

**Міністерство освіти і науки України**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Кафедра менеджменту, публічного управління та**  
**персоналу**

**ГЛАДІЙ Василь Васильович**

**Впровадження механізму управління змінами**  
**в діяльність закладу охорони здоров'я**

спеціальність: МЕНЕДЖМЕНТ

освітня програма: Менеджмент закладів охорони здоров'я

Науковий керівник:

к.е.н., доцент Овсянюк-Бердадіна О.Ф.

**Тернопіль**

**2023**

## **ЗМІСТ**

<b>ВСТУП</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	<b>6</b>
1.1 Суть та принципи управління змінами	6
1.2 Історична ретроспектива реалізації змін в системі охорони здоров'я	13
<b>Висновки до розділу 1</b>	<b>20</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗМІН В ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	<b>21</b>
2.1 Діагностика стану та реалізованих змін в системі охорони здоров'я в контексті воєнних викликів	21
2.2 Аналіз кадрової підсистеми закладів охорони здоров'я в контексті необхідної реалізації змін	28
2.3 Діагностика викликів щодо реалізації змін в діяльності закладів охорони здоров'я	36
<b>Висновки до розділу 2</b>	<b>43</b>
<b>РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	<b>45</b>
3.1 Окреслення доцільних для реалізації змін в системі охорони здоров'я на сучасному етапі	45
3.2 Векторальні орієнтири реалізації змін в діяльності закладу охорони здоров'я	50
<b>Висновки до розділу 3</b>	<b>57</b>
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>58</b>
<b>Список використаних джерел</b>	<b>63</b>

## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** Від самого початку процесів реформування в Україні як державних діячів, так і вчених приділяється вивченню необхідності, можливостей та необхідності змін в різних суспільних сферах. Одна з головних реформ, увага до якої не згасає, це реформа сфери охорони здоров'я, трансформації якої зумовлюють дифузний автоматичний вплив на всі управлінські механізми діяльності окремих закладів охорони здоров'я. Загалом управління охороною здоров'я є водночас і механізмом і формою реалізації управління суспільством; тому, сфера охорони здоров'я є полісуб'єктною структурою, що ускладнює пошук раціональних підходів впровадження змін, які б задовольнили інтереси усіх стейкхолдерів. Саме ця проблема і визначає актуальність теми, обраної для дослідження.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць.** Практично усі наукові дослідження та публікації з тематики охорони здоров'я так чи інакше пов'язані з управлінням змінами, адже пропонують певні удосконалення окремих організаційних чи функціональних аспектів діяльності закладів охорони здоров'я. Ґрунтовні дослідження в аспекті загальнометодологічних та прикладних засад реалізації змін здійснено у працях Бабова І. [1], Бобришева О. [5], Вовк С. [7], Желюк Т. [41], Лехан В. [25, 26], Мартинюк О. [31,32], Овсянюк-Бердадіна О.Ф. [40], Сафонов Ю. [49], Стефанишин Л. [54], Шкільняк М. [36], та інших. Однак, враховуючи воєнні виклики та виходячи з нових трансформацій сфери охорони здоров'я потрібно оновлювати і вдосконалювати набуті наукові доробки у цій сфері.

**Мета кваліфікаційної роботи** полягає у дослідженні теоретичних, методичних та прикладних засад впровадження механізму управління змінами в діяльність закладу охорони здоров'я задля вироблення шляхів його удосконалення.

### **Завдання:**

- визначити суть та основні принципи й підходи управління змінами,
- узагальнити історичну трансформацію реалізації змін в системі охорони здоров'я,
- провести діагностику стану та реалізованих змін в системі охорони здоров'я в контексті воєнних викликів;
- здійснити аналіз кадрової підсистеми закладів охорони здоров'я в контексті необхідної реалізації змін,
- провести моніторинг та діагностику викликів щодо реалізації змін в діяльності закладів охорони здоров'я,
- окреслити доцільні для реалізації змін в системі охорони здоров'я на сучасному етапі,
- визначити коло стратегічних орієнтирів змін в діяльності закладу охорони здоров'я.

**Об'єкт дослідження** - управління змінами в закладі охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** - сукупність методів, підходів та інструментів впровадження змін в діяльність закладу охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** З метою реалізації мети кваліфікаційної роботи у ній було використано низку методів дослідження, зокрема: пояснення, класифікація, узагальнення - для визначення суті та принципів управління змінами (§1.1), абстрагування, опис - для проведення історичної ретроспективи реалізації змін в системі охорони здоров'я (§1.2), системний, спостереження - для дослідження прикладних аспектів впровадження змін в діяльність закладу охорони здоров'я (розділ 2), функціональний - для окреслення доцільних для реалізації змін в системі охорони здоров'я на сучасному етапі (§3.1), аналізу, синтезу - для вироблення векторальних орієнтирів реалізації змін в діяльності закладу охорони здоров'я (§3.2).

**Практична значущість** результатів дослідження полягає у виробленні рекомендацій з удосконалення реалізації механізму впровадження змін в діяльність закладів охорони здоров'я.

**Апробація.** За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей на тему: "Напрямки управління змінами в системі охорони здоров'я України" у збірнику тез доповідей Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (м.Тернопіль, 24 листопада 2023 р.) та "Нові компоненти впровадження змін в організаціях: кадровий зріз імплементації" у збірнику доповідей VIII Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (26 жовтня 2023 р. ЗУНУ, ФЕУ, 2023).

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 1.1 Суть та принципи управління змінами

Управління змінами є одним з ключових принципів сучасного менеджменту та найважливішим успішного розвитку організації та будь-якої системи в цілому. Під змінами в контексті нашого дослідження ми будемо розглядати будь-яку трансформацію в одному або кількох елементах організації та поза її внутрішнім середовищем, що можуть проявлятися в перетворенні її процесів, масштабів та цілей діяльності. Отже, управління змінами є процесом постійних коригувань напрямків діяльності організації та, як наслідок, трансформації поведінки її працівників.

"У реаліях сьогодення зміни вже не ототожнюються з окремими подіями, які інколи трапляються в організації, а потоком трансформацій її зовнішнього і внутрішнього середовища, що зумовлює необхідність постійної реакції та адаптації. Щоденної управлінської реакції вимагають зміни інституційного середовища функціонування організації, ринкової кон'юнктури, технологічних проривів, процеси діджиналізації. Процеси управління змінами активно імплементуються у постійну управлінську практику сучасних організацій та є невід'ємною складовою їх внутріорганізаційного менеджменту. Як демонструє досвід успішних організацій, їх успіх передусім залежить не від існуючих матеріальних, фінансових ресурсів, а від синергійного використання кадрового ресурсу, який є ключовим фундаментом для реалізації змін на засадах результативності та ефективності у довгостроковій перспективі" [40].

Зміни безумовно є основним тригером для будь-якої організації, оскільки середовище, у якому вона функціонує динамічно постійно змінюється. Тому будь-яка організація, яка хоче існувати в умовах постійних викликів та розвитку, повинна реагувати на зміни середовища через оптимальне впровадження змін.

На сьогодні підвищуються вимоги до якості самих змін, бо вони повинні проводитись швидко та мають орієнтуватися на результат, володіти широким охопленням і глибиною.

Проблематика змін особливо актуальна для нашого сьогодення, коли всі організації змушені шукати все нові і нові шляхи забезпечення стабільності та розвитку.

Будь-яка організація функціонує в власному зовнішньому середовищі, фактори якого чинять на неї вплив через призму незліченної кількості детермінант прямої чи побічної дії, врахування яких вимагає відповідної реакції внутрішнього середовища. Наприклад, такою реакцією може бути впровадження таких змін, що можуть стати переломним моментом в подальшому її функціонуванні.

Будь-які зміни насамперед стосуються системи управління та передбачають здійснення нововведень і можуть проявлятися у таких напрямках як оцінка і зміна цілей організації, зміна структури, розподілу повноважень, відповідальності, поділу на структурні підрозділи, модифікація фахових можливостей чи поведінки працівників. Таким чином, зміни є процесом впровадження новацій у внутрішнє середовище організації.

Враховуючи те, що організація є системою, серед різних типів змін можна виокремити зміни :

- за сферою діяльності організації;
- за змістом - технологічні, економічні, соціальні, управлінські;
- за глибиною - базові, модифікаційні;
- за темпами – швидкі, уповільнені, наростаючі, рівномірні та стрибкоподібні;
- за природою виникнення зміни - планові і спонтанні.

Враховуючи значну різноманітність змін та їх природу виникнення, слід зазначити, що настання тієї чи іншої зміни ніколи не відбувається ізольовано, бо кожна зміна зумовлює певні наслідки, які автоматично зумовлюють потребу інших змін в організації.

Залежно від характеру джерел виникнення змін, можна виділити три управлінські ситуації, які потенційно можуть вимагати змін.

Перша ситуація проявляється у тому, що в цілому діяльність організації є життєздатною і ефективною, але система управління, її організаційна структура та методи ще не відображують адекватної реакції і вимагають свого вдосконалення.

Друга ситуація характеризується тим, що місія діяльності організації об'єктивно себе вичерпала, стала нежиттєздатною, але завдяки удосконаленій системі управління ще продовжують функціонувати і забезпечувати певний мінімум економічної і соціальної ефективності.

Третя ситуація – як місія, так і організаційні форми в межах даної організації набувають істотних змін, радикальних зрушень і тим самим викликають необхідність таких же радикальних зрушень в загальній системі управління: або її змінювати докорінно, чи суттєво змінювати окремі її елементи.

Причини змін бути економічними, суспільно необхідними, організаційними, інформаційними, кадровими і ін. Найбільш поширеними є зміна зовнішніх умов діяльності, поява прогресивних технологій вирішення управлінських завдань (автоматизація і діджиталізація). Діагностичні індикатори, що визначають необхідність змін, можуть бути прямими і непрямими, наприклад погіршення чи стагнація показників ефективності роботи організації, пасивність персоналу, неаргументований протест проти будь-яких інновацій, відсутність процедури відміни неефективних управлінських рішень, розриви між формальними обов'язками персоналу і його конкретною роботою, висока плинність кадрів. Таким чином, вирішальну в організації роль щодо впровадження та реалізації змін грають керівники, котрі і несуть відповідальність за розробку механізму впровадження змін і планування заходів по їх здійсненню.

У процесному вимірі управління змінами є структурованим процесом, завдання якого полягає у пропонуванні і впровадженні змін відповідно до



економічних і технічних можливостей організації. Процес управління змінами може бути поступовим або посилюватися, або слабшати залежно від потреб організації, вимог зовнішнього середовища та одержаних результатів.

На практиці часто управління змінами є процесом пошуку і рішення проблем. У цьому контексті управляти змінами означає рухатися від проблемного стану до стану розв'язаної проблеми.

Управління організаційними змінами є конкретними проявами функцій менеджменту, що охоплює декілька етапів:

1. Планування змін. Планування змін охоплює два рівні – стратегічний та оперативний. Стратегічне планування змін передбачає довготермінове планування, що систематизує та формалізує виконання перспективних завдань організації, охоплює всі сторони її діяльності та націлене на розробку, організацію і реалізацію змін через систему планів, проектів та програм. Оперативне планування змін передбачає пошук і узгодження найефективніших шляхів і засобів реалізації прийнятої стратегії змін.

2. Організування співробітників та окремих виконавців як учасників змін.
3. Мотивування працівників як учасників змін.

4. Контроль одержаних результатів змін та коригування відхилень.

Поєднання цих вищенаведених компонентів формує базис успішного управління змінами.

Існує дуже багато моделей та підходів до управління змінами в організації, які володіють низкою переваг і недоліків. Їх ефективність використання залежить від того, наскільки використовується модель чи підхід враховує особливості організації.

Правильне управління змінами повинно передбачати, що людські, фінансові, матеріальні та інші ресурси, будуть використані краще та зумовлять ефект синергії.

Основними принципами управління змінами є наступні:

1. Реалізація лише необхідних змін.

2. Готовність працівників до змін шляхом оволодіння новими навичками.

3. Застосування адекватних інструментів дії для протидії кожному джерелу опору.

5. Залучення до процесу реалізації змін працівників, що дозволяє знизити опір.

6. Приділення особливої уваги етапам "розморожування" і "заморожування" змін.

7. Комплексна ідентифікація проблем, які не вдалося усунути в процесі реалізації змін.

У цьому контексті, згадавши етапи "розморожування" і "заморожування" змін згадаємо модель Курта Левіна, який і виділив ці етапи. Він вважав, що на стадії "розморожування" механізм управління повинен орієнтуватися на підготовку персоналу до здійснення змін, що вимагає трансформації методів управління. Саме на етапі "розморожування" здійснюється підготовка персоналу до змін, "малюється" бачення майбутнього організації. Мається на увазі, що працівники повинні відчутти необхідність й неминучість змін, їх важливість для свого майбутнього, виробити такі думки, щоб їх прихильність до змін стала вектором їх мислення та поведінки.

