

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет економіки та управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ЯКИМЧУК Іван Миколайович

Ідентифікація та нівелювання кризових ситуацій в роботі
закладу охорони здоров'я

спеціальність 073 "Менеджмент"
освітня програма - "Менеджмент закладів охорони здоров'я"

Кваліфікаційна робота за ступенем вищої освіти «Магістр»

Виконав студент групи МЗОЗм - 21

Іван Якимчук

підпис

Науковий керівник:

д.е.н., проф. Алла Мельник

підпис

Кваліфікаційну роботу допущено до
захисту:

«___»_____ 2023 р.

Зав. кафедри, д.е.н., професор

Михайло ШКІЛЬНЯК

прізвище, ініціали

підпис

Тернопіль – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ МЕНЕДЖМЕНТУ УСУНЕННЯ КРИЗОВИХ ЯВИЩ В РОБОТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1 Суть та значення ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я	6
1.2 Кризові явища та процеси в системі охорони здоров'я як передумова її реформування	14
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2. ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ТА УСУНЕННЯ КРИЗОВИХ ЯВИЩ В РОБОТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	21
2.1 Ідентифікація кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні	21
2.2 Діагностика кризових явищ у фінансовому забезпеченні закладу охорони здоров'я	28
2.3 Аналіз потенційного настання кризових явищ в діяльності регіонального ринку медичних послуг та приватного медичного закладу	34
Висновки до розділу 2	40
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ ІДЕНТИФІКАЦІЄЮ ТА УСУНЕННЯМ КРИЗОВИХ ЯВИЩ В РОБОТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	42
3.1 Зменшення ризиків настання кризових явищ в діяльності закладу охорони здоров'я під час воєнного стану	42
3.2 Удосконалення електронної системи охорони здоров'я як інформаційного запобіжника кризових явищ	48
Висновки до розділу 3	55
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61

ВСТУП

Актуальність проблеми. Виклики, що виникають внаслідок військової агресії та минулої пандемії, значно поглиблюють кризові явища в організаціях і призводять до ряду проблем і у функціонуванні медичних установ. Це створює необхідність впровадження процедур ідентифікації та подолання кризових ситуацій як нового підходу до управління установами охорони здоров'я.

На сьогоднішній день кризові ситуації характеризуються як загальними, так і специфічними рисами та аспектами, що ускладнює застосування однакового алгоритму для виходу з кризи. Така реальність обґрунтовує необхідність створення ефективної системи антикризової діагностики. Особливо актуальним є питання діагностики кризових станів та ймовірності банкрутства для управлінців приватних медичних закладів, які стали новим явищем у вітчизняній медичній сфері.

Сучасні моделі ідентифікації та нівелювання кризових явищ базуються на комплексному та обґрунтованому прогнозуванні появи кризових ситуацій, їх розвитку, можливостях керування їхнім перебігом, пом'якшенні їхніх наслідків та виході з кризи. В умовах суспільної нестабільності, ідентифікація та нівелювання кризових явищ стає складовою частиною комплексного управління закладом охорони здоров'я, так і стратегічним інструментом формування його антикризового механізму, що визначає актуальність проведення подібних досліджень.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Тематика управління закладами охорони здоров'я в останні роки стала в колі наукової уваги низки вітчизняних вчених, зокрема Авраменко Т. [1], Андрусів У.[2], БаєваО. [51], Барзилович А.[3], Вежновець Т. [7], Володіна Ю. [8], Данько В. [10], Іващенко О. [16], Кривокульська Н. [21], Мартинюк О. [22,23], Самойлик Ю.[42], Семчук І.[44], Чебан В.[53] та інших.

Мета кваліфікаційної роботи – дослідження теоретичних та прикладних засад реалізації механізму ідентифікації та нівелювання

кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я з метою вироблення шляхів його удосконалення.

