

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

ФЕДОРУК Ігор Анатолійович

**Технології антикризового управління в закладі
охорони здоров'я**

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзмхм-21
І.А. Федорук

Науковий керівник:
д.е.н., професор,
Г.Л.Монастирський

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" ___ " _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2023

ЗМІСТ

Вступ

Розділ 1. Теоретичні засади антикризового управління в організації

1.1. Особливості діяльності організації в умовах кризи

1.2. Механізм антикризового управління в організації

Висновки до розділу 1

Розділ 2. Оцінка практики антикризового управління в досліджуваній організації

2.1. Моніторинг чинників внутрішнього й зовнішнього середовища досліджуваної організації як джерела криз

2.2. Оцінка технологій антикризового управління в діяльності досліджуваної організації та труднощі їх реалізації в умовах невизначеності

2.3. Проблеми реалізації функції планування діяльності досліджуваної організації в умовах кризи

Висновки до розділу 2

Розділ 3. Розроблення організаційної стратегії в системі антикризового управління в організації

3.1. Впровадження інноваційних технологій антикризового управління в організації

3.2. Впровадження технологій ризик-менеджменту в процесі антикризового управління організацією

Висновки до розділу 3

Висновки

Список використаних джерел

ВСТУП

Діяльність будь-якої організації, особливо в умовах нестабільності, може стати об'єктом кризової ситуації, що зумовлено впливом різноманітних факторів внутрішнього й зовнішнього середовища та циклічністю життєвого циклу організаційних систем. Для попередження, ліквідації або зменшення наслідків кризи, необхідним є застосування технологій антикризового управління. Це обумовлює актуальність теми магістерського дослідження.

Зарубіжний досвід показує, що питанню антикризового управління підприємством (а саме розробці стратегії управління підприємством у кризових умовах) приділяється значна увага, про що свідчать ґрунтовні розробки теорії антикризового менеджменту Е.І. Альтмана, Т.С. Петерса, Ш.Л. Брауна, Д.Дж. Майєрса, І. Ансоффа, Р. Акоффа, Т. Таффлера, Р. Зузака, І. Адізеса, Д. Чампа, Ст. Фінка, М. Хаммера, та ін. Деякі питання та окремі аспекти антикризового управління були викладені в працях: Самсонова Н. Ф., Арнольда В.І., Балабанова І.Т., Баришнікова Н.Б., Беляєва С.Г., Біра С., Богданова А.А., Бляхмана Л.С., Градова А.П., Грязнової А.Г., Іванова Г.П., Клебанова Т.С., Короткова Є.М., Кошкіна В.І., Крижанівського В.В., Кузіна Б.І., Мінаєва Є.С., Панагушина В.П., Пономаренка В.С., Пушкар О.І., Уткін Е.А., Короткова Є.М. та інших. Автори зосереджують увагу на питаннях функціонування медичного закладу при настанні кризових ситуацій та при появі загрози визнання його банкрутом; не приділено достатньо уваги процесу попередження як складової частини системи антикризового управління на підприємстві.

Метою кваліфікаційної роботи є розробка практичних пропозицій щодо імплементації технологій розроблення механізму антикризового управління в організації, зокрема в комунальному некомерційному підприємстві «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради.

Мета роботи визначила постановку таких завдань:

- дослідити теоретичні засади антикризового управління в організації;

- здійснити моніторинг чинників внутрішнього й зовнішнього середовища досліджуваної організації як джерела кризи;
- провести оцінку технологій антикризового управління в діяльності досліджуваної організації та труднощі їх реалізації в умовах невизначеності;
- визначити проблеми реалізації функції планування діяльності досліджуваної організації в умовах кризи;
- запропонувати шляхи удосконалення організаційного забезпечення антикризового управління в організації;
- окреслити напрямки впровадження інноваційних технологій антикризового управління в організації в умовах невизначеності;
- розробити методiku оперативної корекції планів організації в умовах кризи.

Об'єктом дослідження є діяльність Комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради.

Предметом дослідження є механізм застосування технологій антикризового управління в діяльності Комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради.

Для реалізації визначених завдань в роботі застосовані методи системного аналізу, порівняльного аналізу, статистичного групування, екстраполяції та експертної оцінки.

Теоретичне значення роботи полягає в тому, що результати дослідження з даного питання можуть бути використані в подальшій науково-дослідницькій діяльності, в навчальному процесі тощо.

Практична цінність роботи полягає в можливості застосування запропонованих технологій антикризового управління в діяльності організацій різних форм власності.

Інформаційною базою дослідження слугувала наукова література, статті в наукових журналах, матеріали діяльності Комунального некомерційного

підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради, ресурси мережі Інтернет.

Результати роботи апробовані на Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» (Тернопіль, ЗУНУ, 2023 р.); науково-практичній інтернет-конференції студентів, аспірантів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (Тернопіль, ЗУНУ, ФЕУ, 2023 р.).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ

1.1. Особливості діяльності організації в умовах кризи

Сьогодні підкреслюється, що планування не було б необхідним, якби організаціям не доводилося мати справу з мінливим середовищем, оточенням, і в той же час його важливість для координації зусиль, зниження ризиків, зменшення повторень і встановлення стандартів для полегшення контролю [18, с. 16-34].

В такій організації, як лікарня, фундаментальну роль відіграє її здатність збирати, обробляти, передавати та отримувати інформацію, яка стосується як місії та прийнятих цілей, так і процесу управління матеріальними та людськими ресурсами, а також її формальної структури. Здатність лікарні працювати з інформацією визначає її ефективність у виконанні своїх завдань. Ефективність і результативність використання інформації прямо пропорційна ефективності інформаційної системи лікарні, враховуючи людський фактор [21, с. 134-139]. Інформація є надзвичайно важливим фактором у кризовому менеджменті.

У літературі зустрічаються терміни, які помилково використовуються як синоніми кризового планування, такі як "планування на випадок надзвичайних ситуацій" або "план реагування". Планування на випадок непередбачуваних ситуацій - це планування на випадок непередбачуваних ситуацій, планування "про всяк випадок". Це визначення альтернативного способу дій або реагування на випадок, якщо прийнятий план раптово, без попередження, порушується або більше не відповідає зміненим умовам [22, с. 213]. Існують також такі плани, як "план реагування", який є планом, розробленим для відповіді або реагування на непередбачувані обставини [19, с. 209]. Аналіз літератури [20] вказує на те, що ні планування на випадок надзвичайних ситуацій, ні план реагування не є достатніми, коли йдеться про планування на випадок надзвичайної ситуації.

План на випадок надзвичайних ситуацій також іноді називають "планом Б", тобто іншою версією плану, прийнятого для звичайних операцій. План реагування, з іншого боку, лише передбачає ряд дій, передбачених на випадок певного відхилення від норми, тобто показує, як реагувати на певні порушення діяльності. План антикризового управління - це план, який діє в набагато ширшому діапазоні і перебуває в постійній готовності. Сенс такого плану полягає в тому, що він існує поряд зі звичайними планами, які діють в режимі реального часу і під час звичайної діяльності. Це управління, запозичене з воєнізованих моделей [18, с. 7-14]. Коли виникає потреба, запускається кризовий режим роботи, і від звичайної діяльності переходять до кризового режиму. Саме тоді починає діяти план антикризового управління, і вся організація або певна її частина функціонує відповідно до вказівок антикризового плану.

Антикризове планування має розглядатися ще на етапі розробки стратегії і охоплювати всі сфери діяльності організації, включаючи детальні інструкції з операційної сфери [19]. Антикризове планування має своє місце в операційній стратегії, оскільки при розробці багаторічного плану та визначенні напрямів подальшої діяльності ми намагаємося передбачити можливі ризики в дуже широкому розумінні. У певному сенсі стратегічний план продиктований нашими передбаченнями або, точніше, прогнозами на майбутнє. Коли ми формулюємо стратегічний план, ми формулюємо стратегічні орієнтири для плану антикризового управління.

Стратегічне мислення - це широка і далекосяжна побудова стратегії дій, тобто роздуми про те, чого організація повинна прагнути досягти в майбутньому, якої форми вона повинна набути і що вона повинна робити. Цей підхід має вирішальне значення, оскільки він є відправною точкою для побудови місії організації, стратегічних цілей і всіх наступних елементів управління як наслідку цього стратегічного мислення.

Стратегічне управління - це інформаційний процес і процес прийняття рішень (підтримуваний функціями планування, організації та контролю),

основною метою якого є вирішення ключових проблем діяльності організації, її виживання і розвитку з особливим урахуванням впливу зовнішнього середовища і факторів власного виробничого потенціалу [21]. Стратегічне управління - це створення і підтримка за допомогою управлінських функцій оптимальних взаємозв'язків між цілями компанії та її ресурсами і мінливими можливостями на ринку.

Антикризове управління слід розглядати під іншим кутом зору, ніж управлінська наука в цілому, через два аспекти. Перший - це відсутність часової безперервності, а другий - "несподіванка". Коли ми плануємо якусь діяльність, незалежно від того, чи це зміни в організації, чи будь-яке інше управлінське завдання, ми визначаємо часові рамки. Ми встановлюємо відправну точку, ділимо час на етапи і визначаємо дату завершення. У випадку антикризового управління все інакше, оскільки ми маємо справу з підготовкою плану для конкретних груп загроз і постійною готовністю до його реалізації. Тут, на етапі готовності, часова безперервність закінчується. Відсутність часової безперервності пов'язана з тим, що кризова ситуація, як правило, є надзвичайною ситуацією, і навіть якщо кризова ситуація передбачається, її масштаби або обсяг, а отже, тривалість і коли вона закінчиться, ніколи не можуть бути повністю визначені. Добре керована організація готує певні резерви та плани на випадок надзвичайних ситуацій. Однак другий аспект, а саме "несподіванка", означає, що ми можемо лише оцінити можливість кризи або лише передбачити певні ризики - як правило, на основі попередніх періодів або років, але також звертаючи увагу на навколишнє середовище та інші умови ведення бізнесу. Ретельна характеристика середовища та детальний аналіз ризиків у широкому розумінні дозволяє мінімізувати ризики, спричинені загрозами.

Процесне визначення операційного менеджменту виглядає наступним чином: ми будемо називати процесним підходом - визначення понять шляхом вказівки переважно на послідовність виконуваних дій. Таким чином, управління - це вирішення проблем за допомогою наступного процесу:

- спостереження - усвідомлення проблеми;
- формулювання - визначення проблеми та її масштабу, а також побудова її моделі;
- аналіз - визначення відповідних параметрів та альтернативних рішень, прийняття рішення щодо конкретного рішення;
- застосування - прийняття рішення, реалізація рішення та контроль результатів.

До основних етапів управління ризиками можна віднести:

- аналіз ризику;
- вибір методів впливу на ризик на основі оцінки ефективності;
- прийняття рішення;
- безпосередній вплив на ризик;
- контроль і корекція результатів процесів управління [33].

Дуже важливим для плану антикризового управління є поділ за критерієм постійності дії плану. Це пов'язано з тим, що плани можна поділити на постійно діючі та разові. Разові плани - це плани для одноразових або епізодичних заходів, які, як правило, не будуть повторюватися в тій самій формі. Ми класифікуємо одноразові плани на три частини:

- програма - стосується великого набору завдань, цілих кроків для досягнення мети, відповідальних за них, їх послідовності, тривалості та дати завершення,
- проект - містить конкретні зобов'язуючі вказівки щодо завдань і часу (програма поділяється на частини, тобто проекти, або є доопрацюванням окремої частини програми),
- бюджетний кошторис - визначає обсяг фінансових ресурсів, виділених на реалізацію в конкретний час [28].

З точки зору планів на випадок надзвичайних ситуацій, важливо, щоб вони були постійно діючими, тобто перебували в постійній готовності. Постійно діючі плани, які розробляються і вживаються для повторюваних дій, поділяються на

- Правила поведінки (Rules of Conduct) - які є загальними орієнтирами для рішень, що приймаються, встановлюють їх межі, називаються політичними настановами [18].

- Правила (стандартні процедури [19]) - які визначають конкретні дії, що мають бути здійснені в конкретній ситуації.

- Процедури (Правила і положення [19]) - інакше відомі як стандартні операційні процедури як набір детальних інструкцій, що визначають, як виконувати повторювані дії [21].

Найкращим рішенням видається побудова плану на основі триступеневого поділу, представленого в літературі, з урахуванням номенклатури та обсягу, представлених Гріффіном. Слід підкреслити, що побудова сталого плану, описана в літературі, стосується діяльності компанії в нормальних умовах. Звичайні умови - це, перш за все, повсякденна діяльність відповідно до прогнозів і планів розвитку, що здійснюється в законних, не екстраординарних умовах, тобто в нормальних ринкових умовах. У антикризовому плані, який є предметом цієї тези, ми маємо справу з умовами, що відхиляються від нормальних. Будуючи антикризовий план, ми, за визначенням, готуємося до настання специфічних ризиків. Перш ніж будувати такий план, необхідно класифікувати небезпеку і ступінь ризику, а також ймовірність їх настання, спираючись на теорію менеджменту та класифікацію небезпек і моделей, що діють в літературі [28]. Постійні плани, які зазвичай діють, залишаються на розсуд кожної окремої лікарні. Кризові плани існують поряд зі звичайними планами, але побудовані таким чином, щоб їхня дія в кризовій ситуації була ефективною і передбачуваною для служб, що співпрацюють. Побудова та функціонування кризового плану і подальші дії ґрунтуються на максимально спрощеному шаблоні, поділеному на три рівні:

- Алгоритм дій (основна процедура) - це правила поведінки, які є загальним керівництвом для прийняття рішень, визначають операційні процедури, які

необхідно активувати, і описують, в якому порядку їх застосовувати у разі виникнення певної надзвичайної ситуації або катастрофи.

- Стандартна операційна процедура - визначає конкретні дії, які необхідно виконати в конкретній ситуації, із зазначенням осіб або функціональних посад, відповідальних за виконання завдань.

- Процедурні статuti - це конкретні дії для конкретної посади або особи. Для різних процедур існують різні санкції за порушення.