На другому етапі змін реалізуються конкретні дії, після яких відбувається їх "заморожування". На цьому етапі здійснюється внутріорганізаційне закріплення проведених змін в організації.

Ще однією з найбільш поширеною є модель управління змінами Л. Гейнера, яка складається з шести етапів (табл.1.1).

Таблиця 1.1.

## Модель управління змінами Л.Гейнера

Етап I	Етап II	Етап III	Етап IV	Етап V	Етап VI
Тиск та пробу- дження	Посередництво та переорієнтація уваги	Діагностика та усвідомлення	Надходження нового рішення та обов'язки щодо його виконання	Експеримент та виявлення	Підкріпленн я та згода

Примітка. Складено на основі [41]

Усі ці етапи охоплюють усвідомлення необхідності змін, проведення чіткого аналізу й деталізації існуючих проблем організації, отримання згоди від працівників на проведення змін, прогнозування можливих негативних наслідків змін та мотивацію працівників, щоб вони свідомо прийняли зміни.

Як було нами зазначено вище, вирішальну роль в впровадженні змін відіграють керівники організації, а тому дуже важливого значення набуває вибраний стиль здійснення змін в організації (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2

## Стилі керівництва щодо проведення змін в організації

Назва стилю	Сутність стилю
Конкурентний стиль	Робиться ставка на силу, максимальна наполегливість. Основна передумова - вирішення конфлікту припускає наявність переможця і переможеного
Стиль самоусунення	проявляється в тому, що керівництво демонструє низьку наполегливість і в той же час не прагне до пошуку шляхів співпраці з незгодними членами організації
Стиль компромісу	припускає помірне настоювання керівництва на виконанні його підходів на вирішення конфлікту і одночасне помірне прагнення керівництва до кооперації з тими, хто чинить опір
Стиль пристосування	виражається в прагненні керівництва встановити співпрацю у вирішенні конфлікту при одночасному слабкому наполяганні на ухваленні вироблених ним рішень
Стиль співпраці	характеризується тим, що керівництво прагне як до того, щоб реалізувати свої підходи до управління змін, так і до того, щоб встановити стосунки кооперації з незгодними членами організації

Примітка. Складено на основі [41]

Вибір

підходу впровадження змін визначається швидкістю, з якою мають бути проведені зміни, місцем, з якого вони повинні починатися.

У контексті впровадження змін на рівні закладу охорони здоров'я, який є прикладним об'єктом нашого дослідження, послідовність реалізації змін проявлятиметься у:

- визначенні напрямків змін;
- розробці моделей управління змінами;
- впровадженні інноваційних технологій медичного обслуговування, що націлені на підвищення якості медичної допомоги, скорочення термінів лікування й супроводжуючих витрат на його надання;
- формування оптимізаційних ресурсозберігаючих моделей, інформаційних, аналітичних систем задля підвищення соціальної, медичної, економічної ефективності сфери охорони здоров'я;
- моніторингу впроваджених змін;
- здійснення оцінки ефективності управління змінами.

До ключових принципів управління змінами як базису для удосконалення системи управління охороною здоров'я відносяться:

- принцип багаторівневості,
- нелінійність процесів;
- багатовимірність результатів;
- потенційна альтернативність варіантів розвитку;
- розгляд закладу охорони здоров'я як унікальної організаційної та функціональної структури із врахуванням специфіки його діяльності (багатопрофільні чи монопрофільні медичні заклади; ті, що надають переважно невідкладну або планову медичну допомогу);
- інтегративності - врахування безумовного взаємозв'язку технологічних, економічних, організаційних, інформаційних інновацій в закладі охорони здоров'я;
- зворотного зв'язку - щодо отримання інформації про, наприклад, тривожних показників здоров'я населення і діяльності закладів охорони здоров'я, що зумовлює прийняття рішення щодо регулювання відхилень.

Теоретичні та методичні положення щодо управління змінами в закладах охорони здоров'я як правило базуються на поєднанні багаторівневого і інтегративного підходів, що є основою в напрямку вдосконалення їх систем управління.

"При певному якісному та кількісному складі низка змін виливається у реформу, а ключові зміни стратегії розвитку галузі можуть перерости у великомасштабні перетворення" [25]. Враховуючи це, розглянемо історичну ретроспективу управління змінами, враховуючи реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

## 1.2 Історична ретроспектива реалізації змін в системі охорони здоров'я

У перші роки після проголошення незалежності України головні зусилля держави у сфері охорони здоров'я, були націлені на запобігання кризових явищ у діючій системі охорони здоров'я та максимального збереження декларованих державою соціальних гарантій щодо забезпечення населення медичними послугами. Враховуючи це, істотних змін у сфері охорони здоров'я не було реалізовано, за виключенням пошуку шляхів надходження додаткових коштів для підтримки життєдіяльності сфери охорони здоров'я. У цей час почали запроваджуватися платні послуги та створюватися лікарняні каси. Однак, ці кошти суттєвого значення для додаткового фінансування системи охорони здоров'я не мали, оскільки складала за статистичними даними близько 4 % від загальних витрат на діяльність сфери охорони здоров'я.

Ключові напрямки реформування сфери охорони здоров'я України були означені на початку 2000-х років та відображені у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. Подальшої нормативної трансформації вони отримали у комплексній програмі «Здоров'я нації», в Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, та відповідному Указі Президента у 2005 році «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення». Змістове наповнення цих документів свідчить, що за весь цей період, незважаючи на періодичні зміни політичної парадигми в Україні, ключові підходи до реформування системи охорони здоров'я не зазнали радикальних змін та охоплювали:

- створення єдиного медичного простору за координацією та управлінням Міністерства охорони здоров'я України;
- нормативне декларування щодо забезпечення якісної, доступної, фахової медичної допомоги всьому населенню, незалежно від їх місця проживання та соціально-економічного стану;

- впровадження більш прозорої й ефективної моделі фінансування системи медичної допомоги, що орієнтувалася на суто реальні потреби громадян; поступова трансформація від принципу утримання медичних закладів до розподілу коштів за принципом оплати наданих медичних послуг, імплементація в діяльність закладів охорони здоров'я новітніх економічних механізмів; чітке градація бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну медичну допомогу; впровадження загальнообов'язкового соціального державного медичного страхування в напрямку забезпечення повних та якісних безоплатних медичних послуг, гарантованих державою;
- впровадження дієвих механізмів мотивації медичного персоналу до ефективного та якісного надання медичних послуг;
- активізація розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини із одночасною кількісною зміною мережі комунальних і державних медичних закладів;
- впровадження удосконаленого механізму державного контролю за фармацевтичною сферою, зокрема за якістю лікарських засобів, виробів медичного призначення, зростання конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції.

Окреслена підходи впродовж наступних років набували системного характеру, удосконалювалися додатковими формами і механізмами, наприклад через створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, перепрофілювання лікарень із врахуванням особливих потреб населення певної території у медичній допомозі. Таким чином, був здійснений поступовий перехід від моделі Семашко до новітньої, орієнтованої на задоволення реальних потреб населення у медичній допомозі системи охорони здоров'я. Варто зазначити, що частина нововведень була запозичена і існуючих систем охорони здоров'я з різних країн Європи.

Також здійснювалися опосередковані реформи в окремих секторах охорони здоров'я, де через пілотні проекти імплементувалися інноваційні для організаційні, економічні механізми щодо надання первинної медичної

допомоги на засадах сімейної медицини, апробувалася регіоналізація родопомічної допомоги, впроваджувалися договірні відносини та автономізація медичних закладів. Здебільшого ці ініціативи відбувалися через місцеві ініціативи і за підтримки проектів допомоги з боку донорських міжнародних організацій. У своїй більшості вони були локальними і часто носили фрагментарний характер та не набули розповсюдження (рис.1.1).

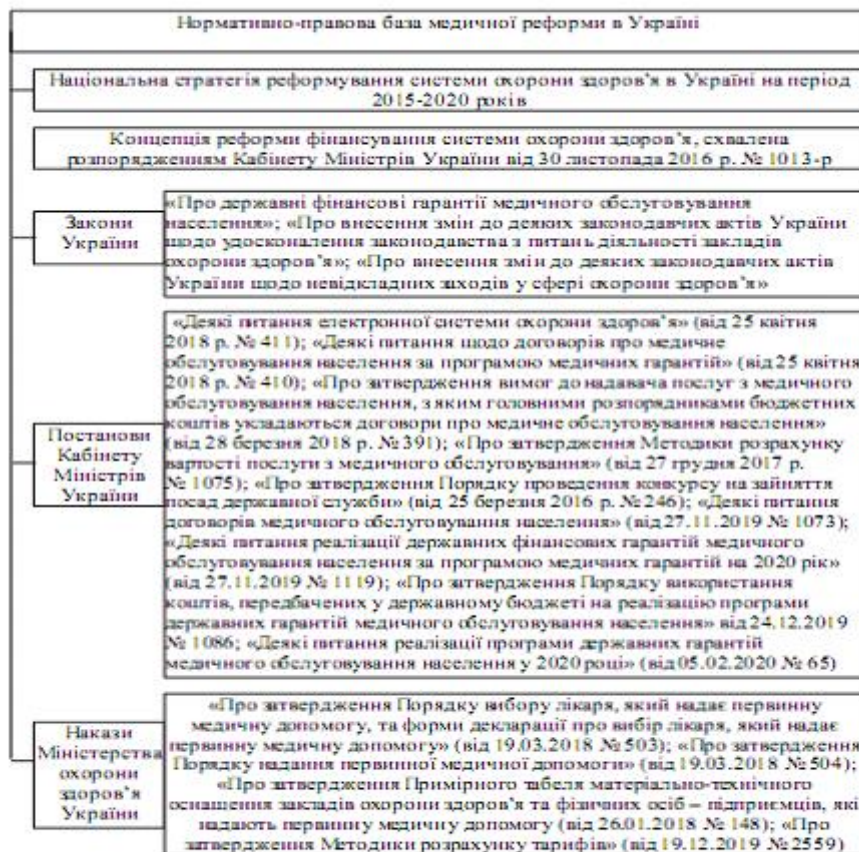


Рис. 1.1 Структура нормативно-правової бази медичної реформи в Україні

Примітка. Складено на основі [11]

Комплексних реформ в сфері охорони здоров'я в Україні до 2010 р. не проводилося, а заплановані для подальшої реалізації реформи у сфері охорони здоров'я були означені на основі наукових досліджень та аналізу міжнародного досвіду, проведених експертиз національних і низки міжнародних експертів.

У 2010 році на загальнодержавному рівні було прийнято рішення про здійснення всеохоплюючої реформи системи надання медичної допомоги



України, яка базувалася на детально проаналізованих й узагальнених даних із врахуванням національної специфіки українськими та зарубіжними експертами.

"Сьогоднішнє законодавство у сфері захисту здоров'я базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону України «Про систему громадського здоров'я», Закону «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», Закону «Про захист населення від інфекційних хвороб», Закону «Про протидію захворюванню на туберкульоз», Закону «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності», інших нормативно-правових актів та санітарних норм" [28].

Певною мірою переломним кроком щодо реформування системи охорони здоров'я стало формування Національної служби здоров'я України, яка сьогодні відіграє роль центрального органу виконавчої влади, що реалізує публічну політику в сфері державних гарантій щодо медичного обслуговування населення через реалізації низки таких завдань:

1. Реалізація публічної політики у сфері державних медичних гарантій для громадян шляхом державних гарантій медичного обслуговування населення.

2. Реалізація функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

3. Внесення пропозицій щодо удосконалення публічної політики в сфері медичного обслуговування населення.

На сьогодні, незважаючи на воєнний стан в країні, відбувається наступний етап медичної реформи. Базові положення медичної реформи передбачають удосконалення мінімального гарантованого пакету медичних послуг для громадян відповідно до сьогочасних можливостей державного фінансування сфери охорони здоров'я (див. рис. 1.2). Поступово в Україні

впроваджується т. зв. принцип "гроші ходять за пацієнтом", коли державою не виділяються певні кошти на фінансування закладів охорони здоров'я, а оплачуються послуги певних закладів охорони здоров'я за результатами їх діяльності. На сьогодні чітко визначено перелік безоплатних послуг, які надаються державою у межах програми медичних гарантій, але процедура одержання цих безоплатних послуг лишається не цілком зрозумілою.



Рис. 1.2. Основні результати медичної реформи в Україні

Примітка. Складено на основі [25]

Позитивною зміною реформування системи охорони здоров'я в Україні є реконструкція стратегічних об'єктів медичної сфери, зокрема комплексу "Охмадит" та активна розбудова кардіологічних центрів. "На сьогодні розпочався процес автономізації закладів охорони здоров'я, який передбачає контрактні відносини з Національною службою здоров'я України, яка здійснює пряме фінансування за надані послуги з Державного бюджету. Також важливим кроком до дебюрократизації системи охорони здоров'я є запровадження електронної системи eHealth. Це дозволяє зменшити паперовий документообіг, полегшити роботу медичного персоналу, обробляти статистичні дані, формувати стратегічні плани розвитку закладу охорони здоров'я" [49].