Задля реалізації мети дослідження нами визначені наступні **завдання**:

- визначити суть та значення ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я,
- розглянути кризові явища та процеси в системі охорони здоров'я як детермінанти і передумови її реформування,
- ідентифікувати кризові явища в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні,
- провести діагностику кризових явищ у фінансовому забезпеченні закладу охорони здоров'я,
- провести аналіз потенційного настання кризових явищ в діяльності приватного медичного закладу,
- запропонувати шляхи зменшення ризиків настання кризових явищ в діяльності закладу охорони здоров'я під час воєнного стану,
- означити шляхи удосконалення електронної системи охорони здоров'я як інформаційного запобіжника кризових явищ.

Об'єкт дослідження – кризові явища в діяльності закладу охорони здоров'я.

Предметом кваліфікаційної роботи є управлінські підходи, інструменти та методи ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я у розрізі різних функціональних сфер його діяльності.

Методи дослідження. Задля виконання завдань і мети кваліфікаційної роботи нами була використана низка наукових прийомів та методів, зокрема дедукції – для обґрунтування суті та значення ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я (§ 1.1), узагальнення - для ідентифікування кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні (§ 1.2), синтезу – для проведення діагностики кризових явищ у фінансовому забезпеченні закладу охорони здоров'я (§ 2.2),

аналізу, системного підходу – для аналізу потенційного настання банкрутства в діяльності приватного медичного закладу (§ 2.3), діагностики – для виявлення шляхів зменшення ризиків настання кризових явищ в діяльності закладу охорони здоров'я під час воєнного стану (§ 3.1), моделювання – для вироблення шляхів удосконалення електронної системи охорони здоров'я як інформаційного запобіжника кризових явищ.

Практична значущість кваліфікаційної роботи полягає у розробці практикоорієнтованих заходів, спрямованих на удосконалення інструментарію ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ
МЕНЕДЖМЕНТУ УСУНЕННЯ КРИЗОВИХ ЯВИЩ В РОБОТІ
ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**1.1 Суть та значення ідентифікації та нівелювання кризових явищ
в роботі закладу охорони здоров'я**

Сфера охорони здоров'я є фундаментом забезпечення здорового та належного рівня життя громадян будь-якої країни. Здоров'я громадянина у світі, як відомо, визнається надзвичайно значущим, бо саме цей показник входить першим до індексу людського розвитку – інтегрального показника рівня суспільного розвитку певної країни та надчутливого показника ефективності публічного управління. Саме тому сфера охорони здоров'я є однією з окремих найважливіших державних функцій.

"Система охорони здоров'я в Україні – це комплексна галузь, яка повинна ґрунтуватися на принципах ефективної взаємодії багатьох центральних органів влади на рівні Міністерств охорони здоров'я, фінансів, економіки, праці та соціальної політики, освіти і науки, з питань надзвичайних ситуацій та інших міністерств та відомств. Недоліки існуючої системи охорони здоров'я, кардинальні зміни у соціально-економічній сфері, незадовільна екологічна ситуація, критична демографічна ситуація і незадовільний стан здоров'я населення вимагають нагального вирішення актуальних проблем галузі, удосконалення організації і поліпшення її діяльності" [24].

Сьогодні в надскладних умовах воєнного стану та подальшого проведення медичної реформи значно актуалізується питання створення сучасної моделі антикризового управління закладами охорони здоров'я. Проведення якісної ідентифікації та нівелювання кризових явищ є дуже важливим як для державних і комунальних, так й для приватних медичних установ.

Нинішні процеси щодо модернізації менеджменту та загалом системи публічного управління закладами охорони здоров'я націлені на впровадження наукових підходів управління, зокрема:

- менеджменту інновацій;
- методу збалансування інтересів усіх стейкхолдерів;
- маркетингових клієнтоорієнтованих підходів;
- системного підходу та програмного моделювання;
- принципів людиноцентричної моделі надання медичних послуг;
- інклюзивного підходу;
- забезпечення конкурентоспроможності.

