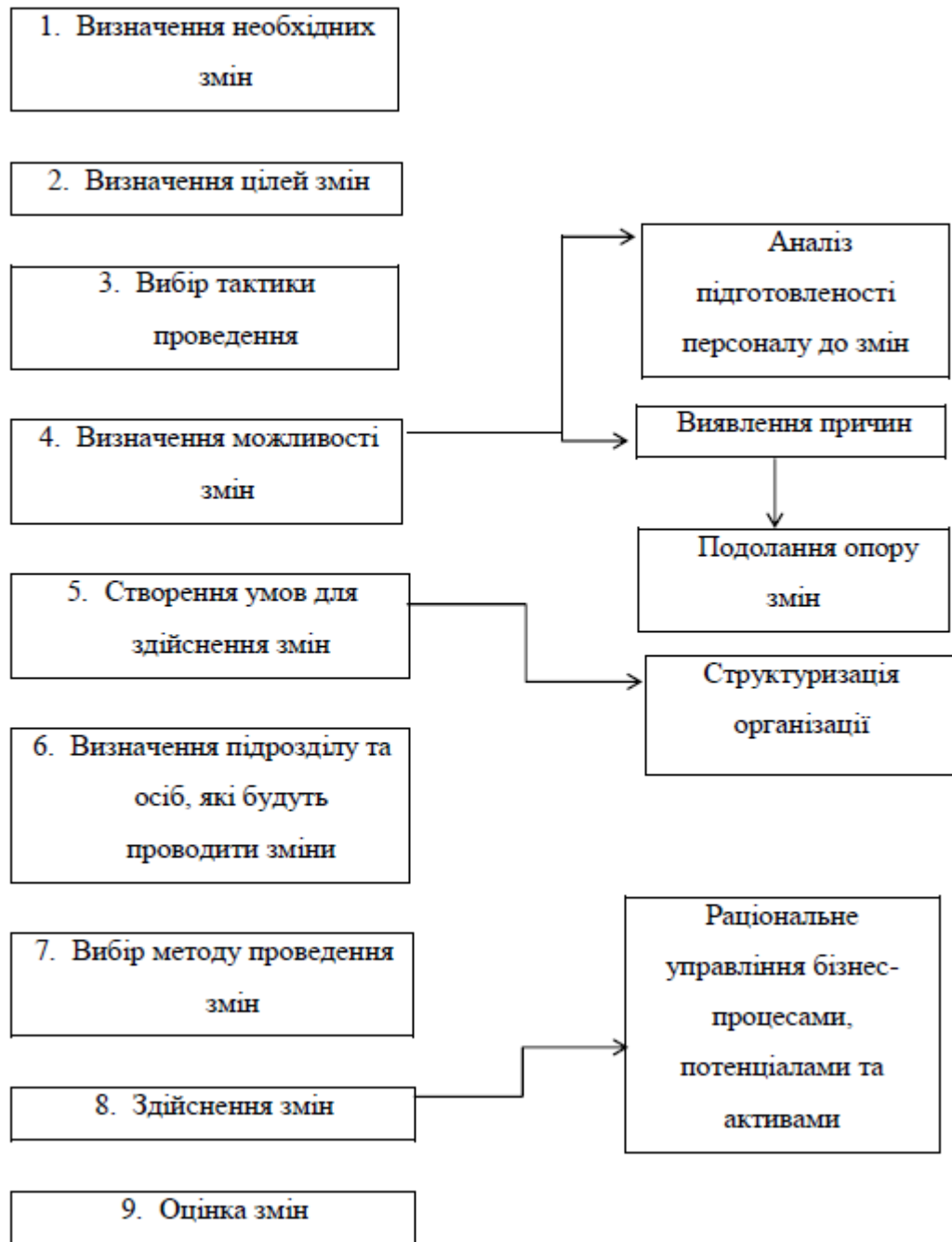


Рис. 1.4. Процедури управління змінами

Примітка. Створено автором

Розглянемо найбільш поширені моделі управління змінами [21;53]:

Модель змін Курта Левіна. Він виділив основні кроки в процесі структурних змін:

«Розморожування». На цьому етапі членів організації інформують про поточну ситуацію, щоб «струсити» їх і спонукати усвідомити необхідність змін. Знову ж таки, слід надати інформацію про методи вдосконалення та їх можливі

наслідки.

«Рух». На цьому етапі вживаються заходи щодо зміни взаємин між співробітниками і підрозділами.

«Розморожування». Ось кроки, зроблені для того, щоб підкріпити те, що змінилося. Співробітники повинні бути переконані в успішності новизни, впроваджувати нові методи і підтримувати їх використання» [21].

В основі моделі лежить аналіз факторів (сил), які можуть сприяти зміні або, навпаки, уповільнювати її. Вважається, що в будь-якому випадку існують дві групи сил: рушійні сили і підтримуючі сили, причому ці сили можливі як всередині організації, наприклад, в поведінці людей, в ресурсах, так і зовні - в процесах, що відбуваються в країні. Структура моделі показана на рис. 1.5.

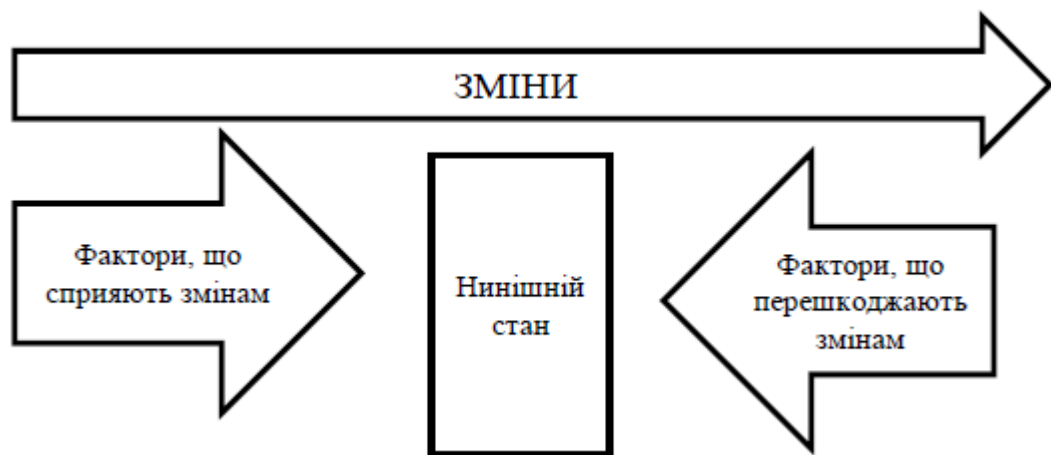


Рис. 1.5. Модель зміни поля продуктивності

Примітка. Створено автором за [21]

«Модель ADKAR (Awareness Desire Knowledge Ability Reinforcement) – це практична модель змін, яка складається з п'яти кроків для усвідомлення необхідності змін» [21]. У цьому пункті описуються передумови для змін; бажання і воля до змін. На цьому етапі було прийнято рішення підтримати певні зміни, яких можна досягти лише за умови їх розуміння, щоб дізнатися, як можна змінитися. Цей крок генерує знання про те, як потрібні зміни, а також знання, навички та компетенції, необхідні для змін. Етап покликаний продемонструвати зручність використання та привабливість змін, а також виявити бар'єри, які можуть стати на заваді змінам. Забезпечте управління змінами. Їх стабільність і прийняття

досягається за допомогою зворотного зв'язку, бонусів, оцінки ефективності та поліпшень.

«Модель EASIER – це модель управління змінами, яка використовується для аналізу бюджетів і застосовується в складних ситуаціях змін» [21].

Перераховані визначення поняття управління організаційними змінами є найбільш поширеними. Більшість концепцій описують послідовність і зміст фаз організаційних змін, але їх практична корисність дуже обмежена. Деякі з них мають на меті виявити причини відмови від змін та описати стан своєї готовності.

Таким чином, «зміну можна визначити як перехід на новий етап якісного розвитку організації, що дозволяє розширити поняття конкурентної переваги та вивчити потенціал окремих співробітників та підрозділів організації для досягнення нової позиції на ринку товарів/послуг та значно збагатити культуру та філософію компанії» [21]. Залежно від обсягу та характеру зміни варіюються від незмінної функції до повної реструктуризації після того, як відбудеться його фундаментальна зміна. Будь-який тип змін обумовлений змінами, що відбуваються у зовнішньому середовищі, а також сильними і слабкими сторонами самої організації.

Для продовження господарської діяльності необхідно використовувати моделі, що відповідають проекту та наявним можливостям, обраному шляху (революційна чи еволюційна зміна), розміру та обсягу запропонованих змін. Тому краще всього використовувати різні види в залежності від ситуації.

1.2. Методичні засади ефективності управління змінами в закладі охорони здоров'я

У сучасних умовах розвитку зміни є необхідною умовою економічного зростання та функціонування закладу охорони здоров'я. Для того, щоб якнайкраще впровадити зміни в закладі охорони здоров'я, необхідно «оцінити правильність ефективності змін, тобто оцінити їх ефективність та вплив на політику медичного закладу, на фінансове становище закладу та на його конкурентоспроможність» [21]. В умовах ринкової економіки метою будь-якої організації є забезпечення

ефективного управління змінами, оскільки це забезпечує належне функціонування та сталий розвиток усіх організаційно-економічних відносин.

Успіх змін у закладі охорони здоров'я – це «здатність організації впровадити зміну та досягти визначених цілей змін із найкращим співвідношенням результату до витрат» [21].

Ефективність управління змінами – це «результат функціональності системи управління змінами, що забезпечує досягнення цілей закладу охорони здоров'я, які залежать від пропорційного впливу впровадження інвестицій у системи управління змінами та змінами в медичному закладі» [4].

В економічній літературі виділяють три методи вивчення ефективності змін на підприємстві: цілеспрямований, систематичний і конкретний. *Об'єктивний підхід* передбачає визначення ефективності змін на основі здатності організації досягати заздалегідь визначених цілей змін. *Системний підхід* підкреслює внутрішні особливості організації і використовує способи підтримки відносин між учасниками змін, а не підтримки цілей. Розподіл внутрішніх ресурсів, визначення відносин звітності та протоколів між суб'єктами змін відіграють ключову роль, тоді як оцінка витрат відходить на другий план. *Селективний підхід* «використовує критерії, які відповідають «стратегічним аспектам» змін, і заперечує, що про ефективність змін можна судити виключно на основі заздалегідь визначених критеріїв або системних характеристик» [8].

Кожен підхід має певні переваги і недоліки, так що оптимального результату можна досягти тільки при збалансованому поєднанні трьох підходів, де недоліки одного можуть бути переважені перевагами іншого. Розрізняють такі види ефективності змін: «внутрішня, зовнішня, загальна, ринкова, стратегічна (цілі), вартість, операція, ефективність інноваційного проекту» (рис. 1.6) [11, с. 117-134].

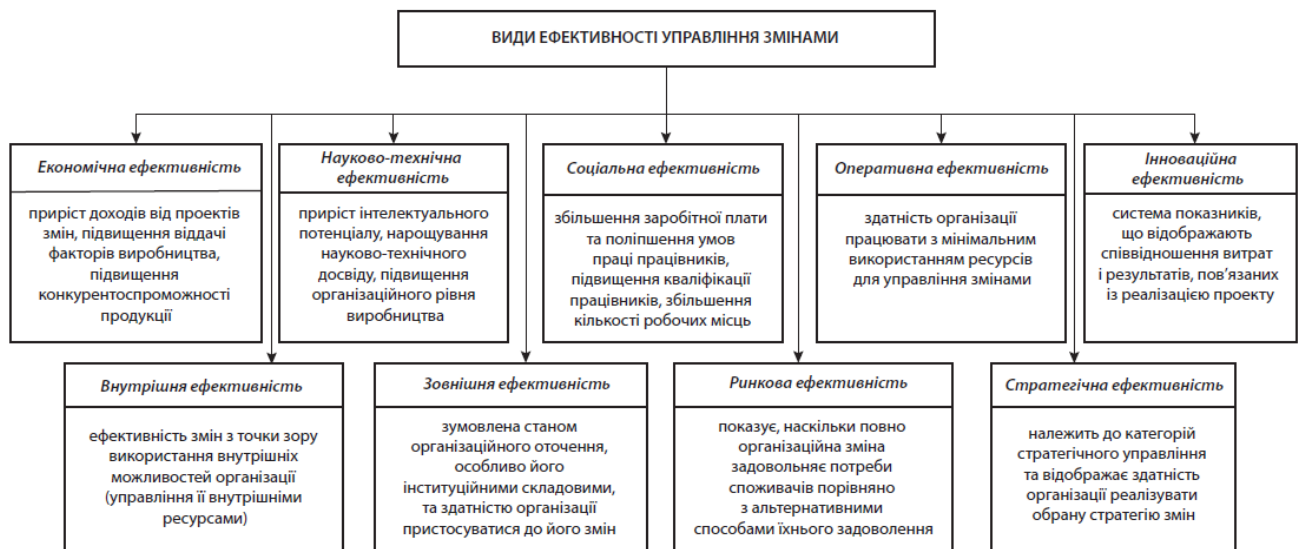


Рис. 1.6. Категоризація ефективності змін у компанії

Примітка. Сформовано автором за [11]

Внутрішня ефективність змін - це їх ефективність у використанні внутрішніх можливостей організації (управління її внутрішніми ресурсами). *Зовнішня ефективність* – коли йдеться про використання зовнішніх можливостей компанії. *Загальний успіх* змін – це поєднання внутрішньої та зовнішньої ефективності. Висока загальна ефективність змін може бути досягнута за допомогою гнучкої системи управління бізнесом, яка дозволяє швидко розподіляти свої ресурси відповідно до змін зовнішнього середовища. *Ефективність змін на ринку* - це ефективність, яка показує, наскільки зміна відповідає потребам споживачів в порівнянні з іншими способами їх задоволення. *Ефективність стратегічних змін* відноситься до категорій менеджменту і відображає здатність компанії реалізувати обрані стратегії змін. «*Операційна ефективність змін* відображає прибутковість коштів, що використовуються для перетворення ресурсів у виробничий процес компанії. Ефективність інноваційного проєкту характеризується системою показників, що відображають взаємозв'язок між вартістю і якістю, пов'язаної з реалізацією *конверсійного проєкту*» [15, с. 268-269]. Класифікацію ефективності змін доповнюють такі види: соціальна ефективність змін, економічна ефективність змін, науково-технологічна ефективність змін (див. рис. 1.6).

Основне завдання менеджера змін - зробити раціональну оцінку ефективності управління змінами в компанії. Такі оцінки можуть визначатися різними показниками, тому єдиного критерію їх визначення не існує.

Основні методи, що використовуються на практиці для оцінки ефективності управління змінами, різні: «метод спостереження, еталонні тести, експертна оцінка, оцінка реалізації цілей і завдань організаційних змін та ін. Найбільш поширеними моделями оцінки ефективності змін в організації є: критерії конкурентоспроможності; загальна ефективність діяльності організації» [18].

Оцінка ефективності управління змінами визначається не тільки факторами, пов'язаними із зовнішнім середовищем організації. Перш за все, ефективність управління змінами залежить від дій співробітників бізнесу компанії, від виконання заздалегідь випереджених планів і планів розвитку бізнесу, а також від процесу досягнення конкретної мети.

Зовнішня ефективність управління змінами формується тим, як досягаються цілі та впроваджуються зміни в компанії. Внутрішню ефективність можна охарактеризувати інтегральним показником економічної ефективності управління змінами.

Комплексний підхід до оцінки ефективності управління змінами «ґрунтується на побудові інтегрального показника, що включає кілька частин (економічність, ресурсоефективність, а також характерні свідчення соціальних, наукових, технологічних та екологічних наслідків управління змінами організації) та свідчення ефективності управління змінами» (рис. 1.7) [23].

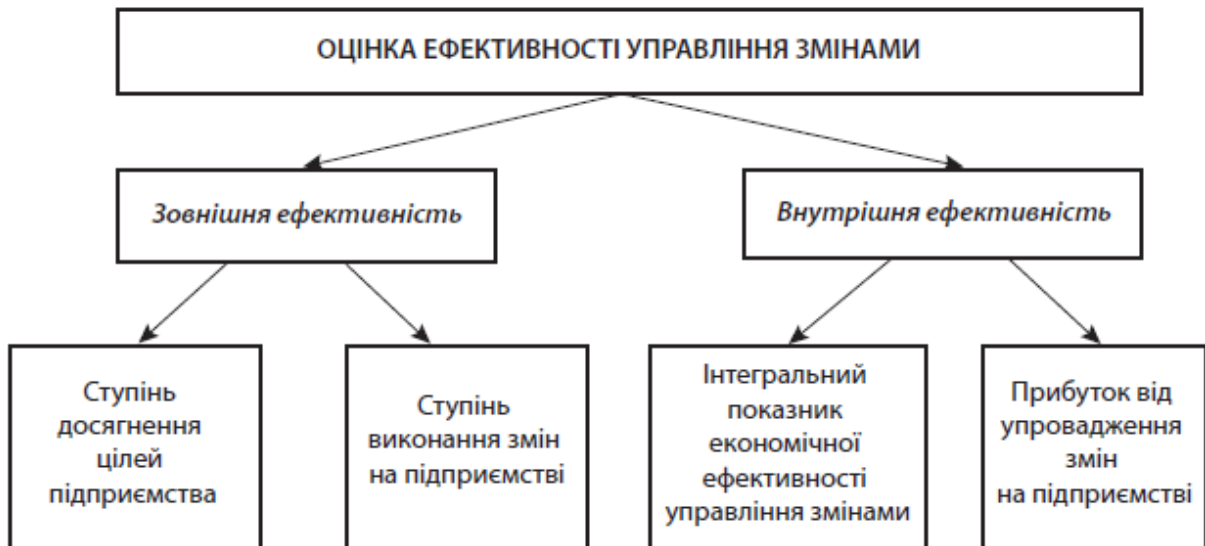


Рис. 1.7. Оцінка ефективності управління змінами

Примітка. Створено автором [23]

Цілісний підхід виявився одним із шляхів подолання головної помилки в переважній більшості свідчень про ефективність управління змінами - неможливості відобразити різні результати управління змінами в цілому. Це спроба оцінити ефективність управління за допомогою узагальнень, які охоплюють кілька важливих аспектів управлінської діяльності підприємства. «Основна формула розрахунку інтегральної міри ефективності управління змінами (W) виглядає наступним чином» [26, с. 31]:

$$W = f(P_1, P_2, P_3, P_4, P_5), (1,1)$$

де P_1, P_2, P_3, P_4 і P_5 - субіндикатори ефективності управління змінами, тобто економічні, ресурсні, соціальні, інноваційні та екологічні аспекти впливу управління змінами компанії.

