

**Міністерство освіти і науки України**  
**Західноукраїнський національний університет**

Кафедра менеджменту, публічного  
управління та персоналу

**Кваліфікаційна робота:**  
на тему:  
**АНТИКРИЗОВЕ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ**  
**ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ**  
**ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІН**

Виконав:  
студент групи МЗОЗм-21  
Касян Сергій Михайлович  
Науковий керівник  
к.е.н., доц. Смачило Ірина Ігорівна

Тернопіль – 2023

## **ЗМІСТ**

<b>ВСТУП</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІН</b>	<b>6</b>
1.1 Загальні підходи антикризового управління закладом охорони здоров'я в умовах організаційних змін	<b>6</b>
1.2 Зарубіжний досвід управління персоналом закладу охорони здоров'я	<b>13</b>
<b>Висновки до розділу 1</b>	<b>18</b>
<b>РОЗДІЛ II. ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІН</b>	<b>19</b>
2.1 Дослідження специфіки управління персоналом закладу охорони здоров'я в умовах організаційних змін	<b>19</b>
2.2 Статистичний профіль медичних працівників в умовах воєнного стану	<b>26</b>
2.3 Аналіз внутріорганізаційної системи кадрового менеджменту закладів охорони здоров'я	<b>31</b>
<b>Висновки до розділу 2</b>	<b>36</b>
<b>РОЗДІЛ III. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІН</b>	<b>37</b>
3.1 Нова парадигма кадрової політики в контексті антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я	<b>37</b>
3.2 Превентивні та проактивні заходи антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я	<b>43</b>
<b>Висновки до розділу 3</b>	<b>49</b>
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>50</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	<b>55</b>

## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** Перед вітчизняною системою охорони здоров'я стоїть низка викликів, тому потрібна консолідація зусиль всього суспільства задля досягнення амбітного прориву щодо удосконалення системи охорони здоров'я в напрямку задоволення потреб громадян, зміцнення їх здоров'я та благополуччя. Окрім того, ще з початком пандемії COVID-19 та згодом війни вітчизняна система охорони здоров'я зазнала суттєвого тиску кризових чинників, що вимагало не лише об'єднаних зусиль всіх інституційних одиниць сектору охорони здоров'я, а й виявлення прогалин та застосування антикризового механізму управління персоналом медичних закладів задля усунення причин, факторів криз та для покращення готовності сфери охорони здоров'я до потенційних загроз у майбутньому та формування стійкої системи антикризової готовності та реагування.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць.** Тематикою управління персоналом закладу охорони здоров'я займалися багато учених, зокрема Батченко Л. [4], Васюк Н. [7], Дубовик С. [16], Дячук Д. [17], Загорський В. [20], Купліванчук А. [30], Мезенцева Н. [34], Желюк Т. [38,40], Сазоненко А. [52], Сазонець І. [53], Ширафі Мохаммед Авад Аль [63], Шкільняк М. [65] та інших. Однак в умовах воєнного стану та в умовах паралельного продовження медичної реформи аспекти антикризового управління персоналом набувають значимості та актуальності в контексті врахування нових викликів та потенційних загроз.

**Мета кваліфікаційної роботи.** Дослідження теоретичних, методичних засад антикризового управління персоналу закладу охорони здоров'я задля вироблення рекомендацій щодо його удосконалення в умовах організаційних змін.

**Завданнями роботи є:**

- узагальнення загальних підходів антикризового управління закладом охорони здоров'я в умовах організаційних змін,

- вивчення зарубіжного досвіду управління персоналом закладу охорони здоров'я,

- дослідження специфіки управління персоналом закладу охорони здоров'я в умовах організаційних змін,

- опис статистичного профілю медичних працівників в умовах воєнного стану,

- здійснення аналізу внутріорганізаційної системи кадрового менеджменту закладів охорони здоров'я,

- обґрунтування доцільності застосування нової парадигми кадрової політики в контексті антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я,

- розробка превентивних та проактивних заходів антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я.

**Об'єктом дослідження** – антикризове управління персоналом закладу охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** – сукупність управлінських підходів, методів, інструментів механізму антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** Науково-методологічний базис дослідження складають такі методи: синтезу – для узагальнення загальних підходів антикризового управління закладом охорони здоров'я в умовах організаційних змін (§1.1), порівняння – для вивчення зарубіжного досвіду управління персоналом закладу охорони здоров'я (§ 1.2), абстрагування – для дослідження специфіки управління персоналом закладу охорони здоров'я в умовах організаційних змін (§2.1), синтезу – для опису статистичного профілю медичних працівників в умовах воєнного стану (§2.2), аналізу - для здійснення аналізу внутріорганізаційної системи кадрового менеджменту закладів охорони здоров'я (§2.3), дедукції – для обґрунтування доцільності

застосування нової парадигми кадрової політики в контексті антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я (§3.1), моделювання – для розробки превентивних та проактивних заходів антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я (§3.2).

**Наукова новизна дослідження** полягає в авторському узагальненні діючих та новітніх підходів до антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я

**Практична значущість результатів дослідження** полягає у можливості прикладного застосування пропонованих превентивних та проактивних заходів антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я задля нівелювання кризових явищ та симптомів.

**РОЗДІЛ І**  
**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ АНТИКРИЗОВОГО**  
**УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В**  
**УМОВАХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІН**

**1.1 Загальні підходи антикризового управління закладом охорони**  
**здоров'я в умовах організаційних змін**

Управляти закладом охорони здоров'я зі старим управлінським інструментарієм із кожним роком стає все складніше. Щоб заклад охорони здоров'я в цей надзвичайно складний час оптимально функціонував, слід вчасно реагувати на кризові чинники, зміну законодавства, норм, стандартів, а також необхідно застосовування раціонально побудованої системи антикризового управління. В межах процесу антикризового управління значна увага має приділятися антикризовим підходам, котрі дозволили б стабілізувати стан закладів охорони здоров'я, запобігти кризі чи вивести їх з кризового стану.

Як правило базою для обрання комплексу оперативних антикризових заходів є дослідження їх фінансово-економічного стану й зовнішнього середовища їх функціонування. Управлінські відносини, які супроводжують процес формування механізму антикризового управління, зумовили потребу розробки принципів, котрим має відповідати превентивна антикризова діагностика, мета котрої полягає у передбаченні кризових трендів задля запобігання системної кризи медичних установ. Сьогодні в умовах глобалізаційних сучасних процесів та війни у нашій країні існує гостра потреба у системному вивченні усіх аспектів механізму антикризового управління закладом охорони здоров'я задля забезпечення його сповноцінного функціонування та подальшого розвитку.

«Галузь охорони здоров'я — надзвичайно важлива сфера національної економіки, через те, що її діяльність пов'язана з відновленням найскладнішого ресурсу нашої країни - людського. Саме тому шляхи

впровадження стратегій стабільного розвитку в результаті виконання завдань антикризового управління у сфері охорони здоров'я є на сьогодні актуальними завданнями» [52].

По суті, криза потенційно може виникнути у кожній організації, оскільки її причини не завжди зумовлені неефективним управлінням. Криза може з'явитися і в результаті кризового стану економіки та серйозних політичних подій. Криза у національній сфері охорони здоров'я є реаліями сьогодення, бо з одержанням економічної незалежності для вітчизняного суспільства почався дуже складний тривалий період, зумовленим формуванням ринкового механізму. В центрі цих кризових явищ знаходиться дія механізму ринкової рівноваги, що охопив і медичну сферу. В Україні причина сьогоднішніх проявів кризи у медичній сфері має комплексний характер і зумовлено це з крахом колишньої моделі медичного обслуговування, на яку вона була зорієнтована багато десятиліть.

Ключовою проблемою теоретико-методологічних засад дослідження кризи є те, що немає єдиного визначення цього поняття, оскільки криза є особливим станом об'єкта управління, що як правило розглядається тільки у динаміці. Множина та різноманітність об'єктів управління, різних станів систем, диференційовані способи оцінки криз з позиції різних суспільних груп і стейкхолдерів суттєво перешкоджає т. зв. науковій стандартизації цього явища. При цьому кожна наступна криза значно відрізняється від попередньої.

Як правило, криза трактується як негативне явище, однак часто несе у собі нові потенційні можливості для розвитку. Часто кризи як спосіб певної трансформації організаційних систем є водночас базою навчання й розвитку економічних систем. Криза демонструє властивості системи, котрі у звичайній ситуації не проявляються та формують умови, які певною мірою стимулюють активізацію розвитку організаційної системи.

Позитивним проявом кризи для загальної систем управління є ліквідація тих її елементів, котрі є найменш стійкими та життєздатними та значно

порушують її комплексну єдність. Шляхом такого спрощення реалізується певне зростання її стійкості.

У суспільних системах криза руйнує низку слабких економічних суб'єктів, завершує розвиток неефективних способів, форм організації на користь більш сучасних нових умов, форм та способів. Для виходу із кризи системи управління обов'язково мають активізувати розвиток нововведень, що забезпечують визначену ефективність способів діяльності на базі підвищення її управлінського рівня та суттєвого зменшення витрат.

Зазвичай причинами виникнення криз у закладі охорони здоров'я є як екзогенні та ендогенні фактори. До екзогенних факторів відносяться всі, які стосуються зовнішніх стейкхолдерів. До внутрішніх відноситься, як правило, неефективність внутріорганізаційного менеджменту.

Основними чинниками в сфері охорони здоров'я, що зумовлюють кризи є:

- на сьогодні – воєнні та постковідні виклики,
- несприйняття внутріорганізаційної системи менеджменту процесів реформування сфери охорони здоров'я;
- з боку пацієнтів - зростання вартості медичних послуг;
- недостатня кількість фахово підготовлених управлінських кадрів у медичній установі,
- існування проблем в контексті доступності медичної допомоги, зокрема у сільській місцевості;
- недостатня повнота реалізації заходів в напрямку профілактики захворювань;
- недостатність ресурсного забезпечення в сфері охорони здоров'я; наявність екологічних проблем;
- суттєве погіршення економічного стану, що зумовлює добробуту населення, а зниження життєвого рівня та має суттєвий вплив на систему охорони здоров'я.



Функціонування закладів охорони здоров'я на сьогодні має ознаки фінансової розпорошеності та певної ресурсної деформованості самої структури медичних послуг. Нині, враховуючи виклики сьогодення це зумовлює погіршення проблем медичного обслуговування громадян та вимагає зміни системи охорони здоров'я задля забезпечення зростаючого попиту громадян в медичних послугах та стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я. Специфічними викликами потенційного настання кризових явищ у вітчизняних закладах охорони здоров'я є невисока оплата праці медичних працівників, значне зростання рівня профзахворювань медиків, низька якість кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я (відсутність зацікавленості дільничних лікарів щодо підвищення власної кваліфікації).

В період кризи менеджерам медичної установи слід вміти своєчасно діагностувати критичні прояви функціонування медичної установи. Важливо визначити, локальними чи системними є кризові явища. Характерними проявами початкової стадії кризи в у медичній установі є зниження якості медичних послуг, суттєве зростання змінних витрат та зростання плінності медичних кадрів.