Неможливо підготувати алгоритми дій з набором процедур для кожної надзвичайної ситуації, тому необхідно підготувати алгоритми для певних груп ситуацій, на які буде схожа реакція або реагування. Кризовий план - це визначення та опис дій, основною і головною метою яких є запобігання кризовим ситуаціям, у тому числі мінімізація втрат у разі їх виникнення. Однак, ми можемо запобігти кризі лише тоді, коли ми можемо розпізнати симптоми, що ведуть до неї. З іншого боку, мінімізація втрат можлива тоді, коли ми знаємо, який саме тип кризи очікується, можемо її розпізнати і вжити конкретних, попередньо проаналізованих, описаних, розроблених і відпрацьованих заходів. Ці дії фіксуються в плані, тобто відповідному наборі процедур. План управління кризовими ситуаціями у сфері охорони здоров'я має бути основою для підготовки більш детального плану на випадок кризових ситуацій для такого закладу охорони здоров'я, як лікарня. Такий план має розроблятися кожною лікарнею індивідуально на основі власного аналізу та шаблонів, які дають можливість співпраці з іншими елементами критичної інфраструктури. Для того, щоб оцінити ризик небезпек, необхідно знати оточення лікарні, провести відповідний аналіз макросередовища та пов'язаного з ним середовища, а також близького оточення - тобто транспортних шляхів, підприємств, екологічних умов - і знати всю специфіку простору. Наступним етапом є внутрішній аналіз самого закладу охорони здоров'я, його специфічної діяльності, стану приміщень, організації, персоналу, терапевтичних, санітарних, економічних умов. При оцінці ризику безпеки слід враховувати частоту виникнення різних подій у

минулому в даній лікарні. Ступінь ймовірності виникнення певних подій залежить від конкретного закладу охорони здоров'я та його оточення. При оцінці ризиків корисно розбити їх на певні категорії та зосередитися на умовах, що сприяють виникненню певних ризиків.

Людський фактор є одним з найважливіших аспектів як у процесі розробки плану антикризового управління, так і в управлінні під час кризи, що вже сталася. Люди, які складають той чи інший колектив, демонструють специфічні для даного середовища навички та знання, створюючи власні стратегії, норми, правила та систему цінностей. Водночас, у багатьох ситуаціях вони усвідомлюють необхідність постійного вдосконалення свого розвитку, компетентності та зміни звичної поведінки. Однак ці люди часто захищаються від змін як від чинника, що порушує певну стабільність. Тому їм важко одразу ідентифікувати себе з новою проблемою. Їм потрібен час, щоб асимілювати зміни. Це стосується всіх рівнів управління і всіх працівників загалом.

Важливим є те, що на кожному з цих рівнів не може бути жорстких інструкцій. Завжди в надзвичайних ситуаціях, а це єдині ситуації, які тут аналізуються, повинна бути можливість для прийняття іншого рішення функціональною особою на кожному рівні прийняття рішень. Це пов'язано з тим, що неможливо бути готовим до всіх надзвичайних ситуацій, у всіх варіантах і масштабах. Тому дуже важливо мати висококваліфікованих і добре підготовлених осіб на посадах, відповідальних за виконання завдань у надзвичайних ситуаціях.

Важливим фактором для безперебійної роботи організації в умовах кризи є людина - працівник. У медичній професії існує ризик професійного вигорання, за яке відповідають дві групи факторів - емоційні та компетентнісні [28]. Працівник є компетентним для виконання поставлених завдань в організації за нормальних умов. Ситуація змінюється, коли йдеться про кризові умови. Існує ризик дезорієнтації, хаотичних дій і навіть паніки. Спосіб підготувати

працівника до дій у таких ситуаціях - це узгодити відповідний курс дій і процес навчання.

«Процес навчання на робочому місці підвищує компетентність працівника, керується законом, потребами робочого місця і потребами самого працівника. При правильному впровадженні він підтримує, активізує, розвиває, модифікує та операціоналізує знання та професійні навички працівника лікарні з точки зору його/її професійних прав та бажаних особистісних рис. Процес розвитку медичного персоналу в лікарні має бути цікавим як для керівників робочих процесів, так і для виконавців завдань. Керівники не можуть дозволити собі не знати, коли і яке навчання потрібне працівникам, а працівники не можуть визначити поведінку, від якої залежить виконання ними прийнятих на себе обов'язків» [19].

Впровадження змін у лікарні, таких як план кризового менеджменту, а також інших інновацій, вимагає процесу професійного розвитку та навчання персоналу. Навчання щодо змін у плані кризового менеджменту може потребувати консультацій зовні організації. Консультування відбувається з об'єктивних причин, а іноді і з суб'єктивних.

Об'єктивні причини для використання консультування можуть включати:

- нестача персоналу з необхідними навичками в установі;
- брак часу на вирішення проблем, що виникають, безліч поточних питань;
- потреба в незалежному від компанії експерті, не пов'язаному з нею, для об'єктивної оцінки ситуації;
- коло проблем, які необхідно вирішити, недостатньо велике і тривале для того, щоб наймати новий персонал;
- оцінка рішень проблем, розроблених власними співробітниками;
- вирішення внутрішніх суперечок зовнішньою особою, не пов'язаною з компанією [21].

З іншого боку, до суб'єктивних причин звернення до консалтингу можна віднести:

- періодичне виникнення попиту або моди на спеціалізоване зовнішнє управлінське консультування, наприклад, з питань управління якістю, управління маркетингом;

- бажання отримати ззовні креативний погляд на діяльність керівника компанії.

Вищезазначені причини використання консалтингу свідчать про актуальність визнання проблеми консалтингу в закладах охорони здоров'я [22].

Консультування щодо плану управління кризовими ситуаціями в лікарні може бути корисним для впровадження системи антикризового управління. Впровадження нових рішень потребує стороннього погляду на організацію, щоб впровадження рішень не створювало перешкод, а формулювало рішення на час кризи у найбільш природний для організації спосіб.

Антикризове управління повинно базуватися на системі. Система - це ціле, в якому існує взаємодія між частинами. Системні характеристики, такі як: узгодженість системи - зміна в одній частині системи призводить до зміни в іншій, адитивність системи - зміни є сумою інших змін, і центральність системи - у кожній системі є підсистема, яка відіграє керівну роль у цій системі.

1.2. Механізм антикризового управління в організації

Функціонування економічних одиниць у широко визначеній сфері діяльності та на відкритому ринку призводить до необхідності аналізу та постійного розвитку. Розвиток розуміється як впровадження змін та кращих рішень, тобто інновацій.

Розвиток економічної одиниці, якою, безсумнівно, є одиниця охорони здоров'я, тобто також лікарня, означає процес перетворень, перехід від більш складних станів або форм в цій одиниці, в якомусь відношенні більш досконале пристосування її до постійно мінливого середовища.

Такий розвиток означає:

- введення нових елементів в економічну одиницю;
- вдосконалення існуючих елементів в економічній одиниці;
- зміни в структурі систем, присутніх в економічній одиниці.

Загалом, джерелом інновацій є все, що надихає людину на процес змін, що дозволяє їй творчо реагувати на зміни в навколишньому середовищі. На внутрішньому рівні джерелом інновацій можуть бути:

- топ-менеджмент бізнес-одиниці;
- середній та нижчий менеджмент бізнес-одиниці;
- виконавчий персонал господарської одиниці;
- власні дослідницькі центри.

Рухаючись у площині планування як елементу управління, можна вважати, що під планом розуміють попередню підготовку до можливих майбутніх подій і ситуацій. Це підготовка на майбутнє, відповідно, будь-яких резервів і формальних рішень, адаптованих до специфіки підрозділу і до очікуваних ситуацій. Це також компіляція всіх можливих ризиків разом з ймовірністю їх настання.

Антикризове управління в широкому розумінні - це державно-управлінська діяльність, що є елементом управління національною безпекою, яка полягає насамперед у запобіганні кризовим ситуаціям, реагуванні у разі виникнення кризових ситуацій, усуненні їх наслідків та відновленні критично важливих ресурсів та інфраструктури. Зазвичай з цим терміном пов'язують ресурси: - охорона здоров'я (лікарні), служби безпеки (поліція, військові, рятувальники), для виробництва, передачі та розподілу електроенергії (електрогенерація), для виробництва, транспортування та розподілу газоподібного палива, для виробництва, транспортування та розподілу сирої нафти та нафтопродуктів, для нафтопродуктів, управління водними ресурсами (питна вода, стічні води, поверхневі води), для виробництва та розподілу продуктів харчування, теплопостачання (паливо, централізоване

теплопостачання), транспорт (дороги, залізниці, аеропорти, порти),- фінансові установи (банки), телекомунікації (електронні комунікації).

Переходячи до науки управління, необхідно почати з планування. При підготовці плану ми враховуємо: минуле, поточний стан і мінливість середовища. Наступний етап - реалізація. Наступними етапами є: визначення цілей, визначення та придбання ресурсів, необхідних для досягнення цілей, визначення організації з функціональної точки зору - з точки зору внутрішньої діяльності, а також зовнішньої взаємодії та інформаційної системи. Після цього здійснюється моніторинг досягнутих результатів у контексті стратегічних цілей, а також змін і тенденцій у навколишньому середовищі, створюється система раннього попередження.

У літературі існує багато видів аналізу, заснованих на різних припущеннях. Одним з таких припущень є поділ на когнітивні рівні та поділ на ближнє та дальнє оточення. Аналіз оточення організації слід проводити на трьох рівнях: визначення дальнього та ближнього оточення, сегментація оточення або побудова карт стратегічних супротивників, аналіз можливостей і загроз.

Ці рівні переплітаються між собою, і їх розмежування має на меті полегшити аналіз окремих ізольованих частин. Перший рівень - це аналіз дальнього і ближнього оточення. Більш далеке середовище - це середовище, в якому зміни іноді впливають на діяльність організації, але на яке організація не має впливу - наприклад, політичні зміни, демографічні тенденції або правові норми. Наступний рівень - це сегментація середовища, тобто його поділ на економічне, соціальне, технологічне, політико-правове та демографічне середовище. Ще одним способом аналізу середовища є аналіз стратегічних прихильників. Стратегічні прихильники - це групи, установи та організації, які мають "частку" в діяльності компанії, її рішеннях та наслідках і здатні чинити ефективний тиск на організацію. Побудова стратегічних карт прихильників означає аналіз постачальників, конкурентів, клієнтів, місцевої громади, державних установ тощо, а також ретельний аналіз їхніх важелів впливу. Аналіз

можливостей і загроз впливає з попередніх рівнів і намагається їх поєднати. Він оцінює тенденції та можливі події у виділених сегментах з точки зору можливостей і загроз, які вони потенційно створюють. Аналіз повинен дати відповідь на питання: які з цих тенденцій або загроз можуть мати сприятливий або несприятливий вплив на майбутнє організації?.

Аналіз середовища може ґрунтуватися на дослідженні впливу, який в літературі називають силами оточення. Зовнішні сили - це впливи середовища, які окреслюють межі, в яких відбуваються зміни у взаємодії. Зовнішні чинники можна поділити на такі групи:

- економічні фактори - це загальний стан економіки, що відображається в економічному зростанні, зайнятості, стабільності цін, доходах, доступності грошей та кредитних ресурсів,

- політичні та правові фактори - політичне середовище включає тарифи та торговельні угоди з іншими країнами, державне фінансування окремих програм та ставлення уряду до економічної діяльності та соціальних послуг. Правове середовище включає такі чинники, як законодавча база та будь-які нормативні акти, що діють на національному та міжнародному рівнях,

- культурні впливи - можна розуміти як сукупність способів взаємодії з навколишнім середовищем, які поділяють люди як члени суспільства і які передаються з покоління в покоління. Сюди входять цінності, звичаї, навчання, норми, традиції тощо,

- фізичні впливи - це клімат і географічне розташування організації.

- Технічні впливи - розуміються як доступність товарів і послуг, сюди відносяться швидкі зміни в технологіях.

З точки зору припущень, поділ на багатофакторний аналіз середовища слід розглядати по-іншому. Відправною точкою для побудови плану завжди має бути аналіз реальності, в якій працює організація. Цей аналіз повинен охоплювати середовище, організацію, її сильні та слабкі сторони, прагнення персоналу до розвитку та потенціал, який може бути залучений до процесу досягнення її цілей.

Знання реальності, минулої та теперішньої ситуації, пов'язаної з організацією, дозволяє прогнозувати зміни в середовищі, тобто створювати сценарії на майбутнє. Поділ середовища: макросередовище, пов'язане середовище або конкурентне середовище, організація (внутрішня сфера).

Макросередовище - це сукупність умов функціонування організації, які є результатом того, що вона працює в конкретній країні та регіоні, в конкретній кліматичній зоні, в конкретній політичній, правовій та системній системі. Макросередовище дуже сильно визначає можливості для діяльності та розвитку. Умови, створені макросередовищем, впливають на різні змінні та явища, які необхідно знати і передбачати, але які не підлягають зміні з боку організації, без можливості активно впливати на них. Пов'язане середовище стосується постачальників, дистриб'юторів та конкурентів, які тісно пов'язані між собою [6]. Його також іноді називають конкурентним, галузевим або промисловим. Організації легше ідентифікувати та спостерігати за ним. Воно складається з суб'єктів господарювання, які певним чином пов'язані з організацією як з точки зору компетенції, так і з точки зору конкуренції. Найважливішими компонентами цього середовища є постачальники, існуючі покупці та потенційні конкуренти. Вони також можуть бути платниками, замовниками, наприклад, Національна служба охорони здоров'я для лікарень. Особливістю пов'язаного середовища є те, що між його компонентами та організацією існує зворотний зв'язок: суб'єкти цього середовища взаємодіють з організацією, але й організація має можливість активно реагувати на ці стимули. Для вивчення цих двох зовнішніх сфер використовується набір методів та інструментів, які поділяються на етапи аналізу макросередовища та аналізу конкурентного середовища. Третій етап - це сфера, яка називається стратегічним аналізом організації. Аналіз повинен охоплювати всі сфери діяльності організації: економічну, технологічну, маркетингову. А у випадку з лікарнями - також сфери внутрішньої медицини, закупівель, квот тощо. Фінальним акордом будь-якого правильно проведеного

аналізу є зіставлення результатів аналізу зовнішнього середовища з результатами внутрішнього аналізу [25, с. 34-37].

Аналіз зовнішнього середовища або макросередовища є масштабним, часто загальнонаціональним, а іноді й міжнародним за масштабами. Найбільш універсальним і перевіреним методом аналізу є PEST-аналіз, який передбачає визначення зовнішніх факторів у певних групах. Зовнішні фактори включають політичні, економічні, технічні та соціальні фактори. Також використовується сценарний аналіз, який передбачає аналіз різних сценаріїв майбутнього, припускаючи, що фактори, які впливають на організацію з різним ступенем інтенсивності, будуть діяти на неї з різною силою.