«Оцінка ефективності змін у вашій організації є одним із найважливіших кроків у процесі управління змінами. Таким чином, обґрунтованість остаточного рішення залежить від якості оцінки» [8].

Коли справа доходить до основ оцінки ефективності керування конверсіями, використовується кілька методів умовної атрибуції для тих, хто застосовує оновлення, і тих, хто цього не робить.

Метод приросту капіталу (*NPI*), метод прибутковості (*PI*), метод внутрішньої норми прибутковості (*IRR*) і дисконтований період окупності (*RPP*).

До методик, в яких не використовується термін дисконтування, відносяться: метод визначення термінів окупності (*ПП*); метод, що використовується для визначення середньої рентабельності інвестицій (*ARR*).

Наразі не існує універсального підходу до оцінки ефективності управління змінами. Зміни в бізнесі часто потребують значного часу, щоб показати свою ефективність. Це особливо стосується змін в управлінні, які впливають на багато аспектів діяльності компанії, таких як організаційна структура, корпоративна культура, системи управління якістю та людськими ресурсами. Такі зміни мають довгий термін окупності і потребують великих інвестицій.

Крім того, зміни в бізнесі пов'язані з високим рівнем невизначеності та ризику, оскільки процес планування та реалізації змін може тривати довго, а зовнішнє середовище може швидко змінюватися. Це утруднює оцінку та прогнозування результатів змін на початкових етапах.

Одним з найбільших викликів для управління змінами є опір змінам з боку співробітників. Опір змінам є соціально-психологічним явищем, яке виникає через консервативну природу людей, їх бажання зберегти стабільність, а також їх страх перед невідомим, втратою або поганими наслідками змін. Подолання опору змінам є ключовим фактором успішності управління змінами. Опора змінам робить управління змінами не просто одним із завдань менеджера, а окремою галуззю знань.

Опір змінам - це типова реакція працівників на процес трансформації, коли вони намагаються запобігти, затримати або ускладнити його реалізацію. Багато хто вважає опір змінам за повністю негативний фактор, який заважає успішному впровадженню змін і управлінню ними. Проте це не зовсім вірно. Опір змінам також може бути корисним, оскільки він дозволяє ініціаторам і посередникам змін побачити позицію противників, розкрити ризики, знайти слабкості в проекті змін, розглянути існуючі альтернативи, оцінити «вартість і вигоду» і, таким чином, вдосконалити систему управління змінами для покращення її ефективності.

Варто враховувати, що співробітники компанії реагують і протидіють тим змінам, які безпосередньо стосуються їх роботи, доступності і функціонування команди. За той час як зміни у внутрішньому або зовнішньому оточенні організації, якщо вони не мають впливу на роботу і ситуацію співробітників, зазвичай сприймаються працюючими як більш нейтральними і викликають значно менший опір, що слугує додатковим фактором при управлінні змінами

Розпізнавання та подолання опору змінам у вашій організації має включати кілька ключових кроків. Перш за все, це рішення про вироблення ставлення співробітників. Залежно від того, наскільки люди хочуть щось змінити у своєму житті або, навпаки, намагаються стабілізувати своє існування, їх можна розділити на консервативних, реалістичних і консервативних. У той час як більшість співробітників, а особливо формальні і неформальні лідери соціальних груп колективу, є традиціоналістами, опір зазвичай досить високий і в процесі впровадження змін виникають різні ускладнення. Якщо більшість робочої сили є лібертаріанцями, це спрощує реалізацію змін, але дещо зменшує критику в оцінці ефективності трансформації. У той час як більшість співробітників прагматичні, змінотворці можуть розраховувати на збалансований погляд на доцільність трансформації та конструктивні підходи до реалізації.

Важливим кроком у побудові ефективної системи управління змінами є виявлення причин виникнення опору. Такі причини можуть бути на індивідуальному та колективному рівні (окремі соціальні групи та інститути в цілому), технологічному, політичному, культурному, психологічному та іншому.

«Кожна зміна в компанії завжди відзначається опором. Однак опір різним змінам неоднаковий. Щоб впроваджувати інновації більш економічно ефективно та результативно, важливо подбати про те, щоб передбачити та подолати опір змінам.

Опір - це своєрідна реакція на зміни в організації, викликані певними технічними, діловими, психологічними і культурними факторами» [21].

Щоб керувати процесом змін, незважаючи на опір робочої сили, керівник повинен мати чіткі цілі, які інтегровані в стратегію розвитку компанії.

Іноді важко подолати опір змінам. Однак важливо постаратися впровадити

зміни. Управління стійкістю змін в організації має включати кілька рівнів: забезпечувати підтримку всіх владних груп в організації; формування стилю керівництва; визначте точки стабільності, які були створені до змін, і створить відчуття невдоволення поточним станом компанії. Залучення співробітників до планування та впровадження змін, створення систем винагороди для підтримки змін; надати час і можливість дистанціюватися від стереотипів минулого; формування чіткого уявлення про майбутнє становище компанії та уваги всіх співробітників до цієї компанії; розробка конкретних планів переходу; створюйте систему зворотного зв'язку при виникненні змін.

Цим крокам має передувати всебічний аналіз організаційної культури управління змінами. У фокусі цього аналізу має бути: оцінка персоналу, виявлення працівників, які бажать і здатні виступати агентами змін; аналіз формальних каналів комунікації, аналіз задоволеності співробітників поточною ситуацією і суб'єктивного розуміння (усвідомлення) необхідності трансформації, перебудови неформальної структури компанії, виявлення керівників, ставлення до потенційних змін; визначення оптимальної системи, формалізація системи управління змінами в компанії.

Тому ефективне управління стійкістю змін в організації має включати аналіз компонентів, пошук порушень у цінностях та концентрацію зусиль на їх усуненні.

Тісний взаємозв'язок між організаційною культурою і змінами впливає на співробітників, формує їх поведінку і залучає до реалізації стратегічного плану. Ці ефекти виникають двома шляхами:

- 1) «культура створює неформальні правила, вимоги до керівництва та атмосферу, яка підвищує ефективність роботи компанії та спонукає її до змін;
- 2) корпоративна культура навчає та мотивує людей ефективно впроваджувати зміни та сприяє сприйняттю працівниками бачення та цілей компанії» [15].

Щоб зцілити культуру, викоринити старі традиції та створити нові, які підтримують інновації, лідер повинен вжити узгоджених дій протягом тривалого часу.

Формування і зміна організаційної культури відбувається під впливом багатьох факторів (внутрішніх і зовнішніх), які умовно можна розділити на важливі і менш важливі.

Основні моменти включають: точки уваги; реакція керівництва на критичні ситуації, що виникають в організації; ставлення до роботи та стиль керівництва; відправну точка для відбору, призначення, просування по службі та припинення діяльності компанії.

До групи додаткових відносяться: структура організації; системи передачі інформації та організації процедур, дизайну екстер'єру та інтер'єру та оздоблення приміщень, в яких розташована компанія; міфи та історії про важливі події та людей, які відігравали і продовжують відігравати ключову роль у житті організації.

Основними причинами резистентності є: звикання до поточного способу ведення справ; боязнь непередбачуваності подій; особиста зацікавленість працівника в недопущенні зміни, ризик втрати соціальних відносин і взаємодії з працівником в результаті впровадження зміни, нерозуміння суті і оцінки наслідків зміни; нестача ресурсів, у тому числі пунктуальність для впровадження змін, недовіра співробітників до керівників команд та керівників змін; недостатнє усвідомлення природи та очікуваних наслідків зміни, втома від процесу змін; негативний досвід минулих змін і т.д.

Наступним кроком у розробці ефективних стратегій подолання опору змінам є визначення форм і способів прояву. Таким чином, опір може бути формально чітким або прихованим, активним або пасивним. Основними стратегіями протидії змінам є: заперечення проблем, на які спрямовані зміни; заяви про те, що подібні зміни вже відбулися в організації і не досягли очікуваних результатів, байдужість до процесу і наслідків зміни; сумніви у здатності компанії впровадити зміни; що продемонстровано нездатність і здатність впровадити зміни; внесення змін до пропозицій щодо запровадження таких змін тощо. Визначення найбільш ефективних стратегій їх подолання залежить від форм і способів прояву опору.

Ключові стратегії подолання опору змінам включають:

1. «Розширена інформація, актуальна у разі неповної або неточної

інформації про суттєві та очікувані результати змін, дозволяє сформувати ефективну команду змін, але потребує багато часу на виконання;

2. залучення співробітників до впровадження змін, що сприяє формуванню почуття власної значущості та дозволяє підвищити свою активність;

3. підтримувати та допомагати працівникам краще адаптуватися до нових умов праці та зменшувати страх невизначеності;

4. переговори та домовленості, які дозволяють краще оцінити інтереси співробітників, але можуть призвести до збільшення часу та ресурсів;

5. ставлення та співпраця, що може спростити процес та зменшити витрати на впровадження змін, одночасно викликаючи невдоволення та навіть гнів серед співробітників;

6. чіткий і непрямий примус, який, уможливлуючи швидке і відносно недороге впровадження змін, викликає невдоволення у працівників і перешкоджає розвитку командних ініціатив» [50].

Вибір того чи іншого підходу залежить від багатьох факторів: стилю керівництва, типу керівника, настрою в колективі, наявності ресурсів для реалізації зміни, її терміновості, ефективності та інших характеристик. Пошук оптимального підходу до подолання опору відіграє ключову роль у побудові ефективної системи управління змінами всередині компанії.

Висновки до розділу 1

Сьогодні очевидно, що організаціям охорони здоров'я необхідно час від часу вносити зміни у свою діяльність, щоб вижити на ринку та зберегти конкурентоспроможність. Крім того, потреба в змінах виникала настільки часто, що її вплив на роботу закладу охорони здоров'я вже не вважається винятком. У практиці та дослідженнях все більше уваги приділяється аналізу змін та можливостям управління змінами.

Здатність справлятися зі змінами обумовлена людським фактором, який включає зміну можливостей, поведінки за допомогою технічного навчання, підготовку до міжособистісної або групової взаємодії, мотивацію, лідерство,

оцінку якості роботи, навчання керівників, групове навчання, реалізацію стратегій підвищення задоволеності працею, поліпшення якості зайнятості. Потреба в управлінні змінами ґрунтується на прагненні досягти цілей розвитку організації охорони здоров'я. У міру розвитку внутрішнього та зовнішнього середовища діяльності комунікаційних систем та організаційних можливостей необхідно знайти такі механізми, щоб впоратися зі змінами та розвитком, що призведе до більшої ефективності його діяльності. За таких обставин доцільно зазначити, що ефективно впровадження змін неможливе без контролю.

Дослідження показало, що зміни можна визначити як перехід до нового етапу якісного розвитку організації, що дозволяє розширити поняття конкурентної переваги та переоцінити потенціал окремих співробітників і підрозділів організації, досягти нового становища на ринку продукції та послуг, а також значно збагатити культуру та філософію компанії.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка змін в контексті покращення якості послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Хоча реформа охорони здоров'я в Україні зосереджена насамперед на охороні здоров'я, вона впливає на всі рівні охорони здоров'я. Сьогодні госпітальна медицина є найбільш ресурсомістким сегментом галузі, в якому зосереджено до 80% ресурсів охорони здоров'я та планування. У лікарнях зосереджено найсучасніше медичне обладнання, активно впроваджуються та використовуються новітні лікувально-діагностичні технології. У зв'язку з цим раціоналізація та дбайливе використання ліжкового фонду має стати однією з головних передумов підвищення якості та ефективності медичної допомоги в рамках реформування системи охорони здоров'я в Україні.

«Успішний досвід удосконалення європейських систем охорони здоров'я свідчить про необхідність ретельного первинного аналізу стану сектору та прогнозування можливостей успішної імплементації новітніх правил» [56]. Це особливо важливо в умовах обмежених ресурсів для сектору охорони здоров'я.

Будь-яка реформа системи охорони здоров'я спрямована на створення необхідних умов для реалізації основних завдань охорони здоров'я: клінічної ефективності, економічної ефективності, легітимності, доступності для всіх категорій громадян та задоволення їх очікувань. Насправді якість медичної допомоги безпосередньо залежить від виконання та відповідності вищезазначеним критеріям.

Аветіс Донабедіан заслуговує на похвалу за його здатність спростити концепцію якості в медичній допомозі до трьох критеріїв, зрозумілих для всіх: структура, процес і результат. Він стверджував, що «хороша структура збільшує ймовірність хорошого процесу, а хороший процес збільшує ймовірність хорошого результату» [51].

Модель системи ЯМД, згідно з принципами А. Донабендіана, являє собою досить складний багатовимірний об'єкт з декількома характеристиками, який відрізняється динамічним внутрішнім змістом. Дана модель вводить об'єктивні і суб'єктивні аспекти поняття якості [51].

Досвід Клінічної лікарні «Феофанія» може слугувати прикладом успішного впровадження організаційних, інноваційних та організаційних змін для реструктуризації медичного закладу.

У зв'язку з необхідністю підвищення якості надання медичної допомоги, більш ефективного використання ліжок та впровадження в роботу лікарні сучасних медичних досягнень, заснованих на доказовій медицині, адміністрація Феофанської клінічної лікарні у 2006 році прийняла рішення про реорганізацію закладу. Складено комплексний план, який враховує зміни в організації інституту, а також у процесі та організації лікування [36].

Клінічна лікарня «Феофанія» – це «сучасна, багатопрофільна навчальна лікарня. До реорганізації структура інституту складалася з 15 спеціалізованих медичних служб та 6 діагностичних підрозділів (функціональної діагностики, лабораторії, УЗД, ендоскопічного, рентгенологічного, патологоанатомічного та анатомічного обстеження). Лікарня на 550 ліжок складалася з лікувальних та хірургічних ліжок у співвідношенні 2,5:1. Основні показники функціонування лікарні показали реальний потенціал для значної раціоналізації за умови відповідних змін у організації та організації діяльності інституту» [36].

Наголошуючи на необхідності імплементації європейського досвіду в роботу медичних закладів, у 2007 році було розпочато реалізацію довгострокової програми співпраці між клінічною лікарнею «Феофанія» та Університетським медичним центром Фрайбурга в Німеччині (далі – Університетська лікарня). «Метою його співпраці було навчання медичних фахівців у клінічній лікарні «Феофанія» на базі цієї клініки, переймання сучасного досвіду планування лікувально-діагностичного процесу, розміщення, блоків та впровадження алгоритмів забезпечення комплексної медичної допомоги для адаптації її до сучасних європейських стандартів» [36].

Першим етапом цієї співпраці було дослідження статистичних показників діяльності у співпраці з фахівцями Університетської лікарні, вивчення та оцінка структури та роботи структурних підрозділів, їх персоналу та технічної допомоги в клінічній лікарні «Феофанія», потім було розроблено та прийнято чіткий план навчання, а також внесено відповідні пропозиції щодо збільшення потужності лікарняних підрозділів та підвищити якість роботи лікарні. медичні та професійні навички.

Паралельно з технічною реконструкцією палат та перебудовою окремих приміщень проводилася перебудова структури клінічної лікарні «Феофанія», а будівлі поступово відновлювалися. «З огляду на профіль відділення, зміна була зумовлена значним скороченням втраченого часу на госпіталізацію між візитом та підставою для лікування, особливо у хворих з гострими захворюваннями (ГРЗ, інфаркт міокарда тощо). Примітно, що були розширені всі двері і зрівняні підлоги в коридорах і палатах, щоб забезпечити швидке і безперешкодне транспортування пацієнтів на ношах» [36]

Для уніфікації лікування та діагностики в лікарні було розроблено та затверджено локальні протоколи медичної допомоги для всіх структурних одиниць, враховуючи кадровий склад, обладнання та ресурси несучих модулів на основі медичних стандартів, які встановлено МОЗ України. Було організовано ряд медичних конференцій, де обговорювалися не тільки зміст кожного локального протоколу, але й алгоритми їх впровадження та контролю за дотриманням.

Планово-фінансовий відділ лікарні розрахував вартість медичних послуг на основі впровадження «локальних протоколів з розрахунками витрат» на діагностику та лікування нозологій, які доставляли пацієнтів до лікарні протягом року. Поділ лікувально-діагностичного процесу на окремі складові реалізується відповідно до передових локальних протоколів, що в майбутньому дасть можливість на основі проведеного аналізу визначити «фінансове забезпечення лікувально-діагностичного процесу, внести відповідні зміни та впровадити платні послуги для пацієнтів, які потребують високоспеціалізованої медичної допомоги та не прив'язані до керованих медичних закладів, пов'язаних з управлінням держави»

[36].

З іншого боку, фахівці Центру здоров'я університету організували серію майстер-класів та телемоств, у яких взяли участь не лише працівники лікарні, а й фахівці інших медичних закладів.

Особливий акцент було зроблено на якості медичної допомоги.