Важливим, однак неоднозначним кроком в процесі реформування системи охорони здоров'я стало створення Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», який уповноважений реалізовувати першочергові заходи щодо профілактики масових неінфекційних захворювань, щодо оцінки і прогнозування показників здоров'я населення та факторів, що впливають на нього, міжнародного співробітництва та укладенні міжнародних договорів щодо безпеки для здоров'я і епідемічного благополуччя громадян України.

На нашу думку, нині очевидною є необхідність формування гармонійного законодавства у сфері охорони здоров'я, яке б дозволило забезпечувати умови для збереження та зміцнення здоров'я, орієнтувалося на превентивні заходи, а не боротьбу з уже існуючими шкідливими впливами ендогенного та екзогенного середовищ.

## **Висновки до розділу 1**

Управління змінами є одним з ключових принципів сучасного менеджменту та найважливішим успішного розвитку організації та будь-якої системи в цілому. Зміни безумовно є основним тригером для будь-якої організації, оскільки середовище, у якому вона функціонує динамічно постійно змінюється. Тому будь-яка організація, яка хоче існувати в умовах постійних викликів та розвитку, повинна реагувати на зміни середовища через оптимальне впровадження змін.

На сьогодні підвищуються вимоги до якості самих змін, бо вони повинні проводитись швидко та мають орієнтуватися на результат, володіти широким охопленням і глибиною.

Існує дуже багато моделей та підходів до управління змінами в організації, які володіють низкою переваг і недоліків. Їх ефективність використання залежить від того, наскільки використовувана модель чи підхід враховує особливості організації.

Правильне управління змінами повинно передбачати, що людські, фінансові, матеріальні та інші ресурси, будуть використані краще та зумовлять ефект синергії.

Теоретичні та методичні положення щодо управління змінами в закладах охорони здоров'я як правило базуються на поєднанні багаторівневого і інтегративного підходів, що є основою в напрямку вдосконалення їх систем управління.

Нині очевидно є необхідність формування гармонійного законодавства у сфері охорони здоров'я, яке б дозволило забезпечувати умови для збереження та зміцнення здоров'я, орієнтувалося на превентивні заходи, а не боротьбу з уже існуючими шкідливими впливами ендогенного та екзогенного середовищ.

## **РОЗДІЛ 2. ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗМІН В ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **2.1 Діагностика стану та реалізованих змін в системі охорони здоров'я в контексті воєнних викликів**

Реалізація змін в системі охорони здоров'я у 2022-2023 роках здійснювалася під знаком війни. Однак не зважаючи на складні умови, у 2022 році було завершено контракування надавачів медичних послуг і до 24 лютого 2022 року усі заклади охорони здоров'я, які виконали вимоги Національної служби здоров'я України, мали укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Це дозволило їм вчасно отримувати кошти від Національної служби здоров'я України за надану пацієнтам медичну допомогу. Окрім того, у договорах було визначено певну кількість медичних послуг, розраховано чітке фінансове зобов'язання

за цими договорами і ці кошти, відповідно, було закладено в державному бюджеті на 2022 рік.

Потенційно могли виникнути багатонепередбачуваних ситуацій, наприклад, зникнення електроенергії або звичних телекомунікаційних засобів передачі інформації, щоб позначилося на стабільності отримання закладами охорони здоров'я виплат. Для закладів охорони здоров'я ці кошти є фундаментом безпосередньої готовності надавати медичні послуги, можливості закуповувати ліки, надати заробітню плату працівникам, стимулювати медичний персонал залишатися на своїх місцях.

Однак уже в перші дні повномасштабного вторгнення стало очевидно, що на певних територіях України заклади охорони здоров'я апріорі не мають змоги співпрацювати з Національною службою здоров'я України за стандартними механізмами. Тому Національна служба здоров'я України разом з Кабінетом Міністрів України та Міністерством охорони здоров'я, внесли зміни до нормативних документів, які дали змогу оплачувати стабільно закладам охорони здоров'я кошти у розмірі місячної частини договору. Таким чином, у перші місяці війни оплати надавачам медичних послуг щомісяця розраховувались на основі 1/12 від запланованої вартості медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг на 2022 рік. При цьому вимоги щодо подавчі електронних звітів про надані медичні послуги було відкладено.

Це були зміни, які дозволили забезпечити безперебійне фінансування закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану та доступ пацієнтів до медичної допомоги в цій надзвичайній ситуації. Ще наприкінці 2022 року відбулося повернення до оплати на основі електронних даних, щоб ті надавачі медичних послуг, котрі обслуговували більшу кількість пацієнтів, отримали більше коштів. А надавачі медичних послуг, розташовані на окупованих територіях або там, де ведуться бойові дії, продовжили отримувати стабільне фінансування у вигляді фіксованих виплат.

Окрім того, щоб стабілізувати ситуацію, Національна служба здоров'я України фінансувала оплату праці інтернів лікарів під час інтернатури на базі закладів охорони здоров'я. Таким чином, заклади охорони здоров'я, де були працевлаштовані лікарі-інтерни, одержували додаткові кошти в межах відповідного пакету. Також Національна служба здоров'я України змінила окремі правила та маршрути для пацієнтів, щоб кожен громадянин України одержав доступ до необхідних медичних послуг на період дії воєнного стану (див. табл.2.1). Наприклад, щоб зменшити фінансовий тягар для пацієнтів в умовах воєнного стану, інсулін українці отримували абсолютно безкоштовно, тобто без жодних доплат, при цьому з березня по липень 2022 року пацієнтам виписали 580 тис. безоплатних рецептів на інсулін.

Таблиця 2.1

**Особливості змін щодо надання первинної медичної допомоги під час війни**

Зміни в інтересах пацієнтів	Доступ до сімейного лікаря без декларації ВПО можуть звертатись у будь-який центр первинної медичної допомоги та отримувати необхідні послуги, навіть не маючи декларації з лікарем у цьому закладі.
Використання паперового рецепта на «Доступні ліки» та інсулін	Пацієнти отримують ці ліки як за електронним, так і паперовим рецептом. Тож під час перебоїв з електроенергією лікар може виписати рецепт, а аптека – погасити його.
Рецепт на «Доступні ліки» та інсулін – у будь-якого сімейного лікаря	Рецепт на життєво необхідний препарат можна отримати незалежно від того, чи є у пацієнта декларація з певним лікарем.
Безоплатний інсулін за рецептом	Перші чотири місяці від початку війни пацієнти отримували будь-яку призначену форму та вид інсуліну за рецептом повністю безоплатно. З березня по липень 2022 р. пацієнтам виписали 580 тис. безоплатних рецептів на інсулін.
Використання паперових направлень	Пацієнти отримують медичні послуги як за електронним, так і за паперовим направленням. Під час перебоїв з електроенергією лікар може виписати паперове направлення, а пацієнт – звернутися з ним по медичну допомогу

Примітка. Складено самостійно

Після початку повномасштабної війни Національна служба здоров'я України не тільки забезпечувала вчасну і безперебійну оплату для закладів охорони здоров'я, а й реагувала на актуальні виклики. Певною мірою

програма медичних гарантій продемонструвала, що є гнучким інструментом, що працює на користь і закладів охорони здоров'я і їх пацієнтів.

Профілактика розвитку психічних та неврологічних розладів і турбота про психічне здоров'я стали досить важливими, коли українці стикнулися з таким складним викликом, як війна. У 2022-2023 роках одним із пріоритетів реалізації змін стала медична реабілітація та психологічна допомога. В умовах воєнного стану попит на ці медичні послуги зріс, а тому у листопаді 2022 року було запроваджено два нові пакети. Ключовий вектор змін - зробити психологічну допомогу доступною для будь-якого пацієнта. У більшості високорозвинутих країн світу визначено, що легкі форми психологічних та психічних розладів можуть і повинні лікуватися в закладах первинної медичної допомоги. Впроваджуючи міжнародний досвід та реагуючи на виклики воєнного стану, програму медичних гарантій розширили, щоб психологічну допомогу можна було отримати у сімейного лікаря, який перш пройшов спеціальне навчання. В межах нового пакету сімейні лікарі мають право надавати пацієнтам психологічну базову допомогу і складати план лікування у межах своєї фахової компетенції. За потреби пацієнта спрямовують на проведення інструментальних чи лабораторних досліджень або до фахівця-психіатра. Доступність цієї допомоги в закладах первинної медичної допомоги у значній мірі сприяло швидкій адаптації ветеранів до цивільного життя та виявленню стресового розладу. Також ця програма допомагає громадянам піклуватися про власне ментальне здоров'я і протидіяти довготривалому психосоціальному стресу, який принесла війна (див. табл. 2.2).

Попит на комплексну реабілітаційну допомогу дорослим і дітям у стаціонарних умовах у 2022 -2023 роках різко зріс. Тому Національна служба здоров'я України у листопаді 2022 року запровадила новий пакет, щоб громадяни з одержаними під час війни травмами могли розраховувати на комплексну та якісну медичну допомогу з метою відновлення функціонального стану організму. Цей пакет зорієнтований на отримання

усіх необхідних послуг як у гострому, так і у післягострому реабілітаційному періоді безпосередньо в одному закладі охорони здоров'я.

Таблиця 2.2

**Кількісні показники нових пакетів послуг Національної служби  
здоров'я України**

Пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги»	5 закладів
Пакет «Комплексна реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах»	38 закладів
Пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги»	33 пацієнти
Пакет «Комплексна реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах»	157 пацієнтів
Пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги»	3660,00 грн.
Пакет «Комплексна реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах»	2285276,00 грн.
Пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги»	33 157 пакет
Пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги»	2285276,00 грн.

Примітка. Складено на основі [38]

Це дозволє запровадити принципово новий підхід до надання реабілітації у випадках, коли пацієнти потребують допомоги за двома і більше напрямками реабілітації одночасно. Йдеться про психологічну нейрореабілітацію, кардіореспіраторну і ортопедичну реабілітацію. Згідно з вимогами такого пакету, мультифахова команда лікарів повинна комплексно працювати з пацієнтом не менше 3-х годин на добу. Окрім того, згідно вимог цього пакету збільшився мінімальний строк реабілітації з 14-ти до 21-го дня. Саме така інтенсивна мультифахова реабілітаційна допомога дозволяє в максимально короткі терміни повернути пацієнтів до повноцінного життя. Завдяки впровадженню цього пакету в Україні почала формуватися мережа закладів охорони здоров'я, що надають послуги реабілітації на нових засадах.

Таким чином, шляхом змін фінансових стимулів програми медичних гарантій, громадяни одержали доступ до реабілітаційної допомоги, що



покликана допомогти пацієнту у відновленні порушених або втрачених фізичних навичок й пристосуватися до нових умов життя опісля лікування.

Одним із ключових акцентів у програмах медичних гарантій під час воєнного стану є наближення медичної допомоги до пацієнта. Значну роль в цьому процесі відіграє первинна ланка – терапевти, сімейні лікарі, педіатри, медичні сестри і фельдшери ФАПів. У межах пакету «Первинна медична допомога» сімейні лікарі мають право надавати цілий комплекс медичних послуг – від профілактики та діагностики різноманітних інфекційних і неінфекційних хвороб, до окремих послуг щодо паліативної допомоги, спостереження неускладненої вагітності, проведення скринінгу на наявність розладів поведінки чи психіки.

Суттєвою зміною під час воєнного стану було те, що, у 2022 році сімейні лікарі почали виписувати рецепти на лікарські засоби проти розладів психіки і поведінки та епілепсії. Раніше рецепт на ліки за такими хворобами міг виписати лише невролог або психіатр. Тепер, якщо пацієнт мав попередній план лікування від невролога чи психіатра та був внесений у електронну систему охорони здоров'я, рецепт виписує будь-який терапевт, сімейний лікар, чи педіатр.

Очевидно, що через війну зросло навантаження і на сімейну медицину. Багато українців покинули власні домівки й стали вимушеними переселенцями. Щоб зберегти доступ до медичної допомоги, Національна служба здоров'я України зробила декларацію обов'язковою. Зараз вимушені переселенці можуть звернутися до будь-якого терапевта, сімейного лікаря, або педіатра і одержати консультацію, лікування, чи направлення або рецепт на «Доступні ліки». А у прифронтових, окупованих територіях, найвіддаленіших селах, сімейний лікар чи фельдшер ФАП нерідко залишається єдиною можливістю пацієнта дбати про власне здоров'я або єдиним шансом вберегти власне здоров'я.