Аналіз пов'язаного (конкурентного) середовища - це аналіз постачальників або конкурентів, який часто проводиться. У цій сфері PEST-аналіз також має своє, хоча і дуже обмежене, застосування.

Внутрішній аналіз найчастіше проводиться за допомогою SWOT-аналізу, тобто аналізу сильних і слабких сторін організації, а також можливостей і загроз. Також використовується SPACE-аналіз, тобто оцінка стратегічної позиції та діяльності.

Методи оцінки бізнесу, відомі в теорії і застосовувані на практиці, також можуть бути використані для аналізу. Їх можна розділити на дві основні групи: дохідні методи, методи оцінки майна.

Дохідні методи ґрунтуються на розрахунках того, який дохід компанія може отримати за певний проміжок часу. На противагу цьому, згідно з майновими методами, компанія коштує стільки, скільки коштують належні їй активи. У літературі все ще можна знайти ширший поділ; крім вищезгаданих груп, говорять про: змішані методи; порівняльні (ринкові) методи; нетрадиційні методи [40]. Однак це економічний аналіз фінансового стану, тобто лише один з елементів знань, необхідних для аналізу організації в цілому.

Найскладнішим елементом будь-якого аналізу є людський фактор, зокрема через те, що він частково не піддається вимірюванню, а також через його

складність. Люди - це особливий ресурс, присутність якого в організації надає неекономічний вимір її функціонуванню. Психологічні, соціальні, політичні та етичні аспекти стають центральними. У той час, коли ми повинні розглядати переважно людський фактор, ми беремо для аналізу всю складність багатовимірної людської присутності в організації.

Інша точка зору полягає в аналізі проблем організації, тобто у визначенні того, що є проблемою або загрозою, і у вжитті заходів, спрямованих на вирішення конкретної проблеми або загрози. У будь-якому такому аналізі, перш за все, необхідно згадати процес прийняття рішень, який складається з п'яти кроків: визначення проблеми або загрози, аналіз проблеми, категоризація, вибір можливих рішень, реалізація найкращого рішення, перетворення обраного рішення на ефективні дії.

Як зі стратегічної точки зору, тобто розробки плану, так і з операційної точки зору, тобто конкретних дій в рамках цього плану, тобто вибору курсу дій, необхідно звернутися до основ менеджменту, тобто циклу організованої дії. Цикл організованої дії - це логічна послідовність етапів, з яких повинна складатися кожна правильно продумана дія. Найчастіше цей цикл представляють у вигляді наступних хронологічних етапів: визначення мети дії, вивчення засобів, необхідних для реалізації мети і доступних для виконавців, планування дії, збір і впорядкування необхідних засобів, організація структур, задуманих статично, реалізація починання відповідно до плану і контроль отриманих результатів. В теорії організації можна знайти різні пропозиції щодо такого циклу. Пропонується три фази: підготовка, реалізація та контроль, або п'ять фаз: огляд ситуації, підготовка інформації, прийняття рішення, делегування завдань виконавцям, контроль виконання.

Дивлячись під іншим кутом зору, можна виокремити інший спосіб поділу:

- на першій стадії циклу організованої дії слід розрізняти дві фази управлінської дії: вибір завдання і передача загалом сформульованого завдання підлеглим,

- на другій фазі циклу підлеглим, за необхідності, надаються виконавчі інструкції (як виконати завдання),
- третій етап циклу складається з двох фаз - створення мотивуючих ситуацій для підлеглих та створення умов для їх виконання,
- четвертий етап опускається,
- п'ята стадія циклу виражається в нагляді і контролі та забезпеченні виконання завдання.

Способи дослідження соціально-економічних явищ можуть бути різними. Існує низка способів дослідження, які, як правило, мають описовий або аналітичний характер. У першому випадку метою є просто зрозуміти інтенсивність явища; у другому - акцент робиться на порівняльному аналізі між різними частинами досліджуваної спільноти. З точки зору перебігу дослідження в часі, ми маємо справу з безперервними, повторюваними, а також одноразовими дослідженнями.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ПРАКТИКИ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ В ДОСЛІДЖУВАНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ

2.1. Моніторинг чинників внутрішнього й зовнішнього середовища досліджуваної організації як джерела кризи

Зміни відбуваються як всередині організації, так і в її оточенні. Зміни в організаціях відбуваються в результаті нових процесів, що відбуваються всередині організації. Ці процеси можуть бути організаційними, якісними та структурними і зазвичай пов'язані зі змінами у зовнішньому середовищі організації. Оточення організації слід розуміти в його соціальному, культурному, правовому, політичному та економічному контексті, а також в контексті колективів: тих, хто співпрацює з організацією, користуються її продуктами та послугами, надають адміністративні послуги (макро- та мікро-, місцеві, муніципальні, урядові).

Оскільки зміни не завжди позитивно впливають на розвиток організації, тому організаціям необхідно навчитися ефективним способам подолання змін через глибокий аналіз природи змін та вдосконалену здатність долати опір змінам.

Поняття ризику, пов'язане з прийняттям рішень у ситуаціях, коли вся необхідна інформація невідома, а її відсутність може призвести до того, що цілі та очікування, пов'язані з рішенням, не будуть повністю досягнуті, є найбільш загальним визначенням ризику. У літературі, присвяченій невизначеності, можна зустріти використання слова "незнання" як близького синоніма. У цьому сенсі невизначеність - це величина, що лежить на шкалі, яка визначається граничною визначеністю (ймовірністю, що дорівнює одиниці) та граничною невизначеністю (ймовірністю, що дорівнює нулю). Поняття невизначеності поєднується з випадковістю і використовується як синонім ненадійності та

сумніву щодо чогось або когось. Можна зробити висновок, що джерелом невизначеності є складність, невизначеність і переривчастість соціальних та економічних явищ.

При оцінці ризику небезпек необхідно знати оточення лікарні, тобто транспортні шляхи, підприємства, умови навколишнього середовища, розташовані в межах лікарні, а також знати всю специфіку простору, особливо з точки зору містобудівних, екологічних, епідеміологічних, соціальних і культурних умов - відповідно до вже розглянутої системи ближнього і дальнього оточення. Важливо також проаналізувати сам заклад, його специфіку діяльності, приміщення, організацію, персонал, медичні, санітарні, економічні та правові умови. Розподіл ризиків для конкретного закладу залежить від того, де і коли ви перебуваєте. Відповіді на наступні питання допоможуть оцінити ризик небезпеки:

- що це за місто/селище/село?
- скільки в ньому мешканців?
- які дороги проходять через нього, які залізничні та авіамаршрути?
- Який клімат (багато опадів, суха місцевість, сильний вітер, температура)?
- Який рельєф місцевості?
- Яка екосистема?
- Яка демографічна структура населення?

Аналіз ризиків повинен також враховувати економічні аспекти діяльності лікарні як підприємства, що працює на вільному ринку медичних послуг, тобто всю фінансову, юридичну та адміністративну сферу. Необхідно також проаналізувати внутрішню організацію, структуру співробітників, постачальників і клієнтів та інших пов'язаних сторін. Детальному аналізу ризиків підлягає сама будівля або приміщення, в якому розташована лікарня. Детальна характеристика окремих ризиків наведена в наступному розділі.

Управління ризиками іноді зводиться до передбачення, виявлення та запобігання можливим труднощам. Таке управління слід чітко відрізнити від

терміну "антикризове управління", що є ширшим поняттям, яке охоплює реагування на кризові ситуації, їх убезпечення та пошук шляхів виходу з них.

Антикризове управління як процес включає, серед іншого, такі елементи, як:

- ідентифікація, вимірювання та оцінка ризиків;
- методи та інструменти контролю ризиків;
- фінансування ризиків;
- нагляд за фактичними та потенційними ризиками .

При оцінці ризику виникнення небезпеки слід враховувати зовнішні фактори всередині та за межами лікарні, а також частоту певних подій, що відбувалися в минулому в лікарні та навколо неї. Ступінь ймовірності виникнення певних подій тісно залежить від конкретного закладу охорони здоров'я та його оточення. Необхідно розділити їх на певні категорії і зосередитися на умовах, які сприяють виникненню певних ризиків. У літературі можна знайти багато класифікацій ризиків і характеристик факторів, які загрожують людям і такій установі, як лікарня. Ризики виникають внаслідок безперервних змін як у навколишньому середовищі, так і в людській діяльності. Ці зміни можуть впливати на виникнення небезпечних явищ і спричиняти певні ризики. Ризики також виникають внаслідок урбанізації та рішень щодо майбутнього. Моніторинг таких змін як ззовні, так і всередині об'єкта дозволяє вчасно виявити загрози та відреагувати на них. Величезну роль відіграє персонал, який усвідомлює ризики, здатний розпізнати загрозу і відреагувати на неї у спосіб, передбачений планом антикризового управління. Дуже важливо знати типи ризиків і загрози, що впливають з них, з огляду на поділ на: внутрішні з точки зору лікарні, зовнішні з точки зору лікарні

Внутрішні загрози можна визначити як загрози, пов'язані з будівлею та земельною ділянкою, на якій розташована лікарня, територією, що безпосередньо прилягає до неї. До небезпек, пов'язаних з приміщенням, відносяться сама будівля і земельна ділянка, тобто можливі небезпеки, пов'язані

з ними, а також вихід з ладу установок, важливих для функціонування лікарні, наприклад, газ, електрика, вода, технічний газ, інші установки і всі елементи конструкції.

Медична загроза пов'язана з будь-якою небезпекою, що виникає в результаті зміни медичних знань і, відповідно, способу лікування, використання фармацевтичних препаратів, ліків і медичних препаратів і пов'язаних з цим захворювань персоналу і пацієнтів (не епідемічних).

Внутрішню епідеміологічну загрозу ми визначаємо як загрозу, спричинену вірусними, бактеріальними та іншими патогенами, що викликають епідемію або пандемію. Ці загрози можуть спричинити захворювання великої кількості людей всередині лікарні - медичного персоналу та пацієнтів.

Внутрішня загроза лікування стосується процесу лікування та пов'язаних з ним елементів всередині лікарні, зокрема постачання ліків, продуктів харчування тощо. Цей ризик виникає через відсутність повних знань про майбутній стан лікарні в цілому. Цей ризик охоплює всі можливі відхилення в результатах лікування і коливання в області поставлених цілей і досягнутих результатів. Він пов'язаний зі змінами в структурі захворюваності, частоті виникнення різних хвороб, процесі лікування, способах лікування і необхідними змінами в роботі лікарні.

Юридичний ризик стосується всіх судових процесів і стосується права власності на приміщення, правової форми лікарні, наприклад, комерційної компанії. Він також стосується судових позовів проти лікарні та інших юридичних загроз.

Терористична загроза може бути внутрішньою загрозою для лікарні, коли вона стає об'єктом терористичної атаки або передбачуваним об'єктом.

Психологічна загроза стосується психологічних аспектів, особливо пов'язаних з персоналом, таких як професійне вигорання, паніка та інші психологічні загрози, які можуть вплинути на функціонування лікарні.

Організаційна загроза - це широке поняття, пов'язане з вирішенням складних питань, що стосуються персоналу, його особистості та поведінки. Вона може виникнути внаслідок страйку персоналу, а також через технічні проблеми, організаційні та контрольні питання в межах закладу. Сюди відносяться організація роботи, робочий час, мотивація, взаємозамінність персоналу та визначення пріоритетів для персоналу.

Економічна загроза стосується сфери управління лікарнею, фінансування та функціонування на ринку медичних послуг.

Форс-мажорна загроза в лікарні - це нещасний випадок з природної і прямої причини, що не залежить від людського втручання, якому не можна було запобігти навіть за необхідної старанності, за таких збігів і прогнозів, яких можна було б очікувати (наприклад, падіння літака на лікарню, вибух у лікарні).

Загроза через підвищену готовність лікарні - через положення, що зобов'язують лікарню підвищувати свою готовність у разі необхідності через виникнення зовнішньої загрози, яка включає: виникнення радіаційних подій, епідемічні загрози та епідемії, загрози деяких інфекційних захворювань тварин, гідрометеорологічні загрози, стан стихійного лиха, повені, надзвичайний стан і незвичайні кризові ситуації.

Загроза стихійних лих, катастроф і масових нещасних випадків стосується природних і техногенних катастроф, тобто масових нещасних випадків - в основному на транспорті - автомобільні аварії, залізничні аварії, авіакатастрофи тощо.

Епідеміологічна/пандемічна загроза визначається як загроза, спричинена вірусними, бактеріальними та іншими патогенами, які можуть спричинити захворювання населення в районі лікарні. Вона також може бути пов'язана з біологічною зброєю.

Хімічна загроза/забруднення пов'язана з використанням небезпечних хімічних речовин, наприклад, інсектицидів, пестицидів, консервантів, хімічної зброї, промислового хімічного забруднення.

Терористична загроза, про яку йшлося вище, може бути пов'язана з біотероризмом і використанням вибухових і хімічних речовин. Це стосується терористичної загрози для об'єктів, розташованих поблизу потенційних цілей терористів, таких як аеропорти, залізничні станції, торгові центри, газоперекачувальні станції, дипломатичні представництва тощо.

Фармацевтичні ризики пов'язані з використанням (або неправильним використанням) неякісних ліків та медичних препаратів, використанням запасів, відсутністю достатнього постачання, змінами у використанні, термінами придатності та іншими факторами, пов'язаними з фармацевтичною частиною діяльності лікарні.

Екологічні небезпеки можуть бути описані на основі характеристик ділянки, всіх аспектів середовища лікарні, але пов'язані з природним середовищем: гідрометеорологічні, зсуви, повені, паводки та підтоплення тощо.

Міські небезпеки пов'язані з особливостями урбанізованої території. Вони можуть виникати на території населених пунктів, торгових центрів, підприємств. а небезпеки, які вони спричиняють, також від безпосередньої близькості національних або провінційних доріг, залізничних станцій, аеропортів, повітряних коридорів тощо.

Загрози з боку афілійованих структур стосуються постачальників води, тепла, електроенергії, матеріалів, медикаментів тощо, а також афілійованих лабораторій, інших лікарень та медичних закладів, оптових постачальників, аптек, підрозділів та підприємств, що працюють на території лікарні.