Встановлено було систему контролю якості медичної допомоги на трьох рівнях: на рівні завідувача відділення, на рівні заступника головного лікаря відповідного формату та на рівні Комісії з якості медичної допомоги (колегія, що складається з усіх заступників начальника та у присутності завідувача будівлі – інспекції їх діяльності). Розроблено та впроваджено показники якості медичної допомоги для моніторингу роботи лікарів, протокол перевірки якості обстеження та лікування кожного пацієнта, анонімне анкетування.

«Протокол перегляду якості медичної допомоги включає такі оцінки (у %):

- Оцінка рівня аналізу (ДО);
- Діагностична оцінка обсягу вимірювань (DLS)
- оцінка обсягу терапевтичних заходів (OL3);
- Оцінка ускладнень (ТО)
- Результат лікування (ТПР)
- Загальна оцінка якості медичної допомоги» [36].

Координація, керівництво та контроль цієї діяльності буде доручено одному з помічників інспектора, а інформація з цих питань буде регулярно заслуховуватися на зустрічах персоналу з головним лікарем та на лікарняних конференціях.

Переглянуто структуру клінічної лікарні «Феофанія». Співвідношення ліжок в операційній (550) зросло до співвідношення 2:1. «Кількість медичних підрозділів у лікарні зросла до 27, діагностичних служб – 8, 9 - лікувально-допоміжних служб, функціонують 5 діагностичних підрозділів. Кількість ліжок, розділених на три відділення анестезіології, інтенсивної терапії та інтенсивної терапії, збільшено до 33. Були відкриті сервіси та центри, яких не існувало до реструктуризації – хіміотерапія, судинна неврологія, ендокринологія, ревматологія, нефрологія, центри захворювань шлунково-кишкового тракту та печінки, гострої коронарної

недостатності та серцевих аритмій, хронічної ішемічної хвороби серця та кардіореабілітації, загальної нейрохірургії, загальної та ендоскопічної торакальної хірургії, інтервенційної кардіології, нейрорентгенографії, інтервенційної, ендоскопічної та загальної хірургії, судинної хірургії, мікрохірургії та багатьох інших» [36].

Медичний корпус, в якому знаходиться Центр нейрохірургії та нейроваскулярної патології, загальної неврології та нейрореабілітації, обладнаний комп'ютерним томографом та МРТ-сканером, обстеження яких є обов'язковим при підозрі на гострий інсульт. «Переведення пацієнтів з клінічної лікарні «Феофанія» здійснюється амбулаторною бригадою з обов'язковим попереднім повідомленням приймального відділення клінічної лікарні «Феофанія» [36]. Завдяки такій медикаментозній структурі лікування, обстеження пацієнта проводиться протягом перших 15-20 хвилин за діагностичним алгоритмом ГПМК (КТ, МР/В/В/В КТ, IV МП-ангіографія) та з урахуванням часового фактора нейровізуалізації. Після госпіталізації цих пацієнтів до інсультного відділення пацієнти отримують медичну допомогу від спеціалістів мультидисциплінарної команди лікарів. Аналогічно за обсягом та ефективністю невідкладної медичної допомоги вона надається «пацієнтам з гострою коронарною недостатністю та аритміями, а також гострим інсультом, в інтервенційних кардіологічних та нейрорадіологічних центрах, де нині широко застосовується ангіографічне обстеження хворих із супутніми стентами, за показаннями, внутрішньо- та екстракраніальних коронарних артерій» [36].

Ще одним ключовим досягненням реструктуризації стала можливість використовувати ліжковий фонд для платних послуг для скринінгу та лікування пацієнтів, не пов'язаних з медичними закладами, що перебувають в управлінні. В результаті вдалося поповнити значну частину спеціального бюджетного фонду лікарні та використати отримані кошти для фінансування позабюджетних видатків.

Зокрема, має бути збільшена наукова діяльність у клінічній лікарні «Феофанія». В результаті співпраці лікарів інституту з колегами в університетській клініці були впроваджені різні сучасні методи діагностики та лікування хворих,

результати яких вимагали діагностики, порівняльної оцінки та узагальнення. Ці результати та висновки були покладені в основу низки публікацій у фахових виданнях та презентацій на національному та міжнародному рівнях.

З кожним роком збільшується кількість аспірантів, які захищають кандидатську дисертацію. На сьогоднішній день штатний розпис «Феофанської клінічної лікарні» «налічує 3 доктора медичних наук, 29 кандидатів медичних наук. Над кандидатськими дисертаціями працюють 8 аспірантів. За 20-22 роки співробітниками лікарні захищено 2 докторські дисертації, опубліковано 2 наукові статті. 2 курси. 99 тез доповідей. 28 статей у зарубіжних журналах та 97 статей у вітчизняних журналах, 10 логічних пропозицій, 1 брошура та методичні рекомендації. 272 працівники лікарні брали участь у наукових об'єднаннях, конференціях, симпозіумах та з'їздах» [36].

Наразі триває понад чотирирічний процес реструктуризації лікарні для успішної та системної оптимізації надання медичної допомоги стаціонарним пацієнтам.

Завдяки попереднім розрахункам вартості, кількості та графіку її проведення, організація клінічної лікарні «Феофанія» показала потенціал ефективної впорядкування діяльності інституту з позитивним кінцевим результатом.

Скорочення витрат часу на обстеження хворих в умовах невідкладної допомоги, мультидисциплінарний підхід до надання медичної допомоги хворим, популяризація та раціоналізація лікувально-діагностичного процесу, використання передових медичних технологій, організація роботи організаційних підрозділів лікарні відповідно до вимог локальних протоколів надання медичної допомоги відповідно до медичних стандартів та діагностичного процесу Спільно з Міністерством охорони здоров'я України треступеневий контроль якості медичної допомоги та анонімні інтерв'ю з пацієнтами значно покращили якість медичної допомоги та ефективність роботи закладу. Це призводить до більш «ефективного використання постільного фонду, зниження смертності на 15% і скорочення часу сну пацієнта більш ніж на 5 днів. Кількість пролікованих пацієнтів за рік зросла на 45%» [36].

Надається всебічна підтримка для фінансування витрат на лікування та діагностику, з можливістю надання платних медичних послуг. Наявність коштів на спецрахунку агентства дає можливість розширити спектр діагностичних методів, впровадити сучасні терапевтичні методики, такі як коронарні та цереброваскулярні стенти, методи зовнішньої детоксикації, гемодіаліз, імплантація штучних водіїв ритму тощо.

Структура лікувального закладу Державної клінічної лікарні «Феофанія» після попереднього огляду його діяльності свідчить про потенціал правильного використання матеріалів, технологій та людських ресурсів, наявних у всіх медичних закладах лікарні. Водночас, підвищити якість медичної допомоги, що може зробити вагомий внесок у загальний досвід реформування системи охорони здоров'я в Україні.

2.2. Оцінка організаційного забезпечення управління змінами в закладі охорони здоров'я

В рамках тренінгового центру для медичних кадрів при клінічній лікарні «Феофанія» проводиться дослідження щодо організаційного забезпечення управління змінами в закладі охорони здоров'я.

Визначаючи цілі та кінцеві результати роботи навчального центру для медичних кадрів клінічної лікарні «Феофанія», державного управління та обґрунтування діяльності організації, ми відійшли від позиції врахування вимог системи управління якістю згідно з ДСТУ ISO 9001:2015 та ДСТУ ISO 15189:2015. «Відповідно до вимог системи забезпечення якості навчання - це процес створення і розвитку знань, умінь і навичок персоналу, придатного для виконуваної роботи. У цьому контексті підготовка лікувально-діагностичного персоналу та лабораторій клінічної лікарні «Феофанія» нерозривно пов'язана з вимогами певних професійних завдань» [36]. Для проведення якісних досліджень, випробувань та діагностики в клінічній практиці та лабораторіях необхідно використовувати сучасні методи, інструменти, технології та пристрої, які постійно оновлюються. Це вимагає від

фахівців постійного навчання, щоб підтримувати свої знання і навички на високому рівні.

Нова якісна структура медсестринства в медицині потребувала сучасних підходів до навчання нових навичок, умінь та компетентностей у фахівців охорони здоров'я. Це була важлива складова практичної та організаційної моделі медсестринства в Україні. Існуючі заклади вищої освіти не могли забезпечити цю потребу з кількох причин: по-перше, вони не мали достатнього розуміння специфіки закладу та його вимог; по-друге, вони не володіли необхідними компетенціями та навичками для застосування стандартів, таких як ДСТУ ISO 9001:2015 та ДСТУ ISO 15189:2015; по-третє, це вимагало значних ресурсів, як людських, так і фінансових; по-четверте, у них було обмежене число добре підготовлених фахівців.

У рамках реформи заклади охорони здоров'я мають надавати якісну медичну допомогу громадянам. Нові технології мають на увазі необхідність удосконалення знань, які необхідно підтримувати протягом всієї кар'єри.

Тому необхідність створення в клініці навчального центру для медичних працівників (на базі Клінічної лікарні «Феофанія») була обґрунтованою. Однак це передувало роботі з формулювання цілей та очікуваних результатів діяльності центру.

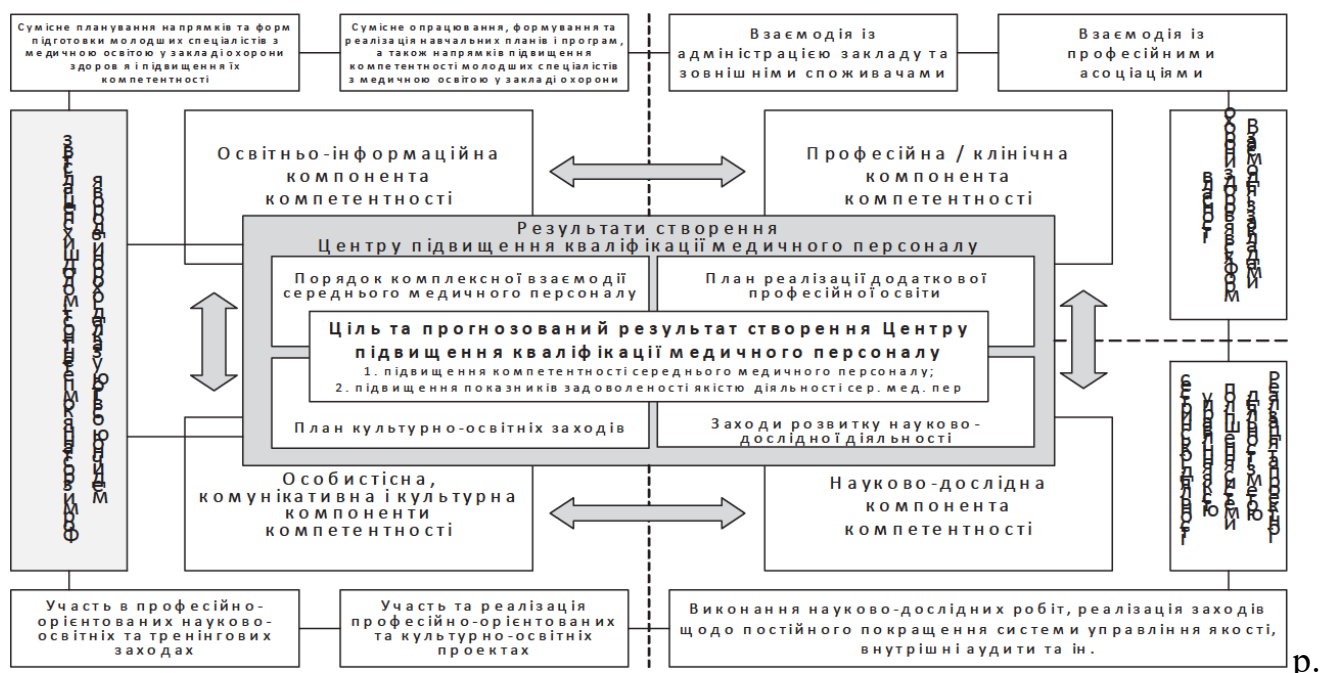
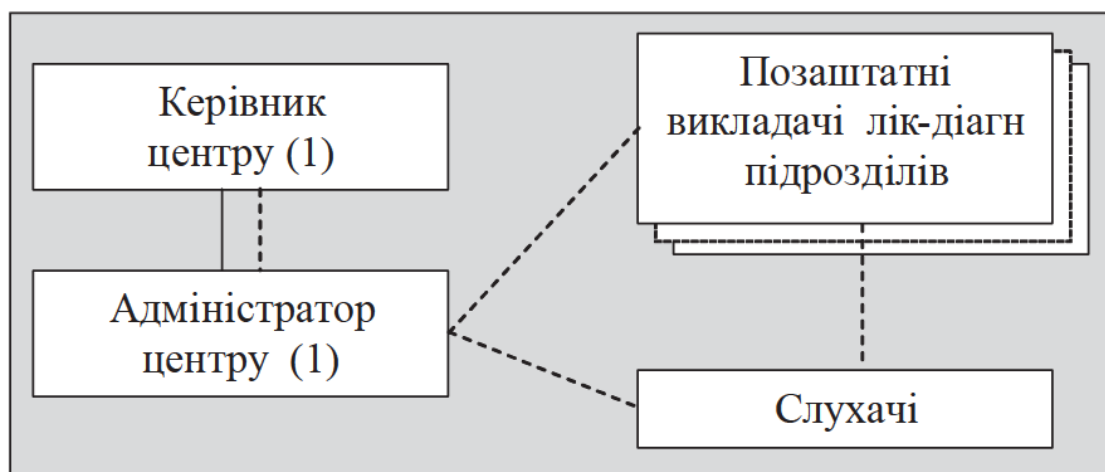


Рис. 2.1. Цілі та прогнозовані результати діяльності центру підвищення кваліфікації медичних працівників

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

Відповідно до визначених цілей та завдань ми розробили організаційно-кадрову структуру Центру безперервної освіти. У центрі працюють двоє чоловіків, а саме керівник та адміністратори є їхньою основною цільовою організаційною, координаторською та методологічною діяльністю (рис. 1). 2.2).

Заняття проводяться місцевою мовою відповідно до мовного законодавства України. Форма навчання – очна та дистанційна. Втручання в навчальному центрі для медичного персоналу проводиться відповідно до правил внутрішнього розпорядку Клінічної лікарні «Феофанія».



———— - Адміністративне підпорядкування;

----- - Функціональне підпорядкування

Рис. 2.2. Організація та кадрова структура Центру підвищення кваліфікації клінічної лікарні «Феофанія»

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

«Навчання на курсах проводять висококваліфіковані та кваліфіковані співробітники лікувально-діагностичних відділень інституту. Якісний склад колективу у 2018 році представлений 40 викладачами, з них 1 професор, 2 викладачі, 1 докторант та 7 студентів-медиків, 29 викладачів фахівців з вищою

освітою» [36] (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Динаміка професорсько-викладацького складу Центру безперервної освіти медичних працівників Клінічної лікарні «Феофанія» (2020-2022)

Характеристика позаштатних викладачів Центру	Роки		
	2020	2021	2022
професор	1	1	1
доцент	1	2	2
д.мед.н.	1	1	1
к.мед.н.	9	8	7
лікарі вища категорія	20	20	20
1 категорія	3	3	3
2 категорія	6	6	5
спеціалісти	6	3	1
Всього	47	44	40

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

«Практика центру реалізується відповідно до внутрішніх правил лікарні. Тривалість навчання за циклами реформ – 1 місяць (144 години). Центр РСМР організував 600 годин лекцій, 360 годин практики та 720 годин самостійності» [36].

У системі якості для підвищення кваліфікації молодого медичного персоналу клінічної лікарні «Феофанія» використовуються такі види навчання:

Формування. Вона проводиться за конкретними професійними планами. Йдеться про спеціалізацію. У більшості випадків такі тренінги проводять зовнішні агентства. Наприклад, навчання новим методам вимірювання відбувається в рамках програми післядипломної освіти в університетах. Навчання роботі на новому лабораторному, діагностичному або випробувальному обладнанні проводять постачальники обладнання тощо.

Стажування. Метою цього виду навчання є набуття досвіду. Персонал клінічної лікарні «Феофанія» (включаючи лабораторію) ефективно опановує теоретичні знання, отримані в рамках професійної підготовки. Професійне навчання може проходити як в діагностичних відділеннях і лабораторіях клінічної лікарні «Феофанія», так і в інших установах (спеціалізованих навчальних центрах, інших лабораторіях).

Наставництво. Співробітники розвивають свої компетенції, набуваючи досвіду і професійних навичок. Наставництво - це форма внутрішнього навчання,

яке проводиться найкращими фахівцями лікувально-діагностичних служб і лабораторій Клінічної лікарні «Феофанія».

Самостійна підготовка. Це один з найефективніших методів навчання, оскільки він дозволяє співробітникам отримати як теоретичні знання, так і практичний досвід. Для підвищення своєї кваліфікації працівники медичних служб та лабораторій клінічної лікарні «Феофанія» мають можливість використовувати різноманітні інтерактивні ресурси та електронні засоби, спостерігати за діяльністю досвідчених фахівців і т.д. Однак, головною умовою ефективності такого навчання є наявність внутрішньої мотивації. Цей вид навчання принесе бажаний результат тільки за умови, що спонукати співробітників до самостійного навчання.

Інструкція. Відноситься до виду короткочасних фізичних вправ. Він дозволяє ознайомити персонал лікувально-діагностичних служб та лабораторій клінічної лікарні «Феофанія» з конкретними завданнями та процедурами їх виконання. Уроки проводяться шляхом подальшого повторення отриманих знань. Такий іспит може бути теоретичним і практичним;

Обговорення. Цей вид навчання є сполучною ланкою між медико-діагностичним персоналом та лабораторіями клінічної лікарні «Феофанія». Система якості враховує це навчання, але, як правило, не регулює його проведення.