Задля формування ефективних й дієвих антикризових програм слід визначити фактори, що зумовили появу кризи. Задля цього слід провести аналіз на стратегічному та тактичному рівнях функціонування медичної установи. На стратегічному рівні це передбачає оцінку статистичних даних в аспекті дослідження витрат і доходів закладу охорони здоров'я, ефективності внутрішніх процесів управління; аналіз діяльності адміністративного блоку закладу охорони здоров'я, лікувальних відділень, результати котрих негативно впливають на функціонування медичного закладу; вивчення рівня відповідності організаційної структури закладу охорони здоров'я означеним цілям й завданням; здійснення комплексної оцінки організаційної культури. На тактичному рівні слід здійснити аналіз якості медичних послуг роботи із врахуванням людського чинника. Цей етап забезпечує визначення ключових моментів щодо управління персоналом закладу охорони здоров'я,

узгодженість кадрової стратегії, підходи до відбору та прийняття на роботу медичного персоналу, а також відповідність їх компетенцій виконанню означених завдань. В цілому послідовність дій щодо прогнозування кризи в закладі охорони здоров'я є такою:

- 1) визначення часового лагу щодо протікання кризи й прогнозування її наслідків;
- 2) вивчення джерел симптоматики кризи, її суті та специфіки;
- 3) ідентифікація т.зв. хворих елементів управлінської системи медичного закладу,
- 4) визначення масштабу охоплення медичного закладу кризою;
- 5) визначення зовнішніх факторів протікання кризи, взаємодії її компонентів, їх синхронізації і взаємовпливу;
- 6) вивчення способів виходу із кризи, аналіз можливих варіантів виходу із кризових умов;
- 7) визначення коректив в контексті плану дій щодо нівелювання кризових явищ.

В умовах кризи ключовим завданням менеджменту медичної установи є задоволення певних зростаючих потреб у медичних послугах. Задля вирішення цього завдання слід збільшити витрати на витратні матеріали й медикаменти; збільшення оплати праці; збільшити витрати та обслуговування медичного обладнання; зосередити увагу на підготовку й підвищення кваліфікації кадрів.

Мета антикризового управління медичною установою полягає в підготовці фундаменту для наступного етапу розвитку й удосконалення діяльності медичного закладу шляхом збільшення оптимальності використання ресурсів, повноцінне функціонування закладу охорони здоров'я за допомогою своєчасного уникнення, попередження, нейтралізації усіх видів ризиків.

На наше переконання, антикризове управління закладу охорони здоров'я слід розглядати як різновид менеджменту, що націлений на

попередження, аналіз та ліквідацію чинників кризи, а у випадку її виникнення – формування комплексу антикризових заходів та їх реалізацію, що забезпечать мінімальні витрати та наслідки.

Таким чином, антикризове управління медичного закладу повинне давати можливість прогнозування, пришвидшення, випередження симптоматики кризових явищ, потреби у підготовці до кризи, забезпечення компетентностей медичного персоналу задля протистояння кризовим викликам.

«Функціями антикризового управління є діяльність, що відображає предмет управління та визначає його результат. Серед основних функцій можна виділити: передкризове управління; управління в умовах кризи; управління процесами виходу з кризи; стабілізація нестійких ситуацій; мінімізація втрат та втрачених можливостей; своєчасне прийняття рішень. Система антикризового управління використовується суб'єктами управління для вирішення таких завдань: — передбачення кризи та адекватна (відповідно до ступеню загрози) підготовка до неї; — виявлення причин, що викликають кризу та пошук способів їх нейтралізації; — визначення засобів та методів управління в умовах кризової ситуації; — управління динамікою розвитку кризи (прискорити, уповільнити, посилити); обґрунтування ефективності антикризових заходів; забезпечення життєдіяльності організації в кризовому стані; — послаблення негативних наслідків кризи; використання чинників та наслідків кризи для розвитку організації» [6]

Причини виникнення криз є різними, а тому їх менеджмент може також відрізнитись. Це проявляється в процедурах розробки управлінських рішень, особливих підходах щодо організації антикризового управління закладом охорони здоров'я, що забезпечує впровадження ефективних механізмів, котрі забезпечуватимуть можливість сприйняти зміни, означити їх і забезпечити повноцінну адаптацію.

Система антикризового управління в закладі охорони здоров'я ґрунтується на застосуванні різних методів, форм, управлінських процедур,

що націлені на соціальне, економічне оздоровлення діяльності медичного закладу, формування умов задля виходу із кризового стану.

Таким чином, існує кілька груп чинників, які потенційно викликають кризу в медичному закладі:

- зовнішні, насамперед зміни в інституційного регулювання,
- чинники ділового середовища,
- внутрішні чинники, насамперед термін перебування на посаді керівного складу, основні досягнення та історія організації;
- психологічні, насамперед особистісні й емоційні якості менеджерів закладу охорони здоров'я.

Таким чином, керівництво медичного закладу виконує ключову роль щодо наслідків кризи (див. табл. 1.1).

*Таблиця 1.1*

**Результати діяльності керівництва закладу охорони здоров'я на різних етапах розвитку кризи**

Етапи	Результати діяльності керівництва організації розвитку кризи	
	Позитивні	Негативні
Поява	Успішне, результативне керування	Безрезультатне керування або керування, що призводить до неефективної діяльності медичного закладу
Виявлення	Виявлення реальних причин криз та їхнє усунення	Ігнорування, неухважність до зовнішніх ознак кризи, самообман
Виправлення	Негайне рішуче застосування комплексу заходів щодо усунення кризи	Пасивність, відсутність реального увлечення про ситуацію, усунення неправильних причин, прийняття неправильних рішень
Подолання	Застосування революційних методів відновлення, наприклад, реструктуризація	Застосування помилкових, несвоєчасних, недостатньо ефективних заходів із подолання кризової ситуації

Примітка. Складено самостійно

Антикризове управління діє на всі види діяльності медичного закладу, а також сприяє впровадженню інновацій, оновленню медичних технологій. Особливістю антикризового управління є реактивна дія на суттєві зміни екзогенного середовища на основі попередньо розробленої процедури різних

варіантів прийняття рішень, які передбачають різні зміни у медичній сфері залежно від початкових умов та конкретної ситуації.

Антикризова програма медичного закладу формується низкою етапів, які передбачають формування робочої групи, плану проведення попередніх робіт; проведення детального аналізу діяльності медичної установи, визначення потреб медичного закладу та причин існуючого стану, формування низки антикризових альтернатив, прогнозування подальшого впливу внутрішнього та зовнішнього оточення медичного закладу, колегіальне обговорення доцільності і наслідків усіх альтернатив на засіданні групи експертів.

## **1.2 Зарубіжний досвід управління персоналом закладу охорони здоров'я**

«Євроінтеграційний вектор розвитку економіки України передбачає як узагальнення і застосування найкращих методик і практик, адаптованих до нашої дійсності, так і збереження вже напрацьованих методик і теоретичних засад досліджень. Теоретичні напрацювання у сфері управління працею на підприємстві заслуговують на увагу і подальші дослідження. Ринкові позиції сучасної організації прямо пов'язані з її здатністю захистити себе від різноманітних погроз зовнішнього і внутрішнього характеру. Зовнішні погрози реалізуються з боку криміналу, несумлінних конкурентів і ділових партнерів, внутрішні — з боку власного персоналу. Реалізація розглянутих погроз завдає організації як майновий, так і репутаційний збиток, що негативно впливає на її конкурентоспроможність. Відповідно, здатність ефективно протидіяти будь-яким зовнішнім і внутрішнім погрозам виступає як важлива конкурентна перевага. Ключовим складником економічної безпеки організації є кадрова безпека. Для формування найбільш повної інформації про кадрову безпеку підприємства треба дотримуватися комплексних рішень, особливо під час нештатних, кризових періодів, що

може розглядатися як показник рівня реалізації трудового потенціалу. Формування трудового потенціалу підприємств повинно створювати умови для мотивації більш продуктивної праці. Воно ефективно тільки тоді, коли інтегровано в загальний процес планування виробничої й невиробничої діяльності підприємства й тим самим пов'язане з формуванням і реалізацією його стратегії (особливо антикризової). Тому питання стратегічного управління персоналом з урахуванням циклічності соціально-економічного розвитку є актуальним і сучасним» [41].

В процесі реалізації змін в системі управління персоналом сфери охорони здоров'я важливим є дослідження досвіду інших держав щодо цих аспектів. На наше переконання, аналіз викликів, переваг і проблем, що виникають в процесі реалізації нових механізмів, методів й інструментів в управлінську діяльність інших держав світу дає можливість знівелювати певні ризики та дублювання проблем, що існують в цих країнах. Аналізуючи системи управління персоналом медичних закладів в різних державах світу варто, на наш погляд, обрати саме ті держави, котрі володіють подібними до України умовами функціонування. Такі аналогії варто враховувати у кількох аспектах: географічних умовах, системі побудови менеджменту та часу перебування в інституційних умовах Європейського Союзу. Ми переконані, що таке порівняння забезпечить максимально інформаційний аналіз з метою недопущення виникнення ризиків в діяльності медичного закладу.

З метою здійснення результативного вивчення і дослідження досвіду різних держав щодо підходів функціонування системи антикризового управління персоналом в системі охорони здоров'я варто, на наш погляд, об'єктами вивчення обирати держави, котрі мають подібності у організаційних, управлінських аспектах і при цьому нещодавно вступили до Європейського Союзу. Тому для здійснення компаративного аналізу нами було обрано Болгарію та Латвію.

Механізм управління персоналом в Болгарії зазнав суттєвих змін після 2017 р. (після вступу цієї держави до ЄС). Нині в Болгарії паралельно

функціонує і державна і приватна медицини. На інституційному рівні створено Національний фонд медичного страхування, котрий забезпечує медичне обов'язкове страхування громадян. Цей фонд утримується відокремлено від державного бюджету, а його доходи формують страхові платежі громадян. Національний фонд медичного страхування є певною мірою монополістом на медичному ринку страхування, однак результати його функціонування не є однозначно позитивними. Протягом останніх років спостерігається перманентна нестача коштів щодо фінансування системи охорони здоров'я, оскільки оплата праці лікарів є низькою, амортизація матеріальної та технічної бази медичних закладів є суттєво високою, та, як наслідок, якість надання медичних послуг є не високою. Протягом останніх кількох років низка міжнародних організацій надають фінансову й матеріальну допомогу задля підтримки сфери охорони здоров'я Болгарії. Такими міжнародними організаціями є Міжнародний валютний фонд, Всесвітній банк, однак активного удосконалення функціонування сфери охорони здоров'я не відбувається.

Базовими причинами цього є певна монополія на страховому медичному ринку у формі Національного фонду медичного страхування і незначний рівень відрахувань із заробітної плати на утримання цієї сфери. «Наприклад, в Болгарії ставка податку на доходи фізичних осіб є однією з найнижчих у ЄС і становить лише 10 %. У Болгарії проживає близько 7 млн. осіб, середня тривалість життя населення лише 75,1 років, що значно нижче ніж у інших європейських країнах. У Болгарії є досить низькі показники середньої тривалості життя населення, проте спостерігаються малопомітні тенденції до зростання показників. Так, впродовж останніх 10 років рівень середньої тривалості життя усього населення зріс лише на 1,7 %, аналогічний показник у чоловіків зріс на 1,8 %, у жінок – теж лише на 1,7 %.