Загроза з боку засобів масової інформації в основному стосується сфери зв'язків з громадськістю - можливість створення так званої "поганої слави" закладу - і контактів зі ЗМІ в кризові моменти.

Цивілізаційно-культурна загроза стосується всієї цивілізаційно-культурної сфери, яку важко визначити в загальних рисах, а також змін у ній та загроз, які вона може спричинити.

Етнорелігійна загроза стосується етнічних і релігійних груп та усвідомлення загроз, які вони можуть спричинити.

Економічна загроза - економічний стан всієї країни, регіонів, муніципалітету, міста, району, який може вплинути на лікарню або пов'язані з нею організації.

Страховий ризик стосується всієї сфери страхування і пов'язаних з нею наслідків, а також того, що не можна застрахувати, і для цього необхідно мати резерви і плани хеджування. Можна застрахуватися від збитків, наприклад, від пожежі, крадіжки відповідальності тощо. Страховим ризиком є також ринковий ризик і ризик капіталу, пов'язаний з укладенням договору з Національною службою охорони здоров'я, який лікарня повинна нести самостійно.

Ризик форс-мажорних обставин - це нещасний випадок з природної і прямої причини, найчастіше не пов'язаної з людським втручанням, якому не можна було запобігти навіть за необхідної старанності, беручи до уваги такі збіги обставин і прогнози, яких можна було очікувати.

2.2. Оцінка технологій антикризового управління в діяльності досліджуваної організації та труднощі їх реалізації в умовах невизначеності

Кризу можна розглядати з двох різних точок зору. З індивідуальної точки зору, тобто людини, індивіда, і з неіндивідуальної точки зору, тобто широкої точки зору, коли вона зачіпає більшу кількість людей. У межах кожного типу кризи та значення кризи може виникнути спокуса поділити її на індивідуальну та неіндивідуальну, оскільки кваліфікація ситуації як кризи може сприйматися суб'єктивно, як індивідуально, так і в цілому.

Для повного розуміння значення кризи необхідно розділити це поняття на кілька типів:

- фізіологічний тип кризи - розуміється як гострий загрозливий для життя стан серцево-судинного, респіраторного, гастроентерологічного, ниркового,

неврологічного тощо походження. У межах цієї кризи джерелами можуть бути: шок, травма, утоплення, переохолодження, ураження електричним струмом, отруєння, опіки, тепловий удар, цукровий діабет, обмороження.

- різновид психологічної кризи - в рамках життєвих переходів (нормативних, розвитку) - це вихід з дому, влаштування на роботу, одруження, закінчення школи, вихід на пенсію, травматичний досвід, такий як смерть близької людини, катастрофа, нещасний випадок, раптова інвалідність, втрата роботи, раптова хвороба, раптова загроза сімейним стосункам. Ще одна криза в психологічному контексті - це хронічна кризова ситуація, наприклад: неспроможність подолати кризу перехідного періоду, відсутність навичок подолання, відмова від відповідальності, відсутність мотивації до змін, погіршення соціальних стосунків.

- соціальний тип кризи - це дестабілізація функціонування соціальної системи, наприклад: катастрофа, стихійне лихо, ліквідація, банкрутство підприємства, масові звільнення.

- екологічна криза - це надзвичайні загрози навколишньому середовищу, дестабілізація функцій екосистеми, і включає, зокрема, розливи токсичних речовин, катастрофи, стихійні лиха, виходи з ладу обладнання широко зрозумілої інфраструктури, контрабанду небезпечних відходів.

- тип економічної кризи - розуміється як дестабілізація функціонування економічної системи. З точки зору підприємства її можна поділити на зовнішні та внутрішні. До зовнішніх відносяться такі, як зміна умов функціонування підприємства, зміни на ринку з точки зору попиту та пропозиції, недосконалість правових рішень. Внутрішні - це дисбаланс між цінами та ресурсами компанії, неправильне сприйняття середовища та позиції компанії, відсутність бачення та місії, проблеми з усвідомленням та реалізацією цілей, управлінські помилки, втрата контролю над витратами, високі витрати, застарілі технології, контакти та стосунки всередині компанії.

- політична криза - це дестабілізація політичної системи через, наприклад, несприятливі дії уряду або корупцію державних службовців.

- військово-політичний тип кризи - включає напруженість у відносинах між державами, що загрожує виникненням збройного конфлікту, тероризм і загрози численним групам громадян держави, які перебувають за її межами.

Термін "криза" походить від грецького слова *krino* і означає "вибирати, вирішувати, боротися", а також "боротьба, в якій необхідно діяти під тиском". Криза (англ. *crisis*) значно розширюється такими характеристиками, як раптовість, суб'єктивні наслідки травми переважно у вигляді негативних переживань. Ян Токарський у своєму словнику також деталізує це поняття як: переломний момент, вододіл, в економічному сенсі - злам стабільного економічного зростання, тобто фаза економічного циклу, що характеризується різким, але водночас значним скороченням виробництва товарів і послуг, реальних доходів і зростанням безробіття, у медичному сенсі - це перезбудження хвороби, що відбувається з раптовою зміною симптомів хвороби [22].

Криза - це:

- у розмовному значенні: прорив, перенапруження, злам якоїсь лінії розвитку.

- з медичної точки зору: прорив, зміна в лікуванні.

- політологічно: політична криза, раптова зміна певної політики; урядова криза - розпад уряду в результаті вотуму недовіри, висловленого парламентом; це відкриває фазу міжпартійних переговорів, головною метою яких є формування нового уряду; інакше, парламентська криза - втрата більшості правлячою коаліцією або партією, що призводить до призначення нових виборів, повалення уряду.

- соціологічно - соціальна криза, стан напруженості та накопичення соціальних конфліктів, нерозв'язання яких вчасно призводить до неможливості продовження нормального до цього часу розвитку суспільства, на відміну від соціальних конфліктів, які не дезорганізують цей розвиток.

Критична ситуація підпадає під поняття кризи і визначається як будь-яка ситуація, в якій лікарня отримує таку велику хвилю нових пацієнтів, що її ресурси вичерпуються. Термін "критична ситуація" не є найкращим з-поміж інших ключових термінів для більш конкретного та вимірюваного визначення обставин, які вимагають конкретного реагування.

"Криза" і "надзвичайна ситуація" добре описуються принципом балансу між попитом, тобто потребою і спроможністю надавати, і пропозицією медичних послуг. Така ситуація виникає, коли лікарня отримує незвично велику кількість нових пацієнтів за відносно короткий проміжок часу - хвиля надходження пацієнтів призводить до вичерпання спроможності лікарні надавати послуги, якщо не вжити спеціальних заходів.

Криза з точки зору економічної організації - це поняття, яке має різні об'єктні посилення. Воно не обмежується економічною сферою, оскільки стосується не тільки економічних явищ, але й соціальних, технічних, організаційних, правових явищ, індивідів, груп і колективів з усталеною внутрішньою організацією та системою управління. Кризу можна розглядати в різних масштабах, з різних точок зору, беручи до уваги численні обставини, що сприяють її виникненню, і наслідки, які вона несе з собою. Криза представляється як прорив між двома якісно різними фазами процесу, вона завершує одну фазу, попередній спосіб ведення справ, і починає абсолютно новий. У такій оптиці криза постає як особливість розвитку, виникнення якої детерміноване внутрішніми та зовнішніми умовами діяльності. Криза - це загроза існуванню організації [11]. Це процес, тобто послідовність подій протягом певного періоду часу, які відбуваються таким чином, що несподівано або перевершують можливості реакції, створюючи екзистенційну загрозу для економічної організації або навіть унеможливаючи її нормальне існування [12]. У багатьох наукових дослідженнях стверджується, що криза може призвести до краху організації. З іншого боку, ті організації, які її переживають, розвиваються і здатні впоратися з подібними кризовими ситуаціями в

майбутньому. Дуже важко відрізнити тимчасові труднощі від симптомів кризи. Якщо криза призводить до банкрутства, ми можемо розглядати причини банкрутства організації як наслідок кризи. Причини банкрутства поділяються на зовнішні та внутрішні причини [19].

Внутрішні причини банкрутства бізнес-організацій: неефективний менеджмент, неадекватний фінансовий контроль, погане управління оборотним капіталом, високі витрати, поганий маркетинг, масштаби діяльності перевищують фінансові можливості, невдалі великі проекти, невдалі поглинання, погана фінансова політика, інертність та організаційний безлад, вимогливе ставлення працівників, розкрадання та шахрайство.

Зовнішні причини невдач в організації бізнесу:

1. Стихійні лиха.
2. Галузеві фактори: зниження ринкового попиту, сильна конкуренція, несприятлива зміна цін, несприятливі регуляторні зміни.
3. Національні макроекономічні фактори: рецесія, зростання безробіття, зміна рівня цін, обмежувальна фіскальна політика, обмежувальна монетарна політика, несприятливі регуляторні зміни, негативні демографічні чинники.

Зовнішні макроекономічні фактори: рецесія в основних контрагентів, перебої на світових ринках, обмежувальна митна політика основних контрагентів, конфлікти, посилення міжнародної конкуренції, рішення міжнародних організацій.

Нижче наведено класифікацію причин банкрутства, починаючи з причин, які найчастіше призводять до банкрутства бізнес-організацій:

- внутрішні, пов'язані з операційною сферою, переважно некомпетентне управління підприємством, відсутність планів розвитку підприємства та збитковість виробництва.

- зовнішні мікроекономічного характеру, переважно труднощі зі стягненням боргів або неплатежі, зниження обсягів продажів і різке падіння збуту продукції підприємства.

- зовнішні макроекономічного характеру, надмірне податкове навантаження, висока вартість робочої сили та неможливість отримати нові джерела фінансового забезпечення.

- внутрішні, пов'язані з фінансовою сферою, втратою ліквідності, надмірною заборгованістю та подовженням термінів розрахунків з клієнтами.

- внутрішні, пов'язані з внутрішньоорганізаційною сферою, брак досвіду, низька кваліфікація менеджерів, низька продуктивність праці.

- внутрішні, пов'язані з корпоративним управлінням, конфліктами в управлінні компанією, неефективним менеджментом та розкраданням коштів.

- трагічні випадкові події, нещасні випадки, хвороба або смерть, нещасні випадки, відсутність належного страхування.

- навмисне банкрутство або симуляція банкрутства.

Серед інших причин криз, які найчастіше згадуються в літературі, є зовнішні: рецесія в економіці в цілому, а також у певній галузі, посилення конкуренції, проблеми з клієнтами та високі відсоткові ставки. Внутрішні причини кризи, з іншого боку, включають: брак управлінських навичок, нестачу капіталу, поганий економічний стан, особисті причини, надмірну заборгованість і ризиковані підприємства. Кожній кризі передують сигнали, які, якщо їх правильно прочитати, можна назвати симптомами. Симптоми кризи - це сукупність отриманої інформації, що свідчить про певні негативні зміни. Симптом - це лише симптом, ознака явища, а не об'єктивна причина [4]. Якщо ми хочемо проаналізувати симптоми кризи, що насувається, необхідно подивитися на них з точки зору конкретної організації. Те, що є симптомом кризи для однієї організації, може не бути таким для іншої. Неможливо класифікувати симптоми на основі різних суб'єктних та об'єктних посилянь. Іноді, з точки зору компанії, симптомами кризи вважаються невдачі в її сферах діяльності. Найчастіше симптоми кризи - це ті, які відчуються найгостріше:

- труднощі з фінансуванням поточної діяльності та діяльності з розвитку
- несприятливі зміни в обсязі, динаміці та структурі продажів.

- дисбаланс між темпами зростання ринку та темпами зростання продажів.
- погіршення іміджу компанії.
- зниження вартості компанії на вільному ринку.
- відчуження працівників, партикуляризм в діяльності та внутрішньоорганізаційні конфлікти.

Катастрофа - це раптова подія, спричинена природними або техногенними причинами, масштаби якої перевищують можливості місцевих рятувальних сил і потребують зовнішнього втручання. Через масштабність події та кількість жертв катастрофи, а також обмеженість наявних ресурсів, проведення рятувальних операцій вимагає застосування принципів медичної сегрегації. У кожному конкретному випадку катастрофа може призвести до ситуації, коли сама лікарня буде пошкоджена або зруйнована, що ускладнить або унеможливить її функціонування. Робота лікарні може бути суттєво обмежена або унеможливлена через величезну кількість людей, які звертаються за обстеженням та медичною допомогою, що призводить до того, що наявні запаси ліків, матеріалів та обладнання вичерпуються за короткий проміжок часу [11].

Катастрофа - це результат серйозного порушення взаємозв'язків і відносин між людиною і навколишнім середовищем, що найчастіше відбувається раптово або повільно, як у випадку посухи, і вимагає застосування надзвичайних заходів для боротьби з нею, часто з необхідністю залучення зовнішньої і навіть міжнародної допомоги. Стихійне лихо - це подія, яка спричиняє смерть, поранення і пошкодження майна настільки серйозні, що заходів, які вживаються у звичайному порядку для пом'якшення його наслідків, недостатньо.

Катастрофа - це також подія з людськими причинами, найчастіше пов'язана зі збройним конфліктом або війною, що було основною причиною катастроф до кінця минулого століття. З початку нового століття спостерігається широкий спектр терористичної діяльності, особливо у високорозвинених країнах. Потенційні загрози, які найчастіше аналізуються як катастрофи і згадуються в літературі [18], можна об'єднати в три групи: тероризм як причина катастроф,

стихійні лиха, спричинені технічними збоями, як причина катастроф, природні катастрофи, спричинені технічними несправностями як причина катастрофи, стихійні лиха, спричинені природними силами як причина катастроф, стихійні лиха, спричинені природними силами як причина катастрофи.

Тероризм може мати багато форм і видів впливу, що призводять до катастрофи, кризи або події масового характеру. Тероризм найчастіше пов'язаний з використанням вибухових або легкозаймистих матеріалів.

Терористичні акти також включають використання біологічних матеріалів (біотероризм) і хімічних речовин. Тероризм непередбачуваний у своїх наслідках. Неможливо визначити точне місце і час терористичної атаки. Неможливо також визначити спосіб дій терористів або тип використаних матеріалів. Результатом терористичної атаки може бути як технічний збій, так і інша катастрофа, яку зазвичай називають стихійним лихом.