Враховуючи законодавство, що регулює діяльність центру, а також загальне визнання сертифікатів та дипломів, виданих студентам після закінчення навчання (за умови завершення підсумкової перевірки рівня знань), Клінічна лікарня «Феофанія» затверджена Міністерством освіти України на право провадження освітньої діяльності (Ліцензія АЕ серія No 285163 від 27.11.2013 р.); Крім того, «організація діяльності центру здійснювалася відповідно до Наказу про курси підвищення кваліфікації та підвищення кваліфікації молодих лікарів та провізорів (Наказ МОЗ No 198 від 07.09.1993 р.), наказу головного лікаря клінічної лікарні «Феофанія» РДА «Про функції Центру ПКМП» від 05.03.2012 р. та Положення від 05.03.2012 р. про Центр підготовки медичних працівників при клінічній лікарні» [36].

Відповідно до якісних і кількісних показників ефективності (див. таблицю

2.2) та виконання вимог Міністерства освіти України 05.06.2015 р. СМА Клінічна лікарня «Феофанія» зареєстрована в ЄДЕБО як вищий навчальний заклад.

У період з 2017 до 2022 функціональність показників ефективності центру продовжує зростати. З моменту заснування центру 545 молодих співробітників клінічних лікарень пройшли навчання за допомогою передсертифікаційних сесій та пакетів тематичного вдосконалення.

Таблиця 2.2

Динамічні показники ефективності Центри безперервної медичної освіти при Клінічній лікарні «Феофанія»

Групи курсантів	Категорія	Роки						Всього
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Медичні сестри	Без категорії	9	6	4	5	3	17	44
	2 категорія	5	3	7	2	2	7	26
	1 категорія	8	8	10	12	7	12	57
	Вища категорія	56	59	58	82	90	73	418
Лікарі **		-	-	-	15 ¹	53 ^{1 та 2}	79 ^{1 та 2}	133
Всього		78	76	79	116	155	188	692

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

«У 2020 році розпочато підвищення кваліфікації лікарів, і за три роки навчання 147 лікарів пройшли навчання за двома спеціальностями на локальну тематику з анестезіології та гінекології. Також слід зазначити, що збільшення кількості учасників курсу розвивалося позитивно. В даний час студенти розміщуються в листі очікування за 3-4 місяці, що свідчить про високий рівень підготовки на курсах» [36].

Ця гіпотеза підтверджується зібраними нами даними про ефективність показників тестування до та після партії, а також доказами для оцінки якості активності та задоволеності пацієнтів молодшим медичним персоналом, який навчається в центрі (табл. 2.3).

У таблиці 2.3 наведено докази соціального та медичного ефекту Центру безперервної освіти та навчання. Як видно з наведених вище даних, ми змушені оцінювати тестові показники до і після навчання, що дозволяє «отримувати і оцінювати зворотний зв'язок від учнів. Найбільш різюча різниця в результатах тестів від 5 до 6 рівнів була виявлена в 2017 році» [36].

Таблиця 2.3

Показники оцінки ефективності центру підвищення кваліфікації медичних працівників КЛ «Феофанія» ДУС (2017-2022 рр.)

Роки	Кількість слухачів	Показники тестування		Критерії оцінки якості діяльності	Задоволеність пацієнтів діяльністю (%)
		Перед циклом навчання	Після циклу навчання		
2017	78	87±5	94±6	87±3	89±5
2018	76	89±4	96±4	88±5	91±4
2019	79	89±4	96±3	88±4	90±5
2020	101	93±3	97±3	89±5	90±4
2021	102	94±3	97±3	93±3	91±5
2022	109	94±3	97±2	94±4	92±4

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

Минулого року відставання становило лише три бали. Слід зазначити, що тести, які використовуються для оцінювання рівня знань, постійно змінюються, тому адаптація учнів до типових питань відсутня. На додаток до навчальної програми, спрямованої на підвищення кваліфікації осіб, які здійснюють догляд, скринінговий центр постійно контролює якість діяльності та задоволеність пацієнтів. Як видно з наведених вище даних, ці показники з кожним роком збільшуються, що свідчить про те, що у всіх трьох сферах компетенції з'являються принципово нові установки.

Оцінка ефективності роботи центру була б неповною без фінансових показників діяльності. З моменту створення клінічного лікарняного центру «Феофанія» зекономило 690 080,00 грн на навчанні медичних працівників. (На підготовку 545 молодших медичних працівників за циклами передатестації та циклами тематичного розвитку (144 години) (станом на 2022 рік вартість підвищення кваліфікації молодих спеціалістів з медичною освітою з клінічної медицини (денна форма з дистанційною складовою навчання) становила): за спеціальностями: «Лікування», «Хірургія», «Хірургія» склала 5 520 грн) Водночас, слід зазначити, що досягнуто економії без шкоди для соціальної та медичної ефективності.

2.3. Оцінка моделі функціонування закладу з надання третинної медичної допомоги хворим

Центр судинної хірургії при клінічній лікарні «Феофанія» є прикладом успішної організації третинної медичної допомоги пацієнтам із судинними захворюваннями, які потребують оперативних втручань. Було зазначено, що невід'ємною складовою ефективності роботи цього закладу є високий рівень підготовки персоналу, застосування сучасних методів діагностики та лікування пацієнтів із судинною патологією та впровадження передових технологій у клінічну практику.

Питання громадського здоров'я мають вирішальне значення як на регіональному, так і на національному рівнях. На сьогоднішній день «кількість хворих з важкими судинними захворюваннями становить 27% хворих з серцево-судинними захворюваннями в населенні країни» [4]. Велика географічна площа, низька щільність населення, недостатнє дорожнє сполучення, слабо розвинене транспортне сполучення - все це негативно позначається на своєчасній судинній хірургічній допомозі жителів. «Руйнування периферійної інфраструктури, зміна типів економічних відносин, що існували раніше між різними анексіями в Криму, призвели до зростання безробіття, зниження рівня життя, викривлення соціальної структури хворих і збільшення соціально нонконформістських верств населення» [4].

Соціально-економічні проблеми суспільства частіше відображаються на такій дорогій та ресурсомісткій системі охорони здоров'я, як судинна хірургія, оскільки зміни в «соціально-економічному житті країни призвели до зниження доступності ресурсів на рівні надання медичної допомоги, послабили лікувально-діагностичну базу та матеріально-технічне оснащення медичних закладів» [5].

Скорочення кількості районних лікарень та санаторіїв у сільській місцевості відбувалося без кваліфікованого соціально-економічного обґрунтування, збільшення припливу медичних працівників, різке знецінення медичних закладів, припинення планового постачання медичних закладів медичним обладнанням та

транспортними засобами, що здійснювалося на основі структурної кризи в сільському господарстві та виробництві. «Погіршення стану здоров'я населення вимагає розробки єдиної державної політики: вузькоспеціалізована галузь охорони здоров'я - судинна хірургія» [31].

Одним із найважливіших заходів реформування системи охорони здоров'я, спрямованих на виконання конституційних гарантій народу у сфері охорони здоров'я, є реформа охорони здоров'я, яка є найважливішою ланкою в медичному обслуговуванні населення. З переходом на обов'язкове медичне страхування було створено соціальне замовлення для популяризації практики загальної (сімейної) медицини - системи лікувально-профілактичної допомоги населенню, заснованої на сімейному правилі, з базовою ланкою - лікар-терапевт (лікар-терапевт) - ЛЗП / СЛ. Перехід до планування охорони здоров'я на основі цього принципу призводить до значного покращення якості, доступності та ефективності медичної допомоги. ресурсоефективність, зміни у профілактиці захворювань та зміцненні здоров'я.

Однак на сьогоднішній день не досліджені належним чином наступні питання: ступінь і характер підтримки населення на всіх етапах досліджень якості медичної допомоги та громадського здоров'я; якість медичного обстеження населення; обсяг та якість надання медичної допомоги на дому, якість медичної допомоги для надання медичної допомоги, особливості планування надання екстреної медичної допомоги мешканцям. Виникає потреба в удосконаленні організації роботи та підготовки медичних працівників у медичних закладах. Виникає необхідність розробки та обґрунтування нових форм організації медичної допомоги населенню в сучасних соціально-економічних умовах, у тому числі надання медичної допомоги на рівні університету.

Ми розглянули модель третинної служби на прикладі центру судинної хірургії в клінічній лікарні «Феофанія». «Центр надає хірургічних хворих із судинною патологією 24 години на добу. У центрі працюють 4 лікарі, 7 медичних сестер та клінічні ординатори» [36].

У таблиці 2.4 наведені основні показники роботи Центру судинної хірургії при клінічній лікарні «Феофанія».

Таблиця 2.4

Центр судинної хірургії при клінічній лікарні «Феофанія»

Рік	Число ліжок	Всього вибуло	у тому числі:		Кількість проведених л/д	% виконання плану ліжкоднів	Зайнятість ліжка	Обіг ліжка	Середнє перебування хворого на ліжку	Летальність	Середній термін простою ліжка	Число зайнятих ліжок
			Виписано	Померло								
2022	15	489	484	5	4411	91,8	294,1	32,6	9	1,02	2,2	12
2021	15	514	512	2	4644	96,8	309,6	34,3	9	0,4	1,6	13
2020	15	538	537	1	4624	96,3	308,3	35,9	8,6	0,00	1,6	13

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

У 2022 році смертність зросла через тяжкість хворих, кількість запущених випадків та онкохворих, необхідність збереження ліжкового резерву для прийому поранених, збільшення кількості пацієнтів, які потребують додаткових обстежень та реабілітації на рівні високоспеціалізованої допомоги. Однак ці цифри компенсуються більш ефективним використанням ліжок, застосуванням сучасних технологій і закупівлею нового обладнання.

У таблиці 2.5 наведено когорту пацієнтів, які лікуються в Центрі судинної хірургії при клінічній лікарні «Феофанія».

У 2022 році спостерігається значне зменшення кількості основних бригадних підрозділів через зменшення кількості пацієнтів у клініці, а також кількості поранених та хворих – постраждалих від війни та направлених з регіону АТО.

Основні зміни наведені в таблиці 2.6.

Таблиця 2.5

**Основні характеристики пацієнтів Центру судинної хірургії клінічної лікарні
«Феофанія»**

роки	Число ліжок в межах кошторису фактично розгорнутих +згорнутих на ремонт на кінець звітного періоду	Фактично розгорнуто	Виділено місць на плановуг оспі т аліз ацію	Госпіталізовано хворих всього	Госпіталізація хворих, які мають право на стац. лікування		Госпіталізація хворих, які не мають права на стац. лікування				Невикористано поліклінічною планових місць	
					Планово	Швидкою допомогою	за дозволом ДУС, поранені з зони АТО, учасники війни	за дозволом адмін. лікарні в т.ч.				за оплату
								співробітник	родичі співробітників	інші		
2020	15	15	218	538	185	57	86				246	233
2021	15	15	194	514	166	48	69				264	139
2022	15	15	124	463	179	26	11				247	99

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

Таблиця 2.6

**Кількість хворих на одне відділення в Центрі судинної хірургії клінічної
лікарні «Феофанія» за 2022 рік**

Нозологія	Кількість пацієнтів
Варикозна хвороба	92
Цукровий діабет	86
Тромбофлебіт	52
ОААНК	107
Аневризма аорти	1
Лімфостаз нижніх кінцівок	15
ПТФС	27
Флеботромбоз	54
Інші	55
Загалом	489

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

Результати лікування пацієнтів за 2022 рік наведені в таблиці 2.7.

У зв'язку з високою питомою вагою хворих на оклюзійний цукровий діабет і атеросклероз, у яких лікування в більшості випадків можливо з метою ремісії, а не лікування, значна кількість хворих одужує.

Таблиця 2.7

**Результати лікування в Центрі судинної хірургії при клінічній лікарні
«Феофанія»**

Показник	2022 р.	2021
З одужанням	55 (11,2 %)	65 (12,6)
З поліпшенням	403 (82,4 %)	429 (83,5)
Без змін	26 (5,3 %)	18(3,5)
Померло	5(1 %)	2 (0,4%)

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

Також значно зросла кількість невиліковно хворих пацієнтів, госпіталізованих пацієнтів із наслідками недіагностованого раку. Пацієнти без зміни лікування повертаються в стаціонар – в стаціонар для спостереження протягом 1-2 днів з подальшою госпіталізацією перед операцією. Повторна госпіталізація: 1 пацієнт з прогресуючим лікуванням.

Результати хірургічного втручання наведені в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

**Результати хірургічних втручань у Центрі судинної хірургії клінічної лікарні
«Феофанія»**

Рік	Вибуло хворих всього	Хірургічна активність	П/операційна летальність	% після-операційних ускладнень	Середній л/д оперованого хворого	Середній л/д до операції	Оперовано осіб/ операцій	К-ть л/днів до операції	К-ть л/днів оперованого хворого
2020	478	52,7	4 (1,58%)	0	10,9	1,9	252	451	2767
2021	538	67,1	5(1,27)	0	8,2	1	345/ 393	343	2942
2022	489	63,2	8(2,32)	0	7,4	1,3	309/499	405	2286

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛ «Феофанія» ДУС

309 хворих перенесли операції, 499 операцій з химерної реконструкції артерій та супутні операції. Проведено 406 судинних операцій (173 артерії, 233 вени), 50 операцій на скелеті, 43 підшкірні дерматози та гістологічні процедури. Основні показники діяльності кафедри практично не змінилися у порівнянні з попереднім роком. Симптоми операції наведені в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Симптоми оперативного втручання в Центрі судинної хірургії при клінічній лікарні «Феофанія»

Операція	Кількість
Венектомія	148
ЕВЛА	69
Тромбектомія з артерій	29
Пункційна ангіографія	60
Некректомія	23
Артеріальне шунтування	38
Ендоваскулярна ангіопластика	34
Резекція на стопі	30
Артеріальна ендартеректомія	5
Ампутація	14
Тромбектомія, операція на глибоких венах	8
Встановлення порту для тривалих в/в інфузій	17
Ауто , аллодермопластика	12
ІНШІ	13
Загалом	499

Примітка: Сформовано за матеріалами КЛІ «Феофанія» ДУС

Післяопераційна летальність становила 1,94 % (6 випадків) за рахунок втручань у невиліковно хворих пацієнтів.

Частота складних операцій становить 73%. Частка операцій, виконаних в Ісландії, становила 28%. Частота операцій під загальним наркозом становить 79%. У клініці відхилень в діагнозі не виявлено.

За звітний період в інших відділеннях було проведено 647 інтерв'ю з судинної хірургії (777 у 2021 р.), 3 рази проведено консультації зовнішніх спеціалістів.

Протягом звітного періоду в Центрі судинної хірургії було впроваджено нову технологію.

1. «Обмежене шунтування комбінованим шунтом через кістку гомілки.
2. Косметична хірургія трофічних уражень штучним полімерним шаром (алодермопластика) з подальшою аутодермопластиком при цукровому діабеті.
3. Гібридні хірургічні методики (поєднання відкритої артеріальної архітектури та судинного втручання).

А. Ангіопластика клубового артеріального відділу + шунтування стегнової

кістки.

Б. Операція феморопідколінного шунтування + розширення великогомілкової артерії.

4. Монтаж штучної трави при цукровому діабеті.

5. Пересадка конюшини в разі посіву» [36].

Третинна медична допомога прооперованим пацієнтам із судинною патологією на сучасному рівні вдосконалення має бути високоспеціалізованою. На прикладі Центру судинної хірургії при клінічній лікарні «Феофанія» визначено основні показники ефективності роботи організації, що надає високоспеціалізовану допомогу. Було зазначено, що невід'ємною складовою ефективності роботи цього закладу є високий рівень підготовки персоналу, застосування сучасних методів діагностики та лікування пацієнтів із судинною патологією та впровадження передових технологій у клінічну практику.

Висновки до розділу 2

Зараз триває процес реструктуризації клінічної лікарні «Феофанія», який триває вже понад чотири роки, щоб успішно та системно впорядкувати медичну допомогу. Реструктуризація клінічної лікарні «Феофанія» з попередніми оцінками вартості, обсягів та термінів її реалізації показала, що існує потенціал для ефективної оптимізації діяльності з позитивним кінцевим результатом.

Скорочення витрат часу на обстеження хворих в умовах невідкладної допомоги, мультидисциплінарний підхід до надання медичної допомоги хворим, популяризація та раціоналізація лікувально-діагностичного процесу, використання передових медичних технологій, організація роботи організаційних підрозділів лікарні відповідно до вимог локальних протоколів надання медичної допомоги відповідно до медичних стандартів та діагностичного процесу Спільно з Міністерством охорони здоров'я України треступеневий контроль якості медичної допомоги та анонімні інтерв'ю з пацієнтами значно покращили якість медичної допомоги та ефективність роботи закладу. Це призводить до більш ефективного використання постільного фонду, зниження смертності на 15% і скорочення часу

сну пацієнта більш ніж на 5 днів. Кількість пролікованих пацієнтів за рік зросла на 45%.

Надається всебічна підтримка для фінансування витрат на лікування та діагностику, з можливістю надання платних медичних послуг. Наявність коштів на спецрахунку агентства дає можливість розширити спектр діагностичних методів, впровадити сучасні терапевтичні методики, такі як коронарні та цереброваскулярні стенти, методи зовнішньої детоксикації, гемодіаліз, імплантація штучних водіїв ритму тощо.