Також варто зазначити, що воєнний стан не зупинив ні роботу, ані розширення програми реімбурсації, бо українці у 2022 році отримували

«Доступні ліки» та інсулін за електронними та паперовими рецептами. З листопада 2022 року до програми реімбурсації включено лікарські засоби для людей з хронічним обструктивним захворюванням легень та хворобою Паркінсона. За час війни розширився перелік торговельних назв препаратів, включених до програми реімбурсації: з 401 до 435 одиниць, що значною мірою зняло фінансовий тягар з пацієнтів, адже вартість ліків відшкодовує аптекама Національна служба здоров'я України. Впродовж 2022 року 1838218 українців отримали життєво необхідні препарати безоплатно або з частковою доплатою (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Надання лікарських засобів в рамках програми реімбурсації у 2022 році**

Діабет (інсулінозалежний)	203 376 пацієнтів
Нецукровий діабет	1 936 пацієнтів
Профілактика інфарктів та інсультів	708 353 пацієнти
Психічні розлади, епілепсія	25 625 пацієнтів
Серцево-судинні захворювання	1 328 191 пацієнт
Хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів	105 940 пацієнтів
Цукровий діабет II типу	466 071 пацієнт

Примітка. Складено самостійно на основі [38].

В умовах повномасштабного вторгнення аптеки змогли відновити свою роботу в перші місяці та продовжувати співпрацю за програмою реімбурсації. При цьому варто зазначити, що 9590 аптек відпускали ліки за програмою реімбурсації за місяць до війни, а у березні працювало близько 6 000 аптек. На кінець 2022 року їх кількість становила 9 040. При цьому збільшилася кількість аптек, які відпускають інсуліни за програмою реімбурсації. Якщо в січні-лютому 2022 року їх було 3112, то на початок 2023 року їх кількість понад 3200. Станом на 2023 рік в Україні працює 12977, зокрема 700 комунальних аптек, 11653 приватних аптечних закладів та ФОП 624 одиниць [38].

Також, попри воєнний стан та складне економічне становище в Україні, зміни в системі охорони здоров'я в контексті воєнних викликів було не скорочено, а, навпаки, розширено. Програми медичних гарантій показали стійкість у воєнних умовах. Більше того, війна не завадила розширювати існуючі програми, виплачувати кошти за відпущені препарати та реалізовувати інші зміни в системі охорони здоров'я.

## **2.2 Аналіз кадрової підсистеми закладів охорони здоров'я в контексті необхідної реалізації змін**

Ефективний розвиток кожної із сфер діяльності є неможливим без процесу управління, тобто безперервного застосування різних типів ресурсів з метою досягнення окресленої мети. Основним ресурсом кожної організації є людський, бо саме працівники приводять в дію решту усіх інших видів ресурсів. Таким чином, мистецтво управління змінами полягає в умінні організовувати діяльність, раціонально використовуючи людський фактор.

У системі охорони здоров'я надзвичайно важлива роль відведена медичному працівникові, і враховуючи це, зміни розвитку кадрів є пріоритетним завданням менеджменту у сфері охорони здоров'я. Класичні методи управління персоналом у сфері охорони здоров'я на сьогодні не забезпечують бажаних результатів змін, а навпаки, інколи призводять до небажаних змін та трансформацій.

"Зараз, коли засобів, що виділяються з державного бюджету на розвиток охорони здоров'я, явно недостатньо, найбільш перспективною є мобілізація прихованих можливостей системи на основі кращого використання кадрових ресурсів. Міжнародний досвід, зокрема досвід Всесвітньої організації охорони здоров'я, свідчить про те, що серед організаційних змін, метою яких є підвищення ефективності системи

охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, що проводяться в галузі управління кадрами" [48].

Як було нами виявлено, на сьогодні існує проблема не підготовленості саме управлінського персоналу до використання новітніх підходів та методів управління, націлених на пошук конкурентних позицій медичних закладів. Медичний персонал здебільшого не має маркетингового мислення, без якого неможливо набути конкурентних переваг медичних послуг та в цілому закладу охорони здоров'я. Тому нині перед системою охорони здоров'я стає нелегке завдання щодо адаптації до нових умов впровадження діяльності через реалізацію концепції інтегрованого управління й розвитку кадрами, саме від яких залежить виконання вищезокреслених завдань.

Кардинальні зміни в галузі охорони здоров'я, насамперед щодо набуття автономії закладів охорони здоров'я в адміністративній діяльності, дали можливість залучення коштів з різних джерел фінансування, а тому активізують необхідність раціонального використання кадрового потенціалу медичних закладів. За допомогою компетенцій його управлінців будь-який заклад охорони здоров'я можна перетворити на конкурентний фарватер цілої сфери.

Метою кадрової політики в системі охорони здоров'я є підготовка кваліфікованих співробітників закладів охорони здоров'я, виконання ними відповідних завдань. Медичний персонал є стратегічним капіталом, оскільки у світі на сьогодні більша частина усіх інвестицій в сферу охорони здоров'я спрямовується саме на її кадрове забезпечення.

Класичними характеристиками кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я є:

– якісні (фізичний, кваліфікаційний, організаційний, інтелектуальний, етичний, психологічний, адаптаційний потенціали);

– кількісні (склад, стаж роботи, структура, вік, чисельність, укомплектованість, плинність та ротація медичних кадрів, продуктивність праці).

Управління кадровою підсистемою закладу охорони здоров'я є невід'ємною складовою частиною управління в цілому системою охорони здоров'я. . Управління персоналом в закладі охорони здоров'я є безперервним динамічним процесом управління людськими ресурсами, задля підвищення ефективності їх праці.

"Практичну основу цієї діяльності складають: регулярна і об'єктивна інформація про склад і динаміку кадрів; опис робіт; підбір, розстановка персоналу; мотивація персоналу; формулювання цілей безперервного навчання і його організація; планування й організація розвитку кар'єри; регулярна оцінка ефективності виконуваних робочих функцій. Дослідження процесу управління кадрами дає змогу сформулювати концептуальну модель цієї діяльності, що складається з чотирьох взаємозумовлених систем: система руху кадрів; система винагороди за працю; система організації роботи; система впливу співробітників на організацію" [48].

Менеджери в системі охорони здоров'я стикаються з багатьма проблемами при реалізації змін в діяльності медичного закладу щодо досягнення цілей і місії. Реалізація планів у напрямку реалізації будь-яких змін при одночасному підвищенні якості медичного обслуговування пацієнтів може бути досить складним завданням навіть для найдосвідченіших фахівців. Це пов'язано з тим, що різні люди залежно від їх статусу в організації та психотипу сприймають зміни по різному.

Грунтовні дослідження впровадження інновацій в управлінську практику, проведені Евереттом Роджером і Керін Скоттом, свідчать, що тільки 2,5 % працівників можуть сприйняти нові ідеї швидко. Як правило, це працівники керівного складу, які мають розуміння складних процесів і добре відчують бізнес і саме вони виконують функцію ініціаторів змін. Решті

працівникам потрібен час, оскільки 13,5% персоналу схильна до відносно швидкого сприйняття змін. Після того, як вони «захворіють» новими ідеями, саме вони стануть здатними поширювати їх в організації і виступати агентами змін. Їх зусиллями наступні 68% працівників залучаються до процесу змін. Таким чином, формується колектив абсолютної більшості налаштованих на інновації людей. Залишається пасивна частина персоналу – 16%. Їх важко «розгойдати», оскільки вони представляють інертну частину колективу. По суті, вони просто змушені пливати у фарватері змін, підкоряючись волі активнішої частини організації" [41]. (див. рис. 2.1).

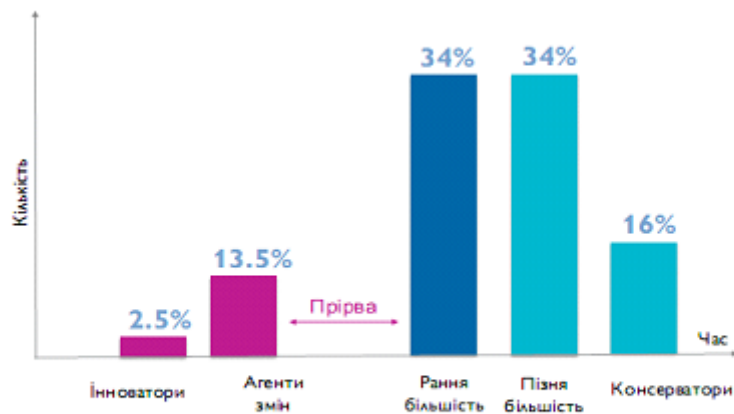


Рис. 2.1 Розподіл ролей працівників щодо сприйняття змін

Примітка. Складено на основі [22]

У кожній категорії працівників є власна причина сприйняття змін в певний момент часу. Найповільніше сприймають зміни консерватори – працівники, котрі не усвідомлюють проблему чи потребу в змінах. Т. зв. пізня більшість є працівниками, котрі усвідомили проблему, однак поки що не приймають рішень та не сформували. На відміну від них категорія працівників «рання більшість» – це люди, які не тільки усвідомили проблему, але й вже шукають нове рішення самостійно. Таким чином, агенти змін та

інноватори є працівниками, котрі найшвидше сприймають зміни (див. рис.

КАТЕГОРІЯ ЛЮДЕЙ		ПРИЧИНА
2,5%	Інноватори	Готові на будь-яке рішення проблеми
13,5%	Агенти змін	Намагають вирішити проблему самостійно
ПРІРВА ЗМІН		ТРИ КЛЮЧОВІ ПЕРЕШКОДИ
34%	Рання більшість	Вже шукають рішення
34%	Пізня більшість	Усвідомлюють проблему
16%	Консерватори	Не усвідомлюють проблему

Рис. 2.2 Відсоткове співвідношення ролей працівників щодо сприйняття змін

Примітка. Складено на основі [22]

2.2).

Саме тому, що існують ці різнотипіві групи працівників, котрі по-різному сприймають зміни в організаціях, їх впровадження відбувається не рівномірно та не лінійно. "Лідери, які не розуміють соціологічну природу розповсюдження змін у своїх медичних закладах, приречені на те, що будуть боротись з «вітряними млинами», замість того, щоб використати їх енергію на свою користь" [22].

Ключова проблема в поширенні змін полягає у тому, що між агентами змін та інноваторами та рештою категорій працівників, котрі становлять 84%, існує т. зв. прірва. Існують три основні причини, чому ця прірва існує:

1. «Не знаю». Тобто працівники не знають, що в організації відбуваються якійсь зміни.
2. «Не вмію». Працівники знають про зміни, але не мають певних знань, інструментів, навичок для їх реалізації.
3. «Не хочу». Це коли працівники знають про зміни, володіють усіма потрібними можливостями, однак недостатньо вмотивовані для того, щоб змінити власну професійну поведінку.

Для подолання т. зв. прірви змін менеджерам закладів охорони здоров'я необхідно зрозуміти основну причину уповільнення змін та прийняти відповідне рішення.

"Проблема управління людськими ресурсами (кадри, персонал) та кадровий дефіцит персоналу в галузі охорони здоров'я ВООЗ визнає як «глобальний ризик»; нині в цілому світі не вистачає в середньому 7,2 млн. фахівців медичної сфери. Водночас посилюються проблеми фахової та територіальної диспропорції, тому задля вирішення цих проблем створено Глобальну стратегію для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси на 2016–2030 роки (WHO Global Strategy on Human Resources for Health 2016-2030). Щодо України, то жоден нормативно-правовий документ, який стосується політики управління кадрами в закладах охорони здоров'я України, не містить цілісної стратегічної програми, яка передбачає вирішення проблем кадрового забезпечення цієї галузі, не містить концептуальних задач, механізмів та інструментів реалізації політики управління персоналом у медичній сфері, хоча частково в них відображено можливості підвищення якості навчання та професійної підготовки фахівців медичної сфери шляхом удосконалення національних освітніх стандартів підготовки кадрів медичного персоналу, передбачення кадрового забезпечення згідно з потребами сфери охорони здоров'я, з урахуванням перетворень у цій галузі та в демографічній ситуації країни" [44].

В контексті реалізації змін в окремих закладах охорони здоров'я використовується концептуальна модель створення цінності організацією для своїх працівників, де зміни є для них пропозицією цінності. Шаблон використання моделі складається з 9-ти основних блоків, кожен із яких має певну послідовність та є, по суті, стратегією для поступового завоювання усіх п'яти категорій працівників.



Заповнення шаблону змін складається з трьох послідовних етапів для системного подолання тих вищеписаних ключових причин супротиву змін



Рис. 2.3 Шаблон реалізації змін в кадровій підсистемі закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [42]

(див. рис. 2.3).

Етап «Не знаю» охоплює роботу з вирішенням наступних питань та інструментів:

- хто є основним реципієнтом зміни?
- хто зі працівників закладу охорони здоров'я є агентами змін та інноваторами, а хто консерваторами?
- На кого слід насамперед спрямувати управлінські зусилля, а кого треба поки що не залучати в зміни, щоб не отримати супротив?
- Яким чином впроваджувана зміна може допомогти вирішити проблеми агентів змін та інноваторів?
- У чому полягає цінність та унікальність зміни, і чому обраний саме такий спосіб впровадження?
- Через які канали краще здійснювати комунікацію про зміни?
- Для яких цілей потрібен той чи інший канал?
- Яким чином досягнути, щоб агенти змін та інноватори рекомендували зміну іншим співробітникам закладу охорони здоров'я?