Нещасний випадок - це подія, в якій проблема може бути вирішена силами однієї рятувальної команди. З точки зору лікарні, нещасні випадки - це надходження кількох або десятка травмованих осіб на день внаслідок дорожньо-транспортних пригод, наїздів, падінь з висоти тощо. Такий наплив пацієнтів є частиною нормальної діяльності лікарні.

До масових інцидентів підхід інший. Масовий нещасний випадок - це будь-яка подія, коли для надання допомоги на місце події необхідно відволікти кілька бригад, але подія піддається управлінню місцевою системою екстреної допомоги. З медичної точки зору, може також виникнути потреба у встановленні порядку надання медичної допомоги жертвам інциденту - сортування, також відоме як сегрегація поранених. Коли велика кількість постраждалих прибуває до лікарні через короткі проміжки часу або майже одночасно, це може стати приводом для запровадження плану управління в надзвичайних ситуаціях.

Екстрена ситуація - це термін, що використовується в медичній термінології і означає невідкладний характер проблеми зі здоров'ям і нагальну потребу в негайній медичній допомозі. Незважаючи на це, "план готовності до

надзвичайних ситуацій" (ПГНС) є найбільш поширеним терміном у літературі. Використання терміну "надзвичайна ситуація" асоціюється з проблемою значного скорочення або відсутності часу для реагування на ситуацію і може вводити в оману. Термін "надзвичайна ситуація" зазвичай використовується в медичному контексті для опису клінічних випадків, які потребують негайних дій. Використання цього терміну може призвести до плутанини в певних ситуаціях через цілісну організацію і розгортання лікарняних і позалікарняних ресурсів і матеріалів, що, зрештою, перешкоджає наданню допомоги у належний і всебічний спосіб.

2.3. Проблеми реалізації функції планування діяльності досліджуваної організації в умовах кризи

На практиці, першим дослідженням, яке було проведено в рамках цієї роботи, був стандартизований аналіз підрозділів та середовища Комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради.

Аналіз, який був прийнятий, - це розширений SWOT-аналіз, TOWS/SWOT для досліджуваних лікарень. Це метод вивчення взаємозв'язків і функціонування лікарень та їхнього оточення. Він складається з визначення сильних і слабких сторін лікарні, а також загроз і можливостей, тобто вивчення оточення.

Першим етапом є вибір ключових сфер: фінанси, управління персоналом, технології, виробництво, менеджмент, маркетинг і дистрибуція, післяпродажне обслуговування та ремонт.

Перший етап аналізу також передбачав відбір подальших сфер. Було обрано чотири сфери, що мають відношення до антикризового управління:

- управління персоналом,

- післяпродажне обслуговування та сервіс - те, що у випадку лікарень слід називати госпіталізацією (післяопераційною/хірургічною) або обсервацією, лікарняним доглядом та подальшим спостереженням,

- виробництво - те, що у випадку лікарень слід називати медичними послугами або наданням медичних послуг, госпіталізацією,

- управління - в широкому розумінні, як вся організація лікарні,

- фінанси - як виставлення рахунків за процедури, їх фінансування та взаємозалежності з МОЗ України.

Наступним кроком є вибір системи відліку для оцінки сильних і слабких сторін лікарень. Основним підходом є порівняння з аналогічними закладами в місті або в інших містах. Такими є заклади, які функціонують на хорошому рівні і мають дуже високу оцінку незалежних інституцій та Міністерства охорони здоров'я. На основі порівняння функціонування кількох закладів були відібрані елементи, перелічені в наступному розділі.

Основними сферами потенційних особливостей є: маркетинг, фінанси та бухгалтерський облік, персонал, технологія/виробництво, організація/менеджмент.

Перенесена в сферу охорони здоров'я і зафіксована в лікарнях, вона класифікується наступним чином:

- маркетинг, інформування пацієнтів та використання лімітів на конкретні медичні послуги,

- фінанси та бухгалтерський облік, уникнення надмірної заборгованості та ліквідності,

- кадрове забезпечення, поділ на білий (медичний) та інший (допоміжний та адміністративний) персонал,

- медичне обладнання та сучасні медичні процедури,

- організація та управління, включаючи кризовий менеджмент.

При аналізі сильних і слабких сторін лікарень можна взяти за основу лікарні-конкуренти, так званих основних конкурентів. Тоді відносно легко

визначити, в чому лікарня є слабшою, а в чому сильнішою. Основний конкурент - це, так би мовити, бачення лікарні, яке вона хотіла б реалізувати в найближчому майбутньому. На цій основі також легко розробити програми дій, які дозволять нам скоротити розрив між цими лікарнями. Проаналізувавши детермінанти успіхів і невдач основного конкурента(ів), аналіз можна розширити, включивши додаткові категорії.

Вже згадані категорії були деталізовані та доповнені додатковими. Саме ці категорії є важливими для подальшого аналізу. Вони були зведені в таблиці з розбивкою по двох досліджуваних лікарнях і визначенням обсягу аналізу. Цей обсяг - це розбивка на:

- сильний,
- нейтральна (не береться для подальшого аналізу),
- слабкі місця.

Це означає, що в даній лікарні для даної категорії певна сфера аналізу знаходиться на високому рівні - сильна сторона, на середньому рівні - нейтральна або на низькому рівні - слабка сторона.

Після завершення аналізу літератури та документації, а також навколишнього середовища та інтер'єру лікарень, було розпочато ключове дослідження для створення шаблону планів дій у надзвичайних ситуаціях для лікарень. Для того, щоб шаблон відповідав дійсності, необхідно було, щоб він був побудований на основі незалежних пропозицій і рішень, запропонованих експертами. Потім було важливо, щоб на наступному етапі узгодження ті ж самі експерти оцінили і переглянули план, який буде представлений їм як система управління кризовими ситуаціями. Оцінка експертів є легітимною, якщо досягнуто консенсусу щодо обґрунтованості кризових планів лікарні. Шанси на такий дослідницький процес дає метод Дельфі. Після двох раундів анкетування він був доповнений експертним інтерв'ю In-Depth-Interview (IDI).

Визначення проблеми ґрунтувалося на відсутності типових планів антикризового управління для лікарень. Масштаб і ступінь проблеми було

визначено для всієї країни. Вона поширюється на всі лікарняні заклади країни. Відсутність законодавчого примусу та шаблону плану антикризового управління лікарнею призводить до значних розбіжностей в антикризових планах різних лікарень, що діють в них на даний момент, або їх відсутності. Метою методу Дельфі стало отримання експертного консенсусу щодо обґрунтованості наявності в лікарні плану антикризового управління та рішень, які в ньому містяться. А потім оцінити запропонований шаблон, на основі якого лікарні будуватимуть свої плани кризового менеджменту, і, крім того, доповнити та вдосконалити цей шаблон.

Для дослідження було обрано процедури з набору процедурі:

- процедура евакуації,
- процедура інформування персоналу
- процедура оповіщення про надзвичайну ситуацію,
- активація зон карантину та ізоляції.

Процедура евакуації була обрана тому, що вона існує в досліджуваних відділеннях і практикується відповідно до інструкцій, встановлених лікарнею. Необхідність наявності планів евакуації, знаків аварійних виходів та карт з позначеними шляхами евакуації зумовлена протипожежними нормами.

Процедура інформування персоналу є ключовою процедурою в управлінні надзвичайними ситуаціями. Дві інші були обрані випадковим чином.

Результати дослідження часу виконання процедур є наступними:

- процедура 1 - процедура інформування персоналу. Час, необхідний для на інформування всього функціонального персоналу становив 6 хвилин. Після впровадження типових рішень, які включали списки функціональних осіб з детальним планом роботи для цих осіб, а також списки з актуальними телефонними даними та списки контактів, час інформування скоротився до 2 хвилин.

- Процедура 6 - процедура евакуації. Розрахунковий час, необхідний для цього, і час, виміряний під час навчань, становив 18 хвилин. Після того, як

рішення були прийняті, евакуація була більш організованою та структурованою в умовах навчань, але час, необхідний для завершення цієї процедури, також становив 18 хвилин.

- Процедура 7 - активація місць карантину та ізоляції. Для активації таких місць час, необхідний до підготовки, становив 23 хвилини, після введення розчинів він скоротився до 17 хвилин.

- Процедура 10 - оповіщення про кризу. Інформування конкретних і цільових служб, центру управління кризовими ситуаціями, установ, державних органів та інших суб'єктів, необхідних для дій у кризовій ситуації, вимагає наявності відповідного переліку з актуальними номерами телефонів, діапазонами радіохвиль тощо. Наявність такого переліку у вигляді актуальної роздруковки та в комп'ютеризованому вигляді скоротила час на виконання цієї процедури з 8 хвилин до 3.

Процедура евакуації відпрацьована та перевірена на практиці в КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради. Про це свідчить відсутність змін у часі виконання заходів, що входять до неї. Це також доводить основне припущення, що наявність плану, тобто підготовка до різних варіантів розвитку подій, покращує дії у випадку надзвичайної ситуації. Підготовка лікарні до евакуації означала, що зміни до інструкцій та їх відпрацювання змінили організацію та структуру дій під час евакуації, але час виконання не змінився.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРАТЕГІЇ В СИСТЕМІ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ

3.1. Впровадження інноваційних технологій антикризового управління в організації

Система - це ціле, в якому існує взаємодія між його частинами. Системні характеристики, такі як системна когерентність - зміна одного елемента системи призводить до зміни іншого, системна адитивність - зміни є сумою інших змін, і системна центральність - у кожній системі є певна підсистема, яка відіграє керівну роль у цій системі.

Система антикризового управління базується на антикризових планах, які існують паралельно зі звичайними планами. Вони побудовані таким чином, щоб їхня дія в умовах кризи була ефективною і передбачуваною для взаємодіючих служб. Побудова та функціонування антикризового плану, а також дії, що впливають з нього, ґрунтуються на максимально спрощеному шаблоні, поділеному на три рівні, починаючи з найвищого:

1. Алгоритм дій (основна процедура) - це правила поведінки, які є загальним керівництвом для прийняття рішень, встановлюють операційні процедури, які необхідно активувати, і описують, в якому порядку їх застосовувати в разі виникнення певної кризи або катастрофи.

2. Стандартні операційні процедури (СОП) - визначають конкретні дії, які необхідно виконати в тій чи іншій ситуації, із зазначенням осіб або функціональних посад, відповідальних за виконання поставлених завдань.

3. Процедурні статuti - це конкретні дії для конкретної посади або особи. Для різних процедур існують різні статuti поведінки.

На кожному з цих рівнів не може бути суворих інструкцій. Завжди в надзвичайних ситуаціях, а тут аналізуються тільки такі ситуації, має бути

можливість прийняття іншого рішення функціональною особою на кожному рівні прийняття рішень.

прийняття рішень. Це пов'язано з неможливістю бути готовим до всіх надзвичайних ситуацій, у всіх варіантах і масштабах. Тому дуже важливо, щоб посади, відповідальні за кризові завдання, були заповнені висококваліфікованими і добре підготовленими особами.

Керівництво лікарні створює план кризового менеджменту на основі алгоритмів. Алгоритми - це загальні кроки для подолання кризи. Середній рівень керівництва лікарні створює процедури для побудови алгоритмів. Запропоновані процедури наведені в цьому дослідженні, їх необхідно адаптувати до потреб конкретної лікарні та розробити відповідно до них. У процедурах вказані функціональні особи/посади, тобто функціональний персонал, і вони створюють статuti процедур у співпраці зі своїми керівниками.

Стандартні операційні процедури, скорочено СОП (Standard Operating Procedure), стосуються завдань і процесів ітеративного характеру, які описують, що робиться в рамках певної теми, хто є компетентним у виконанні дій, хто несе відповідальність за їх виконання, де і коли ці дії виконуються, в якій логічній послідовності і на основі яких документів вони виконуються. У СОП також розглядаються правила документування виконуваних дій і контролю за їхнім ходом.

Побудова процедури в конкретній лікарні ґрунтується на визначенні того, які дії, в яких місцях, в який час будуть виконуватися, а також конкретного працівника, який буде їх виконувати. Все це має бути записано як цілісна процедура. З іншого боку, інструкції для працівників, які мають брати участь у процедурі, повинні бути записані в статутах процедури - тобто в інструкціях для конкретного працівника щодо процедури. Конкретний працівник/посада має знати, що він/вона має робити, коли його/її інформують про те, що процедуру було запроваджено. Це "Хартія поведінки". "Хартія поведінки", однак, є лише орієнтиром, і конкретні дії працівника в конкретній ситуації залишаються на

його/її розсуд. Посадовець/працівник знає, кого інформувати, про що інформувати, які дії вчиняти і в який час. "Хартії поведінки", згідно з їхньою назвою, повинні вказувати на найбільш бажані варіанти дій. Однак найчастіше вони ґрунтуються на природній поведінці в тій чи іншій ситуації. Усі дії, включені до хартій, мають бути відпрацьовані та перевірені на практиці, принаймні в імітаційних вправах.

Нижче наведено стислий виклад Стандартних операційних процедур для лікарень на випадок надзвичайних ситуацій (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Набір лікарняних процедур на випадок надзвичайних ситуацій

| Тип СОП | Назва процедури |
|---------|---|
| СОП-0 | Процедура створення кризового штабу |
| СОП-1 | Процедури інформування персоналу |
| СОП-2 | Процедури збільшення пропускної спроможності лікарні |
| СОП-3 | Процедура розвантаження лікарні |
| СОП-4 | Процедура перепрофілювання палати або палат для потреб іншого відділення |
| СОП-5 | Порядок припинення лікування та планових госпіталізацій у лікарні |
| СОП-6 | Порядок проведення евакуації |
| СОП-7 | Мобілізація карантинних та ізоляційних приміщень |
| СОП-8 | Порядок мобілізації персоналу та залучення додаткового персоналу |
| СОП-9 | Процедура сегрегації та ідентифікації постраждалих |
| СОП-10 | Порядок оповіщення про надзвичайні ситуації |
| СОП-11 | Порядок організації інформаційного пункту для сімей постраждалих |
| СОП-12 | Порядок інформування |
| СОП-13 | Порядок використання техніки зі сховища |
| СОП-14 | Порядок отримання медикаментів та/або обладнання ззовні |
| СОП-15 | Порядок перевірки осіб, обладнання, медикаментів |
| СОП-16 | Порядок проведення спеціальної дезінфекції |
| СОП-17 | Порядок проведення тестування персоналу на наявність загрозливого агента |
| СОП-18 | Порядок збільшення обсягу лабораторних досліджень |
| СОП-19 | Порядок проведення зовнішньої дезактивації (намети для дезактивації) |
| СОП-20 | Процедура отримання обігріву |
| СОП-21 | Процедура отримання води |
| СОП-22 | Порядок отримання електроенергії |
| СОП-23 | Порядок оповіщення про перевищення граничних або аварійних рівнів небезпечних речовин |
| СОП-24 | Порядок вилучення лікарських засобів |
| СОП-25 | Порядок припинення роботи в умовах надзвичайної ситуації або підвищеної готовності |

Джерело: Власне дослідження.