На прикладі Центру судинної хірургії при клінічній лікарні «Феофанія» визначено основні показники ефективності роботи організації, що надає високоспеціалізовану допомогу. Було зазначено, що невід'ємною складовою ефективності роботи цього закладу є високий рівень підготовки персоналу, застосування сучасних методів діагностики та лікування пацієнтів із судинною патологією та впровадження передових технологій у клінічну практику.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Впровадження нейроменеджменту в системі управління змінами в закладах охорони здоров'я

Одним з центральних завдань керівництва в цілому і медичної допомоги населенню є координація роботи контролерів, колективу, таким чином, щоб кожен співробітник відчував себе корисним і приносив користь установі, де він працює. Тому в сучасному управлінні ефективність управлінських стратегій визначається знаннями і роздумами керівників медичних установ по ряду особистісних характеристик (поведінкових, мотиваційних, концептуальних, духовних та інших, наприклад, реакція на стрес, здатність приймати власні рішення, лідерство, кваліфікація до певної діяльності і т.д.) ризик вигорання і т.д.) та інші характеристики своїх підлеглих.

Необхідно враховувати соціальні фактори, що впливають на прийняття та реалізацію рішень, старанність експертів, процес розвитку їх навичок, ефективність навчання, стандарти тощо. Коли люди керуються відповідно до своїх природних талантів і талантів, вони працюють більш продуктивно і творчо, мають внутрішню мотивацію і більше цінують свою роботу.

Перераховані вище професійні та особисті вимоги до керівника, такі як охорона здоров'я як посадової особи, так і особи, мають свої гносеологічні корені і свої глибинні системи роботи мозку і поведінки людини, що вимагає реалізації «новітніх досліджень в області нейронауки, симбіозу класичної науки і вивчення людського мозку за допомогою електроенцефалографії (ЕЕГ) і магнітно-резонансної томографії (МРТ)» [43] До таких наук належать «регуляція нейронів, формування регуляторів (наука про контроль) та нейробіологія (наука про будову, функції, еволюцію, генетику, біохімію, фізіологію та патологію нервової системи, поведінку людини)» [43].

Успіх трансформаційного процесу, що здійснюється в НМДС в останні роки,

неможливий без впровадження сучасної моделі управління зі специфічними методами, системами, принципами і методами, сертифікованих систем управління якістю на основі наукових розробок в області організаційних змін з урахуванням українських особливостей медичної галузі як організованої соціальної системи. Профілактика, доступність, цільова група та функціональні цілі, ймовірний вид діяльності тощо.

За останні 20 років, завдяки дослідженням нейробіологів, присвяченим не тільки нейросвідомості та когнітивній науці, а й таким аспектам їх застосування, як «інтелект» або «стратегія», знання про поведінку людини значно змінилися, розширилися і вийшли на новий якісний рівень. І для того, щоб досягти успіху в потрясінні, потрібно завжди встигати адекватно реагувати на такі зміни. Тільки нові правила спілкування з людьми, які не стикаються з мозковими симптомами, можуть підвищити ефективність лікування НДМС. Але, на жаль, ця вкрай корисна інформація невідома більшості практикуючих лікарів і управлінців прикладної медичної галузі, вони продовжують користуватися застарілими знаннями і використовують неефективні теорії, методи, правила, прийоми і методи управління.

Нещодавні дослідження людського мозку (дзеркальних нейронів) показують недосконалість більшості наших знань про контроль, змінюючи існуючі стереотипи та пропонуючи нові рішення своїх проблем, включаючи NDSS. Таким чином, існують певні стратегії управління (організаційні, адміністративні, фінансові, психологічні та ін.), А також постулати (лінійне управління, начальник завжди правий, оцінка оточуючих власним прикладом або прикладами найбільш ефективних співробітників і т. Д.), які до недавнього часу вважалися безперечними, недостатньо ефективними і часто призводили до небажаних результатів. У той же час нові методи управління здаються ірраціональними, просто не «вписуються» в наші голови, а тому не сприймаються і не реалізуються на практиці.

Парадоксальним видається і те, що сучасна філософія менеджменту полягає в наступному:

- У процесі прийняття управлінських рішень емоції важливіші за логіку.

Логіка – це лише спосіб підтвердити висновки, які ми вже зробили на підсвідомому рівні. Відомо, що процес розв'язання складних наукових або практичних завдань поділяється на два етапи рефлексії: аналіз і синтез. «Діагностика - це процес розбиття складних проблем на ряд більш простих проблем, а злиття - це злиття рішень в прості проблеми для вирішення вихідної проблеми. Логіка аналізує, а наша інтуїція та емоції синтезують. Тому, в залежності від поставлених цілей, ми повинні вміло використовувати ці функції мозку для досягнення цілей і отримання задоволення від своєї діяльності» [46].

- Позитивний зворотний зв'язок, як і негативний, зовсім не підвищує ефективність співробітників;

- Вимірювані цілі змушують нас зосередитися на короткострокових показниках, що шкідливо в довгостроковій перспективі.

- Ви можете рости і вчитися протягом усього життя. Звичайно, не доречно сьогодні говорити по-сучасному, що наше життя складається з трьох основних складових: дитячого садка, школи та університету, якщо ми здобуваємо знання і використовуємо ці знання все життя. Дослідження іспанських та італійських неврологів і їх результати показали, що поки живе людина, утворюються нові нейрони і нейронні зв'язки.

Ми глибоко переконані, що центральною позицією нейронного лідерства є надія, свобода, сила та бажання приймати стійкі управлінські та експертні лідерські рішення в контексті запропонованих перспектив організаційного та лідерського розвитку. Це означає, що акцент на класичному менеджменті (модель управління з «людським обличчям», але з елементом авторитаризму) зміщується в бік своєрідного «надзвичайно мужнього», психологічно і управлінсько витонченого демократичного способу керівництва групами підлеглих з урахуванням їх професійних і особистісних якостей і якостей, ефективно використовуючи «мозкові функції» колективу. Змінюючи власну поведінку в управлінні організаційним розвитком «від батога до пряника» у відповідь на подразники з найвищою валентністю.

У нейронному управлінні НМДС можна виділити три важливі,

взаємопов'язані підсистеми: комунікація, особливості прийняття рішень в управлінні командою та навички управління людськими ресурсами. Кожна з цих підсистем конкретизується в рекомендаціях щодо основних вимог/методів управління. Тому в сучасному менеджменті, враховуючи результати досліджень нейроменеджменту, власний досвід та аналітичну обробку матеріалу з тематичної літератури [46; 54; 62], необхідно активізувати наступні 25 основних позицій:

1. Взаємини з людьми. Проблеми у стосунках – це найскладніші проблеми, з якими ми стикаємося, коли справа доходить до управління. Адміністративна робота з організації лікування частини населення є не що інше, як управління взаєминами в інструменті управління, колективі, з пацієнтами та їх родичами. Іноді ми думаємо, що можемо просто досягти своєї мети і ігнорувати все інше. Але найголовніше, що стосунки можуть призвести до невдачі.

2. Нейронаука говорить нам, що єдиний світ, який ми можемо знати і досліджувати, - це ментальний світ, створений імпульсами від наших нейронів, і що наше мислення суб'єктивне (люди мислять історіями). Насправді більшість переживань, в основному знання і мислення працюють за принципом історичного підходу до систем, при якому через підсвідомість проходить неймовірна кількість ідей, але тільки вони проходять через рівень свідомості. які може сприйняти наше психічне оточення. Тому люди будуть приймати ті чи інші ідеї, якщо їх духовне оточення їм зрозуміле.

3. Людина за своєю природою завжди бореться за верховенство і не хоче нікому підкорятися. У зв'язку з цим виникає питання: як найкраще поводитися з людьми, які не люблять, коли ними керують?

Керівні організації повинні надавати своїм співробітникам можливість досягати цілей, яких вони не можуть досягти самостійно. Чим більше керівники намагаються змусити своїх підлеглих щось зробити, тим більше вони втрачають мозковий потенціал. Забезпечення демократії та ініціативи на робочому місці розглядається як корисно як для працівників, так і для таких проблем, як медична та організаційна діяльність.

Хоча люди за своєю природою егоїстичні (а людський егоїзм не такий вже й

поганий, це основа виживання, заснована на накопиченому досвіді і реалізації абсолютно різних життєвих сценаріїв), вони все ж визнають цінність співпраці. Співробітники будуть ефективно працювати на благо групи, медичної організації, якщо це дасть їм можливість досягти того, чого вони хочуть, але не можуть досягти самотійно.

4. Співробітники не повинні працювати на керівника, керівника. Він той, хто повинен працювати на них. Як говорить народна приказка: «Йди за королем, а не навпаки». Тому лідери повинні перестати думати, що вони можуть контролювати поведінку людини за допомогою заохочень або покарань. Найкраще, що може зробити керівник - це створити середовище, в якому співробітники самотійно вибирають важливу поведінку.

5. Включати в процес прийняття рішень поєднання свідомого і логічного мислення і метафорично-чуттєвих форм мислення, несвідомого розуміння та інтуїції, як передбачав свого часу Альберт Ейнштейн.

На відміну від активного усвідомлення, де розумовий процес лінійний і зосереджений на одному реченні, факті або логічному міркуванні, підсвідомість є цілісною, галеристичною, тобто ціле більше, ніж сума його частин, високочутливим і мультисенсорним. Для нього характерна багатозадачність і обробка відразу декількох шарів інформації. Таким чином, активний свідомий розум чує слова, які виходять з вуст, а підсвідомість враховує підтекст, автентичність і майстерність мовця, співвідношення слів з діями і поведінкою, а також почуття і зв'язки, які виникають при присутності цієї людини, її суджень і реакцій на все це з боку інших людей.

6. Передбачати механізми вдосконалення самоменеджменту, активно шукати та впроваджувати критичні діагностичні методики, шляхи усунення проблем та зменшення стимулів уникати участі у вирішенні завдань.

7. Сучасні системи оцінки ефективності роботи співробітників в структурованих системах часто дають результати, які суперечать очікуванням. Так, винагороди можуть зміцнити моделі поведінки людини, якщо вони чітко пов'язані з бажаною поведінкою і цінуються більше, ніж передбачалося. Однак похвала або заохочення

ніяк не впливають на продуктивність і не завжди спонукають співробітників змінити свою поведінку. Крім того, «винагорода може бути гнітючим фактором. І покарання має найкращі результати, коли його очікують, але не поважають і навіть не усувають» [68].

8. Керівники, які відійшли від встановлених правил (не дотримуються стереотипів, що склалися століття тому, постійно вдосконалюються, шукають людей і звертають увагу на їх спосіб мислення, знаходять компроміси і працюють в команді, перестають змушувати співробітників безініціативно виконувати докладний список завдань і т.д.), щоб працювати ефективніше. Нова роль лідера, за правилами нейробіології, полягає в тому, щоб задавати питання. Керівник не повинен ставити цілі, а повинен надавати інформацію, що дозволяє співробітникам самостійно розставляти пріоритети, формувати впевненість в собі і самостійно управляти системами.

9. Суть лідерства полягає не в тому, що авторитарна, лякаюча, жорстока дисципліна змушує людей робити те, що їм наказує лідер. Навпаки, керівник повинен бути в змозі представити посаду, напрямок операції, проблеми або проекту таким чином, щоб підлеглі самі робили те, що від них очікує керівник.

10. Комунікація займає ключове місце в управлінській роботі формального керівника, який, за винятком розбіжностей всередині колективу, зазвичай пропонує регулярні форми роботи.

Досвідчені керівники, як і всі ми, хто аналізує або переглядає свою професійну діяльність, можуть навести приклади стратегій впливу на своїх колег / членів сім'ї, знання в процесі спілкування з ними. Так, наприклад, через відмінності в підсвідомості, автоматичної реакції, яка є результатом викиду адреналіну в ситуаціях «боротьби» або «ховання», одні люди впадають в ступор через погрози і крики, а іншим дозволяють повернутися до нормального ритму роботи; деяким просто потрібно визначати завдання без пояснень (їм набридають деталі пояснень), а інші не можуть працювати без конкретного маршруту;

- одне і те ж речення в нормативних актах по-різному сприймається працівниками і тлумачиться відповідним чином;

- завдяки високій швидкості нейронних зв'язків люди наділені безліччю думок, а тому швидко розпізнають ідею, суть завдання або проблеми, і завдяки цьому здатні творчо і евристично працювати, але не до рутинної і монотонної роботи;

- ліві більше схильні до інноваційної та творчої роботи та спілкування, легше вивчають іноземні мови, в тому числі мови програмування;

11. стрес (загрози, зміна темпу роботи порядку) менш важливий для підвищення швидкості мислення, ніж зміни в дизайні офісу (колір стін, температура, рівень шуму, освітлення, меблі, кількість співробітників, психологічне оснащення і т.д.). Представити функціональний авторитет ключових груп формальних і неформальних лідерів в організаційно-звітній структурі системи управління як ефективні приклади демонстрації проактивних стилів керівництва. Тому, як то кажуть, «мудрим не народжується ніхто, а навчений», «мудрому розуму досить двох слів».

12. Замість того, щоб нав'язувати людям свої аргументи (а вони зроблять прямо протилежне), вам потрібно використовувати ідеї, щоб сформувані правильне мислення і підвести інших до власних висновків, ставлячи запитання. Це займе більше часу, але люди будуть зацікавлені в бажаних результатах.

13. Здоровий глузд безсилий проти імпульсів, які керують поведінкою.

14. Наш світогляд визначає нашу поведінку, тому ми можемо ефективніше контролювати, якщо звертаємо увагу на думки та почуття людей, а не лише на їхню поведінку.

15. Ми не можемо керувати людьми проти їхньої волі: неможливо сформувані успішну команду за допомогою «батога і пряника», «батога і пряника», або оточити себе за принципами «зоряного неба» або «маленької мафії». Найкраще формувати команду за принципом «сяючих зірок», а співробітники бачать свою позицію як готовність діяти заради своєї професійної справи.

16. Реагувати на структурні зміни за «правилом світлофора» в певному наборі шкал: зупинитися / зупинитися, подумати / подумати, відреагувати / рухатися.

17. Сім цифр - це максимум, який більшість людей можуть запам'ятати бездоганно, а переважна кількість нейронів - три. Якщо ви так чи інакше передаєте

складну інформацію і розбиваєте її на три частини, дані будуть краще запам'ятовуватися. Якщо співробітник заплутався у виконанні, призначте йому завдання та розділіть його на три рівні. І повторіть це три рази.

18. Щоб жоден співробітник не відчував себе забутим або непотрібним, система заохочення повинна бути максимально прозорою і працювати за принципом «ніхто не забутий і ніщо не забуто». Найпопулярнішим методом є підвищення зарплати кожні півроку, з можливістю різних коригувань.

19. Об'єктивність вмирає у всьому, що стосується особистих інтересів людини.

20. Після компліментів немає приводу критикувати співробітника, він сприймає критику більш болісно. За смаком пряники б'є паличкою в два рази болючіше. І навпаки. За своєю природою справа полягає в тому, що заохочення і покарання не є негативними. Їх походження проблематичне. Якщо винагорода або санкція виходить від керівництва, працівника ставлять на посаду підлеглого. Чим більше відповідальності у керівника, тим менше відповідальності у співробітників.

21. Оскільки існує більш ніж достатньо доказів того, що нормальні відносини між керівником і підлеглим приречені, керівники повинні припинити робити більшість речей, які вони роблять зараз. Диригент повинен бути диригентом, а не музикантом. Тому доцільно: якомога частіше винагороджувати за високу результативність; покарання за погану роботу; своєчасний зворотний зв'язок з питань, пов'язаних з роботою, а також правил і поліпшень; ставте реалістичні цілі; управляти менш особисто (вміло і якісно управляти нею, роблячи це максимально через чужі руки); зосередьтеся на найважливішому (принцип Парето 20:80) тощо.

22. Змінити традиційну роль правителя з аристотелівського характеру на побудову відносин з підлеглими у Сократа. Тобто замість того, щоб вказувати співробітникам, що робити, і створювати негативні динамічні відносини, керівник повинен навчитися задавати питання. Рекомендується перевіряти думку співробітників про свою роботу. Замість того, щоб розповідати всім, як вирішити проблему, спробуйте запитати співробітників, як вони планують впоратися з нею самостійно. Це, звичайно, йде врозріз з загальноприйнятою управлінською точкою зору, де такі підходи перевертають відносини.

23. Якою б ефективною не була система, потреби людини завжди відіграватимуть свою роль. Об'єктивні дані не можуть замінити емоційний зв'язок, який допомагає співробітникам відчувати себе важливими та цінними, або спілкування в реальному часі. Регулярні зустрічі віч-на-віч підсилюють цей тип спілкування, але варто подбати про те, щоб не перетворити їх на функцію управління. Цікавим варіантом може стати бажаний час ваших колег. У цей час співробітники можуть прийти в разі потреби.

24. Поки ми контролюємо ситуацію, динаміка відносин буде працювати проти нас і викликати емоції у членів команди, від пасивності до прямої агресії. Це означає, що відносини з керівництвом повинні кардинально змінитися, і це не означає, що вони відмовляться від своїх лідерських ролей.

25. Оператор повинен остерігатися спокуси віддавати команди замість того, щоб просити, і від спокуси похвалитися альфа-перевагами омеги. Вони також повинні розуміти доцільність версії працівника, щоб зрозуміти, як він може краще комунікувати та позитивно вирішувати поточні робочі питання, які не можуть бути передані працівникам.

Отже, вище показано, що сучасний менеджмент, заснований на нейронному управлінні, забезпечує навчання фахівців, здатних приймати рішення, але не тих, хто сліпо слідує інструкціям, і включає в себе: активне впровадження культури довіри серед співробітників; створити атмосферу, в якій люди знають, чого очікувати і чого від них очікують; більше взаємодії в колективі; підвищити ефективність команди; зменшити плинність кадрів, оскільки кожен відчуває свою приналежність тощо.

3.2. Шляхи оптимізації процесу обстеження у досліджуваному закладі охорони здоров'я

Активно розглядаючи процес ведення в діагностичному відділенні, завжди можна виявити його слабкі місця і розробити конкретні рекомендації щодо їх усунення. Це потрібно робити регулярно, щоб стежити за змінами і закривати

прогалини.