На етапі "не вмію" менеджер закладу охорони здоров'я дає відповіді на низку таких питань:

- Які тренінги потрібні, щоб дати працівникам закладу охорони здоров'я нові знання та навички?
- Як виміряти ефективність проведених тренінгових програм?
- Які практичні аспекти нової поведінки?
- Які проблеми потенційно можуть виникнути?
- Як виміряти ефективність застосування нових знань на практиці?
- Хто поза закладом охорони здоров'я міг би стати партнером та союзником змін?

Оскільки під час реалізації змін у кадровому вимірі працює формула: успішні зміни це мотивація за мінусом прикладнених зусиль, то на етапі "не хочу" менеджери закладу охорони здоров'я дають відповіді на такі запитання:

В чому основна нематеріальна мотивація агентів змін та інноваторів? Яким чином її можна ще підсилити?

- Чи потрібна матеріальна мотивація агентам змін та інноваторам?
- Яким чином виміряти ефективність нової системи мотивації?
- Яким чином агенти змін інноватори вивільнять час для реалізації змін?

Що вони перестають робити?

- Як виміряти ефективність витрачання ресурсів на впровадження змін?

При цьому, при впровадженні змін в управління персоналом у закладах охорони здоров'я слід враховувати ряд характеристик, притаманних системі управління цієї сфери, що безпосередньо впливають на здійснення практично всіх функцій у сфері управління персоналом:

- 1) монополізм відомчого управління сферою охорони здоров'я;
- 2) певний бюрократизм в управлінні, зокрема і об'єктивний поділ праці;
- 3) чітка ієрархічна структура;

- 4) професійні упередження, наприклад, небажання багатьох фахівців-медиків визнавати важливість ролі інших працівників в системі охорони здоров'я – юристів, економістів, менеджерів по персоналу,
- 5) суворі спеціалізація;
- 6) суворе підпорядкування і чітке виконання розпоряджень керівництва.

### **2.3 Діагностика викликів щодо реалізації змін в діяльності закладів охорони здоров'я**

Менеджмент будь якого закладу охорони здоров'я враховує людський фактор. Без медичних працівників неможливо лікувати пацієнтів та підтримувати дієвість роботи будь-якої медичної установи.

Майбутнє вітчизняної системи охорони здоров'я та її розвиток залежить від використання фахових умінь і навичок, прагнення до успіху й самовдосконалення у професійній діяльності, що є ключовим завданням сучасної парадигми змін у закладах охорони здоров'я. Парадигма багатьох змін у закладах охорони здоров'я торкається медичного персоналу, бо ефективне управління працівниками в цілому сприяє вирішенню підвищення якості медичного обслуговування населення. Типова система управління персоналом закладу охорони здоров'я подана на рисунку 2.4.



Рис. 2.4 Типова система управління персоналом закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [4,48]

Здійснимо аналіз лікарських посадад в лікувально-профілактичних закладах на основі звіту про мережу та діяльність закладів охорони здоров'я у 2022 році. Статистичні дані для опрацювання були нами взяті за формою N-47 Міністерства охорони здоров'я (див. табл.2.4).

Проаналізувавши кількість вільних посад в цілому по закладах охорони здоров'я, навіть за попередні роки, стає очевидно, що їх кількість зменшується по всім областям України кожного року. У жодній області України не існує повної зайнятості медичним персоналом в закладах охорони здоров'я. На наш погляд, ця ситуація зумовлена низьким рівнем заробітної плати.

Таблиця 2.4

**Показники заповнення лікарських посад по закладах охорони здоров'я  
України**

Найменування Всього посад лікарів (без зубних): в т.ч.	Лікарські посади в цілому по закладу за 2022 рік		Кількість вільних посад в цілому по закладу за 2022 рік
	штатні	зайняті	
Україна	164836,45	136 347,2	28 489,25
Вінницька	6 416,00	5 418,00	998,00
Волинська	4 259,50	3 591,75	667,75
Дніпропетровська	13 933,25	11 221,00	2 712,25
Донецька	7 595,50	5 808,00	1 787,50
Житомирська	5 021,25	4 215,75	805,50
Закарпатська	4 095,40	3 581,90	513,50
Запорізька	8 019,25	6 510,25	1 509,00
Івано-Франківська	6 112,25	5 408,50	703,75
Київська	7 512,00	5 730,75	1 781,25
Кіровоградська	3 908,75	3 079,00	829,75
Луганська	2 548,50	2 032,00	516,50
Львівська	11 282,75	10 388,25	894,50
Миколаївська	4 201,00	3 425,00	776,00
Одеська	9 714,50	7 748,50	1 966,00
Полтавська	6 226,75	5 256,00	970,75
Рівненська	4 880,75	4 114,25	766,50
Сумська	4 622,00	3 824,50	797,50
Тернопільська	4 756,25	4 018,25	738,00
Харківська	11 240,25	9 385,50	1 854,75
Херсонська	3 854,75	3 133,75	721,00
Хмельницька	5 348,00	4 591,50	756,50
Черкаська	4 850,25	4 071,25	779,00
Чернівецька	4 082,80	3 727,80	355,00
Чернігівська	4 367,50	3 596,00	771,50
м.Київ	15 987,25	12 469,75	3 517,50

Примітка. Складено на основі [15]

Особливо це було очевидним у 2022 році, коли по областях ці показники зросли ще більше, бо це було зумовлено повномасштабним вторгненням росії в Україну. Відбувся відтік медичного персоналу, насамперед переважно лікарі жінки виїхали за кордон, намагаючись оберезти своїх дітей.

Очевидно, що ця ситуація негативно впливає на функціонування всієї сфери охорони здоров'я. Проаналізувавши ключові показники кількості вільних посад в цілому по всій Україні по закладах охорони здоров'я можна зробити висновок, що сфера охорони здоров'я має дефіцит медичних кадрів, котрі працюють на місцях в лікарнях. Адже якась кількість чоловіків-лікарів також припинила власну професійну діяльність в рамках своїх закладів охорони здоров'я та почала працювати на фронті у лавах Збройних сил України.

З іншої сторони викликом для реалізації змін у сфері охорони здоров'я є посилення демографічного дисбалансу. "Станом на 2022 рік приблизно 4,5 мільйони людей покинули свої домівки та поїхали за кордон. Згідно з даними українського МЗС, станом на 21 червня 2023 року за кордоном перебувають 8 мільйонів 177 тисяч українців. Це фактично 20% від кількості населення,

яке фіксувалося до 24 лютого 2022 року. Виходячи з цієї інформації можна зробити висновок, що кількість персоналу, що займають наразі посади в лікарнях покривають попит на медичну допомогу кількості населення що залишились в Україні"[60].

Питання оплати праці працівників закладів охорони здоров'я є ще одним із викликів для реалізації змін, оскільки в Україні професія лікаря має одну з найнижчих заробітних плат.

Згідно з даними Державної служби статистики України розмір середньомісячної заробітної плати медичного персоналу є найнижчим серед рівнів заробітних плат бюджетних працівників.

"З 1 січня 2023 року мінімальний розмір оплати праці медичних, фармацевтичних працівників та фахівців з реабілітації за виконану в повному обсязі місячну (годинну) норму праці встановлюється в межах фонду оплати праці на рівні не менше:

- 20 000 гривень для осіб, які займають лікарські посади в закладах охорони здоров'я (крім лікарів-інтернів), посади фармацевтів у закладах охорони здоров'я (крім фармацевтів-інтернів), посади професіоналів у галузі охорони здоров'я в закладах охорони здоров'я та посади професіоналів з вищою немедичною освітою у сфері охорони здоров'я;

- 13 500 гривень для осіб, які займають посади в закладах охорони здоров'я, віднесені єдиними кваліфікаційними вимогами до посад фахівців (крім лікарів-інтернів та фармацевтів-інтернів)"[46].

Оплата праці медичним працівникам базується на єдиній сітці оплати праці із врахуванням всіх доплат. Цей тип оплати праці є фіксованим, а отже, не залежить від якості та обсягу наданих медичних послуг й суто медичної допомоги. Це призводить до того, що медичний персонал отримує фіксований розмір заробітної плати, навіть у випадку, якщо він не виконує визначений обсяг роботи, або навпаки його значно перевищує.

Наприклад, в рівноцінних умовах працюють 2 медичних працівники із аналогічною кваліфікацією й досвідом роботи, але один із них є

висококваліфікованим і впродовж робочого дня обслуговує близько тридцяти пацієнтів, а інший працює на половину менше та надає медичні послуги відповідно п'ятнадцятьом пацієнтам. Згідно до фіксованої тарифної системи оплати праці кожен з них одержує однакову заробітну плату. Як наслідок, з часом перший лікар змінить власне ставлення до роботи, суттєво зменшивши власне професійне напруження, та намагатиметься працювати менше, бо додаткових матеріальних винагород за напружену роботу він не одержує.

Ця ситуація демонструє невиконання однієї з ключових функцій системи оплати праці у сфері охорони здоров'я, яка досягається через використання таких управлінських інструментів як заохочення, стимулювання і санкціонування. У кінцевому підсумку через масштабування цієї проблеми якість медичних послуг знижується, бо в окремих лікарів немає прагнення докладати більше зусиль під час надання медичних послуг й лікування пацієнту.

Таким чином, виникає потреба докорінної зміни системи, форм, принципів оплати праці медичного персоналу. Оплата праці медичних працівників повинна передбачити доплату їм як винагороду за одержані результати та за ефективність їх діяльності понад встановлені тарифи заробітної плати через впровадження преміальної погодинної системи оплати заробітної плати. На наш погляд, це дасть змогу зацікавити працівників у їх досягненні насамперед якісних та кількісних показників їх професійної діяльності та дасть суттєве посилення відповідальності в процесі надання медичних послуг пацієнтам.

Також суттєвим викликом необхідних змін є вмонтування в існуючу парадигму кадрового менеджменту медичних закладів посади менеджера. Менеджери системи охорони здоров'я мають володіти низкою компетенцій, зокрема діловими якостями, системними та вузькопрофільними знаннями у сфері HR, фінансів, лідерськими здібностями, навичками міжособистісної комунікації, необхідними для просування змін.

Менеджери закладів охорони здоров'я мають йти в ногу з швидкозмінюваними законодавчими та підзаконними актами, мають мати можливість аналізувати ці юридичні нормативи, визначати вимоги до їх дотримання та рекомендувати заходи щодо їх впровадження в закладах охорони здоров'я.

Важливою у цьому напрямку є компетенція лідерства, яка потрібна для менеджерів для планування й розроблення різноманітних програм розвитку закладу охорони здоров'я. Менеджери закладів охорони здоров'я мають знати, як взяти на себе ключову роль при аналізі організаційних питань і вирішенні внутріорганізаційних проблем, зберігаючи нейтралітет у відносинах зі співробітниками.

"Для того, щоб сформувати організацію-лідера, лідерська поведінка повинна стати частиною роботи закладу охорони здоров'я за структурним, людських ресурсів, політичним, символічним нарямами діяльності (щодо перетворення колективу працівників у команду, забезпечення професійного розвитку і зростання, відшукування дієвих способів вирішення конфліктів, розвитку емоційного лідерства, формування сильної корпоративної культури тощо" [62].

Ще одним викликом для реалізації змін в закладах охорони здоров'я є те, що існуюча сьогодні процедура відбору та найму кадрів проводиться через оцінювання тільки кваліфікації працівника, залишаючи поза увагою інші характеристики претендента.

На наш погляд, процедура відбору персоналу в закладах охорони здоров'я на вакантні посади медичної сестри ч лікаря-ординатора складалася з низки таких етапів:

- аналіз змісту їх професійної діяльності,
- формування вимог до виконавця певної професійної діяльності,
- пошук працівника, що відповідає цим вимогам,
- вибір працівника шляхом різних методів відбору,
- оцінка після співбесіди.



Для формування ефективної моделі управління закладом охорони здоров'я його керівник визначає штатний розпис, організовує автентичний, однак на засадах нормативного регулювання, підхід до управління закладом та організації системи нормування праці в медичному закладі; аналізує діючу номенклатуру посад медичних працівників, їх кваліфікаційні вимоги, професійні стандарти, нормативною системою акредитації; оцінює забезпеченість закладу охорони здоров'я медичними кадрами згідно нормативів. Важливим етапом при цьому є розрахунок потреби в працівниках з урахуванням ролі медичного персоналу в лікувальному процесі, діючих програм державних гарантій, видів та умов надання пропонованої медичної допомоги населенню, визначення пріоритетів діяльності медичного закладу в умовах воєнного стану.

На сьогодні залишаються невирішеними питання фахового відбору медпрацівників, періодичного оцінювання їх роботи, питання професійної адаптації й мотивації, кар'єрного просування та безпосереднього навчання медперсоналу на робочому місці. На наше переконання, в деякій мірі, процес управління кадрами закладів охорони здоров'я фактично зведено до формалізованих процедур прийняття на посаду і звільнення працівників, що не дозволяє ефективно використовувати їх професійний потенціал.