Середні показники витрат на систему охорони здоров'я є значно нижчими ніж у інших країнах ЄС. Так, частка витрат на утримання системи охорони здоров'я у загальнодержавних витратах в Угорщині майже у 5–6

разів нижча ніж в Італії, Польщі чи Німеччині та в 2 рази нижча ніж в Угорщині. При цьому рівень ВВП на 1 особу є достатньо високим і має стійку тенденцію до зростання. Так, за останні 10 років рівень ВВП на 1 особу в Угорщині зріс на 65,2 %, витрати на утримання системи охорони здоров'я на 1 особу зросли на 59,6 %. У той же час частка витрат на утримання системи охорони здоров'я у загальнодержавних витратах залишається в загальному на тому ж рівні – 3,6 %, а впродовж 10 років знижувалась навіть до 3,2 %» [23].

На наш погляд, все це демонструє досить низький рівень витрат на сферу охорони здоров'я в Болгарії, що спричиняє низку кризових явищ.

У Латвії діє двоєрівнева система реалізації медичного страхування, яка функціонує на загальнодержавному рівні і на рівні муніципалітетів. Для громадян сфера охорони здоров'я охоплює обов'язковий базовий безкоштовний пакет медичних послуг та додатковий платний пакет медичних послуг. Набір медичних послуг, які включаються до базового та його обсяг затверджуються окремими муніципалітетами, однак повністю захищеними в напрямку надання медичних послуг є тільки інваліди, діти і вагітні жінки.

В Латвії працюють т.зв. лікарняні каси, котрі фінансуються додатково із внесків пацієнтів при одержанні певних медичних послуг. В цілому на 98 % медичні заклади є державними.

«У Латвії проживає менше 2 млн. осіб, середня тривалість життя населення лише 75,7 років, що значно нижче ніж у інших європейських країнах. У Латвії спостерігаються неоднозначні у порівнянні з чоловіками і жінками. При середньому рівні тривалості 75,7 років, середня тривалість життя у жінок становить 80,1 роки, а у чоловіків – тільки 70,9 років. За останні 10 років рівень середньої тривалості життя усього населення зріс на 3,6 %, аналогічний показник у чоловіків зріс на 4,4 %, у жінок – на 2,7 %. У Латвії є неоднозначні тенденції щодо розвитку економіки країни та системи публічного управління охороною здоров'я. Оскільки позитивною є тенденція



до зростання обсягу ВВП на 1 особу: з 15543,91 дол. США у 2010 р. до 19558,73 дол. США у 2019 р., тобто на 25,8 % за останні 10 років. Водночас абсолютний показник витрат на утриманні системи охорони здоров'я на 1 особу у Латвії зросли за останні 10 років на 79,8 %. Проте аналізуючи частку витрат на охорону здоров'я у загальних урядових витратах приходимо до висновку, що цей показник залишається незмінним і низьким – на рівні 3,7 %» [23].

Підбиваючи підсумки аналізу функціонування сфери управління персоналом різних держав можна зробити декілька важливих висновків:

1) в більшості держав функціонує двоєрівнева система управління персоналом системи охорони здоров'я, тобто на центральному рівні та на рівні окремих територіальних утворень;

2) за рівнем організації страхового забезпечення охорони здоров'я, то всі держави можна розділити на декілька груп: держави із окремими т. зв. страховими інституціями, в котрих повністю зосереджено процеси формування і виплат страхових внесків; держави із диференціюванням функцій акумулювання податкових платежів й зборів і функціонування на цій основі системи медичного страхування шляхом поєднання функцій податкових інституцій із страховими установами, держави, де всі функції, тобто і збору платежів до бюджету і спрямування коштів на медичне страхування реалізується в межах єдиного органу публічного управління;

3) в усіх проаналізованих державах надання спектру медичних послуг реалізується шляхом поєднання як державного так і приватного медичного страхування, однак між ними співвідношення коливається від 50% до 98% відсотків відповідно державної й приватної медицини;

4) відсутній прямий взаємозв'язок між обсягами видатків на сферу охорони здоров'я в загальнодержавних видатках певних держав та рівнем середньої тривалості життя громадян в цих країнах при одночасній позитивній тенденції в напрямку зростання останнього індикатора протягом останніх 10 років.

## Висновки до розділу 1

Управляти закладом охорони здоров'я зі старим управлінським інструментарієм із кожним роком стає все складніше. Щоб заклад охорони здоров'я в цей надзвичайно складний час оптимально функціонував, слід вчасно реагувати на кризові чинники, зміну законодавства, норм, стандартів, а також необхідно застосовування раціонально побудованої системи антикризового управління. В межах процесу антикризового управління значна увага має приділятися антикризовим підходам, котрі дозволили б стабілізувати стан закладів охорони здоров'я, запобігти кризі чи вивести їх з кризового стану.

Ключовою проблемою теоретико-методологічних засад дослідження кризи є те, що немає єдиного визначення цього поняття, оскільки криза є особливим станом об'єкта управління, що як правило розглядається тільки у динаміці. Множина та різноманітність об'єктів управління, різних станів систем, диференційовані способи оцінки криз з позиції різних суспільних груп і стейкхолдерів суттєво перешкоджає т. зв. науковій стандартизації цього явища. При цьому кожна наступна криза значно відрізняється від попередньої.

Задля формування ефективних й дієвих антикризових програм слід визначити фактори, що зумовили появу кризи. Задля цього слід провести аналіз на стратегічному та тактичному рівнях функціонування медичної установи.

## **РОЗДІЛ 2. ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ПЕРСНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІН**

### **2.1 Дослідження специфіки управління персоналом закладу охорони здоров'я в умовах організаційних змін**

Як було означено нами при дослідженні теоретичних засад антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я антикризове управління є сукупністю підходів і методів в напрямку реалізації антикризової стратегії, як певного способу управління та певної здатності її керівництва. Ми вважаємо, що система кадрового менеджменту в контексті антикризових заходів має бути побудоване з врахуванням небезпеки й ризику кризових ситуацій.

Створення системи антикризового управління в закладах охорони здоров'я повинно забезпечити досягнення двох ключових цілей - зниження й запобігання ризику виникнення кризи в закладі охорони здоров'я; зниження негативних проявів кризової ситуації та, можливо, їх швидка ліквідація.

Досягнення таких цілей потребує постійного збору, аналізу, обробки інформації, на базі якої реалізуються антикризові заходи. При цьому суттєво необхідним є передбачити виникнення симптоматики кризового розвитку, котрі можуть проявляються як в якісних так і кількісних показниках роботи персоналу закладу охорони здоров'я, так і в трендах щодо їх змін. Так, зокрема, аналіз індикаторів плинності медичного персоналу, продуктивності праці, рівня додержання трудової дисципліни, задоволеності професійною діяльністю, збільшення рівня конфліктності може свідчити про кризу персоналу закладу охорони здоров'я.

Антикризове управління персоналом охоплює не лише формальну організацію процесу управління з персоналом (відбір, підбір, планування, розстановка медичних кадрів), але й комплексу факторів морального, соціального, психологічного характеру. У цьому аспекті певними

превентивними інструментами є турботливе ставлення до потреб лікаря та середнього медичного персоналу з боку керівництва, застосування демократичного стилю управління, урахування індивідуальних особливостей конкретного медичного працівника.

Управління персоналом в нестабільних умовах повинно врахувати цілу низку питань щодо адаптації медичного працівника до зовнішніх й внутрішніх умов функціонування і розвитку закладу охорони здоров'я. Ключову увагу необхідно приділяти аналізу мотивації медичних працівників, вмінню їх формувати і спрямовувати власні зусилля відповідно до завдань, що стоять перед закладом охорони здоров'я. Сюди ж варто віднести проблеми щодо забезпечення безпеки медичних працівників та формування принципово нових підходів до пріоритету цінностей закладу охорони здоров'я.

Такий новий спектр завдань не може бути успішно вирішеним традиційними кадровими службами, тому у сучасних медичних закладах створюються нові системи управління персоналом.

Система антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я охоплює комплекс підсистем загального і керівництва, низку функціональних підсистем, котрі зосереджуються на виконанні типових та однорідних функцій. Підсистема лінійного й загального керівництва реалізує управління організацією загалом, управління виробничими і функціональними підрозділами. Функції цієї підсистеми директор та медичний директор закладу охорони здоров'я, інколи їх заступники, керівники лікувальних структурних підрозділів, їх заступники.

Структурна схема системи управління персоналом обумовлюється масштабами діяльності закладу охорони здоров'я, його територіального розташування, характеру лікувального профілю діяльності і інших чинників. У малих і середніх закладах охорони здоров'я одна підсистема може виконувати функції кількох функціональних підсистем, а у передкризових і кризових ситуаціях діяльності закладу охорони здоров'я можуть бути

ліквідовані одні підсистеми та сформовані інші із чітким набором нових функцій.

Концепція антикризового управління персоналом вимагає від керівників закладу охорони здоров'я зосереджуватися на перспективних стратегічних напрямках роботи з медичним персоналом, таких як можлива перекваліфікація медичних працівників організації в зв'язку з переходом на нові підходи в процесі надання медичних послуг; омолодження медичних кадрів шляхом залучення молодих фахівців та стимулювання дострокового виходу на пенсію медичних працівників, котрі не здатні освоїти новітні методи роботи.

Важливим векторальним напрямом системи антикризового управління персоналом в закладі охорони здоров'я є ефективне застосування кадрового маркетингу. Це забезпечується низкою способів, пошуком перспективних інтернів, яким надається можливість роботи в закладі охорони здоров'я, допомога в проходженні практики.

Сьогочасні зміни, які часто спричиняють кризові явища у медичному закладі, знаходять своє відображення в траєкторії індивідуальних систем цінностей медичних працівників. Їх ціннісні орієнтири та установки починають змінюватися під впливом таких змін, при цьому є неоднаковими в різних вікових групах. Неминучим в період війни в Україні є перегляд цінностей закладу охорони здоров'я, висування більш значущих та інших в нових умовах, що і є передумовою формування нової антикризової кадрової політики закладу охорони здоров'я.

Кожен заклад охорони здоров'я створює власний набір цінностей, котрі надають йому специфіку та індивідуальність. Ключові та важливі цінності набувають характеру базових принципів, що лежать в основі ідеології закладу охорони здоров'я. Вони знаходять зазвичай відображення в місії та цілях закладу охорони здоров'я, часто впливають на переосмислення функцій, значно визначають найближчі та перспективні плани діяльності.

"Робота з персоналом у режимі антикризового управління має передбачати здійснення таких ефективних заходів, як:

1) скорочення в організаційній структурі управління має відбуватися стосовно рівнів управління, а не робочих місць, потрібно також зміцнювати кадровий резерв для вищої ланки керівництва організації;

2) не можна захоплюватися масштабним скороченням персоналу, слід прагнути встановити кадрову структуру, яка найбільш відповідає ситуації, що склалася, і плану фінансового оздоровлення, котра враховує оптимальне утримання персоналу;

3) потрібно періодично проводити кількісну та якісну оцінку кадрової структури;

4) доцільним є виявлення, підтримка і навчання працівників організації, які мають якості лідера і схильність до управлінської діяльності;

5) необхідним є підготовка перспективних кандидатів на ключові управлінські посади, на основі створення стратегічного та тактичного кадрового резерву;

6) слід віддавати перевагу командній роботі, а не індивідуальним зусиллям, формуючи робочі групи (команди) як між відділами, так і підрозділами державної організації;

7) необхідно ідентифікувати і зберігати ядро кадрового потенціалу організації"[29].