Сьогодні в сфері охорони здоров'я найбільш прогресивна технологія вдосконалення процесів управління базується на характеристиках системи менеджменту якості (СМЯ), побудованої відповідно до вимог стандарту ISO 9001. «СМЯ ґрунтується на процесному підході як до управлінських, так і до медичних процесів, оскільки бажаний результат діагностики пацієнта та подальшого лікування досягається більш ефективно, коли діяльність та ресурси управляються як процесом» [5].

У клінічній лікарні «Феофанія» Всеукраїнського центру радіохірургії (ВЦРХ) з моменту створення центру розпочалося формування системи управління якістю сертифікації за ДСТУ ISO 9001.

Принципи управління якістю у відділі застосовуються:

- «розробляти та підтримувати політику та цілі центру та відділу в цілому;
- просувати політику та цілі щодо якості в усій організації для кращого розуміння, мотивації та мобілізації персоналу центру;
- цільові споживачі по всьому центру;
- впроваджувати процеси для задоволення потреб споживачів та інших зацікавлених сторін;
- розробляти, впроваджувати та підтримувати ефективну систему управління якістю;
- забезпечення необхідними фінансовими ресурсами;
- систематична діагностика СМЯ;
- прийняття рішень щодо політики у сфері якості та цілей у сфері якості;
- рішення про заходи щодо вдосконалення системи управління якістю» [38].

Суть методу ПЕТ/КТ полягає в тому, що ключовим моментом є частина матриці відповідальності та опис процедури (табл. 3.1) і шлях пацієнта (рис.3.1).

Ми розробили матрицю обов'язків персоналу, репрезентативний опис процедур та встановили середньострокові стандарти для просторової діагностичної

процедури «Порядок проведення ПЕТ/КТ обстеження», частка яких наведена в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Матриця обов'язків персоналу, репрезентативний опис втручань та норми середнього часу на просторову діагностику «Порядок проведення ПЕТ/КТ дослідження»

№ функціонального	Дії	Коментарі	Матриця відповідальності*							Тривалість, хв		
			Зав. відділення	Лікар-рентгенолог	Лікар-анестезіолог	Старший	Рентгенолаборант	Сестра	Медичний фізик		Інженер-радіолог	Мед. реєстратор
1	Звернення пацієнта	Пацієнти можуть бути направлені в плановому порядку або в порядку екстреного дослідження Вивчаються показання, протипоказання, обмеження Надається інформація про медичну послугу	К а	К Ф							В	5
2	Консультативний запис пацієнта на ПЕТ/КТ обстеження Визначення протоколу	Лікар-рентгенолог вивчає вхідні документи і проводить запис на аркуші-консультації із зазначенням методик	К	И							П	15-20
12	Видача результатів ПЕТ/КТ обстеження пацієнту (уповноваженій особі)	Результати на паперовому носії видаються амбулаторним пацієнтам (уповноваженій особі) або передаються у відділення (при стаціонарному лікуванні хворого)	І	К							П	2-5

Примітка: – Рівень відповідальності: К – Управління завданням (А – Управління, Ф – функціональне); Б – відповідальний керівник; П – бере участь у роботі; і – інформується про результати роботи.

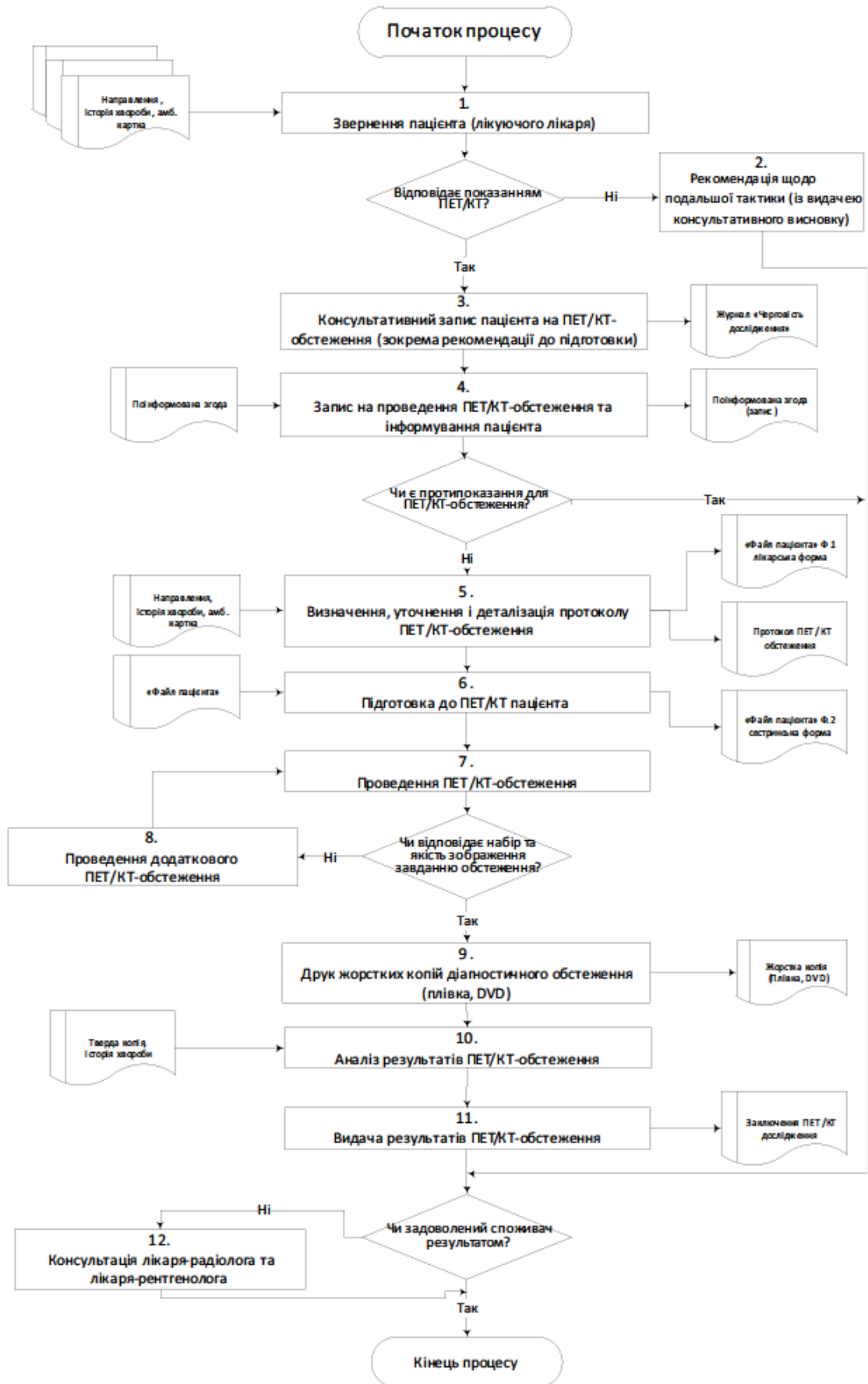


Рис. 3.1. Рівномірна бідоступність пацієнта при ПЕТ/КТ обстеженні

Примітка: Створено автором

Після подачі заяви та постановки на облік пацієнт звертається до лікаря для отримання інформації про свою історію хвороби, перевіряє показання перед обстеженням та надає форму письмової згоди на проведення обстеження.

Медична сестра проводить аналізи для перевірки кількості глюкози в крові, якщо результат досягає межі допустимих значень, проводиться внутрішньовенна ін'єкція радіофармпрепарату ^{18}F -FDG (RFP FDG). Якщо рівень цукру в крові перевищує допустимий рівень, тест зтягується на 10-15 хвилин, після чого аналіз крові на цукор робиться повторно. У рідкісних випадках, коли рівень цукру в крові недостатній, дослідження відкладають.

Для радіофармпрепаратів ФДГ, вироблених у відділенні виробництва ПЕТ/КТ, кількість ^{18}F -ФДГ залежить від кількості планових оглядів пацієнта та відпускається двічі на добу.

Після ін'єкції пацієнт залишається мовчазним протягом 45-60 хвилин у тихому, трохи темному приміщенні для збору та розподілу ^{18}F -ФДГ по всьому тілу, потім спорожнення сечового міхура та проходження процедури ПЕТ-КТ. Пацієнта поміщають в центральне ПЕТ / КТ обстеження і підключають до внутрішньовенного контрастної речовини за призначенням лікаря.

Для корекції загасання даних ПЕТ використовують комп'ютерну томографію походження та контрастні речовини, що дозволяють знизити променеве навантаження на пацієнта та отримати індивідуальну діагностичну інформацію.

Графічно представимо маршрут пацієнта, коли ПЕТ/КТ відображається на рис. 3.2.

Отримані знімки відправляються на робочу станцію, де їх спільно оцінюють радіолог і радіолог, які разом пишуть єдиний звіт з морфологічними, метаболічними, функціональними та діагностичними результатами. Основні діагностичні знімки друкуються на плівці. Все обстеження записується на DVD і видається пацієнту з результатом.

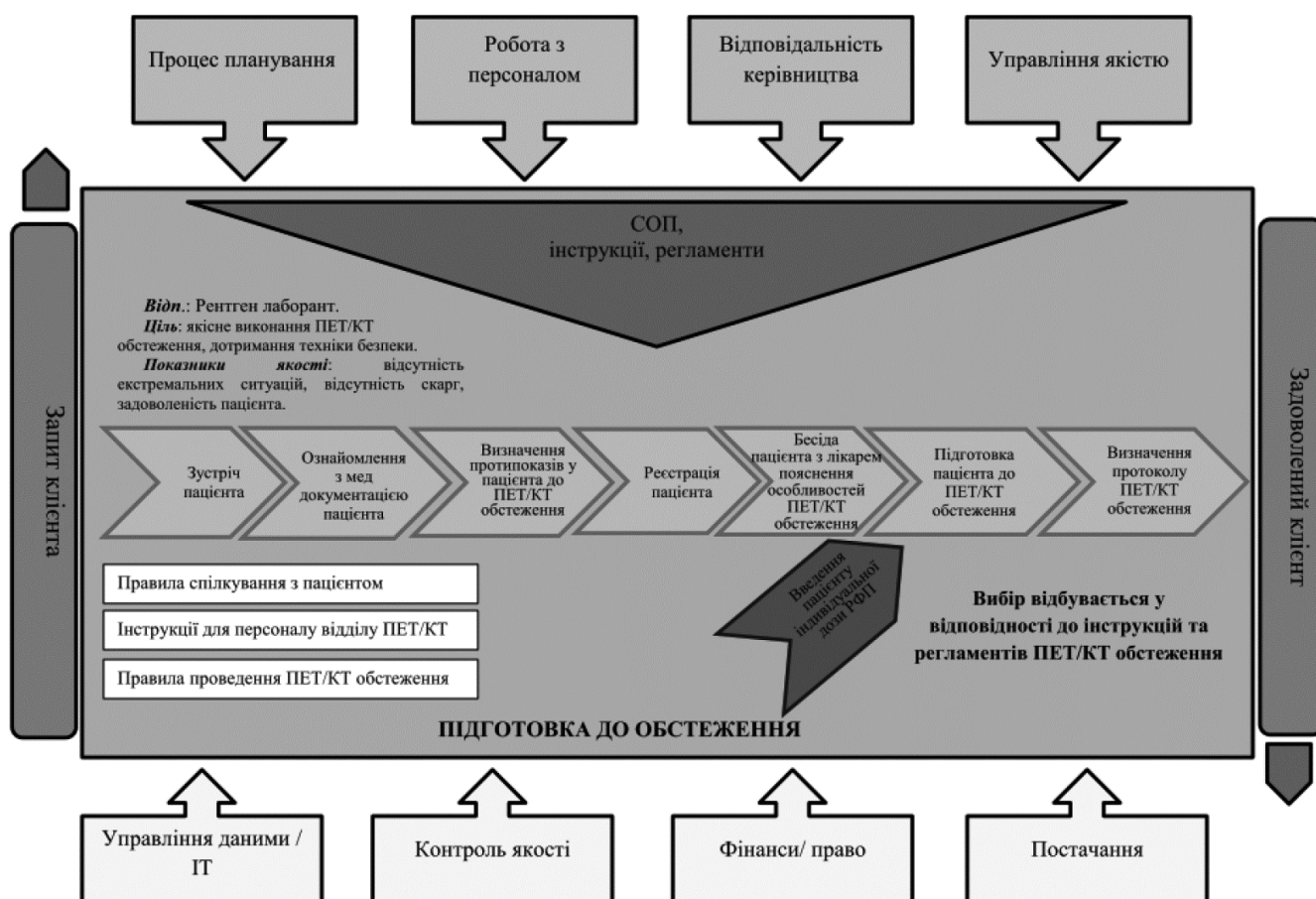


Рис. 3.2. Скоординоване планування підготовки пацієнта до ПЕТ/КТ обстеження

Примітка: Створено автором

Давайте розглянемо опис таких аспектів, як « процес прийому пацієнтів» з призначенням контролерів на кожному етапі.

На рис. 3.3. показано оформлення документів для перевірки ПЕТ/КТ.

На рис.3.2 наведено приклад підготовки пацієнта до ПЕТ/КТ. У верхній частині малюнка виділені процеси управління, в нижній - процеси підтримки і те, як вони впливають на центральний виробничий процес.

Встановлено стандартні операційні процедури (СОП) для дослідницького процесу в кожному регіоні та для процесу досягнення результатів. СОП для досліджень базуються на глобальних протоколах ПЕТ/КТ, а також програмах звітності.

З розробкою сучасних вимог до розробки технологій і технології ПЕТ / КТ, від подальшого навчання залежить процес модифікації СОП і їх затвердження керівником узгодження з колективом.

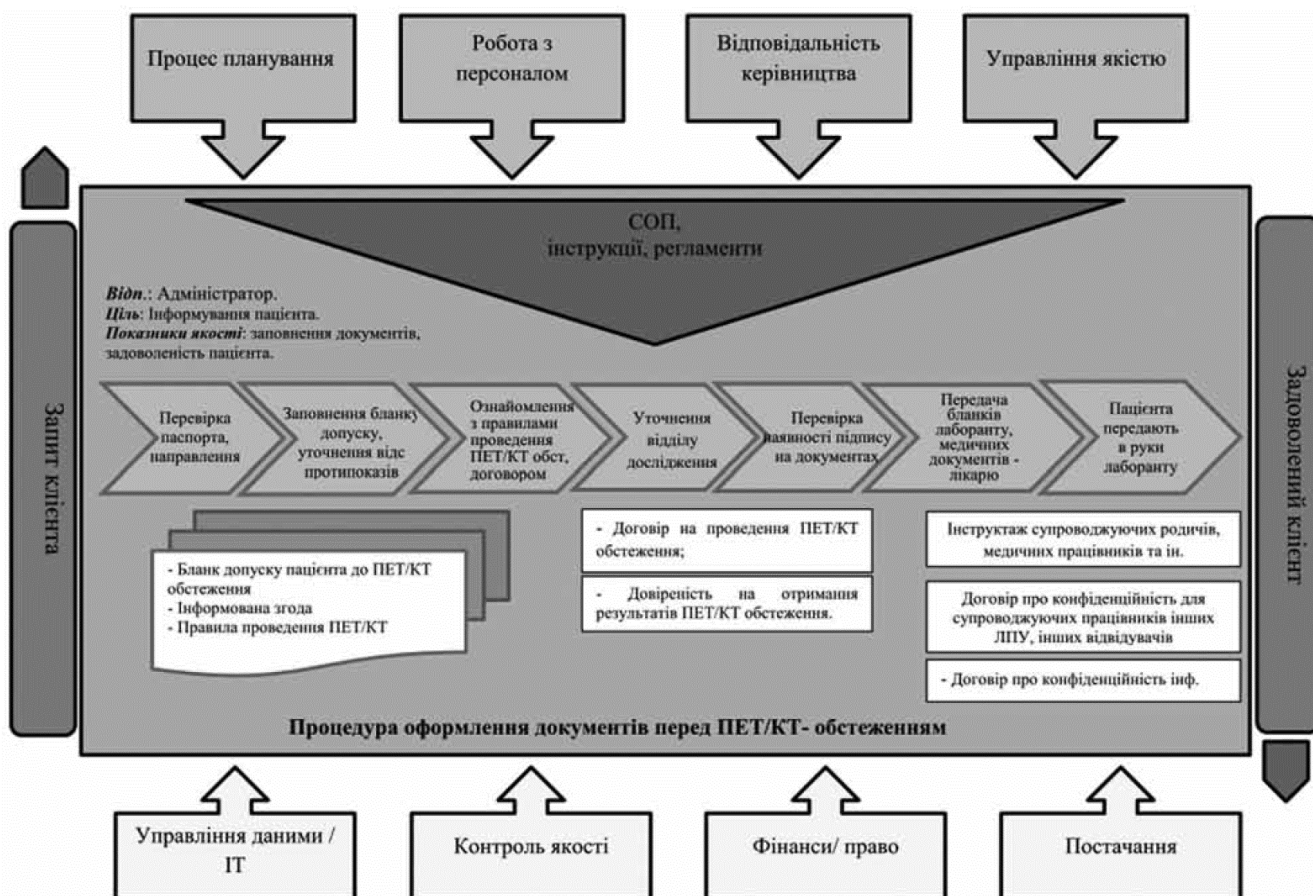


Рис. 3.3. Оформлення документів для перевірки ПЕТ/КТ

Примітка: Створено автором

Вивчення впливу різних факторів на процес виконання ПЕТ / КТ по групі факторів (в залежності від пацієнта, обладнання, процесу огляду, наявності організаційних і управлінських сигналів), загальних і систематичних. Результати відображаються графічно на рис. 3.4. Ці складові в шести групах факторів є важливими аспектами оптимізації маршруту (рисунок 3.1) під час ПЕТ/КТ-обстеження.