Вражаючі цифри щодо кількості населення, що покинули свої домівки під час війни є ще одним викликом для реалізації змін у закладах охорони здоров'я. Саме після нашої перемоги очікується максимальне повернення людей до України і тоді буде гостра необхідність у збільшенні персоналу в закладах охорони здоров'я для надання висококваліфікованої медичної допомоги населенню, яке потребуватиме фізичного, психологічного лікування та реабілітації.

## **Висновки до розділу 2**

Реалізація змін в системі охорони здоров'я у 2022-2023 роках здійснювалася під знаком війни. Однак не зважаючи на складні умови, у 2022

році було завершено контрактування надавачів медичних послуг і до 24 лютого 2022 року усі заклади охорони здоров'я, які виконали вимоги Національної служби здоров'я України, мали укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Це дозволило їм вчасно отримувати кошти від Національної служби здоров'я України за надану пацієнтам медичну допомогу. Після початку повномасштабної війни Національна служба здоров'я України не тільки забезпечувала вчасну і безперебійну оплату для закладів охорони здоров'я, а й реагувала на актуальні виклики. Певною мірою програма медичних гарантій продемонструвала, що є гнучким інструментом, що працює на користь і закладів охорони здоров'я і їх пацієнтів.

Кардинальні зміни в галузі охорони здоров'я, насамперед щодо набуття автономії закладів охорони здоров'я в адміністративній діяльності, дали можливість залучення коштів з різних джерел фінансування, а тому активізують необхідність раціонального використання кадрового потенціалу медичних закладів. За допомогою компетенцій його управлінців будь-який заклад охорони здоров'я можна перетворити на конкурентний фарватер цілої сфери.

Проаналізувавши ключові показники кількості вільних посад в цілому по всій Україні по закладах охорони здоров'я можна зробити висновок, що сфера охорони здоров'я має дефіцит медичних кадрів, котрі працюють на місцях в лікарнях. Питання оплати праці працівників закладів охорони здоров'я є ще одним із викликів для реалізації змін, оскільки в Україні професія лікаря має одну з найнижчих заробітних плат.

Також суттєвим викликом необхідних змін є вмонтування в існуючу парадигму кадрового менеджменту медичних закладів посади менеджера. Менеджери системи охорони здоров'я мають володіти низкою компетенцій, зокрема діловими якостями, системними та вузькопрофільними знаннями у сфері HR, фінансів, лідерськими здібностями, навичками міжособистісної комунікації, необхідними для просування змін.

## РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 3.1 Окреслення доцільних для реалізації змін в системі охорони здоров'я на сучасному етапі

Комплексний аналіз змін, що відбулись в системі охорони здоров'я на сучасному етапі, дозволив нам узагальнити пріоритетні та подальші доцільні напрями змін, шляхи та методи їх реалізації. Основними принципами їх реалізації повинна, на наш погляд, стати доступність, безоплатність, профілактична спрямованість, повна якість надання медичних послуг, поєднання підходів практики і науки при наданні медичної допомоги, постійна якісна підготовка медичних кадрів.

Таким чином, доцільні для реалізації зміни повинні охоплювати профілактику захворювань, соціальні гарантії, якість, науковий та кадровий потенціали (див. рис .3.1).



Рис. 3.1 Пріоритети реалізації змін у сфері охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [64]

Розглянемо детальніше пропоновані нами контури змін. Стосовно профілактичної спрямованості зазначимо, що Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що більшість хвороб можна запобігти, враховуючи поведінкові фактори ризику, зокрема такими є нездорове харчування та

ожиріння, вживання алкоголю й тютюну, низька фізична активність, за допомогою загальнодержавних стратегій профілактики захворювань.

Таким чином, нами пропонується зосередити зусилля реалізації змін на загальнодержавному рівні на збільшення тривалості життя населення України, а безпосередньо на рівні системи охорони здоров'я – на зниження смертності за рахунок тих причин, які можна попередити.

Векторальними пріоритетами реалізації змін в системі охорони здоров'я має стати профілактика, ведення і моніторинг шляхом реалізації наступних дій:

- ефективне зменшення впливу факторів ризику розвитку захворювань і їх детермінант;
- розробка оптимальних за вартістю і доступністю медичних інновацій для лікування захворювань;
- моніторинг тенденцій в лікуванні різних видів захворювань та профілактиці факторів ризику щодо їх активізації впливу.

Механізмом реалізації таких змін може стати існуюча Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», основним вектором реалізації якої є формування міжсекторального підходу для здійснення профілактичних заходів для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я громадян, формування відповідального ставлення кожного пацієнта до власного здоров'я.

У національному плані заходів щодо реалізації цієї концепції доцільно передбачити забезпечення організації та проведення інформаційних кампаній для громадян щодо основних факторів ризику виникнення захворювань. "Прикладом є інформаційна кампанія «Здорове серце», започаткована МОЗ з нагоди Світового дня серця 28 вересня 2018 року, спрямована на підвищення обізнаності населення щодо лікування та профілактики ССЗ" [2].

Також у напрямку окреслення доцільних для реалізації змін в системі охорони здоров'я на сучасному етапі нами пропонується посилення

доступності, наступності та безоплатності медичних послуг. Доступність медичних послуг забезпечується багаторівневістю надання медичної допомоги. Безоплатність надання багатьох медичних послуг гарантовано в рамках програми медичних гарантій. Наступність може бути забезпечена чітким дотриманням клінічного маршруту пацієнта.

У цьому напрямку нагальним є створення реєстрів пацієнтів з різними захворюваннями, зокрема після хірургічного лікування, що є запорукою наступності надання медичної допомоги на різних етапах. Механізмом реалізації принципу наступності щодо отримання медичної інформації може слугувати система e-Health.

Доступність медичної допомоги також характеризується забезпеченням ліками, яка може бути посилена розширенням програми реімбурсації лікарських засобів.

Важливою компонентою змін має стати якість надання медичної допомоги. "Залежно від розміру медичного закладу, розгалуженості структурних підрозділів та політики якості, функції з управління якістю можуть виконувати відділи/підрозділи, частково групи якості, ці функції можуть бути додані до основних посадових обов'язків кількох або однієї людини. Але хто б це не був, для ефективного управління якістю важливо використовувати певні інструменти управління якістю. Їх є безліч, і кожен з них має своє завдання. Тому і пропонуємо розглянути ці інструменти послідовно відповідно до завдання, на виконання якого вони спрямовані. Так в схемі нижче представлені різні інструменти, які використовують для пошуку прогалин, їх подальшої пріоритизація, пошуку істинних причин та висунення пропозицій щодо вирішення проблеми. Якщо згадати цикл постійного покращення PDCA, то всі ці завдання виконуються на першому етапі – плануванні"[22].

У цьому напрямку регулярний збір показників діяльності закладу охорони здоров'я, порівняння їх значень за різні лаги часу чи з інформацією інших подібних закладів допоможуть виявити збільшення чи зменшення

показника, певні відхилення в розрізі структурних підрозділів медичного закладу або окремих лікарів. Прикладами таких індикаторів можуть бути тривалість консультації лікаря, кількість видів медичних послуг, наданих за певний період, в розрізі лікарів або окремих відділень, число чи відтік задекларованих пацієнтів. Також у цьому напрямку нами сформована рекомендаційна таблиця щодо підвищення якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я (табл.3.1).

*Таблиця 3.1*

**Рекомендаційна таблиця щодо підвищення якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я**

<b>Визначте цілі</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначте ключові показники якості медичної послуги.</li> <li>• Проаналізуйте їх поточний стан, визначте цілі.</li> <li>• Знайдіть ключову проблему, яка заважає досягти цілей.</li> <li>• Сформууйте контраходи для її усунення.</li> </ul>
<b>Узгодьте ролі</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначте ключові ролі лідера, спеціаліста з якості, членів команди покращення якості.</li> </ul>
<b>Організуйте процес</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Призначте регулярні зустрічі з планування, моніторингу роботи, перевірки результатів та коригування дій.</li> <li>• Визначте формат та регулярність звітів щодо моніторингу динаміки показників якості.</li> </ul>
<b>Сфокусуйтесь на клієнті</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначте індекс лояльності та характеристики якості для відвідувачів закладу.</li> <li>• Визначте сильні та слабкі сторони закладу.</li> <li>• Впровадьте ідеї для покращення</li> <li>• Постійно збирайте зворотний зв'язок від відвідувачів закладу.</li> </ul>
<b>Мисліть стратегічно</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переконайтесь, що місія, візія та цінності вашого медичного закладу безпосередньо пов'язані з якістю медичних послуг.</li> <li>• Під час прийняття рішення щодо впровадження тієї чи іншої ідеї оцінюйте її ефект на весь заклад, а не на окрему його частину.</li> </ul>
<b>Залучайте працівників</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формуйте команду з покращення якості з вмотивованих та зацікавлених людей.</li> <li>• Постійно покращуйте умови праці та мотивацію працівників медичного закладу.</li> <li>• Створіть процес постійного збору зважених та ідей покращення медичної послуги від працівників.</li> </ul>

Примітка. Складено самостійно на основі [13,22,58]

Щодо поєднання підходів практики і науки при наданні медичної допомоги нами вбачається необхідність подальшого поширення практики телемедичних технологій, особливо враховуючи воєнний стан в країні та значну кількість повітряних тривог, через які багато пацієнтів не мають змоги потрапити до медичного закладу. Зміни в системі управління в сфері охорони здоров'я повинні передбачати впровадження новітніх комунікативних технологій та налагодження взаємин між медичними персоналом як надавачами послуг та пацієнтами як їх споживачами послуг. також важливим є їх документальне оформлення шляхом проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення відповідних коригувань у процес надання медичної послуги та гарантування безпеки щодо здоров'я пацієнтів.

Комунікативні технології повинні ґрунтуватися на моделі оптимального збалансованого трикутника дій «послуга – постачальник – замовник», яка успішно функціонує в багатьох країнах світу. При цьому прояви взаємодії між закладами охорони здоров'я та пацієнтами ми пропонуємо розглядати через потреби та дію стимули до діяльності, що перебувають у постійному зв'язку (див. рис. 3.2).



Рис. 3.2. Схема взаємодії замовника та постачальника медичних послуг

Примітка. Складено на основі [51]

Очевидно, що базисом взаємовідносин замовника та постачальника медичних послуг повинен бути стимул щодо потреби замовника, якою може певна проблема пацієнта (замовника), котра потребує вирішення шляхом її медичного супроводу. При цьому попит визначається наміром замовника обрати певного постачальника медичних послуг із усієї множини учасників ринку медичних послуг.

Попри сформовану в Україні розгалужену систему надання медичної допомоги населенню існує низка нагальних проблем, які потребують невідкладних та якісних змін. Зміни є залишаються основним інструментальним каталізатором розвитку охорони здоров'я населення, а тому повинні забезпечуватися науковим і практичним кадровим потенціалом, мати лікувально-діагностичні, матеріальні, організаційно-методичні можливості.

### **3.2 Векторальні орієнтири реалізації змін в діяльності закладу охорони здоров'я**

Вітчизняна сфера охорони здоров'я в Україні потребує першочергової уваги та певної трансформаційної зміни відповідно до глобалізаційних викликів та потреби у підвищенні якості медичних послуг. Аналіз статистичних даних демонструє відставання індикаторів ефективності функціонування в Україні системи охорони здоров'я від європейських показників.

Таким чином, ключовою векторальною компонентою змін в процесі управління розвитком закладів охорони здоров'я повинно стати удосконалення правової бази через вдосконалення законодавства, забезпечення своєчасності та транспарентності розподілу бюджетних коштів у сфері, імплементація найкращого міжнародного досвіду.

Щодо внутріорганізаційної сфери управління медичними закладами, то, насамперед, слід звернути увагу на доступність й якість медичних послуг для усіх верств населення, бо результатом векторальних змін в сфері управління закладами охорони здоров'я повинно стати здоров'я нації через зменшення захворюваності та продовження тривалості життя.

Задля забезпечення реалізації векторальних змін у закладах охорони здоров'я слід створити методичну базу, що дозволить її керівникам формувати та безпосередньо реалізовувати процеси змін й водночас оцінювати їх ефективність.

Приймаючи рішення про проведення векторальних змін, керівники закладів охорони здоров'я мають чітко представляти стан та позицію, в якій знаходиться їх медичний заклад і його бажаний стан, а також розуміти алгоритм проведення бажаних змін.

Таким чином, управління векторальними змінами в закладах охорони здоров'я доцільно розглядати у розрізі нормативної, внутріорганізаційної, фінансової та соціальної компонент (див. рис. 3.3).



"Із запровадженням страхової медицини і появою великої кількості приватних медичних закладів виникла конкуренція на ринку медичних послуг та відповідно зросла увага до їхньої якості. Досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань менеджменту закладів охорони здоров'я, реалізація якого можлива на засадах інноватизації управлінських технологій та їх впровадження у функціональну діяльність медичних установ. Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є медична, адміністративна та економічна ефективність, а одним із головних напрямків ефективного управління медичним закладом можна вважати формування ефективної кадрової політики" [18].