Таким чином, антикризова кадрова політика закладу охорони здоров'я повинна бути націлена на формування такої системи роботи з медичними працівниками, котра б орієнтувалася на одержання не суспільного та соціального ефекту за умови дотримання медичних протоколів та чинного законодавства.

В умовах кризи кадрова політика закладу охорони здоров'я змушена змінюватися. Специфіка її організації зумовлена обмеженістю фінансових коштів закладу охорони здоров'я, неминучістю реалізації певних організаційних заходів, пов'язаних зі згортанням окремих програм

соціального розвитку та підвищенням психологічної напруженості всередині закладу охорони здоров'я.

Основним ідеологічним правилом антикризової кадрової політики є виживання закладу охорони здоров'я з найменшими втратами кадрового потенціалу та формування системи максимально можливої соціального захисту медичних працівників.

В сьогочасних умовах стійкість закладу охорони здоров'я визначається тим, наскільки воно активно реагує на будь-які зміни екзогенного середовища, наскільки чуйно вловлює вимоги пацієнтів та наскільки готова до постійних змін. В цих умовах слід формувати передумови т.зв. створення принципово нового типу медичного працівника - ініціативного, високофахового, схильного до інновацій, котрий прив'язує власні особисті цілі до цілей діяльності закладу охорони здоров'я.

Ключовим завданням антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я є також формування відповідної організаційної культури. Оволодіння новими технологіями менеджменту є неможливим без освоєння фундаменту організаційно-культурного підходу, який дає комплексне розуміння процесів функціонування закладу охорони здоров'я з урахуванням соціальних та психологічних механізмів поведінки медичних працівників в умовах складних кризових ситуацій.

Ефективність антикризової діяльності закладу охорони здоров'я багато в чому обумовлюється від спроможності й бажання і управлінських кадрів закладу охорони здоров'я опанувати принципи та нові підходи до управління закладом охорони здоров'я.

Антикризове управління медичними працівниками є, по суті, окремим напрямом діяльності медичним закладом, що пов'язаний з реалізацією лінії поведінки закладу охорони здоров'я із врахуванням змін зовнішніх умов його діяльності. Такий метод управління дозволяє знівелювати невизначеність в діяльності закладу охорони здоров'я, підвищити його потенційну готовність

до непередбачених ситуацій, визначити найважливіші сфери надання медичних послуг напрямки та сконцентрувати на них зусилля.

Основою такого управління є підхід до закладу охорони здоров'я як до відкритої системи. При такому підході його функціонування залежить, перш за все, від зовнішніх умов, а результативність обумовлюється його здатністю пристосовуватися до існуючих реалій зовнішнього середовища.

Тому ключові критерії антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я націлені на:

- 1) своєчасне ідентифікацію можливих проблем в роботі закладу охорони здоров'я;
- 2) повне використання потенціалу закладу охорони здоров'я, зокрема кадрового;
- 3) підвищення стабільності його функціонування.

Важливою умовою ефективного антикризового управління закладом охорони здоров'я є охоплення цим процесом аспектів, пов'язаних із людськими ресурсами. Цей процес може реалізовуватися за такими напрямками:

- 1) формування чіткої парадигми управління закладом охорони здоров'я у сфері людських ресурсів;
- 2) облік проблем медичних працівників й трудового колективу загалом при аналізі діяльності закладу охорони здоров'я і його зовнішнього середовища.

Антикризова стратегія закладу охорони здоров'я вимагає додержання певних умов та передумов в сфері поведінки медичних працівників. Структура зайнятості, котра традиційно склалася всередині вітчизняних закладів охорони здоров'я, значною мірою ускладнює реалізацію антикризових заходів. Складна бюрократична побудова закладу охорони здоров'я характеризується стійкими внутрішніми ієрархіями. Це проявляється таким чином, що часто питання проектується з площини контролю над процесом надання медичних послуг в сферу аналізу трудових



відносин як прояв взаємодій. Отже, при виборі інструментів антикризового характеру впливу на персонал закладу охорони здоров'я не можна ігнорувати роль формальних і неформальних структур в цьому процесі.

"Часто проблеми, зумовлені кризовими факторами, особливо чітко проявляються у відношенні управлінських кадрів. Насамперед це пов'язане з оволодінням управлінськими кадрами навичок роботи в нових умовах. Замість антикризових цілей і дій, пов'язаних зі стабілізацією пріоритетних напрямків діяльності, в умовах запізненого сприйняття досить популярною стає постановка нереальних завдань. Тому формування помилкового стереотипу на практиці заважає реальному виживанню організації" [38].

Таким чином, важливо для управлінців закладу охорони здоров'я усвідомити об'єктивність прояву кризових тенденцій, неминучих на цьому етапі функціонування закладу охорони здоров'я. Таким чином, задля цього треба активно працювати над створенням антикризового мислення управлінського персоналу закладу охорони здоров'я. Антикризовий тип керівника закладу охорони здоров'я повинен відображати менеджера, котрий володіє спеціальними фаховими знаннями, вміннями та інструментами та має характерні властивості як індивіда.

Компетенції управлінців закладу охорони здоров'я можна поділити за такими ключовими групами:

1) вміння, потрібні задля реалізації функцій антикризового управління: вміння ставити перспективні завдання й цілі, оптимально планувати роботу, оперативно керувати в умовах, що змінюються, чітко доводити завдання до підлеглих в зрозумілій й ясній формі; уміння здійснювати основні форми роботи – службове листування, оперативні наради, переговори; вміння координувати діяльність щодо розподілення функцій, завдань, повноваження, уміння делегувати повноваження, функції і уміння активізувати роботу медичних працівників – мотивувати, стимулювати, надихати; вміння організувати власну професійну діяльність;

2) вміння, пов'язані з комунікативною функцією, що передбачає уміння спілкуватися й налагоджувати контакти з медичними працівниками закладу охорони здоров'я, пацієнтами, представниками зовнішніх організацій і державних структур.

## **2.2 Статистичний профіль медичних працівників в умовах воєнного стану**

Більшість медичних кадрів провадить власну професійну діяльність в закладах охорони здоров'я, що належать до публічного сектору, тобто перебувають в сфері управління МОЗ України. Тільки 10% лікарів та 5% середнього медичного персоналу провадить власну професійну діяльність в приватних структурах за основним місцем діяльності. Водночас, слід відзначити, що частка медичного персоналу приватного сектору має тенденцію до зростання.

Кадрова криза насамперед стосується медичного середнього персоналу, а не лікарів. Щорічний кількісний темп приросту медичних сестер є як правило негативним. 2022 рік став переламним в динаміці медичного персоналу, бо прискорилися темпи скорочення медичних кадрів. Нині співвідношення в Україні кількості медичних сестер до лікарів має тренд до зниження, зокрема внаслідок негативних темпів приросту кількості медичних сестер, що є нижчим за аналогічний європейський індикатор.

"Географічний розподіл щільності лікарів та медичних сестер є нерівномірним. Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській областях. Є надлишок медичних кадрів спеціалізованої допомоги в загальній структурі медичної допомоги. Чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Частка лікарів-спеціалістів є вищою за середньоевропейський показник (4.5 лікаря-спеціаліста на одного лікаря первинної ланки в Україні, 3:1 – в ЄС)" [25].

Існує певний дисбаланс амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних посад, оскільки лише третина штатних посад лікарів та близько 25% штатних посад середнього медичного персоналу належать до амбулаторно-поліклінічних закладів, а решта посад – до стаціонарів. В європейських країнах співвідношення амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних посад лікарів та медичних сестер є суттєво рівномірнішим, бо приблизно половина посад є у стаціонарах.

Кількість медичних кадрів, а саме лікарів загальної практики збільшується за рахунок головним чином перепрофілювання дільничних терапевтів й педіатрів. Серед медичних кадрів-лікарів спеціалізованої допомоги 25% найчисельніших спеціальностей охоплює госпітальних терапевтів, невропатологів, хірургів, ортопедів-травматологів, акушерів-гінекологів, анестезіологів, госпітальних педіатрів, рентгенологів, психіатрів та отоларингологів. В Україні у порівнянні з європейськими країнами, більше хірургів, дерматологів, акушерів-гінекологів, онкологів, однак суттєво менше анестезіологів, кардіологів, радіологів й психіатрів.

Гендерні прояви є характерними як для лікарів, оскільки їх дві третини становлять жінки, так й середнього медичного персоналу, де понад 90% є жінками. Медичний персонал характеризується практикою продовжувати здійснювати фахову діяльність після досягнення ними пенсійного віку. 25% лікарів й понад 15% середнього медичного персоналу є пенсіонерами, які працюють.

На початок 2023 р. лише 6% лікарів та 15% середнього медичного персоналу провадили професійну діяльність у сільській місцевості, при цьому варто зазначити, що у селах мешкає в середньому близько 30% населення України.

Розподіл медичних кадрів за статтю поселення суттєво не змінюється. Укомплектованість лікарями є значно нижчою в порівнянні з середнім медичним персоналом. Водночас сьгоднішні показники щодо укомплектованості медичних працівників враховуючи мобілізацію та

воєнний стан не є об'єктивним відображенням щодо профіциту чи дефіциту медичних кадрів.

Нами виявлено обернений зв'язок між коефіцієнтом суміщення посад та рівнем укомплектованості як в регіональному вимірі, так і за певними лікарськими фахами. Це засвідчує те, що проблема неуккомплектованості медичних посад часто реалізується шляхом внутрішнього сумісництва, а не залученням нових медичних кадрів.

В Україні кадровий резерв щодо освітніх програм «Медсестринство» й «Медицина» є недостатнім задля того, щоб замінити медичні кадри пенсійного віку. На 1 вступника медичних інститутів чи університетів припадає приблизно 3 лікарі пенсійного віку, а на 1 вступника на фах «Медсестринство» – 4 працюючі пенсіонери з загальної кількості середнього медичного персоналу.

Протягом останніх років щільність вступників на фах «Медсестринство», яка охоплює програми підготовки фельдшерів, медичних сестер, акушерів, скорочувалася щороку. При цьому варто зазначити, що серед студентів-лікарів ця тенденція не спостерігається. Однак зростає кількість запитів до медичних університетів щодо підтвердження документів про освіту, що певною мірою свідчить про наміри виїхати за кордон.

Також в рамках дослідження нами з'ясовано, що Україні не проводиться загальнодержавна оцінка і потреб на медичні кадри, що значно ускладнює стратегічне планування медичних кадрів. Наприклад, головний тягар в Україні щодо захворюваності зумовлений з неінфекційними захворюваннями й низкою поведінкових ризиків, що активізує необхідність збільшення кількості медичних сестер і лікарів первинного рівня медичної допомоги та збільшення їх функцій.