На рис. 3.4 показані змінні, які впливають на реалізацію дослідження. З огляду на наявність планової попередньої реєстрації пацієнтів на обстеження, а також прогнозування наявності радіонуклідів, необхідних центру, радіологам і радіологам, основними факторами є пунктуальність пацієнта, просторове розташування обладнання для полегшення проходження пацієнта до необхідних досліджень і уникнення аварійних ситуацій, які заважають плануванню процесу.

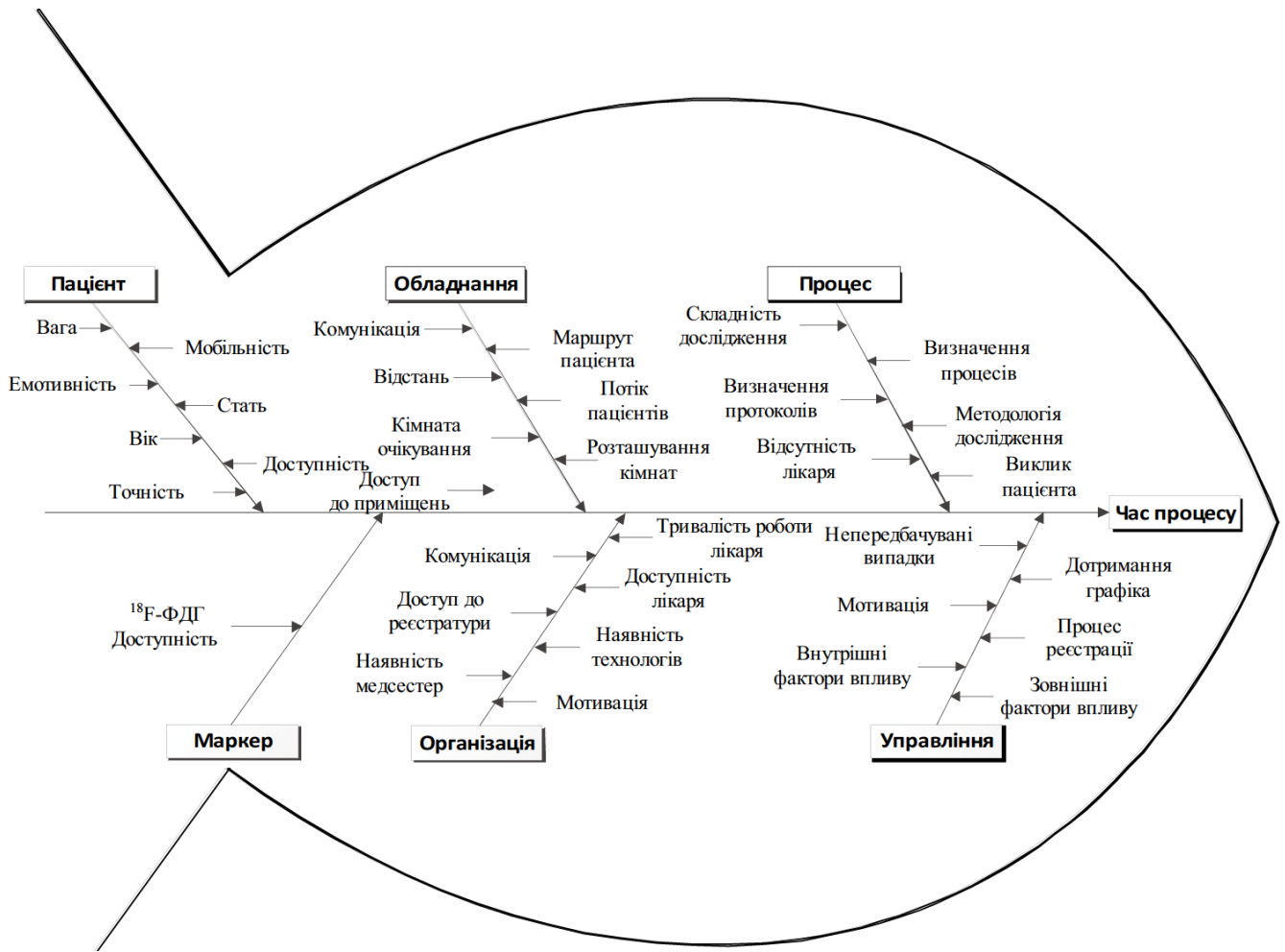


Рис. 3.4. Вплив різних факторів на процес ПЕТ / КТ обстеження

Примітка: Створено автором

Збір даних здійснювався шляхом висвітлення основних аспектів організації роботи центру та роздачі анкет на ці теми пацієнтам, лікарям, медсестрам та іншим.

Для аналізу набори даних були зібрані за два періоди часу: з листопада по грудень 2013 року та з лютого по березень 2014 року.

Цим методом оцінювали час, витрачений на кожному етапі «подорожі» пацієнта від моменту запису до закінчення обстеження. Проаналізувавши початковий набір даних, ми визначили критичні фактори, які обмежують продуктивність лише 10 тестами на день, хоча максимальна кількість тестів, які можна виконати у відділенні ПЕТ/КТ центру, становить 12.

Результати збору первинних даних представлені в таблиці 3. На рисунку 2 видно, що щодня проводилося 10 досліджень.

Таблиця 3.2

Підсумки

Показник	Тривалість, хв	
	1-й збір даних	2-й збір даних
Кількість пацієнтів на день	10	12
Середній час простою обладнання	160	100
Використання сканера	73,30 %	83,30 %

Примітка: підготовлено автором за результатами дослідження

Ми проаналізували час простою обладнання та час переналагодження пацієнтів. Це покращило планування процесу за рахунок скорочення часу обороту пацієнтів і, отже, простою обладнання, дозволило нам отримати максимальну віддачу від комп'ютерної томографії. Між першим і другим збором даних час лікування пацієнтів скоротився з 8 до 6 хвилин, скоротивши час простою машини з 2 годин 40 хвилин до 1 години 40 хвилин і збільшивши кількість щоденних дзвінків з 10 до 12.

З точки зору загального часу, необхідного для завершення дослідження від прибуття пацієнта до кінця ліжка, не було суттєвих змін між двома періодами збору даних, як показано в таблиці 3. Як показано в табл.3.3 середній час становив 165,5 хвилин для першого витоку даних і 154,5 хвилин для другого витоку даних.

Таблиця 3.3

Загальний час, необхідний для проходження дослідження

Загальна тривалість обстеження	Тривалість, хв	
	1-й збір даних	2-й збір даних
З часу прибуття пацієнта	165,5	154,5
З часу в плані / графіка	–	149,5

Примітка: підготовлено автором за результатами дослідження

Аналіз даних другого періоду збору даних показує, що передбачувана загальна тривалість операції була проведена на основі запланованого візиту пацієнта. В результаті загальний необхідний час може бути скорочений. Ця розбіжність можна пояснити деякими відмінностями в часі прибуття пацієнтів, що призводить до високого стандарту похибки.

Пунктуальність пацієнтів варіювалася протягом двох періодів збору даних: у першому зборі даних пацієнти спостерігали на ранніх стадіях, тоді як пацієнти

часто запізнювалися у другому періоді збору даних.

Різниця між фактичним і передбачуваним часом прибуття пацієнта перевищувала симптоми в 38% випадків у другому періоді і в 47% в першому. На другому етапі збору даних 56% пацієнтів увійшли в дослідження із середньою затримкою 25 хвилин, тоді як у першому періоді повідомлялося про затримку в 30 хвилин із середнім показником 40%. Два періоди збору даних склали 35 %, а другий період – 35 %. У 26% випадків тести проводилися в середньому на 30 хвилин раніше, ніж планувалося.

Розбіжність більш ніж на 10 хвилин між розрахунковим часом і фактичним часом початку процесу дослідження було виявлено в 59% випадків в першому випадку і в 67% в другому періоді збору даних.

Як видно з таблиці 3.4, деякі етапи процесу дослідження були важливими, оскільки вони були пов'язані з тривалим часом латентності.

Таблиця 3.4

Тривалість оцінки ПЕТ / КТ

Етапи	Тривалість, хв	
	1-й збір даних	2-й збір даних
Реєстрація	5	4
Очікування консультації лікаря	17	14
Консультація лікаря	14	12
Підготовка пацієнта, тест рівня глюкози в крові	19,5	23,5
Введення РФП та час накопичення	55	50
Укладка пацієнта	8	6
Стандартне ПЕТ-обстеження	23	23
КТ-обстеження	9	7
Очікування в палаті	15	15
Разом	165,5	154,5

Примітка: підготовлено автором за результатами дослідження

Час очікування інтерв'ю, яке було першим кроком у процесі дослідження, розраховувалося, виходячи з фактичного часу прибуття та передбачуваного часу пацієнта. Латентність візиту до лікаря становила 9,1% (9,4% від розрахункового часу) вплинула на тривалість усієї тривалості дослідження у другому періоді збору даних та 10,3% у першому. Латентність результатів аналізу крові на рівень глюкози

впливала на загальну тривалість ПЕТ/КТ протягом другого граничного періоду у 19% досліджень порівняно з 15,2% у першому. терміни застосування ФДП РФП та загальна тривалість уражених досліджень у другому періоді у 32,4% випадків, але в першому періоді – на рівні 33,2%. Хоча результати аналізів на рівень глюкози в крові мали значний вплив на загальний час, необхідний для завершення дослідження, це був не єдиний важливий фактор. Скорочення часу очікування консультацій та часу накопичення 18F FDG призвело до покращення результатів між двома періодами збору даних.

Ретельний аналіз ПЕТ/КТ та його різних етапів виявив важливі міркування, які дозволили краще спланувати шлях пацієнта і, таким чином, збільшити кількість обстежень, проведених між першим і другим збором даних.

Важливо відзначити, що за даними літератури, в день проводиться в середньому 8-9 аналізів на КТ (показник визначається на підставі опитувань). Таким чином, кількість досліджень, проведених в обох наборах даних, була вищою за середній показник медичних закладів [36]. З огляду на важливість методу в охороні здоров'я і високі початкові інвестиції, цілком зрозуміло провести якомога більше перевірок.

У лабораторному блоці, з урахуванням добирання пацієнта на роботу та робочого часу, розрахункову максимальну кількість щоденних обстежень на тиждень з понеділка по п'ятницю встановили на рівні 14.

За результатами первинного збору даних середня кількість хворих склала 10. Ми проаналізували час простою обладнання та час, необхідний для заміни пацієнтів. Це дозволило поліпшити організацію процесу, скоротити час, що витрачається на ротацію пацієнтів, скоротити час простою і тим самим підвищити ефективність використання обладнання.

Між першим і другим збором даних термін служби обладнання збільшився на 10%.

Середній час перетину для другого збору даних був на 5 хвилин і 3 хвилини меншим, ніж для першого збору даних. Таке скорочення часу показало, що так звані «простої» накопичуються на початку і в кінці робочого дня. Кількість тестів

на день також було збільшено з 10 у першому зборі даних до 12 у другому.

Деякі етапи шляху пацієнта не могли бути скорочені через специфіку налаштування послуги. Загальний час картографування між первинним та вторинним збором даних збільшився з 165,5 хвилин до 154,5 хвилин, а стандартне відхилення збільшилося з 43 хвилин до 60 хвилин.

Другий етап збору даних також показав, що 23% пацієнтів мали ранній 40-хвилинний візит, а 61% завершили опитування із середньою затримкою 30 хвилин порівняно із запланованим часом. Різниця в часі прибуття пацієнтів пов'язана з факторами, які важко передбачити і які неможливо передбачити, наприклад, затори на дорогах. Щоб скоротити час простою, пацієнти повинні проходити скринінг якомога швидше з моменту прибуття до відділення.

Подальша робота може дослідити ефект поєднання пунктуальності пацієнта та управління маршрутами для скорочення часу простою.

Таким чином, планування та ведення маршрутів пацієнтів повинні бути вдосконалені з урахуванням факторів, які неможливо контролювати. Таким чином, можна досягти більш високої пунктуальності при ПЕТ/КТ обстеженнях та секвенуванні потоків, що особливо корисно для пацієнта.

Несвоєчасне прибуття на тест може призвести до зниження ефективності ФДГ радіофармпрепарату, що доставляється до пристрою, оскільки час дегенерації залишається порівняно з графіком оцінки.

Наступна частина дослідження полягала у вивченні зв'язку між ПЕТ та аналітичною контрастною комп'ютерною томографією. Аналізуючи дані, отримані в обох фазах, було встановлено, що комп'ютерна томографія з середньоконтрастною речовиною збільшила загальну тривалість процедури на 5 хвилин. Проте, користь такого обстеження для пацієнта також повинна враховуватися. Особливо це стосується онкологічних хворих, яким в іншому випадку була б призначена контрастна комп'ютерна томографія. При зворотному ПЕТ/КТ пацієнт отримує все за одну процедуру зі скороченням часу, вартості та психологічного стресу. Комп'ютерна томографія також розвантажена, а лист очікування скорочено.

Для забезпечення оптимального балансу у виборі між тривалістю та обсягом обстеження наш центр детально інформує лікарів про потенціал процедури та чітко визначає призначення обстеження.

Отримані результати свідчать про те, що детальний опис процесу в дослідженні ПЕТ/КТ, визначення матриці відповідальності з подальшим аналізом та активним моніторингом такого складного комбінованого діагностичного процесу, може виявити ключові організаційні та організаційні проблеми, шляхи оптимізації використання складного та дороговартісного технічного обладнання та інструментарію з чіткими позитивними соціально-економічними наслідками для організації може показати систему охорони здоров'я в цілому. І перш за все для пацієнтів.

Висновки до розділу 3

Запропоновано інтегрувати аспекти менеджменту, які спрямовані на те, щоб бути медичними структурами, а метою даного дослідження буде процес трансформації змін у системі управління в рамках планування надання медичної допомоги населенню, що дозволить розпізнавати особливості людського мозку для можливості моделювати медичні та адміністративні функції. Нейронне лідерство показує, що зміна способу мислення та навчання співробітників, а також врахування їхнього менталітету та вміння працювати в команді впливає на підвищення якості управління системою. На сучасному етапі суспільного розвитку нейронну регуляцію слід виділити окремо як специфічну галузь прикладної науки, що дозволяє:

- створити унікальний концептуальний інструмент інтелекту як інструменту вирішення завдань та управлінських завдань;
- удосконалення методологічних основ менеджменту у вигляді вдосконалення медичної організації як системи, що дозволяє істотно змінити управлінську поведінку;
- збагачувати управління новими теоріями, законами, методами,

функціями, методами, правилами та науково обґрунтованими технологіями;

- активне використання інструментарію очікуваного розвитку когнітивних функцій у процесі впровадження професійних знань, умінь і навичок медичних працівників тощо.

Нестандартні методи неврологічного менеджменту призведуть до кращого якісного управління медичними закладами, що позитивно вплине на якість надання медичної допомоги та задоволеність пацієнтів, працівників та всіх зацікавлених сторін, що стане основою для стабільності роботи медичної галузі.

Для забезпечення оптимального балансу у виборі між тривалістю та обсягом обстеження наш центр детально інформує лікарів про потенціал процедури та чітко визначає призначення обстеження. Отримані результати свідчать про те, що детальний опис процесу в дослідженні ПЕТ/КТ, визначення матриці відповідальності з подальшим аналізом та активним моніторингом такого складного комбінованого діагностичного процесу, може виявити ключові організаційні та організаційні проблеми, шляхи оптимізації використання складного та дороговартісного технічного обладнання та інструментарію з чіткими позитивними соціально-економічними наслідками для організації може показати систему охорони здоров'я в цілому.

ВИСНОВКИ

Сьогодні очевидно, що організаціям охорони здоров'я необхідно час від часу вносити зміни у свою діяльність, щоб вижити на ринку та залишатися конкурентоспроможними. Крім того, потреба в змінах виникає настільки часто, що їх вплив на роботу системи охорони здоров'я вже не вважається чимось незвичайним. У практиці та дослідженнях все більше уваги приділяється виявленню змін та можливостям управління змінами.

Здатність управляти змінами обумовлена людським фактором, який включає зміни в навичках, поведінці за допомогою технічного навчання, підготовку до міжособистісних або групових взаємодій, мотивацію, лідерство, оцінку якості роботи, підвищення кваліфікації лідерів, командоутворення, реалізацію стратегій підвищення задоволеності роботою. Потреба в управлінні змінами ґрунтується на прагненні досягти цілей розвитку організації охорони здоров'я. У міру розвитку внутрішнього та зовнішнього середовища діяльності комунікаційних систем та організаційних можливостей необхідно знайти такі механізми, щоб впоратися зі змінами та розвитком, що призведе до більшої ефективності його діяльності. За таких обставин доцільно зазначити, що ефективне впровадження змін неможливе без контролю.

Дослідження показало, що зміни можна визначити як перехід до нового етапу якісного розвитку організації, що дозволяє розширити поняття конкурентної переваги та переоцінити потенціал окремих співробітників і підрозділів організації, досягти нового становища на ринку продукції та послуг, а також значно збагатити культуру та філософію компанії. Залежно від обсягу та характеру зміни варіюються від незмінної функції агентства до повної реструктуризації агентства після того, як відбудеться його фундаментальна зміна. Будь-який тип змін обумовлений змінами, що відбуваються у зовнішньому середовищі, а також сильними і слабкими сторонами самої організації. Для здійснення господарської діяльності необхідно використовувати моделі, засновані на проекті і наявних можливостях, який шлях був обраний (революційні або еволюційні зміни), розмір агентства і обсяг

запропонованих змін. Тому краще всього використовувати різні види в залежності від ситуації.