Кожна процедура має бути конкретизована і ретельно адаптована до операційної структури лікарні. Назва процедури найчастіше є її метою. Нижче представлений типовий документ для опису процедури (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Структура стандартної операційної процедури

| № СОП | Тип документа | Стандартна операційна процедура | Дата розробки |
|--|---|---------------------------------|---|
| | Назва документа | Назва процедури | |
| Мета процедури | Визначення мети процедури (що буде досягнуто завдяки впровадженню цієї процедури) | | |
| Керівник Учасники процедури | Визначення особи (осіб), відповідальної (відповідальних) за нагляд і виконання процедури, а також визначення залучених організаційних підрозділів | | |
| Виконавці | Визначення осіб, які здійснюють | | |
| РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОЦЕДУРИ | | | |
| ВХОДИ | | ДІЇ | ВИХОДИ |
| Визначення причини запровадження процедури | | Дії, які необхідно здійснити | Завершення процедури, перевірка того, чи досягнута мета процедури |

Джерело: власна розробка.

Процедура створена на основі наведеної вище моделі як документ для керівника лікарні. Опис не містить готових процедур, а лише рекомендації щодо того, що має бути включено до них при створенні. Кожна процедура створюється з нуля для конкретної лікарні, але можна визначити загальні припущення для кожної процедури. Вони викладені нижче.

СОП 0 "Процедура створення кризового штабу".

Нульова процедура - це процедура підтвердження кризової ситуації, тобто відповідь на питання, чи є криза, чи це ситуація, яку можна вирішити діями, що не виходять за рамки повсякденної діяльності. Якщо уповноважена особа

(наприклад, черговий лікар, диспетчер) визнає ситуацію кризовою, призначається кризовий штаб. Кризовий штаб - це особа або особи, які пройшли відповідну підготовку та уповноважені приймати рішення під час кризи. До складу кризового штабу можуть входити директор лікарні, його заступник, інші керівники, черговий лікар, санітари, лікарі, старші медичні сестри та інший персонал. Склад кризового штабу визначається директором лікарні на етапі підготовки плану управління кризовими ситуаціями. Кризовий штаб може спочатку складатися з однієї функціональної особи, яка визначатиме подальші процедури, тобто алгоритм дій (підготовлений заздалегідь). Під час нульової процедури необхідно зібрати осіб кризового штабу в заздалегідь визначеному місці - штабі кризового штабу. Необхідно, щоб члени кризового штабу зібралися без зволікань. У деяких кризових ситуаціях необхідно вживати швидких заходів, навіть якщо не всі члени штабу встигли зібратися. Ці дії повинні бути зроблені негайно, відповідно до заздалегідь розроблених алгоритмів дій. Не можна чекати рішення про запровадження алгоритму дій з процедурою евакуації, коли, наприклад, виникла пожежа.

Саме кризовий штаб приймає рішення про форму алгоритму, його модифікацію або заміну на інший. Штаб здійснює моніторинг і нагляд за всіма діями впродовж усієї надзвичайної ситуації.

Штаб приймає рішення на постійній основі і моделює дії для того, щоб криза була вирішена і ситуація повернулася до нормального стану (більше про це в процедурі СОП 25).

СОП 1 "Процедура інформування персоналу". Інформування є "єдиною" процедурою. Ця процедура може мати кілька варіантів залежно від типу кризи. У конкретному алгоритмі дій має бути зазначено, який саме варіант використовувати. Детально в цій процедурі має бути зазначено: кого інформувати, як інформувати і в якій послідовності. Спосіб інформування залежить від конкретної лікарні, але кризовий персонал може модифікувати ці рекомендації. Зміст інформації має включати порядок дій, який запроваджено, і

співробітник повинен знати, що робити далі у разі запровадження такого порядку. Наприклад, телефонний дзвінок з повідомленням "повна евакуація через пожежу" вводить процедуру евакуації всієї лікарні, і всі дії, які повинен виконати працівник, що отримав цю інформацію, повинні бути йому відомі і повинні бути виконані негайно. Це значно скорочує час, оскільки немає необхідності пояснювати або інструктувати працівників. Є лише інформація та негайні дії працівника.

Інформування персоналу може бути повним, тобто ми повідомляємо всіх працівників про те, що запроваджено певну процедуру. При цьому кожен повинен знати, які дії він повинен виконати. Інформування може бути частковим, тобто ми інформуємо певну групу працівників. Інформування персоналу може бути відкритим, тобто інформація, наприклад, по радіо, яку чують усі, або адресованим тільки співробітникам чи конкретним особам, наприклад, по телефону. Інформація може бути надана працівникам на робочому місці, але також і за межами робочого місця.

Інформування персоналу є ключовим питанням для швидких і точних дій. Спосіб інформування та інформаційний канал визначається конкретною лікарнею. Оголошення відповідної тривоги як сигналу, наприклад, для евакуації, є одночасним і повним інформуванням, тобто спрямованим на всіх людей в лікарні. Це може відбуватися через лікарняне радіо або внутрішню систему гучномовного зв'язку. Однак найпоширенішим способом надання інформації є телефонний зв'язок, що стосується як стаціонарних, так і мобільних телефонів. Кризовий персонал і керівництво лікарні повинні мати перелік усіх телефонних номерів персоналу. Спеціальні телефонні довідники для конкретних посад і посадових осіб повинні знаходитися в доступному для них місці.

Телефонні довідники включають службовий стаціонарний, службовий мобільний, приватний мобільний, приватний стаціонарний, телефон члена сім'ї. До довідника можна додати адресу електронної пошти або номер для обміну миттєвими повідомленнями.

СОП 2 "Процедури збільшення пропускної спроможності лікарні". Стосується якнайшвидшого приведення лікарні до стану, коли вона може прийняти певну визначену збільшену кількість пацієнтів або постраждалих. Дії, які повинні бути включені в таку процедуру, є, в порядку черговості кроків, наступними: виписка додому пацієнтів, які не потребують обов'язкового перебування в лікарні, мобілізація необхідного персоналу, активація щільності ліжок, активація коридорних ліжок.

Після кожного з цих етапів слід перевірити, чи варто переходити до наступного етапу, чи ще ні. Звичайно, це залежить від очікуваної кількості людей, які будуть госпіталізовані. Якщо ця кількість оцінюється на певному рівні, збільшення поглинальної здатності має бути скориговане відповідно до цього. Логічним продовженням цієї процедури є наступні, які будуть запроваджені в більшості алгоритмів, до яких належать: "Процедура відмови від лікування та факультативної госпіталізації" або "Процедура перепрофілювання палати або палат для задоволення потреб іншої палати". Якщо очікувана кількість людей, які будуть госпіталізовані, є невизначеною або існує ймовірність того, що вона перевищить максимальну кількість, встановлену лікарнею, слід негайно повідомити про це відповідний адміністративний підрозділ, наприклад, відділ управління з питань надзвичайних ситуацій. Кожна лікарня має певну пропускну спроможність і повинна точно її визначити.

СОП 3 "Процедура деконвекції в лікарні". Ця процедура передбачає видалення (вигнання) третіх осіб з лікарні. Треті особи - це всі особи, які не є пацієнтами або персоналом, які не є, наприклад, працівниками служб екстреної допомоги, поліції тощо. В основному це стосується людей, які відвідують пацієнтів, чекають у поліклініці лікарні або журналістів. У цій процедурі беруть участь співробітники служби безпеки або поліції. Треті особи повинні бути виведені з території лікарні, але таким чином, щоб не перекривати під'їзні шляхи. Виведенню повинно передувати загальнодоступне оголошення про те, що

відвідувачі та інші особи, які не є пацієнтами або персоналом, повинні покинути лікарню.

СОП 4 "Процедура переобладнання палати або палат для задоволення потреб іншого відділення". Ця процедура передбачає зміну характеру палати або палат для збільшення пропускної здатності. Збільшення пропускної здатності передбачає перепрофілювання відповідної палати, наприклад, у хірургічну або інтенсивну терапію, а іноді - в інфекційну палату. Це, звісно, залежить від типу кризової ситуації та її масштабів. Підготовка такої процедури передбачає наявність відповідного обладнання, комунікацій (електрика, кисень тощо) та кваліфікованого персоналу у відділеннях, а також, за необхідності, можливість отримати їх на час кризи. В алгоритмі цій процедурі має передувати процедура збільшення пропускної спроможності лікарні. Така зміна відбувається лише на час кризи і до її розв'язання.

СОП 5 "Процедура призупинення лікування та планової госпіталізації". Ця процедура включає в себе повідомлення про тимчасове відтермінування особам, які мали отримати процедуру або мали бути госпіталізовані до лікарні. Така інформація повинна надходити конкретно до відповідної особи або члена сім'ї (опікуна). Люди, які вже чекають у приміщенні лікарні, також виводяться. Потім встановлюється очікуваний час настання кризової ситуації, і всі особи інформуються про утримання до цієї конкретної дати.

СОП 6 "Процедура евакуації". Ця процедура тією чи іншою мірою існує в кожній лікарні. Вона стосується евакуації, тобто безпечного і якнайшвидшого виїзду всіх осіб із загрозової зони лікарні. Для безперешкодної евакуації необхідна інформація про те, як евакуювати конкретних пацієнтів. Для цього можна використовувати наступну таблицю. Це таблиця "Зайнятість пацієнтів - щоденний звіт", яка розширюється на основі вимог до евакуації. Вона дає нам актуальну інформацію про кількість пацієнтів, яких потрібно евакуювати різними способами.

СОП 7 "Активація об'єктів карантину та ізоляції". Процедура стосується перетворення частини палати або палат на зони ізоляції та карантину [19]. Це вимагає наявності відповідних замків і заходів безпеки, подібних до тих, що застосовуються в інфекційних відділеннях. Ця процедура може означати ізоляцію цілої палати або комплексу палат, що залежить від технічних можливостей конкретної лікарні.

СОП 8 "Процедура мобілізації персоналу та залучення додаткового персоналу". Ця процедура передбачає залучення персоналу, який перебуває за межами лікарні, до роботи в разі виникнення надзвичайної ситуації. У багатьох кризових ситуаціях потрібно більше персоналу, ніж під час звичайної роботи. Іноді в кризових ситуаціях задіяний персонал, який з якихось причин не може виконувати свої обов'язки (наприклад, отруївся димом), і тоді необхідно викликати тих, хто перебуває за межами лікарні. Ця процедура включає в себе виклик персоналу з найближчої амбулаторії або лікарні для надання допомоги, що вимагає відповідних договорів або угод.

СОП 9 "Порядок відокремлення та ідентифікації постраждалих". Першим етапом надання допомоги при масових аваріях і катастрофах є сегрегація. Якщо постраждалі, доставлені екстреними службами, потрапляють до лікарні, вони вже забезпечені картою сегрегації. Якщо нещасний випадок стався на території лікарні або постраждалі самі прибули на територію лікарні, сегрегація відбувається на місці та силами персоналу лікарні.

В рамках цієї процедури мають бути призначені конкретні особи, які повинні подбати про ідентифікацію постраждалих, і можуть робити це у співпраці з поліцією. До завдань таких осіб входить складання списків ідентифікованих осіб та списків невпізнаних осіб. Ці списки потім можуть бути використані для зв'язку з сім'ями потерпілих або для їх ідентифікації. Список невпізнаних осіб доповнюється основними фізичними характеристиками (наприклад, чоловік, близько 40 років, зріст близько 180 см, волосся світле/лисий/, татуювання на лівому передпліччі/якорь/) і додається фотографія,

зроблена в лікарні. Фотографія робиться призначеною особою і роздруковується для додавання до списку. Такий список людей вивішується в заздалегідь визначеному лікарнею пункті зв'язку, який зазвичай знаходиться за межами лікарні. Там інформація повідомляється сім'ям поранених і збирається інформація про невстановлених осіб у списку.

СОП 10 "Процедура оповіщення про надзвичайну ситуацію". Передбачає інформування відповідних служб та центру управління кризовими ситуаціями про загрози та потребу в допомозі, а також про ситуацію у відділенні лікарні. Під час кризи лікарня повинна підтримувати постійний зв'язок з центром управління кризовими ситуаціями та відповідними службами. Процедура передбачає ситуацію, коли кризовий персонал лікарні визначає потребу в конкретній підтримці і звертається за допомогою через процедуру оповіщення про кризу. Опис процедури включає набір контактів у вигляді таблиці.

СОП 11 "Порядок організації пункту зв'язку з сім'ями поранених". Пункт зв'язку - це місце, визначене лікарнею, де сім'ї поранених можуть отримати інформацію. Пункт має бути розташований за межами лікарні, щоб не порушувати роботу закладу. У пункті зв'язку відповідний працівник надає інформацію, узгоджену з керівником, або тільки ту, що стосується пораненого. Цей працівник, якого в літературі називають прес-секретарем, є особою, призначеною для зв'язку зі ЗМІ та сім'ями постраждалих і пацієнтів. Він або вона повинні бути знайомі з процедурами та алгоритмами дій, а також збирати корисну інформацію. Цей працівник повинен надавати інформацію якомога повніше, але не виходити за встановлені рамки.

СОП 12 "Порядок інформування". Усі заяви та інформація для ЗМІ повинні оголошуватися за один раз тільки директором або прес-секретарем лікарні. Найкращий час для таких заяв - 18:00. Однак з моменту виникнення надзвичайної ситуації має пройти щонайменше дванадцять годин.

СОП 13 "Порядок використання обладнання зі складу". Процедура складається з підготовки шляху транспортування необхідного обладнання зі

складу до місця потреби. Ця процедура встановлює маршрут транспортування, спосіб та відповідальних осіб. Спосіб транспортування повинен враховувати використання ліфтів, сходів і коридорів, щоб не перешкоджати належному функціонуванню лікарні.