Наразі максимальна кількість усіх видів ресурсів акумульована на рівні спеціалізованої допомоги. Збільшення ролі первинної ланки медичної допомоги узгоджується з національною реформою закладів охорони здоров'я.

Варто зазначити, що соціологічні результати опитувань демонструють, що якість медичної допомоги громадянами оцінюється гірше, ніж їх задоволеність медичними кадрами. У рамках амбулаторної і стаціонарної допомоги головними аспектами незадоволеності є переважно проблеми медичної інфраструктури, а не медичних кадрів. При цьому рівень задоволеності медичним персоналом суттєво відрізняється як за регіонами так і за медичними спеціальностями. Однак в усіх регіонах України задоволеність сімейними лікарями є значно вищою, ніж вузькопрофільними фахівцями.

Також під час вивчення статистичного профілю медичних кадрів нами виявлено відсутність окремого порядку безперервного професійного розвитку для управлінців закладів охорони здоров'я, якщо вони за спеціальністю не є лікарями.

У закладах охорони здоров'я, які реорганізовано в комунальні підприємства в рамках медичної реформи, на місце нормативного підходу згідно Єдиної тарифної сітки запроваджена договірна система оплати праці медичних кадрів та посилена роль колективного договору, котрим визначаються системи оплати праці, їх форми, норми праці, обсяги нефінансових й фінансових стимулів.

Адміністративні методи управління медичними кадрами як правило закріплюються у статуті закладів охорони здоров'я, відповідних положеннях про заклад охорони здоров'я і його структурні підрозділи, посадових інструкціях медичних кадрів закладу охорони здоров'я та правилах внутрішнього трудового розпорядку.

У 2019 р. було вперше розмежовано відповідальність та повноваження в напрямку управління закладом охорони здоров'я, тобто менеджмент адміністративно-господарських питань покладається на директора, а менеджмент процесів надання медичної якісної допомоги реалізує медичний директор.

При цьому варто зазначити, що в посадових інструкціях тільки формально відображено питання кваліфікаційних й фахових вимог та компетенцій медичного персоналу, оскільки практикуються типові інструкції. Нормативні документи в контексті формування посадових інструкцій певною мірою обмежують перерозподіл функціоналу від лікарів до медичних сестер. На наш погляд, низка обов'язків окремих медичних працівників має бути розширена шляхом делегування їм професійних завдань, передбачених для різних груп посад, аналогічних за складністю, реалізація котрих не потребує іншого фаху або кваліфікації.

Негативний аспект нами з'ясовано те, що у закладах охорони здоров'я не практикується на регулярній основі оцінка соціального та психологічного стану медичних кадрів та загалом оцінка мотивації медичного персоналу.

Загалом робочі місця медичних кадрів у закладах охорони здоров'я забезпечено мінімальним необхідним набором медичного обладнання й медичних виробів задля виконання ними покладених професійних завдань і функцій.

Однак є недостатнім рівень забезпеченості інноваційним технологічним обладнанням задля реалізації медичними кадрами власних професійних компетенцій й виконання повною мірою вимог клінічних протоколів щодо надання медичних послуг за окремими спеціальностями.

Також нами виявлено, що медичний персонал є недостатньо інформованим щодо підходів щодо їх соціального захисту у закладі охорони здоров'я, що негативно відображається на рівні їх задоволеності умовами професійної діяльності. При цьому аспекти щодо забезпечення повноцінного захисту медичних працівників від неправомірних чи агресивних дій пацієнтів медичних закладів як правило не врегульовано, і працівники закладів охорони здоров'я не рахують себе захищеними на власному робочому місці під час виконання професійних завдань.

## **2.3 Аналіз внутріорганізаційної системи кадрового менеджменту закладів охорони здоров'я**

Розуміння системи оцінки ефективності медичного персоналу суттєво відрізняється серед керівників закладів охорони здоров'я. Це зумовлює незбалансований підхід до оцінки медичного персоналу, коли основна увага керівників закладів охорони здоров'я націлена винятково на клінічних результатах (летальність та охоплення медичними послугами,) чи навпаки, на операційних й фінансових показниках.

За межами атестації оцінювання ефективності медичного персоналу не є системним явищем та є скоріше наслідком виявлення окремих помилок, ніж рутинною чи порушень аніж усталеною практикою закладів охорони здоров'я.

Показники якості медичних послуг та ефективності діяльності медичних кадрів, визначені законодавчими документами державного рівня чи внутрішніми документами медичних закладів охорони здоров'я, однак часто не є конкретними та вимірюваними та не мають чітко визначених часових рамок.

Одна з основних причин відсутності оцінки діяльності медичних кадрів є обмеження системи збору інформації, необхідної задля оцінки таких показників. Переважає бальна експертна оцінка, що часто може бути досить суб'єктивною. В Україні поки що є відсутньою практика, коли результати оцінки діяльності медичних кадрів, зокрема в напрямку якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів, є компонентою публічної інформації конкретного закладу охорони здоров'я.

Існуюча система мотиваторів і стимулів персоналу закладів охорони здоров'я охоплює низку практик. "Прямі фінансові стимули: а) обов'язкові компенсаційні та стимулюючі надбавки і доплати (за особливі умови праці, кваліфікаційну категорію тощо); б) прямі фінансові стимули за роботу в сільській місцевості; в) стимулювання на основі КПЕ (в ЗОЗ-КНП та

приватних ЗОЗ); г) стимулювання за наявність додаткових компетенцій (у приватних ЗОЗ). Непрямі фінансові стимули: а) оплата навчання, участі у професійних заходах; б) переваги та пільги в галузі житлово-побутового обслуговування (здебільшого для медичних працівників у сільській місцевості); в) вручення подарунків до ювілеїв, державних або професійних свят; г) непрямі фінансові стимули за ініціативність та лідерство (у приватних ЗОЗ). Нефінансові стимули: а) гарантія зайнятості; б) забезпечення задовільних умов праці; в) визнання цінності роботи; г) надання можливості для розвитку та вдосконалення" [57].

При цьому варто зазначити, що використання фінансових стимулів є обмеженим у закладах охорони здоров'я бюджетного сектору, котрі не пройшли реорганізацію в комунальні підприємства, бо такі заклади фінансуються у межах кошторисних призначень за статтями оплати праці і відповідних нарахувань.

Також нами з'ясовано, що на сьогодні є відсутньою практика оцінки економічної ефективності мотиваторів й стимулів, що впроваджуються на рівні закладів охорони здоров'я або у рамках регіональних цільових програм, зокрема програм місцевих стимулів для медичних працівників в сільській місцевості.

В закладах бюджетного сектору охорони здоров'я нефінансові й фінансові стимули не узгоджені з існуючими нормами, цілями, цінностями закладів охорони здоров'я. Зокрема, стимулювання навчанням використовується без узгодження з визначеними пріоритетними напрямками розвитку закладу охорони здоров'я.

На сьогодні неефективне використання кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я та не оптимізоване робоче навантаження є наслідком таких факторів, як недодержання пацієнтами порядку переадресації між різними рівнями медичної допомоги, суттєві затрати часу на заповнення медичної документації медичними працівниками й часте дублювання форм звітності.



У медичних закладах бюджетного сектору аналізування робочого навантаження медичних кадрів як правило відсутній чи є номінальним, бо аналізуються лише таблиці обліку робочого часу медичних кадрів. Наявність хронометражу компонентів робочого часу окремих категорій медичного персоналу в межах медичного закладу зараз скоріше є винятком, аніж узвичаєною практикою для управління робочим навантаженням і оптимізацією використання медичних кадрів.

Також нами виявлено відсутність планування тривалості часу амбулаторної консультації відповідно до очікуваної мети візиту пацієнта. У закладах охорони здоров'я, котрі мають електронну чергу, розповсюджена практика стандартної тривалості консультації, яка включає тільки 15 хвилин на одного пацієнта.

Перерозподіл функціоналу між медичним персоналом є суттєво обмеженим, однак за нашими спостереженнями є висока готовність медичного персоналу в напрямку опанування нових компетенцій. При цьому відношення медичних кадрів до передачі функціональних обов'язків є досить неоднозначним, бо у них є побоювання втрати своєї заробітної плати під час передачі професійних завдань.

В ході реформи сфери охорони здоров'я поліпшилася ситуація стосовно комп'ютеризації закладів охорони здоров'я первинної ланки, бо майже 100% робочих місць медиків первинної ланки мають комп'ютери та ноутбуки із можливістю виходу в інтернет. Однак при цьому є відсутня інформація про рівень знань та умінь медичних кадрів щодо користування основними програмами в системі охорони здоров'я.

"Аналіз нормативного регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні дає змогу зробити висновок про те, що більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а відповідна нормативна база потребує оновлення. За відсутності прямих норм у наказах МОЗ щодо залучення професійних асоціацій до атестації лікарів їхня участь у процесі

допуску до медичної практики є мінімальною. В Україні припинення права на медичну діяльність лежить не стільки у професійній площині діяльності лікарів, скільки у сфері трудових відносин та регулюється шляхом дисциплінарного впливу. Наявні нормативні обмеження щодо дисциплінарного впливу на медичних працівників загалом та процесуальні обмеження участі професійних медичних асоціацій у роботі КЕК зумовлюють те, що реалізація професійною спільнотою функції дисциплінарного впливу є нині досить обмеженою" [53].

"Інформаційна система перебуває у процесі трансформації: у 2018 р. за підтримки Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» на національному рівні розроблено новий модуль КРІС, який планується інтегрувати в загальнонаціональну інформаційну систему eHealth. КРІС має нижчий пріоритет порівняно з іншими модулями, які безпосередньо стосуються фінансування закладів охорони здоров'я (наприклад, облік декларацій на первинній ланці, впровадження електронного рецепта тощо), і це може вплинути на строки впровадження оновленої системи КРІС" [18].

Управління персоналом закладів охорони здоров'я здійснюється у медичній інформаційній системі «Облік медичних кадрів України», котра була базою для підготовки в минулому реєстру фармацевтичних, медичних, науково-педагогічних кадрів системи МОЗ України, який було припинено ще в 2018 році.

На сьогодні система акумулювання даних про кадрові ресурси охорони здоров'я є суттєво недосконалою. Хоч усі медичні заклади використовують аналогічну програму задля обліку кадрів (Облік медичних кадрів України), акумулювання даних автоматично не відбувається та має досить складну логістику, що формує додаткове навантаження й досить негативно впливає на якість інформації. Працівники відділів кадрів медичних закладів, що працюють із системою «Облік медичних кадрів України», не володіють можливістю узгодити цю інформаційну систему до потреб свого медичного закладу, зокрема, формувати звіти або накази, що не є компонентою

національної звітності, однак є важливими саме в напрямку внутрішнього менеджменту медичних кадрів закладу охорони здоров'я, що зумовлює використання різних інформаційних систем й дублювання інформації.

Додаткове навантаження зумовлюється внаслідок дублювання електронних й паперових даних про медичні кадри закладів охорони здоров'я.