Також виявляється, що існує три підходи до вивчення ефективності змін у системі охорони здоров'я: цілеспрямований, системний та специфічний. Однак оптимального результату можна досягти тільки при збалансованому поєднанні трьох методів, при якому недоліки одного можуть бути переважені перевагами іншого.

Зараз триває процес реструктуризації клінічної лікарні «Феофанія», який триває вже понад чотири роки, щоб успішно та системно впорядкувати медичну допомогу. Реструктуризація клінічної лікарні «Феофанія» з попередніми оцінками вартості, обсягів та термінів її реалізації показала, що існує потенціал для ефективної оптимізації діяльності Агентства з позитивним кінцевим результатом.

Скорочення часу обстеження стаціонарних хворих у гострій формі, мультидисциплінарний підхід до надання медичної допомоги хворим у гострих ситуаціях, сприяння та раціоналізація лікувально-діагностичного процесу, використання передових медичних технологій, організація роботи госпітальних організаційних підрозділів відповідно до вимог локальних протоколів надання медичної допомоги відповідно до стандартів комбінованого лікувально-діагностичного процесу Міністерство охорони здоров'я України; трирівневий контроль якості медичної допомоги у поєднанні з анонімними опитуваннями пацієнтів призвели до значного покращення якості медичної допомоги та ефективності роботи закладу. Це призводить до більш ефективного використання постільного фонду, зниження смертності на 15% і скорочення часу сну пацієнта більш ніж на 5 днів. Кількість пролікованих пацієнтів за рік зросла на 45%.

Структура лікувального закладу Державної клінічної лікарні «Феофанія» після попереднього огляду його діяльності свідчить про потенціал правильного використання матеріалів, технологій та людських ресурсів, наявних у всіх медичних закладах лікарні. Водночас, підвищити якість медичної допомоги, що може зробити вагомий внесок у загальний досвід реформування системи охорони здоров'я в Україні.

На прикладі Центру судинної хірургії при клінічній лікарні «Феофанія» визначено основні показники ефективності роботи організації, що надає високоспеціалізовану допомогу. Було зазначено, що невід'ємною складовою ефективності роботи цього закладу є високий рівень підготовки персоналу, застосування сучасних методів діагностики та лікування пацієнтів із судинною патологією та впровадження передових технологій у клінічну практику.

Запропоновано ввести аспекти неврологічної регуляції, спрямовані на те, щоб бути медичними структурами, а темою даного дослідження буде процес трансформації змін у системі управління в рамках планування медичного лікування населення, що дозволить проектувати медико-адміністративні функції через розпізнавання особливостей головного мозку людини. Нейронне лідерство показує, що зміна способу мислення та навчання співробітників, а також врахування їхніх думок та вміння працювати в команді впливає на підвищення якості управління системою. На сучасному етапі суспільного розвитку нейронну регуляцію слід виділити окремо як специфічну галузь прикладної науки, що дозволяє:

- створити унікальний концептуальний інструмент інтелекту як інструменту вирішення завдань та управлінських завдань;
- удосконалення методологічних основ менеджменту у вигляді вдосконалення медичної організації як системи, що дозволяє істотно змінити управлінську поведінку;
- збагачувати управління новими теоріями, законами, методами, функціями, методами, правилами та науково обґрунтованими технологіями;
- активне використання інструментарію очікуваного розвитку когнітивних функцій у процесі впровадження професійних знань, умінь і навичок медичних працівників тощо.

Нестандартні методи неврологічного менеджменту призведуть до кращого якісного управління медичними закладами, що позитивно вплине на якість надання медичної допомоги та задоволеність пацієнтів, працівників та всіх зацікавлених сторін, що стане основою для стабільності роботи медичної галузі.

Для забезпечення оптимального балансу у виборі між тривалістю та обсягом обстеження наш центр детально інформує лікарів про потенціал процедури та чітко визначає призначення обстеження. Отримані результати свідчать про те, що детальний опис протоколу ПЕТ/КТ з визначенням матриці відповідальності з подальшим аналізом та активним моніторингом такого складного комбінованого процесу аналізу дозволяє виявити ключові структурні та організаційні проблеми, шляхи оптимізації використання складних та дорогих апаратно-технологічних додатків з чітко позитивними соціально-економічними ідентифікаційними впливами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р., Демків І. Інструментарій політики розвитку та зміцнення конкурентоспроможності економіки територіальних громад. Modeling the development of the economic systems. 2023. Вип 2, С. 28–33.
2. Августин Р. Конкурентоспроможність та основні поняття, що її характеризують. Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені В. Гнатюка. Серія: Економіка, 2007. №21. С. 39-44
3. Августин Р. Р. Пріоритети державної політики детінізації національного господарства України на сучасному етапі розвитку. Проблеми економіки, 2016, 4: 35-40.
4. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. Академічні візії. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250> .
5. Августин Р., Демків І. Управління формуванням ресурсного забезпечення стратегічного розвитку підприємства. Вісник Хмельницького національного університету, Хмельницький, 2021, № 3 (292), с. 77-81.
6. Ареф'єва О. Методичний підхід до визначення резервів загального потенціалу підприємства та управління ним / О. Ареф'єва, О. Коренков // Економіст. - 2003 . - №9. - С. 45-47.
7. Безручко О. О. Особливості управління економічним потенціалом підприємства в умовах мінливого зовнішнього середовища / О. О. Безручко // Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського. Економічні науки. - 2014. - Вип. 1/2014 (3). - С. 96-107.
8. Беляєва Н. Є. Управління організаційними змінами підприємства : автореферат дис. на здобуття наукового ступеня канд. екон. наук : спец. 08.00.04 - економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності) / Н. Є. Беляєва. - Харків: Харківський національний економічний університет, 2009. - 20 с.
9. Бондаренко, С.М. Нейроменеджмент організацій як інструмент підвищення якості життя людей у сучасному суспільстві, 2015 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://er.knutd.edu.ua/bitstream>.

10. Василівська Л. Н. Надання первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальної медичної практики. Охорона здоров'я. 2003. 12. 23-26.
11. Воронков Д. К. Управління змінами на підприємстві: теорія та прикладні аспекти : [монографія] / Д. К. Воронков. - Харків: ВД «ІНЖЕК», 2010, 365 с.
12. Воронков Д. К. Управління стратегічними змінами щодо інноваційного розвитку підприємства / Д. К. Воронков // Вісник Хмельницького національного університету. - 2009. - № 6. - Т. 3. - С. 7-11.
13. Гайдей О.О. Управління змінами на підприємстві / О.О. Гайдей // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. - 2012. - № 3 (19). - С.71-75
14. Гапон Ю. В. Формування та оцінювання потенціалу стратегічних змін підприємства : дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук : спец 08.00.04 - економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності) / Ю. В. Гапон. - Х. : Харківський національний економічний університет імені Семена Кузнеця, 2017. - 246 с.
15. Гарафонова О. І. Управління змінами: теорія, методологія та практика. Монографія. / О. І. Гафонова. - К. : КНУТД, 2014. - 364 с.
16. Гордієнко Л. Ю. Управління організаційними трансформаціями: теоретико-методологічні засади та управлінській інструментарій: Монографія. / Л. Ю. Гордієнко. - Харків: Вид. ХНЕУ, 2011. - 440 с.
17. Грандо А. А., Кухаєнко Г. В. Покращення структури профілактичних відділів та їх роль у медичному огляді населення. Соціальна гігієна, організація охорони здоров'я та історія медицини. Київ: Здоров'я. 2022. 71-74.
18. Гринь Є. Л. Алгоритм визначення готовності підприємства до організаційних змін / Є. Л. Гринь // Глобальні та національні проблеми економіки. Миколаївський національний університет імені О. Сухомлинського. - 2018. - № 6. - С. 92-98.
19. Гринь Є. Л. Аналіз ефективності здійснення організаційних змін на підприємствах сільськогосподарського машинобудування України / Є. Л. Гринь // Вісник СНАУ: економіка і менеджмент. - 2018. - № 4. -с.112-117.
20. Гринь Є. Л. Вибір й обґрунтування методів подолання опору персоналу змінам на підприємстві / Є. Л. Гринь // Український журнал прикладної економіки. - 2018.

- Том 3. - № 2. - С. 12-17.

21. Гринько Т. В. Методологічні підходи до класифікації змін на підприємстві / Т. В. Гринько, Т. З. Гвініашвілі // Бізнес Інформ. - 2015. - № 11. - С. 39-44.

22. Демків І. О. Гнучкість підприємства як засіб досягнення його конкурентоспроможності. Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки». 2011. № 6 (51), ч. 2. С. 164 – 168.

23. Демків І. О. Методичні підходи до оцінювання гнучкості підприємства в умовах нестабільного ринкового середовища. Економічний аналіз. 2015. Том 21. № 2. С. 55-62.

24. Демків І. Стратегія диверсифікації як елемент стратегічного управління підприємством. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки: зб. тез доп. Всеукр. наук. практ. конф.. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. С.45-48.

25. Демків І. Теоретичні засади гнучкості підприємства як засобу забезпечення його конкурентоспроможності: виробничо-управлінський аспект. Наука молода : зб. наук. праць молод. вчених Терноп. нац. екон. унту. Тернопіль : Економічна думка, 2010. № 14. С. 20-25. 224.

26. Дзяна С.Р. Теоретичні засади управління змінами в сучасних умовах / С. Р. Дзяна, Р. Б. Дзяний // Ефективність державного управління. -2013- Вип. 34. - С. 31-40.

27. Інтернет-ресурс. Режим доступу: <http://uk.wikipedia.org/wiki/> / Нейробіологія.

28. Корнійчук О.П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи / О. П. Корнійчук // Український медичний часопис. 2013. № 4. С. 20-

26. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2013_4_6.

29. Кужда Т. Етапи успішного управління організаційними змінами на підприємстві / Т. Кужда // Галицький економічний вісник. - 2013. - №2(41). -

30. Кузьмін О. Нова парадигма побудови систем менеджменту / О. Кузьмін, Н. Петришин, Н. Сиротинська // Науковий вісник «Демократичне врядування» - 2010. - Вип 6. - С. 14-18.

31. Кучеренко Н. Т., Субботін В. Ю. Проблеми особистої безпеки в системах

охорони здоров'я України. Річний звіт про стан здоров'я населення України та результати системи охорони здоров'я. 2022.

32. Логвиненко І. А., Топка В. П., Фофанов В. П. Спеціалізована медична допомога сільському населенню. Київ: Здоров'я. 2020. 104.

33. Наталія Кадя. Культура помилок та міф про нервові клітини: як знання про мозок можуть змінити наше життя [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://hromadske.radio/podcasts/mozok/shcho-take-neyromenedzhmentta-yak-vyko-rystovuvaty-znannya-pro-mozok>.

34. Основи законодавства України про охорону здоров'я//Відомості Верх. Ради України. 1993. №4. – С. 59-84.

35. Острополець Н. А., Субботін В. Ю. Характеристика медичної допомоги третього рівня. Річний звіт про стан здоров'я населення України та результати системи охорони здоров'я. 2022.

36. Офіційний сайт КЛ «Феофанія». URL: <https://feofaniya.org/>

37. Попов Ю. Особливості розвитку цифрової трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 4 травня 2023 року).

38. Попов Ю. Управління змінами як чинник забезпечення конкурентоспроможності організації: мат. доп. наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні». м. Тернопіль, 24 листопада 2023р.

39. Пунда, А. Кадровий потенціал закладів охорони здоров'я: ефективність використання [Текст] / Анастасія Пунда, Вікторія Шутурмінська // Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з між нар. участю, Ч. 1 [м. Тернопіль, 15 травня 2020 р.] / редкол. : Р. Р. Августин, А. Ю. Васіна, Т. Л. Желюк [та ін.] ;відпов. за вип. М. М. Шкільняк. - Тернопіль : ТНЕУ, 2020. - С. 161-165.

С. 66-72.

40. Снегірьов П. Мета процесу – досягнення результату! Нові зрушення на шляху формування Національної стратегії охорони здоров'я / П.Снегірьов // Український медичний часопис. 2018. №6(1). С.1-5.

41. Тарнавська Н. П., Демків І.О. Концептуальні положення моделі управління гнучкістю підприємства. Бізнес інформ. №2. 2017. с. 307-317.

42. Термінологічний і понятійний довідник: Навч. посібник / В. М. Литвин, В. І. Гусєв, А. Г. Слюсаренко та ін. К.: Вища школа, 2002. С. 326-328.

43. Тестемицану Н. А, Тінтюк Д.В. Економічна ефективність нових організаційних форм медичної допомоги сільському населенню. Актуальні проблеми економіки та планування здоров'я. 2019. 152-4.

44. Устинов А.В. Національна стратегія охорони здоров'я: погляд медичної спільноти/А.В. Устинов //Український медичний часопис. – 2018. – № 6(2). – С. 1-7. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/134492/natsionalna-strategiya-ohoroni-zdorovya-poglyad-medichnoyi-spilnoti>.

45. Циборовський О. М., Субботін В. Ю. Характеристика медичної допомоги другого рівня. Річний звіт про стан здоров'я населення України та результати системи охорони здоров'я. 2022.

46. Чарльз, С. Джейкобс. Нейроменеджмент. К.: Сотрапіоп Сгоир, 2011. 208 с.

47. Шафранський В. В., Субботін В. Ю. Аналіз розвитку нормативно-правової бази здоров'я. Річний звіт про стан здоров'я населення України та результати системи охорони здоров'я. 2022.

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

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

50. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2(19). С. 151-159.
51. Assessing Short Term Effects and Costs at an Early Stage of Innovation: The Use of Positron Emission Tomography on Radiotherapy Treatment Decision Making / R. Remonay, M. Morelle, P. Pommier et al. // International Journal of Technology Assessment in Health Care. – 2008. – Vol. 24, N 2. – P. 212-220.
52. Avhustyn R., Demkiv I., Kotys N. Modeling the assessment of the probability of shadowing and spread of corruption in the social system and the sphere of public services Conference Proceedings Advanced Computer Information Technologies. Cheske Budejovice, Czech Republic, June 5-7, 2019, S.388-392.
53. Avhustyn, R., & Demkiv, I. (2020). Management innovations as a factor of improving competitiveness of enterprises. *Efektivna Ekonomika*. <https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.4.14>
54. Browne G. Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes / G. Browne, S. Birch, L. Thabane // Canadian Health ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА УКРАЇНИ (1.2019, Том 19) Services Research Foundation. 2012 Режим доступу: http://archives.enap.ca/bibliotheques/2013/06/03_04293_5_5.pdf
55. Conti P. S. Positron Emission Tomography: A Financial and Operational Analysis / P S. Conti, J. S. Keppler, J. M. Halls // American Journal of Roentgenology. – 1994. – Vol. 162, N 6. – P 1279-1286.
56. Economic Evaluation of PET and PET/CT in Oncology: Evidence and Methodologic Approaches / A. K. Buck, K. Herrmann, T. Stargardt et al. // Journal of Nuclear Medicine. – 2010. – Vol. 51, N 3. – P 401-412.
57. Fine D. J., Meyer E. R. Quality assurance in historical perspective. *Hosp. Hith. Serv. Admin.* 2019. 94—121. REFERENCES
58. Halliday S. The Business of PET/CT / S. Halliday, J. H. Thrall // American Journal of Roentgenology. – 2005. – Vol. 184, N 5. – P S152-S155.
59. Hassmiller S. Nursing's role in healthcare reform / S. Hassmiller // *American Nurse Today*. - 2010. - Vol. 5, № 9.-P.68-69.

60. Hess, E., Hennric, J. Neurokapitalismus [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.eurozine.com/articles/2009-06-09-jokeit-de.html> (19.09.2014).
61. Is a Methodology Available That Accurately Measures the Cost of an FDG-PET Study? / B. Krug, A. S. Pirson, R. Crott, T. VanderBorgh // *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*. – 2007. – Vol. 34, N 5. – P. 625-657.
62. Kabachenko D., Churikanova O., Oneshko S., Avhustyn R., Slatvinska V. Application of Information Technologies for Management Decision Making in the Conditions of the Instability of the External Economic Space. *International Journal for Quality Research*. Volume 16 Number 4. 2022. s. 1121-1132
63. Keppler J. S. A Cost Analysis of Positron Emission Tomography / J.S. Keppler, P.S. Conti // *American Journal of Roentgenology*. – 2001. – Vol. 177, N 1. – P 31-40.
64. Positron-Emission tomography and Assessment of Cancer Therapy / M. E. Juweid, B. D. Cheson // *The New England Journal of Medicine*. – 2006. – Vol. 354, N 5. – P 496-507.
65. Reiser et al. *Musculoskeletal Imaging (Direct Diagnosis in Radiology)* (Paperback), Thieme; 1 edition, 2007. 333 p.
66. Role and Cost Effectiveness of PET/CT in Management of Patients with Cancer / M. W. Saif, I. Tzannou, N. Makrilia, K. Syrigos // *Yale Journal of Biology and Medicine*. – 2010. – Vol. 83, N 2. – P 53-65.
67. Role of in Evaluating Early Response in Patients with Hodgkin's Lymphoma / A. Orlacchio, O. Schillaci, E. Gaspari et. al. // *La Radiologia Medica*. 2012. Vol. 117, N 7. P 1250-1263.
68. Ruslan Avhustyn, & Iryna Demkiv. (2021). Anti-corruption mechanism and means of detinization in the social sphere. *The Journal of V. N. Karazin Kharkiv National University. Series: International Relations. Economics. Country Studies. Tourism*, (13), 27-37. <https://doi.org/10.26565/2310-9513-2021-13-03>
69. Stahiv O., Biletska I., Perepolkina O., Avgustyn R., Mykytyn O. (2023). Efficiency of the Implementation of Innovation and Investment Projects at Healthcare Institutions: Integral Analysis and Ways of Enhancement. *Science and Innovation*, 19(5), 18–33. <https://doi.org/10.15407/scine19.05.018>