Отже, основні напрями векторальних змін розвитку закладів охорони здоров'я повинні охоплювати політико правову, організаційну, фінансово-економічну, соціально медичну сфери.

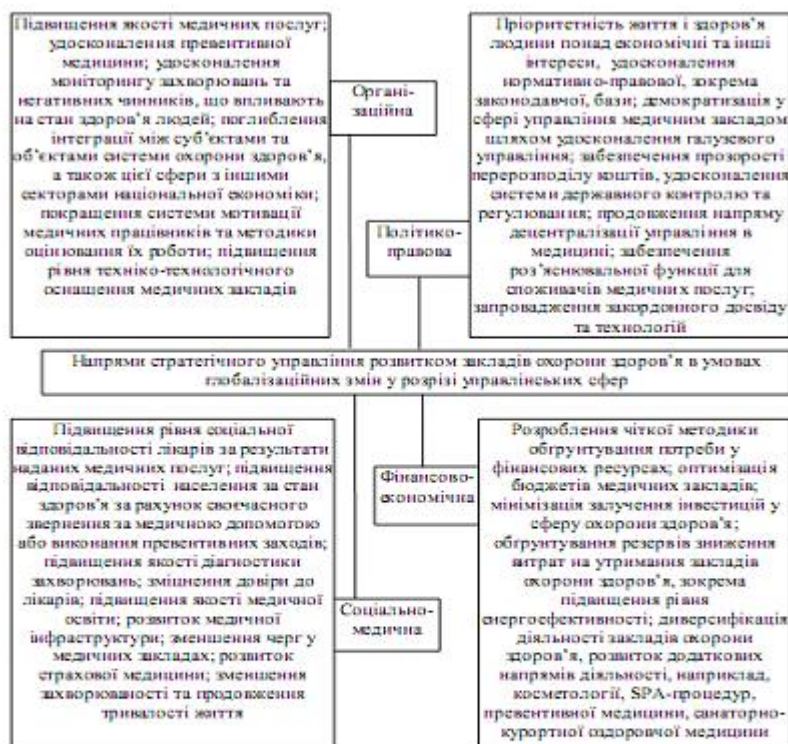


Рис. 3.3. Сукупність компонент управління векторальними змінами в закладах охорони здоров'я

Примітка. Складено самостійно на основі [2,7,9]

Водночас сфера охорони здоров'я повинна бути інтегрованою із всіма сферами національної економіки, що в кінцевому підсумку сприятиме економічному зростанню нашої країни шляхом підвищення продуктивності та якості праці.

Як правило, будь-які зміни в закладах охорони здоров'я відбуваються цілеспрямовано на базі алгоритмів запланованих удосконалень, що розробляються систематично, часто носять адаптивний характер до нових законодавчих вимог, коли медичний заклад оперативно пристосовується до зовнішнього середовища через модифікацію своєї поведінки. Вища ланка управління закладу охорони здоров'я ініціює рішення щодо впровадження змін, призначає певних осіб чи групи працівників, відповідальних за певні аспекти змін.

На думку окремих фахівців з тематики управління змінами, бажано, щоб процесами реалізації змін керували нові працівники. Однак, на наш погляд, це доцільно тільки у випадку з відсутністю кваліфікації або готовності до активної підтримки змін з боку наявних співробітників закладу охорони здоров'я.

Планування змін у закладах охорони здоров'я має охоплювати прогностичну й аналітичну діяльність, розробку можливих методів і вибір відповідних заходів. При цьому до уваги мають братися різні рівні втручання в стару організаційну структуру закладу охорони здоров'я, а також низка організаційних параметрів, зокрема:

- структура і процеси надання медичних послуг безпосередньо за кожним структурним підрозділом;
- організаційна культура як модель базових цінностей і принципів, що поділяються усіма співробітниками закладу охорони здоров'я;
- кадрова підсистема через підвищення кваліфікації та трансформацію поведінки і поглядів персоналу.

Стосовно останньої тези зазначимо наступне. "На сьогодні в Україні існує гостра нестача фахівців-організаторів у сфері охорони здоров'я, які

вміють приймати відповідальні, самостійні й ефективні рішення стратегічного характеру. Це пояснюється відсутністю ефективної системи підготовки менеджерів у галузі охорони здоров'я та вимагає створення якісної освітньої бази з урахуванням найкращих здобутків провідних країн світу та реалій української системи охорони здоров'я. Управлінці в розвинених країнах світу – це фахівці з економічною чи юридичною освітою – медичні менеджери, а в Україні більша частка управлінців у галузі охорони здоров'я – фахівці без досвіду та навичок з управління, які мають медичну освіту (лікарі-практики) та не мають правової чи економічної підготовки. З початку реформування охорони здоров'я активно ведеться дискусія щодо статусу керівників медичного закладу та необхідності спеціальної освіти для займання посади. Раніше як адміністративні, так і медичні функції в українських медичних закладах виконував головний лікар. У розвинених країнах ці функції розмежовуються: адміністративні питання перебувають у відомстві головного керівника, а медичними процесами керує медичний директор. З 2019 року Україна також починає запроваджувати світовий досвід з чіткого розмежування сфер компетенцій задля посилення результативності управління медичним закладом. До того ж, із 2022 року претенденти на керівні посади в закладах охорони здоров'я матимуть здобути освіту у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» [18].

Управління змінами може набувати самих різних форм здійснення та застосовуватися в найрізноманітніших ситуаціях. Важливою сферою, що вимагає уваги менеджерів закладу охорони здоров'я повинні стати зв'язки, які виникають між внутрішніми і зовнішніми умовами функціонування медичного закладу, його кадровими параметрами та основними інструментами управління змінами. Передусім слід чітко виявити ці зв'язки, а потім зробити обґрунтовані аналіз адекватності стану закладу охорони здоров'я і інструментарію реалізації змін.

Між антагоністичними формами змін - повним реінжинірингом і поступовим організаційним розвитком - лежить ряд проміжних варіантів, які можуть відрізнятися мірою участі працівників закладу охорони здоров'я і свободи дії його керівництва у здійсненні цих змін.

Успішне використання того або іншого методу реалізації змін суттєво залежить від інструментів кадрового менеджменту. Разом із заходами по збереженню кадрового потенціалу закладу охорони здоров'я не можна ігнорувати потенційну необхідність скорочення персоналу, яке у закладах охорони здоров'я сьогодні здебільшого торкається допоміжного персоналу (оскільки існує брак лікарських кадрів, про що ми детально описували у §2.3 нашого дослідження).

Зміни у закладі охорони здоров'я або окремих сторін його діяльності - складний, неоднозначний і певною мірою конфліктний процес. Для початку змін слід досить добре дослідити внутріорганізаційну парадигму діяльності конкретного медичного закладу, проблеми та очікування його працівників. Проведенню змін в закладі охорони здоров'я повинен передувати глибокий аналіз попереднього розвитку, існуючого стану та потенційних можливостей. Тільки після цього менеджеру закладу охорони здоров'я доцільно обрати один із векторальних підходів управління змінами: проектний; реінженірингу чи організаційного розвитку.

Векторальний підхід щодо використання проектних методів управління змінами в закладі охорони здоров'я має передбачати ретельно сплановану і організовану систему заходів, націлених на вирішення певної проблеми. Управління будь-яким проектом передбачає розробку плану проекту з обов'язковим визначенням цілей і описом способів досягнення цих цілей.

Реінжиніринг є доволі жорстким підходом до проведення змін, що значною мірою пов'язаний з сильним опором змінам та передбачає комплексне поліпшення діяльності закладу охорони здоров'я, покликаний оптимізувати його систему цінностей упродовж певного періоду часу. Проведення реінжинірингу, як і впровадження будь-яких інших змін,

потрібно здійснювати дуже обережно із врахуванням інтересів працівників і при повній підтримці керівництва. Команди реінжинірингу повинні бути маленькими, однак при цьому включати працівників усіх рівнів управління закладом охорони здоров'я. Особливе значення при цьому має ретельна підготовка медичного персоналу до переходу від їх суто функціональних обов'язків до процесно- та пацієнтоорієнтованих. Кожен з них потребує, щоб в його новому статусі зберігалася частина старого функціоналу та обов'язків.

Організаційний розвиток закладу охорони здоров'я у контексті нашого дослідження доцільно розглядати як довгостроковий всеосяжний процес розвитку закладу охорони здоров'я. Процес ґрунтується на навчанні усіх працівників закладу охорони здоров'я шляхом прямої взаємодії і передачі практичного досвіду. Консультанти, або так звані агенти змін можуть виступати допоміжною силою, але не як основні виконавці змін.

Підхід до реалізації змін з позиції організаційного розвитку охоплює як структурний, так і кадровий аспект. У рамках структурного підходу робиться спроба за допомогою змін змінити організаційне регулювання (наприклад, окремих функцій), а кадровий підхід полягає в проведенні заходів по підвищенню кваліфікації працівників. При цьому є важливим дотримуватись загальних кроків впровадження змін.

Контури змін діяльності медичних закладів в сучасних умовах повинні враховувати зовнішні і внутрішні виклики, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести: використання нових моделей внутріорганізаційного управління в закладі охорони здоров'я; нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за рівнем їх надання та узгодження з міжнародними стандартами якості надання медичних послуг, вдосконалення форм планування та організації діяльності закладів охорони здоров'я; професіоналізацію кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я; подальшою активізацією інформаційно-аналітичного забезпечення; розширенням джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг; здійснення аудиту якості медичних послуг та

постійного моніторингу комплексної конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я на ринку.

### **Висновки до розділу 3**

Комплексний аналіз змін, що відбулись в системі охорони здоров'я на сучасному етапі, дозволив нам узагальнити пріоритетні та подальші доцільні напрями змін, шляхи та методи їх реалізації. Основними принципами їх реалізації повинна, на наш погляд, стати доступність, безоплатність, профілактична спрямованість, повна якість надання медичних послуг, поєднання підходів практики і науки при наданні медичної допомоги, постійна якісна підготовка медичних кадрів.

Основною векторальною компонентою змін в процесі управління розвитком закладів охорони здоров'я повинно стати удосконалення правової бази через вдосконалення законодавства, забезпечення своєчасності та транспарентності розподілу бюджетних коштів у сфері, імплементація найкращого міжнародного досвіду.

Задля забезпечення реалізації векторальних змін у закладах охорони здоров'я слід створити методичну базу, що дозволить її керівникам формувати та безпосередньо реалізовувати процеси змін й водночас оцінювати їх ефективність.

Приймаючи рішення про проведення векторальних змін, керівники закладів охорони здоров'я мають чітко представляти стан та позицію, в якій знаходиться їх медичний заклад і його бажаний стан, а також розуміти алгоритм проведення бажаних змін.

## ВИСНОВКИ

Під змінами в контексті нашого дослідження ми розглядали будь-яку трансформацію в одному або кількох елементах організації та поза її внутрішнім середовищем, що можуть проявлятися в перетворенні її процесів, масштабів та цілей діяльності. Зміни безумовно є основним тригером для будь-якої організації, оскільки середовище, у якому вона функціонує динамічно постійно змінюється. Тому будь-яка організація, яка хоче існувати в умовах постійних викликів та розвитку, повинна реагувати на зміни середовища через оптимальне впровадження змін.

Нині очевидно є необхідність формування гармонійного законодавства у сфері охорони здоров'я, яке б дозволило забезпечувати умови для збереження та зміцнення здоров'я, орієнтувалося на превентивні заходи, а не боротьбу з уже існуючими шкідливими впливами ендогенного та екзогенного середовищ.

Реалізація змін в системі охорони здоров'я у 2022-2023 роках здійснювалася під знаком війни. Однак не зважаючи на складні умови, у 2022 році було завершено контракування надавачів медичних послуг і до 24 лютого 2022 року усі заклади охорони здоров'я, які виконали вимоги Національної служби здоров'я України, мали укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Це дозволило їм вчасно отримувати кошти від Національної служби здоров'я України за надану пацієнтам медичну допомогу. Вже в перші дні повномасштабного вторгнення стало очевидно, що на певних територіях України заклади охорони здоров'я апіорі не мають змоги співпрацювати з Національною службою здоров'я України за стандартними механізмами. Тому Національна служба здоров'я України разом з Кабінетом Міністрів України та Міністерством охорони здоров'я, внесли зміни до нормативних документів, які дали змогу оплачувати стабільно закладам охорони здоров'я кошти у розмірі місячної частини договору. Національна служба здоров'я України

змінила окремі правила та маршрути для пацієнтів, щоб кожен громадянин України одержав доступ до необхідних медичних послуг на період дії воєнного стану. Після початку повномасштабної війни Національна служба здоров'я України не тільки забезпечувала вчасну і безперебійну оплату для закладів охорони здоров'я, а й реагувала на актуальні виклики. Певною мірою програма медичних гарантій продемонструвала, що є гнучким інструментом, що працює на користь і закладів охорони здоров'я і їх пацієнтів.