В національній та регіональній статистичній звітності, що використовується задля планування кадрової політики і менеджменту кадрових ресурсів закладів охорони здоров'я, використовується тільки мінімальний набір показників із низки тих, що збирають безпосередньо заклади охорони здоров'я. Відсутніми є аспекти плинності медичних кадрів, їх утримання та задоволеність, ефективність їх роботи та професійного навчання протягом професійного життя. Також значно обмеженим є дезагрегація індикаторів за віком, статтю, в розрізі сільських та міських територій.

## Висновки до розділу 2

Створення системи антикризового управління в закладах охорони здоров'я повинно забезпечити досягнення двох ключових цілей - зниження й запобігання ризику виникнення кризи в закладі охорони здоров'я; зниження негативних проявів кризової ситуації та, можливо, їх швидка ліквідація.

Сьогочасні зміни, які часто спричиняють кризові явища у медичному закладі, знаходять своє відображення в траєкторії індивідуальних систем цінностей медичних працівників. Неминучим в період війни в Україні є перегляд цінностей закладу охорони здоров'я, висування більш значущих та інших в нових умовах, що і є передумовою формування нової антикризової кадрової політики закладу охорони здоров'я.

Основним ідеологічним правилом антикризової кадрової політики є виживання закладу охорони здоров'я з найменшими втратами кадрового потенціалу та формування системи максимально можливої соціального захисту медичних працівників.

Під час вивчення статистичного профілю медичних кадрів нами виявлено відсутність окремого порядку безперервного професійного розвитку для управлінців закладів охорони здоров'я, якщо вони за спеціальністю не є лікарями.

## **РОЗДІЛ III. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІН**

### **3.1 Нова парадигма кадрової політики в контексті антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я**

Важливою складовою антикризового управління медичним закладом є антикризовий менеджмент його персоналу. Антикризове управління персоналом закладу охорони здоров'я відрізняється від класичного менеджменту персоналу специфікою, що зумовлюється важкістю прийняття управлінських рішень в умовах агресивного середовища, обмеженості ресурсів, значної ціни помилок при прийнятті низки рішень закладом охорони здоров'я, а також об'єктивною складністю оцінки людського фактора у медичному закладі.

Зміни у закладі охорони здоров'я, що часто стають відповіддю на поширення кризових тенденцій, можуть стати запорукою виживання закладу охорони здоров'я в умовах війни та економічної кризи, водночас при цьому і здатні зашкодити мотивації медичних кадрів, їх лояльності, довірі до керівництва закладу охорони здоров'я, а як наслідок, до зростання плинності медичних кадрів, зокрема втрати фахових лікарів, погіршення загального психологічного клімату, зниження продуктивності діяльності. Це в свою чергу часто зумовлює ескалацію спротиву змінам та в кінцевому результаті тільки загострює кризові явища закладу охорони здоров'я.

Задля недопущення цих явищ в антикризовому управлінні персоналом закладу охорони здоров'я на кожному етапі реалізації управлінських функцій слід враховувати людський фактор, додержуватися базових гуманістичних цінностей, зміцнювати організаційну культуру закладу охорони здоров'я, провадити інформаційну та роз'яснювальну роботу щодо змін, що відбуваються у закладі охорони здоров'я.

В період трансформацій, суспільних змін, зламів, медичної реформи гостро актуалізується питання лідерства, як явища, яке потребує чіткої позиції та готовності взяти відповідальність. Лідером може бути працівник закладу охорони здоров'я, котрий самовіддано працює щодня, прислухається та чує до інших.

"Однією з визначальних рис лідера є розуміння того, що, очоливши команду, отримавши від неї кредит довіри, слід проявляти готовність відповідати за кожен вчинок та слова, бути відповідальним не тільки за себе, а за кожного, хто поруч, та всі можливі наслідки. Якщо ж лідер все ж йде на певні компроміси, то вони не повинні суперечити ціннісним засадам його оточення. Лідер чи лідерка – це людина з широким світоглядом, яка завжди навчається самостійно, розвиває власні навички. Проблемні ситуації та невдачі не є індикатором поганого лідерства. Труднощі – це досвід, який попереджувальним контекстом слугуватиме в майбутньому" [40].

Загалом початок превентивних антикризових заходів у медичній сфері у контексті його персоналу має розпочинатися на загальнодержавному рівні. У цьому напрямку вона має формуватися за вже визначеними організаційними підходами державної кадрової доктрини, наприклад:

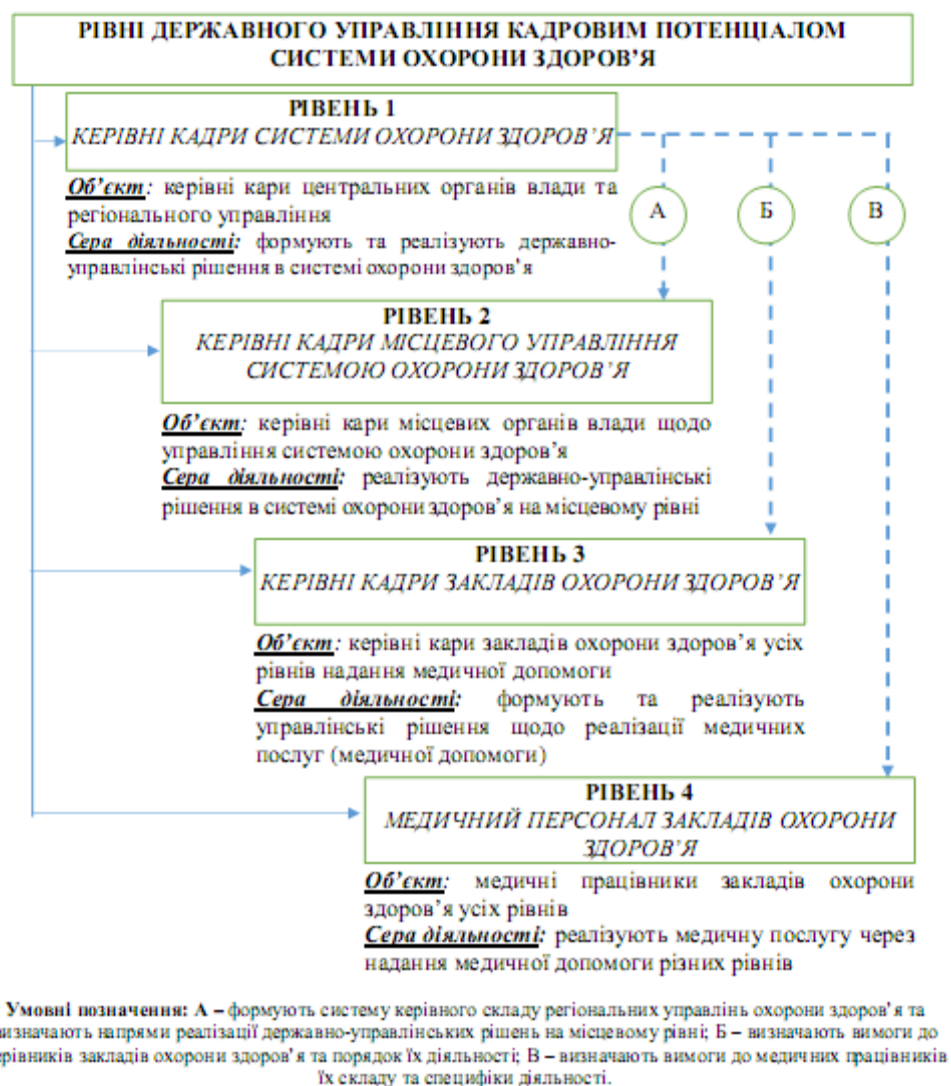
- добір кадрів за професійними, діловими, моральними якостями на основі об'єктивної й комплексної їх оцінки;
- відкритість та рівність всіх прийнятих на посаду медичних працівників за умови наявності відповідних фахових знань та медичної кваліфікації;
- вирішення усіх кадрових питань гласно і демократично, забезпечення оновлення медичних кадрів, додержання нормативних вимог і законності в кадрових питаннях закладу охорони здоров'я.

Ці запропоновані нами положення є не суто напрямками вдосконалення антикризового управління кадрами системи охорони здоров'я, скільки постулатами на яких має базуватися цей процес. Антикризовий підхід до медичного персоналу повинен передбачати системний характер

у вигляді комплексу заходів, що реалізуються у процесі управління кадрами закладу охорони здоров'я, включаючи формування його кадрового потенціалу, особистісний, фаховий розвиток, вдосконалення фахового досвіду.

Мотиваційний механізм професіоналізації медичних кадрів має формуватися на паритетному додержанні інтересів закладу охорони здоров'я та особистих інтересів медичних працівників.

Напрями удосконалення антикризового управління кадрами системи охорони здоров'я повинен відбуватися враховуючи рівні такого управління. Таким чином, загалом превентивне управління кадровим потенціалом сфери охорони здоров'я має відбуватися за такими рівнями (рис. 3.1).



### Рис. 3.1 Загальна парадигма антикризового управління персоналом медичного закладу

Примітка. Складено на основі [7]

"В останні десятиліття в період інтенсивних організаційно-структурних змін і фінансових обмежень, що відбуваються в системі охорони здоров'я, дедалі очевиднішою стає потреба галузі в підвищенні якості управління на всіх рівнях, що багато в чому визначається складом керівного корпусу, його професіоналізмом, умінням реагувати на виклики часу, відповідністю його професійно-ділових і особистісних якостей вимогам сучасного менеджменту. Робота в умовах ринку медичних послуг, що розвивається, розширення правової та господарської самостійності установ, необхідності забезпечення стратегічного розвитку, нарощування конкурентних переваг керованих підсистем змінює уявлення про сучасний керівника. Безповоротно проходить час виконавців. Керівник нового типу - це креативно і раціонально мислячий, досвідчений в області суміжних галузей знань, добре підготовлений в частині практичних навичок лідер, що володіє необхідними професійними якостями, ініціативою, харизмою" [52].

Важливим напрямом удосконалення антикризового управління сферою охорони здоров'я є формування кадрових резервів управлінських кадрів й медичних працівників сфери охорони здоров'я. Існування кадрового резерву в сфері охорони здоров'я повинно стати нині пріоритетним методом реалізації публічних управлінських рішень. Резерв керівних кадрів у сфері медицини є признаним у теорії та практиці світового менеджменту інструментом якісного та своєчасного відтворення кадрового управлінського потенціалу. При цьому повноцінне формування резерву керівників закладу охорони здоров'я сприятиме розвитку цього закладу та забезпечить в майбутньому ефективне реформування сфери охорони здоров'я. При цьому слід наголосити, що формування кадрового резерву закладу охорони здоров'я повинно відбуватися не тільки на рівні



керівників медичних закладів, а й на інших рівнях процесу надання медичної допомоги.

Повнота реалізації реформи у сфері охорони здоров'я та безпосередньо управлінського процесу обумовлена керівними кадрами. Таким чином, система відбору управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я повинна відбуватися враховуючи, що претенденти на управлінські посади повинні володіти сукупністю рис, котрі проявляються у низці формальних і неформальних положень. Це можливо здійснити шляхом планомірного і постійного процесу створення і використання кадрового резерву керівних кадрів сфери охорони здоров'я. Формування специфічних вимог до керівних кадрів сфери охорони здоров'я зумовлена тим, що управлінські технології медичних закладів є чутливими до зовнішнього середовища і підлягають постійному вдосконаленню, що вимагає відповідного фахового рівня менеджерів закладу охорони здоров'я.