СОП 14 "Порядок отримання обладнання ззовні". Стосується будь-якого обладнання, якого лікарня не має або має в недостатній кількості. На підставі відповідних договорів або контрактів між лікарнею та суб'єктами, які можуть надати обладнання, воно може бути запозичене у разі виникнення кризової ситуації, що може бути необхідним для функціонування лікарні. Процедура повинна включати придбання медичного обладнання, ліжок, генераторів, обігрівачів тощо. Процедура повинна включати форму та способи придбання.

СОП 15 "Процедура контролю осіб, обладнання, медикаментів". Ця процедура полягає у проведенні швидкої перевірки осіб, обладнання та медикаментів з точки зору кризових факторів. Процедура застосовується до осіб (пацієнтів, персоналу та інших), коли ми ідентифікуємо людський фактор як кризовий тригер. Контроль полягає у визначенні конкретної особи або осіб, відповідальних за це. Якщо необхідно контролювати конкретних осіб, то це слід доручити поліції або службі "безпеки" лікарні. Коли йдеться про обладнання або наркотики, питання контролю є технічним. Процедура повинна передбачати, хто, як і за якими правилами буде здійснювати перевірку.

СОП 16 "Процедура дезінфекції". Стосується дезінфекції приміщень, палат або всієї лікарні. Він повинен включати конкретні компанії, підрозділи або установи, які можуть проводити такі заходи. Ця процедура також включає видалення загрозливих агентів (плісняви, грибків), дезінсекцію, дератизацію тощо.

СОП 17 "Порядок проведення скринінгу персоналу на наявність загрозливих агентів". Це форма скринінгу персоналу під час епідемічної надзвичайної ситуації. Застосовується до біологічних, хімічних, радіаційних та інших агентів.

СОП 18 "Процедура посиленого лабораторного тестування". Ця процедура повинна бути реалізована для двох попередніх процедур. Лабораторні дослідження, які проводяться в лабораторії, що належить лікарні, залежать від технічних можливостей цих лабораторій. Якщо лікарня не має лабораторії або її можливості можуть бути недостатніми, залучаються зовнішні контакти. Процедура включає відповідні угоди та контракти із зовнішніми організаціями.

СОП 19 "Процедура зовнішньої дезактивації (намети для дезактивації)". Процедура встановлення та активації наметів може бути включена до плану дій лікарні на випадок надзвичайних ситуацій, якщо лікарня має такі намети в наявності. Якщо їх немає, а ситуація вимагає цього, слід викликати відповідну пожежну службу.

СРП 20 "Порядок отримання опалення". Відноситься до дій у ситуації, коли опалення відсутнє і немає поточних можливостей для його забезпечення. Лікарня для побудови такої процедури може знайти інші технічні можливості для обігріву будівлі. Мається на увазі активація аварійної форми опалення або отримання відповідних угод з іншими постачальниками тепла.

СОП 21 "Порядок отримання води". Стосується отримання води під час нестачі або забруднення води від зовнішніх компаній або установ, наприклад, за допомогою автоцистерн.

СОП 22 "Порядок отримання електроенергії". Стосується отримання електроенергії під час її дефіциту, наприклад, від генераторів.

СОП 23 "Порядок інформування про перевищення граничних значень або рівнів тривоги небезпечних речовин". Ця процедура застосовується, коли лікарня має обладнання для моніторингу таких рівнів, або коли лікарня є причиною перевищення допустимих норм або тривожних рівнів небезпечних речовин.

СОП 24 "Процедура вилучення лікарських засобів". Це процедура, яка діє у всіх лікарняних закладах і регулюється окремими нормативними документами.

СОП 25 "Порядок припинення дії режиму надзвичайної ситуації або підвищеної готовності".

Ця процедура призначена для завершення всіх кризових процедур, звірки стану після його введення зі станом до кризи, збору всієї документації, що стосується кризової ситуації та залучених до неї осіб. Мета - вдосконалити процедури, виправити помилки в них і врахувати витрати, понесені через кризу.

3.2. Впровадження технологій ризик-менеджменту в процесі антикризового управління організацією

Усі лікарні повинні підготувати плани управління кризовими ситуаціями на основі єдиного шаблону, і ці плани повинні бути скоординовані з іншими загальними планами. Необхідно розробити відповідне законодавство та офіційні домовленості, враховуючи фінансування цих заходів. Крім того, плани повинні бути: розроблені на основі моделі, але з урахуванням специфіки підрозділу, адаптовані до умов підрозділу та діяти на основі сил і ресурсів, наявних у відповідній лікарні, розроблений функціональними особами у співпраці з фахівцями, оновлюватися і застосовуватися на практиці (тренінги).

У процесі дослідження, яке відбувалося під час реалізації цієї роботи, було проведено аналіз літератури та документів (планів лікарні, обласних та інших планів), а також використано метод Дельфі та IDI (In-Depth-Interview), тобто глибоке експертне інтерв'ю. Для доповнення дослідження було використано SWOT-аналіз та порівняльний аналіз термінів виконання процедур.

Різні етапи роботи та включені в неї дослідження доводять, що лікарня, яка має план антикризового управління, більш підготовлена до ефективних дій в умовах кризи. Такі знання дозволяють впроваджувати плани антикризового управління в лікарнях на основі доведеного твердження про доцільність їх наявності.

Найбільш релевантним з точки зору методу дослідження, методу Дельфі, було перше питання в опитуванні, яке отримало згоду всіх експертів. 100% експертів відповіли "ТАК" на запитання: на вашу думку, чи повинні всі лікарні мати плани антикризового управління? Це призвело до дельфійського консенсусу щодо доцільності наявності планів управління кризовими ситуаціями в лікарнях. Як показали результати Дельфі-методу та експертного глибинного інтерв'ю, наявність планів управління кризовими ситуаціями в лікарнях краще готує лікарню до ефективних дій у кризовій ситуації. Одним з головних питань експертного глибинного інтерв'ю було: чи лікарня, яка має план антикризового управління, більш підготовлена до дій у кризовій ситуації? Критерієм, який з'явився, було те, чи має лікарня план антикризового управління, чи ні. Просто наявність плану - це підвищення ступеня готовності до кризи, але дійсно ефективна готовність повинна базуватися на комплексних рішеннях для всіх рівнів управління, навчанні та практичній перевірці ефективності окремих дій в ньому і плану в цілому на тлі всіх можливих ризиків. Це підтверджує центральну гіпотезу, яка стверджує: "Лікарня, яка має план антикризового управління, більш підготовлена до ефективних дій в умовах кризи". Всі експерти одностайно підтвердили в глибинному інтерв'ю, що наявність плану антикризового управління в лікарні готує її до ефективних дій у випадку кризи або її загрози більшою мірою, ніж якщо б у лікарні не було такого плану.

Експерти констатували, що визначити величину ступеня готовності лікарні або неможливо, або вимагає дотримання низки умов, що робить дослідження лицемірним, оскільки про більший ступінь готовності можна говорити лише в загальних рисах. Таким чином, єдиними критеріями, що підтверджують високий рівень готовності до кризи, є наявність антикризового плану, його реалізація на практиці та проведення тренувань. Реальна перевірка ефективності та ступеня готовності відбудеться лише після того, як криза настане. Експерти також відзначили необхідність мати можливість модифікувати як план, так і шаблон після його перевірки на практиці, як під час тренувань та симуляцій, так і під час

реальної кризи. Водночас це підтверджує одну з конкретних гіпотез: "Підготовка закладу охорони здоров'я, такого як лікарня, до широко визначеної кризи може підвищити безпеку пацієнтів, персоналу та самої лікарні як організації".

Модельний план управління, представлений у цій дипломній роботі, був підготовлений на основі та відповідно до регіональних планів. Ще одна конкретна гіпотеза, яка звучить наступним чином: "Єдиний шаблон плану управління кризовими ситуаціями в лікарні, що відповідає регіональному кризовому плану, підвищує ефективність організаційної системи та критичної інфраструктури лікарні", є вірною. Підтвердженням цієї конкретної гіпотези є результати анкетування та відповіді експертів у глибинному інтерв'ю. Висновки з питань щодо шаблону плану та сумісності з обласним або національним планом реагування на кризові ситуації свідчать про велику важливість наявності шаблону плану та його сумісності з вищезазначеними планами, оскільки лікарні демонструють підвищену оперативність в умовах кризи. Таким чином, вони підтверджують обґрунтованість конкретної гіпотези, яка стверджує: "Єдиний шаблон плану антикризового управління лікарні, що відповідає обласному плану антикризового управління, підвищує гнучкість організаційної системи та критичної інфраструктури лікарні". Експерти підтверджують ще одну гіпотезу: "Підготовка закладу охорони здоров'я, такого як лікарня, до широко визначеної кризи може підвищити безпеку пацієнтів, працівників і самої лікарні як організації". Під час глибинного експертного інтерв'ю експерти також підтвердили цю гіпотезу, зазначивши "Шаблон плану антикризового управління, представлений у цій роботі, є правильним, послідовним, зрозумілим і може бути впроваджений у будь-якій лікарні". Застереження, які були висловлені, стосувалися можливості впровадження плану антикризового управління в кожній лікарні. З цим не всі були згодні. В іншій гіпотезі йшлося про те, що: "Основними загрозами для функціонування лікарняного закладу є внутрішні та зовнішні кризи". На думку експертів, широкий зміст поняття зовнішніх і внутрішніх криз дає підстави погодитися з цим твердженням.

Загальні висновки SWOT і TOWS/SWOT-аналізу дуже прості, але тому складні для реалізації. Вони звучать так: уникайте загроз, зміцнюйте слабкі сторони, використовуйте можливості, розвивайте сильні сторони. Після проведення SWOT-аналізу на основі його результатів було визначено тип стратегії, якої має дотримуватися компанія. Для обох досліджуваних лікарень це агресивна стратегія, яку в літературі називають "максі-максі". Лікарням слід обрати стратегію сильного розширення ринку медичних послуг та диверсифікованого розвитку. Звичайно, така стратегія для лікарні є нереальною через законодавчі та лімітні обмеження, але вона є позитивною оцінкою самих закладів. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що опитані лікарні мають сильну позицію на ринку медичних послуг. Вони також розширюють свою діяльність за межі цієї сфери, наприклад, у наданні парамедичних та немедичних послуг. SWOT-аналіз представляє хорошу картину функціонування досліджуваних лікарень. З TOWS/SWOT-аналізу можна зробити низку висновків, найважливіший з яких стосується високої актуальності сфери управління та підготовки до різних кризових ситуацій і, загалом, зміни способу мислення щодо управління лікарнями та готовності до загроз. Важливість розробки системи антикризового управління для лікарні виявилася найбільш значущою, і це видно з найбільшої кількості взаємодій в аналізі TOWS для лікарні Комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради. Це підтверджує одну з конкретних гіпотез, яка стверджує, що "Підготовка закладу охорони здоров'я, такого як лікарня, до широко визначеної кризи може підвищити безпеку пацієнтів, працівників і самої лікарні як організації". Аналіз також показав, що розширення доступу до сучасних технологій і медичних знань, а також демографічні фактори в українському суспільстві, зокрема, старіння населення, мають значний вплив на лікарні та визначення ними стратегій розвитку на наступні роки. Пункти "Внутрішні загрози" та "Зовнішні загрози" мали високий рівень взаємодії в TOWS/SWOT-аналізі в обох лікарнях, що брали участь в опитуванні.

Припускаючи високу змістовну наповненість внутрішніх і зовнішніх загроз, проаналізованих у цій тезі, та міждисциплінарний підхід до них, цей аналіз підтверджує одну з конкретних гіпотез, а саме: "Основними загрозами для функціонування лікарняного закладу є внутрішні та зовнішні кризи". На основі цього аналізу було прийнято широке значення поняття кризи, що дозволяє повністю погодитися з цією гіпотезою.

TOWS/SWOT-аналіз показав велику кількість взаємозв'язків зі "слабкими сторонами" лікарень, такими як нездатність здійснювати повноцінний вільний ринковий продаж медичних послуг і нездатність фінансувати лікування сучасними спеціалізованими методами, а також договірні обмеження з Національним фондом охорони здоров'я. Це підтверджує часто зустрічається твердження, що: "Лікарні - це підприємства, які працюють неефективно в умовах, що склалися в їхньому середовищі".

Лікарня MSWiA показала в TOWS/SWOT-аналізі в якості першого пункту в наборі "сильних сторін" наступне: "Наявність плану управління кризовими ситуаціями та планів мілітаризації". Цей пункт показав взаємодію з внутрішніми та зовнішніми загрозами. У групі "можливостей" в аналізі двох лікарень з'явилися пункти, пов'язані з розвитком кризового менеджменту та розширенням доступу до сучасних технологій і знань. Ці пункти як "можливості" для лікарень вказують на необхідність розвитку як кризового менеджменту, так і пов'язаних з ним технологій і знань. Розвиток кризового менеджменту, безсумнівно, тісно пов'язаний з технологічним розвитком, і його метою є підвищення операційної ефективності. Більш широкий погляд на весь проведений TOWS/SWOT-аналіз дозволяє нам підтвердити основну гіпотезу: "Лікарня, яка має план антикризового управління, більш підготовлена до ефективної роботи в кризових ситуаціях". Оперативність дій безпосередньо пов'язана зі співпрацею з іншими підрозділами та службами. Це також дозволяє підтвердити одну з конкретних гіпотез: "Єдиний шаблон плану управління кризовими ситуаціями в лікарні, що

відповідає обласному кризовому плану, підвищує ефективність організаційної системи та критичної інфраструктури лікарні".

Існує ризик, що впровадження вправ з усього плану антикризового управління значно покращить роботу під час кризи. Вивчення часу виконання процедур показує, що, беручи час виконання процедур як вимірюваний показник ступеня ефективності дій в умовах кризи, спостерігається значне скорочення тривалості процедур у трьох з чотирьох досліджуваних процедур. Значне скорочення тривалості становить від 4 до 6 хвилин. Термін "значне скорочення" є правомірним, оскільки для порятунку життя і здоров'я людей ми не можемо надавати значення часу, а отже, і хвилинам. Процедура тривалістю шість хвилин була скорочена до двох хвилин; процедура тривалістю вісім хвилин була скорочена до трьох хвилин; процедура тривалістю двадцять три хвилини була скорочена до сімнадцяти хвилин. Статистично перевести ці результати неможливо. Неможливо також оцінити вартість у перерахунку на хвилину. Однак можна стверджувати, що таке скорочення часу означає підвищення ефективності. Слід також зазначити, що введення рішень з шаблону систематизувало роботу в усіх чотирьох досліджуваних процедурах. Це стосується і процедури, в якій час не скорочувався, але дії за шаблоном були менш випадковими і передбачуваними. Такий підхід може допомогти запобігти паніці і дозволяє правильно виконати завдання, що містяться в процедурі, навіть людині, яка не має відповідної підготовки.