Одним із ключових акцентів у програмах медичних гарантій під час воєнного стану є наближення медичної допомоги до пацієнта. Значну роль в цьому процесі відіграє первинна ланка – терапевти, сімейні лікарі, педіатри, медичні сестри і фельдшери ФАПів. У межах пакету «Первинна медична допомога» сімейні лікарі мають право надавати цілий комплекс медичних послуг – від профілактики та діагностики різноманітних інфекційних і неінфекційних хвороб, до окремих послуг щодо паліативної допомоги, спостереження неускладненої вагітності, проведення скринінгу на наявність розладів поведінки чи психіки.

За час війни розширився перелік торговельних назв препаратів, включених до програми реімбурсації: з 401 до 435 одиниць, що значною мірою зняло фінансовий тягар з пацієнтів, адже вартість ліків відшкодовує апотекам Національна служба здоров'я України. У системі охорони здоров'я надзвичайно важлива роль відведена медичному працівникові, і враховуючи це, зміни розвитку кадрів є пріоритетним завданням менеджменту у сфері охорони здоров'я. Сьогодні існує проблема невідповідності саме управлінського персоналу до використання новітніх підходів та методів управління, націлених на пошук конкурентних позицій медичних закладів. Медичний персонал здебільшого не має маркетингового мислення, без якого неможливо набути конкурентних переваг медичних послуг та в цілому закладу охорони здоров'я. Тому нині перед системою охорони здоров'я стає нелегке завдання щодо адаптації до



нових умов впровадження діяльності через реалізацію концепції інтегрованого управління й розвитку кадрами, саме від яких залежить виконання вищезазначених завдань.

Проаналізувавши кількість вільних посад в цілому по закладах охорони здоров'я, навіть за попередні роки, стає очевидно, що їх кількість зменшується по всіх областях України кожного року. У жодній області України не існує повної зайнятості медичним персоналом в закладах охорони здоров'я. На наш погляд, ця ситуація зумовлена низьким рівнем заробітної плати.

Особливо це 2022 року, коли по областях ці показники зросли ще більше, бо це було зумовлено повномасштабним вторгненням росії в Україну. Відбувся відтік медичного персоналу, насамперед переважно лікарі жінки виїхали за кордон, намагаючись оберегти своїх дітей.

Очевидно, що ця ситуація негативно впливає на функціонування всієї сфери охорони здоров'я. Проаналізувавши ключові показники кількості вільних посад в цілому по всій Україні по закладах охорони здоров'я можна зробити висновок, що сфера охорони здоров'я має дефіцит медичних кадрів, котрі працюють на місцях в лікарнях. Адже якась кількість чоловіків-лікарів також припинила власну професійну діяльність в рамках своїх закладів охорони здоров'я та почала працювати на фронті у лавах Збройних сил України.

В напрямку окреслення доцільних для реалізації змін в системі охорони здоров'я на сучасному етапі нами пропонується посилення доступності, наступності та безоплатності медичних послуг. Доступність медичних послуг забезпечується багаторівневістю надання медичної допомоги. Безоплатність надання багатьох медичних послуг гарантовано в рамках програми медичних гарантій. Наступність може бути забезпечена чітким дотриманням клінічного маршруту пацієнта.

У цьому напрямку нагальним є створення реєстрів пацієнтів з різними захворюваннями, зокрема після хірургічного лікування, що є запорукою

наступності надання медичної допомоги на різних етапах. Механізмом реалізації принципу наступності щодо отримання медичної інформації може слугувати система e-Health.

Важливою компонентою змін має стати якість надання медичної допомоги. В цьому напрямку нами сформована рекомендаційна таблиця щодо підвищення якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я. Основною векторальною компонентою змін в процесі управління розвитком закладів охорони здоров'я повинно стати удосконалення правової бази через вдосконалення законодавства, забезпечення своєчасності та транспарентності розподілу бюджетних коштів у сфері, імплементація найкращого міжнародного досвіду.

Щодо внутріорганізаційної сфери управління медичними закладами, то, насамперед, слід звернути увагу на доступність й якість медичних послуг для усіх верств населення, бо результатом векторальних змін в сфері управління закладами охорони здоров'я повинно стати здоров'я нації через зменшення захворюваності та продовження тривалості життя.

Задля забезпечення реалізації векторальних змін у закладах охорони здоров'я слід створити методичну базу, що дозволить її керівникам формувати та безпосередньо реалізовувати процеси змін й водночас оцінювати їх ефективність.

Як правило, будь-які зміни в закладах охорони здоров'я відбуваються цілеспрямовано на базі алгоритмів запланованих удосконалень, що розробляються систематично, часто носять адаптивний характер до нових законодавчих вимог, коли медичний заклад оперативно пристосовується до зовнішнього середовища через модифікацію своєї поведінки.

Водночас сфера охорони здоров'я повинна бути інтегрованою із всіма сферами національної економіки, що в кінцевому підсумку сприятиме економічному зростанню нашої країни шляхом підвищення продуктивності та якості праці.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз сильних і слабких сторін, сприятливих можливостей і небезпек, які виникають в процесі реформування системи опіки дітей в Україні. URL: <http://old.kiis.com.ua/pub/Analiz%20Opiky%20Book-trs.indd-2.pdf>
2. Бабова І. Управління змінами як механізм реалізації стратегічних пріоритетів розвитку кардіологічної служби України. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. №1(82). С.56-64
3. Білик О.І. Удосконалення механізму фінансування охорони здоров'я України. *Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова*. 2014. Т. 19. Вип. 2/5. С. 105-109.
4. Білинська М., Попченко Т. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. *Главный врач*. 2007. № 11 (79). С. 69 -73
5. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія "Економіка"*. 2014. Вип. 8-2. С. 12-18.
6. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарством*. 2019. № 1(69). 73-79
7. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис. докт.держ. упр.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. 492 с.
8. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 39-46.
9. Гладій В. Напрямки управління змінами в системі охорони здоров'я України. *Збірник тез доповідей Наукової інтернет-конференції студентів*

та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні». м.Тернопіль, 24 листопада 2023 р.

- 10.Гладій В. Нові компоненти впровадження змін в організаціях: кадровий зріз імплементації. *Тези доповідей VIII Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі»*. 26 жовтня 2023 р. ЗУНУ, ФЕУ, 2023.
- 11.Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування й реалізації). URL: [http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg\\_dpouzou.pdf](http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf).
- 12.Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3.С. 136-141
- 13.Грицко Р.Ю., Квасній Л.Г., Грицко О.М. Управління результативністю роботи медичного закладу в умовах змін. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. 2022. Вип 19. Т.2. DOI: 10.15330/apred.2.19.160-168
- 14.Дайджест змін в охороні здоров'я. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/14312-moz\\_digest\\_17\\_2019\\_1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/14312-moz_digest_17_2019_1.pdf)
- 15.Державна служба статистики України. Статистична інформація. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>
- 16.Деякі питання створення госпітальних округів: постанова КМУ від 27.11.2019 № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>
- 17.Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 5 (10). С. 182–186
- 18.Камінська Т.В. Публічне управління наданням медичних послуг в Україні в контексті децентралізації влади. *Економічний вісник НТУУ "Київський*

політехнічний інститут. 2022. № 23. DOI: 10.20535/2307-5651.23.2022.264635

19. 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.
20. Кошова С. Підготовка фахівців управління сферою охорони здоров'я в умовах реформи державного управління. *Аспекти публічного управління.* 2020. Т. 8. № 3. С. 119-12
21. Кравченко В. В., Орлова Н.М. Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної медичної допомоги. Україна. *Здоров'я нації.* 2016. № 2. С. 38–42.
22. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021.
23. Латишев Є.Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції. *Одеський медичний журнал.* 2005. № 1 (87). С. 109-115
24. Лашина С. Е. Особливості управління в закладі охорони здоров'я. *Могілянські читання. 2020 : Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти : XXIII Всеукр. наук.-практ. конф.: тези доп. Публічне управління в Україні в умовах децентралізації влади та наближення її до європейських стандартів.* Миколаїв, 16-20 листоп. 2020 р. ЧНУ ім. Петра Могили. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2020. С. 79-82
25. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів : навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2016. 53 с

26. Литвинова О.Н. Електронний реєстр пацієнтів – частина глобальної інформаційної системи медичної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 1 (71). DOI: 10.11603/1681-2786.2017.1.7924
27. Литвиненко М. В. Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 2018. № 3(62). С.126–133. URL: [http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2018-3/doc/2/2\\_3.pdf](http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2018-3/doc/2/2_3.pdf)
28. Литвинова О. Н., Теренда О. А., Запорожан Л. П., Феш М. С. Системний підхід до аналізу реформування власне системи охорони здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 3 (93)
29. Лукаш С., Маслак О., Побідинський Р. Державне управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. № 9 (1). С.91-105
30. Ляховченко Л.А. Удосконалення державного управління фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2009. № 2. URL: [http://academy.gov.ua/ej/ej10/doc\\_pdf/Lyahovchenko.pdf](http://academy.gov.ua/ej/ej10/doc_pdf/Lyahovchenko.pdf)
31. Мартинюк О. Імплементация парадигми економіка здоров'я – економіка знань в стратегію розвитку медичних закладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки»*. 2015. № 13. С. 106-110
32. Мартинюк О.А. Аналіз стратегічних пріоритетів розвитку закладів охорони здоров'я Одеського регіону. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Випуск 18. Частина 2. 2016. С. 53-56
33. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здоров'я охоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.du.pauka.com.ua/?op=1&z=1336>

34. Міхальчук В.М. Підготовка управлінських кадрів для галузі охорони здоров'я. URL: [http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/pidgotovka\\_upravlin\\_skih\\_kadriv\\_dlya\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovya\\_mihalchu](http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/pidgotovka_upravlin_skih_kadriv_dlya_galuzi_ohoroni_zdorovya_mihalchu)
35. Міщенко Д.А., Міщенко Л.О. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення. *Економічний простір*. 2016. № 106. С. 168-177
36. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. авторів за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т. Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
37. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7574> DOI: 10.32702/2307-2105-2020
38. Національна служба здоров'я України. Веб сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pronszu>
39. Носуліч Т.М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку. *Демографія та соціальна економіка*. 2006. № 1/2006. С. 173-179
40. Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Островерхов В.М. Парадигма управління змінами в контексті кадрового менеджменту. *Економічний науково-практичний журнал "Причорноморські економічні студії"*. 2023. Випуск 82.
41. Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Островерхов В.М. Управління змінами: навчальний посібник. Тернопіль: Економічна думка. 2023 . 145 с.
42. Організація діяльності закладу охорони здоров'я / навч. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 516 с.
43. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2802 XII від 19.11.92. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280112#Text>

44. Прокопець Л.В., Тодоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2020. Випуск 42. С.267-272
45. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. No 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>
46. Посадовий оклад медичного працівника. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1803-posadoviy-oklad-lkarya-yak-formutsya>
47. Реформа системи охорони здоров'я. Веб сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
48. Ровенська В.В., Саржевська О.Є. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. Випуск 3(57). С. 162–168. URL: [http://www.evdjournal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evdjournal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)
49. Самойлик Ю.В. Стратегія управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід*. № 19-20. 2020. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.1920.161
50. Сафонов Ю. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Економіка та управління національним господарством*. 2019. № 8 (218). DOI:10.32752/1993-6788-2019-1-218-62-69
51. Семчук І.В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. DOI: 10.32702/2307-2105-2020.5.88
52. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78-83.



- 53.Сміянов В.А., Степаненко А.В., Петренко В.Ю., Тарасенко С.В. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2013. №3.
- 54.Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навч. посібник. К.: Вид-во НАДУ, 2005. 415 с.
- 55.Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи стратегічного управління закладом охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку* . 2019. Вип. 30. С. 77-83
- 56.Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160-166.
- 57.Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини. Офіційний сайт. URL: <https://malyatko.te.ua/>
- 58.Тулінова Н. Управління якістю в медицині: принципи та інструменти. URL: <https://www.trush.com.ua>
- 59.Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: кол. моногр. О.В. Баєва, М.М. Білинська, Л.І. Жаліло та ін.; за ред. О.В. Баєвої, І.М. Солоненка. Київ: МАУП, 2007. 376 с.
- 60.Хмурова В. Вдосконалення системи якості менеджменту персоналу у сфері охорони здоров'я в Україні. *Сталий розвиток економіки*. № 1(46). 2023.
- 61.Центр громадського здоров'я України. Статистичні дані системи МОЗ за 2020–2022 рік. URL: <http://medstat.phc.org.ua/ukr/statdanMMXIX.htm>
- 62.Шкільняк М., Кривокульська Н. [Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення](#). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. №1 (91). DOI 10.11603/1681-2786.2022.1.13077
- 63.Чопчик В.Д., Орлова Н.М. Стратегічне планування бізнес-діяльності стоматологічного центру, ґрунтованого на засадах державно-приватного

партнерства. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 4 (78). С. 26-31

64.Юринець З.В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116-121.

65.Як відбувається контроль якості медичної допомоги в Україні? URL: <https://www.vz.kiev.ua>

66.Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116-120.