### **3.2 Превентивні та проактивні заходи антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я**

Превентивні та проактивні заходи антикризового управління персоналом закладу охорони здоров'я повинні передбачати збереження ключових медичних працівників; формування дієвої команди для виведення медичного закладу з кризи, що складається з управлінців і безпосередньо медиків, котрі володіють знаннями й досвідом; створення сприятливого емоційного та психологічного клімату; забезпечення соціального захисту медичного персоналу закладу охорони здоров'я.

У цьому напрямку нами пропонуються наступні стратегії по виходу з кризи, котрі можуть бути застосовані щодо управління персоналом закладу охорони здоров'я. Їх опис наведено у змістовому наповненні таблиці 3.1.

Задля того, щоб подолати кризу, закладу охорони здоров'я слід приймати правильні заходи.

Таблиця 3.1

**Пропоновані антикризові стратегії управління персоналом закладу охорони здоров'я**

Розпорядні	<ul style="list-style-type: none"> <li>• вживання заходів відповідно до раніше затверджених планів;</li> <li>• внесення змін щодо короткострокової перспективи;</li> <li>• визнання абсолютного авторитету керівництва й довіри до менеджменту;</li> <li>• усвідомлення потреби в менеджерах, що володіють значною владою й ресурсами;</li> <li>• використання даної стратегії в найбільш важких кризових ситуаціях</li> </ul>
Командні	<ul style="list-style-type: none"> <li>• призначення менеджера ініціатором змін;</li> <li>• залучення співробітників організації до розробки заходів щодо виходу з кризи;</li> <li>• потреба в більш тривалому періоді для виходу з кризи порівняно з тим, що пропонують</li> </ul>
Обов'язкові	<ul style="list-style-type: none"> <li>• зміна психологічного ставлення співробітників до організації: вони повинні мати почуття відповідальності за пропоновані зміни та наслідки цих змін;</li> <li>• звертання до професійної допомоги при зміні поведінки співробітників або окремих колективів</li> </ul>
Аналітичні	<ul style="list-style-type: none"> <li>• формування команд по керуванню персоналом з консультантів, що складаються з фахівців;</li> <li>• прийняття рішень на основі знань і доступної інформації;</li> <li>• фокусування тільки на технічних аспектах розв'язків.</li> </ul>
Подієві	<ul style="list-style-type: none"> <li>• розширення повноважень співробітників у порівнянні з іншими стратегіями;</li> <li>• відсутність видимого тиску з боку керівного складу;</li> <li>• активна участь співробітників організації в процесі впровадження стратегії.</li> </ul>

Примітка. Складено на основі [41]

Підготовка до кризової ситуації передбачає, що керівництво закладу охорони здоров'я надає медичному персоналу необхідні знання, котрі допоможуть подолати їм певний складний період. Керівництво закладу охорони здоров'я має дбати про безпеку здоров'я і благополуччя медичного персоналу. Шляхом співпраці з іншими центрами відповідальності закладу охорони здоров'я керівництво закладу охорони здоров'я можуть вжити заходів в напрямку захисту медичних кадрів в усіх антикризових програмах та планах забезпечення безперервності надання медичних послуг на випадок непередбачених обставин.

Важливими, на наш погляд, є наступні заходи щодо виходу із кризи у сфері управління персоналом:

1. Формування плану щодо підготовки до кризових ситуацій, котрий повністю забезпечує врахування усіх ризики для медичного персоналу. Керівництву закладу охорони здоров'я слід тісно співпрацювати з ключовими співробітниками закладу охорони здоров'я задля виявлення потенційних проблем у його роботі. При виявленні

проблемної сфери слід визначити ресурсні можливості задля забезпечення безперервності надання медичних послуг.

Антикризове планування персоналом закладу охорони здоров'я має передбачати формування наступних планів, які значно актуалізуються під час воєнного стану:

- ліквідації надзвичайних ситуацій, включаючи евакуацію медичного персоналу й пацієнтів та надання надійного безпечного сховища;
- налагодження дієвої комунікації в умовах кризової ситуації між медичним персоналом і суспільством;
- забезпечення безперервності надання медичної допомоги, що містить інструменти щодо подолання ймовірних порушень у процесах надання медичної допомоги;
- у сфері інформаційних технологій слід передбачати відновлення інформації, програмного забезпечення й устаткування.

2. Утворення комісії щодо надзвичайних ситуацій закладу охорони здоров'я, відповідальної за формування алгоритмів по виходу з кризи на базі аналізу низки варіантів щодо вирішення криз та ситуацій. Така комісія має складатися з фахівців різних організаційних рівнів закладу охорони здоров'я.

Основними функціями учасників комісії щодо надзвичайних ситуацій повинні стати:

- директор закладу охорони здоров'я - координація антикризової діяльності;
- відділ кадрів - вирішення проблемних ситуацій, пов'язаних з персоналом;
- керівник служби безпеки - забезпечення безпеки внутрішньої інформації закладу охорони здоров'я;
- бухгалтер - управління фінансовими активами;
- юрист- надання юридичних консультацій.

3. Зосередження уваги на навчанні та отриманні інформації медичним персоналом. "Пункти входу і виходу, громадські зони в будівлях організації повинні бути чітко позначені. На стінах мають бути покажчики та інструкції на випадок надзвичайної ситуації. Документи співробітників

повинні бути продубльовані і зберігатися в спеціальній електронній базі даних або на окремому сервері і бути доступні в кризових ситуаціях. Навчання персоналу необхідно для забезпечення готовності на випадок виникнення надзвичайної ситуації та має проходити в умовах, максимально наближених до реальних" [12].

4. Планування фази відновлення. Посткризовий період є, як правило, досить складним для керівництва закладу охорони здоров'я, а тому вимагає подолання стресового стану й відновлення морального духу медичного персоналу. При цьому слід враховувати, що саме культура закладу охорони здоров'я створює емоційний первинний клімат для медичного персоналу. В окремих випадках потрібна допомога керівництва закладу охорони здоров'я, котре може виступати як посередник між медичним персоналом та його керівниками.

"Організації охорони здоров'я несуть збитки, як і будь-які інші організації у разі неефективного управління фондом оплати праці, а продуктивність праці робітників може зменшуватися за несправедливої чи непрозорої системи стимулювання та компенсацій. Такий розклад створює необхідність зміни системи, форми оплати праці та вдосконалення механізмів, інструментів мотивації та стимулювання праці медичного персоналу, тому варто підкреслити, що головним завданням керівника з управління є формування якісного механізму здійснення мотивації та стимулювання персоналу, оскільки саме він впливає на працівників, активізацію їх діяльності задля підвищення продуктивності та ефективності" [63].

Діяльність сфери охорони здоров'я слід організовувати, зосереджуючись першочергово на розвиток інновацій у цій сфері, удосконалюючи існуючі процеси надання медичних послуг, розробляючи і впроваджуючи проекти створення нових медичних проектів на основі інструментів проектного менеджменту (рис. 3.2).

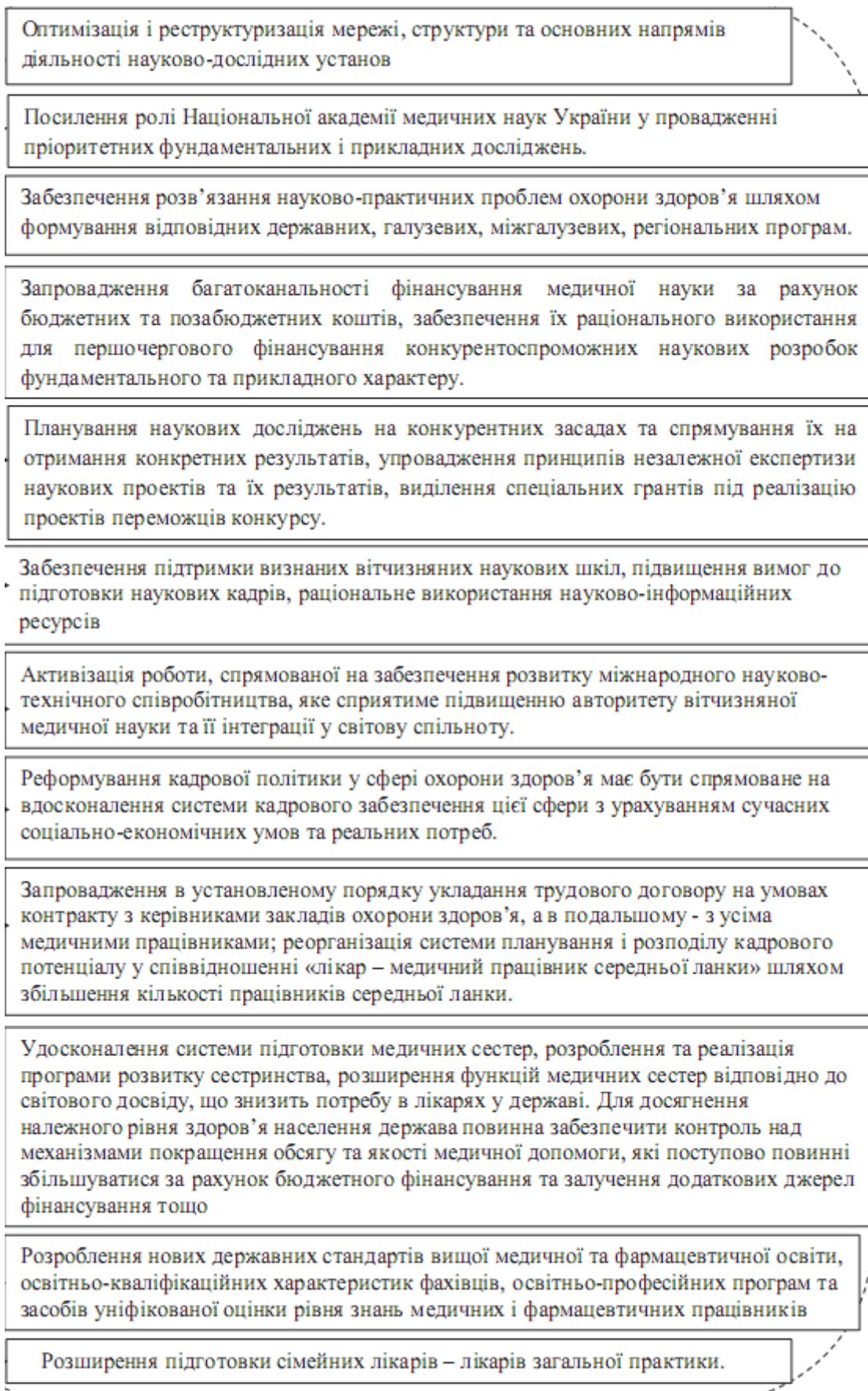


Рис. 3.2 Пропоновані превентивні та проактивні заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я

При цьому успіх антикризового управління персоналом медичного закладу прямо обумовлюється від спроможності цього закладу створити для цього стимулюючі внутрішні та зовнішні рамкові умови. Антикризове управління персоналом медичного закладу вимагає стратегічного планування та проектного управління, що дасть змогу швидко й адекватно реагувати на зовнішні та внутрішні відхилення.