Час відіграє надзвичайно важливу роль у порятунку людей. Хороша організація під час надзвичайної ситуації може його скоротити. Це було продемонстровано в представленому дослідженні, і на цій основі можна підтвердити обґрунтованість кризової підготовки в лікарні.

Наскільки важливо підготуватися до кризи і скласти план кризового менеджменту з конкретними процедурами, часто підкреслюється в літературі [18]. Кризовий менеджмент у лікарні має розглядатися з іншої точки зору, ніж звичайне функціонування та управління лікарнею, через відсутність часової

безперервності. При плануванні діяльності, управлінського завдання визначаються часові рамки. Ви встановлюєте відправну точку, ділите час на етапи і визначаєте кінцеву дату. У випадку з кризовим менеджментом все інакше, оскільки підготовка плану відбувається для конкретних груп небезпек і обтяжена постійною готовністю до них. Тут, на етапі готовності, часова безперервність закінчується. Відсутність часової безперервності пов'язана з тим, що надзвичайна ситуація, як правило, є надзвичайною ситуацією, і навіть якщо надзвичайна ситуація очікується, розмір або масштаб надзвичайної ситуації, її тривалість і коли вона закінчиться, ніколи не можуть бути точно визначені. Добре керована організація готує певні резерви та плани на випадок кризових ситуацій. Ми можемо лише оцінити можливість кризи або передбачити певні ризики, як правило, на основі попередніх періодів, а також шляхом спостереження за навколишнім середовищем та іншими умовами ведення бізнесу. Ретельна характеристика середовища та детальний аналіз небезпек у широкому розумінні дозволяє нам мінімізувати ризики, пов'язані з цими небезпеками.

У процесі розробки плану найважливішими факторами виявилися спосіб написання плану, його надійність і здійсненність, рівень знань і усвідомлення принципів, описаних у плані, практичність, представлених його основними виконавцями, і, нарешті, гнучкість самого плану і найбільш істотний елемент - час виконання. Час - це єдиний вимірний і порівняльний аспект, який не може бути підірваний або неправильно витлумачений. Скорочення часу в сенсі скорочення тривалості виконання певної процедури є покращенням її виконання і свідченням ефективності виконання заходів. Скорочення тривалості виконання конкретної процедури досягається шляхом впровадження та тестування найкращих рішень, а також шляхом навчання функціональних осіб та тренінгів.

З часової точки зору, послідовність елементів інциденту виглядає наступним чином:

- 1) виявлення інциденту - необхідна система моніторингу та оповіщення,

2) правильна інтерпретація кризи, за яку відповідає кризовий менеджер або персонал,

3) початок дій,

4) правильне розпізнавання конкретного типу кризи. У процесі дій необхідно постійно відстежувати ситуацію, передбачати наслідки, спираючись на знання і досвід, а також вміти організувати і підтримувати комунікацію на всій території і за її межами. Наступним етапом є реалізація плану до кінця. Залежно від ситуації, може виникнути потреба у зміні окремих частин плану або виділених для цього сил і ресурсів. Такі зміни здійснює кризовий штаб. Нарешті - з точки зору часу - має відбутися зачистка і повернення до нормальної роботи. Важливо вчитися на помилках, а для цього потрібно добре задокументувати подію.

Після виявлення кризи/кризової ситуації необхідно негайно вжити антикризових заходів на кожному рівні управління. Якщо криза виявлена на рівні функціонального співробітника, цей співробітник вживає відповідних заходів, відпрацьованих і включених до плану дій. Потім він або вона інформує про ситуацію відповідних осіб, щоб під час антикризових заходів у лікарні вже можна було запровадити відповідні алгоритми дій і процедури. Криза може виникнути як ззовні, так і всередині лікарні. Коли ми маємо справу із зовнішньою кризою або надзвичайною ситуацією, інформація зазвичай надходить до лікарні ззовні і одразу передається керівництву лікарні. На противагу цьому, коли ми говоримо про внутрішню кризу, ми розуміємо, що вона може виникнути на будь-якому рівні управління і в будь-якій точці лікарні.

Основна мета – розробити шаблон плану управління кризовими ситуаціями в лікарні, вивчити його та оцінити його доцільність" була досягнута шляхом створення шаблону на основі літератури та проведеного дослідження. Розробка шаблону та оцінка його доцільності були позитивно оцінені експертами під час опитування за методом Дельфі та глибинного експертного інтерв'ю. Було доведено, що лікарні, які мають плани кризового менеджменту, краще

підготовлені до ефективних дій в умовах кризи. Стан поточної готовності лікарень до кризових ситуацій, а також аналіз середовища та загроз для лікарень було досліджено за допомогою SWOT- та TOWS/SWOT-аналізу, як доповнення до експертних методів та розширення дослідницького обсягу роботи, за результатами яких було визначено слабкі та сильні сторони, можливості та загрози.

ВИСНОВКИ

Прогрес у вдосконаленні форм дослідницької та творчої діяльності, особливо в галузі організаційних та управлінських наук, полягає в тому, що те, що раніше робилося на основі інтуїції та досвіду, тепер все частіше робиться як діяльність, що базується на системних методах і моделях. На зміну прийняттю рішень на основі компетентності та ризику приходиться використання логічної, послідовної моделі, що відображає структуру та можливості організації. Така тенденція спостерігається у всіх типах організацій. Такі рішення стосуються, зокрема, кризового менеджменту, також відомого як кризове реагування або антикризове управління. В законодавстві існують законодавчі положення щодо такого управління на національному або регіональному рівні. Існує поняття критичної інфраструктури, до якої належать лікарні. Лікарні - це господарські організації, які функціонують автономно. Вони не зобов'язані мати плани антикризового управління, навіть якщо логічний хід подій вказував би на такий обов'язок.

Закладу охорони здоров'я, а точніше його діяльності, може загрозувати виникнення різного роду кризових ситуацій, які можуть бути наслідком низки факторів як зовнішнього, так і внутрішнього характеру. Криза може стосуватися різного роду катастроф, масових нещасних випадків, стихійних лих, а також правової, економічної чи організаційної сфери. Предметом інтересу для автора цієї дипломної роботи є, відповідно до правового мандату, група закладів охорони здоров'я, яка називається лікарнею. Зокрема, рішення, які лікарні повинні мати для реагування на будь-який тип надзвичайних ситуацій, тобто плани кризового управління.

Здається беззаперечним, що лікарні повинні готуватися до надзвичайних ситуацій, катастроф тощо, а отже, розробляти відповідні рішення на випадок виникнення кризових ситуацій. Однак не існує детальних досліджень з питання

обґрунтованості планів на випадок надзвичайних ситуацій у лікарнях, а також елементарних моделей таких планів.

Основною метою цієї роботи є розробка, а потім створення шаблону планів управління кризовими ситуаціями для лікарень. Також важливо дослідити поточний стан готовності лікарень до надзвичайних ситуацій. В якості вступу до розробки шаблону буде проведено аналіз внутрішніх приміщень та навколишнього середовища лікарень, а також небезпек за допомогою відповідного аналізу, що дозволить визначити сильні та слабкі сторони, а також можливості та загрози для лікарень. Шаблон буде створено на основі літературних джерел, планів реагування на надзвичайні ситуації, що діють у лікарнях, обласних планів, а також інших тісно пов'язаних з ними документів. Першим етапом створення шаблону буде узгодження системних рішень з експертами за методом Дельфі. Наступним етапом буде оцінка шаблону експертами та адаптація його для впровадження у всіх лікарнях. Після цього буде проведена оцінка його доцільності. Процес дослідження базується на методі Дельфі та глибинному експертному інтерв'ю. Метою методу Дельфі стало отримання експертного консенсусу щодо обґрунтованості наявності в лікарні плану антикризового управління та рішень, що містяться в ньому. Перевірка еталону буде здійснюватися шляхом вивчення часу виконання процедур. Ще одне припущення роботи - довести, що лікарні, які мають план антикризового управління, краще підготовлені до ефективних дій у кризовій ситуації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративне право України. Академічний курс: Підручник: У 2 т.Т. 1. Загальна частина / Ред. колегія: В. Б. Авер'янов (голова) та ін. Київ: ТОВ Видавництво «Юридична думка», 2007. 592 с.
2. Апанасенко, К.І. Державне регулювання та нагляд (контроль) у сфері господарської діяльності: навч. посіб. Чернігів: ЧНТУ, 2018. 275 с.
3. Буряк І. О. До питання про формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія «Право». 2012. № 1. С. 317–321.
4. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) / Гладун. – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 460 с.
5. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 09.05.2022).
6. Донабедіан В. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я. К., 2015. С. 89-91.
7. Думанский Ю. В., Шутов М. М., Лобас В. М., Вовк С. М. Современное состояние систем здравоохранения мира: монография. Донецк : ВИК, 2013. 367 с.
8. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.-практ. Конф. 17-18.04. 2008 р. Львів, 2008. С.129-136.
9. Князевич В.М., Авраменко Т.П., Короленко В.В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. Вісник НАДУ при Президентові України. 2016. № 1. С. 56.

10. Князевич В.М., Авраменко Т.П., Короленко В.В. Управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. Вісник НАДУ при Президентові України. 2018. № 2. С. 56.
11. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К. : Міністерство юстиції України, 2006. – 124 с.
12. Краснова О.І., Плужнікова Т.В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 46-48
13. Краснова О.І. Державне регулювання сфери охорони здоров'я. Світ Фінансів. 2018. № 7. С. 46-48.
14. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2017. – 244 с 24
15. Майданик Р. А. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. Медичне право. 2013. № 2. С. 63-74.
16. Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати. URL: https://espreso.tv/.../2017/.../medychna_reforma_vidpovid_i (дата звернення: 07.02.2022).
17. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2021. 560 с.
18. Національна служба здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://www.nszu.gov.ua> (дата звернення: 09.05.2022)
19. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон від 19.11.1992. [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради. – 1993. – № 4. – Ст. 19. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>
20. Підгаєць С. В. Механізм державно-приватного партнерства в системі інституціоналізації розвитку національної економіки : дис. ... канд. екон. наук: 08.00.03. Тернопіль, 2015. 240 с.

21. Про встановлення карантину з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та етапів послаблення протиепідемічних заходів. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2021 р. № 392. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
22. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017. № 2168-19. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 03.03.2022).
23. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України: Указ Президента України від 8 серпня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
24. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон від 24.02.1994 [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради. – 1994, № 27. – Ст. 218. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
25. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: Закон України від 22.01.2010
26. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів від 2 листопада 2006 р. // Офіційний вісник України. – 2006. – № 45. – Ст. 3000
27. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29 грудня 2009 р. «Про стан соціально-демографічного розвитку, охорони здоров'я і ринку праці в Україні»: Указ Президента України від 29.12.2009 [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>
28. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. URL: https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2020/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf
29. Рожкова І., Жаліло Л., Мартинюк О. Методологічні засади управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: аспекти впровадження

- первинної медико-санітарної допомоги. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2013/11/2012-4-16.pdf>
30. Солдатенко О. Європейський досвід фінансування видатків на охорону здоров'я. Юридична Україна. 2010. № 4. С. 53-58
31. Статистичний бюлетень «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України». URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm (дата звернення: 17.11.2022).
32. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення. Публічне право. 2013. № 2 (10). С. 57–63.
33. Супрун Д. Основні аспекти входження України в юрисдикційний механізм Європейської конвенції з прав людини. Європейська конвенція з прав людини: основні положення, практика застосування, український контекст / за ред. О. Л. Жуковської. – К. : ЗАТ «ВІПОЛ», 2004. 960 с.
34. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони № 984_011 від 30.11.2015. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011 (дата звернення: 19.02.2022).
35. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>
36. Фещенко Н. М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. Держава та регіони. 2010. № 3. URL: http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf (дата звернення: 12.11.2022).
37. Шафранчук В.П. Стандартизація у медицині: аргументи прихильників та опонентів. Державне будівництво сьогодні. Матеріали круглого столу (Херсон, 16 червня 2010 р.). Херсон, 2010. С. 89-91.

38. Шкільняк М.М. Інституційний базис управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я* / монографія за науковою ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2021. 560 с.
39. Briner M. et al. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC health services research*. 2010. V.10, № 1. P. 337-345.
40. GfK Ukraine: Home: веб-сайт. URL: <https://www.google.com.ua/url?sa=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjCzYWI9ObYAhVIb1AKH> (дата звернення: 17.11. 2022).
41. Health Action International : Statement to 109th WHO Executive Board meeting, 2002. URL: <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/EB109statement.html> (дата звернення: 17.11.2022).
42. Perlin G. International Assistance to Democratic Development: Some Considerations for Canadian Policy Makers. Background Paper for research meeting on "Good governance and aid effectiveness". Ottawa, 2005. URL: www.globaleconomicgovernance.org/docs/Perlin%20Implications%20for%20Canada.pdf (дата звернення: 12.11.2022).
43. *Public Administration in Transition: Theory - Practice - Methodology* / Gunnar Gjelstrup, editor; Eva Sorenson, author. NY: Djoef Publishing, 2007. 366 p.
44. Sidelkovsky O. State, communal, departmental and private medical institutions in the single medical space of Ukraine: administrative and legal principles. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2021. № 1. С. 196-200.
45. Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Healthsystem review. *Health Systems in Transition*, 2011. 13 (5):1. 266 p.
46. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 18 June 1996. *Bulletin of the World Health Organization*. 1997. Vol. 77. № 1. P 48 - 49.
47. The world bank. URL: <http://www.worldbank.org/uk/country/ukraine> (дата звернення: 17.11. 2022).

48. Todorovski N. Medical law and health law is it the same? *Acta Medica Medianae*. 2018. Vol. 57 (2). P. 34-39.