В цілому застосування проактивних і превентивних заходів антикризового управління в закладах охорони здоров'я має бути націлене на вдосконалення системи кадрового забезпечення цієї сфери із врахуванням існуючих суспільних умов та реальних потреб населення в медичній допомозі; впровадження у законодавчому порядку укладення трудового договору на контрактних умовах з керівниками медичних закладів, а у перспективі - з всіма медичними працівниками; трансформацію системи планування та розподілу кадрового потенціалу медичного закладу в співвідношенні "лікар - медичний працівник середньої ланки" через суттєве збільшення кількості медичного персоналу середньої ланки; зміни ступеневої медичної й фармацевтичної освіти; реалізацію підготовки медичного персоналу за новими спеціальностями, зокрема економіст охорони здоров'я, менеджер охорони здоров'я; медичний психолог, клінічний фармацевт, спеціаліст по експлуатації медичної техніки, формування нових державних стандартів вищої фармацевтичної і медичної освіти і засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичного персоналу.

### Висновки до розділу 3

Важливою складовою антикризового управління медичним закладом повинен стати антикризовий менеджмент його персоналу. Антикризове управління персоналом закладу охорони здоров'я має відрізнятися від класичного менеджменту персоналу специфікою, що зумовлюється важкістю прийняття управлінських рішень в умовах агресивного середовища, обмеженості ресурсів, значної ціни помилок при прийнятті низки рішень закладом охорони здоров'я, а також об'єктивною складністю оцінки людського фактора у медичному закладі.

Зміни у закладі охорони здоров'я, що часто стають відповіддю на поширення кризових тенденцій, можуть стати запорукою виживання закладу охорони здоров'я в умовах війни та економічної кризи, водночас при цьому і здатні зашкодити мотивації медичних кадрів, їх лояльності, довірі до керівництва закладу охорони здоров'я, а як наслідок, до зростання плинності медичних кадрів, зокрема втрати фахових лікарів, погіршення загального психологічного клімату, зниження продуктивності діяльності. Це в свою чергу часто зумовлює ескалацію спротиву змінам та в кінцевому результаті тільки загострює кризові явища закладу охорони здоров'я.

Загалом початок превентивних антикризових заходів у медичній сфері у контексті його персоналу має розпочинатися на загальнодержавному рівні. У цьому напрямку вона має формуватися за вже визначеними організаційними підходами державної кадрової доктрини. Важливим напрямом удосконалення антикризового управління сферою охорони здоров'я є формування кадрових резервів управлінських кадрів й медичних працівників сфери охорони здоров'я. Існування кадрового резерву в сфері охорони здоров'я повинно стати нині пріоритетним методом реалізації публічних управлінських рішень.

## ВИСНОВКИ

Управляти закладом охорони здоров'я зі старим управлінським інструментарієм із кожним роком стає все складніше. Щоб заклад охорони здоров'я в цей надзвичайно складний час оптимально функціонував, слід вчасно реагувати на кризові чинники, зміну законодавства, норм, стандартів, а також необхідно застосовування раціонально побудованої системи антикризового управління. В межах процесу антикризового управління значна увага має приділятися антикризовим підходам, котрі дозволили б стабілізувати стан закладів охорони здоров'я, запобігти кризі чи вивести їх з кризового стану.

Основними чинниками в сфері охорони здоров'я, що зумовлюють кризи є на сьогодні – воєнні та постковідні виклики, несприйняття внутріорганізаційної системи менеджменту процесів реформування сфери охорони здоров'я; з боку пацієнтів - зростання вартості медичних послуг; недостатня кількість фахово підготовлених управлінських кадрів у медичній установі, існування проблем в контексті доступності медичної допомоги, зокрема у сільській місцевості; недостатня повнота реалізації заходів в напрямку профілактики захворювань; недостатність ресурсного забезпечення в сфері охорони здоров'я; наявність екологічних проблем; суттєве погіршення економічного стану, що зумовлює добробуту населення, а зниження життєвого рівня та має суттєвий вплив на систему охорони здоров'я.

Мета антикризового управління медичною установою полягає в підготовці фундаменту для наступного етапу розвитку й удосконалення діяльності медичного закладу шляхом збільшення оптимальності використання ресурсів, повноцінне функціонування закладу охорони здоров'я за допомогою своєчасного уникнення, попередження, нейтралізації усіх видів ризиків.



Антикризове управління діє на всі види діяльності медичного закладу, а також сприяє впровадженню інновацій, оновленню медичних технологій. Особливістю антикризового управління є реактивна дія на суттєві зміни екзогенного середовища на основі попередньо розробленої процедури різних варіантів прийняття рішень, які передбачають різні зміни у медичній сфері залежно від початкових умов та конкретної ситуації.

Створення системи антикризового управління в закладах охорони здоров'я повинно забезпечити досягнення двох ключових цілей - зниження й запобігання ризику виникнення кризи в закладі охорони здоров'я; зниження негативних проявів кризової ситуації та, можливо, їх швидка ліквідація.

Досягнення таких цілей потребує постійного збору, аналізу, обробки інформації, на базі якої реалізуються антикризові заходи. При цьому суттєво необхідним є передбачити виникнення симптоматики кризового розвитку, котрі можуть проявляються як в якісних так і кількісних показниках роботи персоналу закладу охорони здоров'я, так і в трендах щодо їх змін. Так, зокрема, аналіз індикаторів плинності медичного персоналу, продуктивності праці, рівня додержання трудової дисципліни, задоволеності професійною діяльністю, збільшення рівня конфліктності може свідчити про кризу персоналу закладу охорони здоров'я.

Антикризове управління персоналом охоплює не лише формальну організацію процесу управління з персоналом (відбір, підбір, планування, розстановка медичних кадрів), але й комплексу факторів морального, соціального, психологічного характеру. Управління персоналом в нестабільних умовах повинно врахувати цілу низку питань щодо адаптації медичного працівника до зовнішніх й внутрішніх умов функціонування і розвитку закладу охорони здоров'я. Ключову увагу необхідно приділяти аналізу мотивації медичних працівників, вмінню їх формувати і спрямовувати власні зусилля відповідно до завдань, що стоять перед закладом охорони здоров'я. Сюди ж варто віднести проблеми щодо

забезпечення безпеки медичних працівників та формування принципово нових підходів до пріоритету цінностей закладу охорони здоров'я.

Такий новий спектр завдань не може бути успішно вирішеним традиційними кадровими службами, тому у сучасних медичних закладах створюються нові системи управління персоналом.

Важливим векторальним напрямом системи антикризового управління персоналом в закладі охорони здоров'я є ефективне застосування кадрового маркетингу. Це забезпечується низкою способів, пошуком перспективних інтернів, яким надається можливість роботи в закладі охорони здоров'я, допомога в проходженні практики.

Сьогочасні зміни, які часто спричиняють кризові явища у медичному закладі, знаходять своє відображення в траєкторії індивідуальних систем цінностей медичних працівників. Їх ціннісні орієнтири та установки починають змінюватися під впливом таких змін, при цьому є неоднаковими в різних вікових групах. Неминучим в період війни в Україні є перегляд цінностей закладу охорони здоров'я, висунання більш значущих та інших в нових умовах, що і є передумовою формування нової антикризової кадрової політики закладу охорони здоров'я.

В сьогочасних умовах стійкість закладу охорони здоров'я визначається тим, наскільки воно активно реагує на будь-які зміни екзогенного середовища, наскільки чуйно вловлює вимоги пацієнтів та наскільки готова до постійних змін. В цих умовах слід формувати передумови т.зв. створення принципово нового типу медичного працівника - ініціативного, високофахового, схильного до інновацій, котрий прив'язує власні особисті цілі до цілей діяльності закладу охорони здоров'я.

Адміністративні методи управління медичними кадрами як правило закріплюються у статуті закладів охорони здоров'я, відповідних положеннях про заклад охорони здоров'я і його структурні підрозділи, посадових інструкціях медичних кадрів закладу охорони здоров'я та правилах внутрішнього трудового розпорядку.

У 2019 р. було вперше розмежовано відповідальність та повноваження в напрямку управління закладом охорони здоров'я, тобто менеджмент адміністративно-господарських питань покладається на директора, а менеджмент процесів надання медичної якісної допомоги реалізує медичний директор.

При цьому варто зазначити, що в посадових інструкціях тільки формально відображено питання кваліфікаційних й фахових вимог та компетенцій медичного персоналу, оскільки практикуються типові інструкції. Нормативні документи в контексті формування посадових інструкцій певною мірою обмежують перерозподіл функціоналу від лікарів до медичних сестер. На наш погляд, низка обов'язків окремих медичних працівників має бути розширена шляхом делегування їм професійних завдань, передбачених для різних груп посад, аналогічних за складністю, реалізація котрих не потребує іншого фаху або кваліфікації.

Негативний аспект нам з'ясовано те, що у закладах охорони здоров'я не практикується на регулярній основі оцінка соціального та психологічного стану медичних кадрів та загалом оцінка мотивації медичного персоналу.

Одна з основних причин відсутності оцінки діяльності медичних кадрів є обмеження системи збору інформації, необхідної задля оцінки таких показників. Переважає бальна експертна оцінка, що часто може бути досить суб'єктивною. В Україні поки що є відсутньою практика, коли результати оцінки діяльності медичних кадрів, зокрема в напрямку якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів, є компонентом публічної інформації конкретного закладу охорони здоров'я.

Важливою складовою антикризового управління медичним закладом повинен стати антикризовий менеджмент його персоналу. Антикризове управління персоналом закладу охорони здоров'я має відрізнятися від класичного менеджменту персоналу специфікою, що зумовлюється важкістю прийняття управлінських рішень в умовах агресивного

середовища, обмеженості ресурсів, значної ціни помилок при прийнятті низки рішень закладом охорони здоров'я, а також об'єктивною складністю оцінки людського фактора у медичному закладі.

Зміни у закладі охорони здоров'я, що часто стають відповіддю на поширення кризових тенденцій, можуть стати запорукою виживання закладу охорони здоров'я в умовах війни та економічної кризи, водночас при цьому і здатні зашкодити мотивації медичних кадрів, їх лояльності, довірі до керівництва закладу охорони здоров'я, а як наслідок, до зростання плинності медичних кадрів, зокрема втрати фахових лікарів, погіршення загального психологічного клімату, зниження продуктивності діяльності. Це в свою чергу часто зумовлює ескалацію спротиву змінам та в кінцевому результаті тільки загострює кризові явища закладу охорони здоров'я.

Загалом початок превентивних антикризових заходів у медичній сфері у контексті його персоналу має розпочинатися на загальнодержавному рівні. У цьому напрямку вона має формуватися за вже визначеними організаційними підходами державної кадрової доктрини. Важливим напрямом удосконалення антикризового управління сферою охорони здоров'я є формування кадрових резервів управлінських кадрів й медичних працівників сфери охорони здоров'я. Існування кадрового резерву в сфері охорони здоров'я повинно стати нині пріоритетним методом реалізації публічних управлінських рішень.