Таким чином, актуалізуються аспекти є формування високофахового управлінського потенціалу, котрий:

- з одного боку формуватиме та стане гарантією повноцінного функціонування закладів охорони здоров'я;
- з другого - буде ключовим фактором в нових умовах медичної реформи забезпечення громадян високоякісними й доступними медичними послугами.

Загалом особливості управління закладами охорони здоров'я обумовлені тим, що така специфічна сфера діяльності як охорона здоров'я, досить різниться від інших сфер, що зумовлює і специфіку управління нею. Головними принципами управління закладами охорони здоров'я є принципи правничої відповідальності, системності, зокрема системного фахового розвитку компетентностей медичного персоналу згідно до змінюваних тенденцій в зовнішньому та внутрішньому оточенні закладів охорони здоров'я.

У цьому напрямку, зокрема щодо подальшої ідентифікації та нівелювання кризових явищ є необхідним врахування потреб пацієнтів як споживачів медичних послуг; кон'юнктурні тенденції ринку медичних послуг, медтехніки та ліків, інтереси стейкхолдерів, вектори політики органів публічного управління у медичній сфері та загалом потреби суспільства.

Війна в Україні суттєво збільшила існуючі проблеми медичної сфери, значно погіршила доступність і якість щодо надання медичних послуг населенню, зокрема:

- війна збільшила навантаження на заклади охорони здоров'я;
- внаслідок зростання цін на харчі, ліки, енергоносії суттєво збільшилися сукупні витрати на утримання закладів охорони здоров'я;
- зростання собівартості надання всього спектру медичних послуг наклалося одночасне зuboжіння більшості населення,
- швидко (на наш погляд) введені нові умови одержання фінансування згідно 2-го етапу медичної реформи й брак управлінських знань головних лікарів закладів охорони здоров'я зумовили невчасність щодо підписання угод та продовження ліцензій на надання медичних послуг низкою закладів охорони здоров'я.

Отже, посилення кризових явищ управління закладами охорони здоров'я за останні роки, здебільше зумовлена за рахунок поєднання 3-х об'єктивних чинників невизначеності:

- війною в Україні,
- колізійністю та не завершенням медичної реформи,
- минулою пандемією COVID.

Керівники всіх рівнів закладів охорони здоров'я опинилися в проблемній ситуації щодо необхідності зміни векторів стратегії управління своїх закладів охорони здоров'я. При цьому зазначимо, що невідповідність означеної стратегії управління закладами охорони здоров'я до умов невизначеності зовнішнього середовища їх функціонування значно збільшує рівень тривожності пацієнтів і медперсоналу та активізує дію ризику щодо втрати якості надання медичних послуг пацієнтам.

Це зумовлює необхідність впровадження підходів ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я в загальну систему менеджменту медичних установ. В закладах охорони здоров'я об'єктом ідентифікації та нівелювання кризових явищ виступають кризові

події, фактори їх виникнення, масштаби реальних та потенційних негативних наслідків та методи їх усунення та, власне, запобігання кризі.

Першочерговим завданням ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я є правильне прийняття управлінських рішень щодо застосування заходів задля мінімізації витрат та негативного впливу кризових явищ, а також – реалізації заходів з її нівелювання.

Зазначимо, що ідентифікація та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я використовує ті ж функції, що передбачені в менеджменті інших організацій. Однак кожній функції закладу охорони здоров'я додається певна специфіка, зокрема:

- процеси планування шляхом формулювання цілей закладу охорони здоров'я та їх зміни в контексті реалізації антикризових стратегій та програм із одночасним врахуванням необхідних ресурсів для нівелювання кризових проявів. Тут актуальними є оперативна система щодо прийняття управлінських рішень та комплексне тактичне планування із врахуванням особливостей поточної ситуації,

- організація шляхом формування т. зв. антикризового штабу, котрий координує дії для проведення антикризових заходів й потоки ресурсів,

- мотивація через побудову певних заохочень задля активізації усього медичного персоналу щодо подолання кризових проявів,

- контроль через формування індикаторів контролю за ходом реалізації антикризових заходів.

Ідентифікація та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я охоплює такі види досліджень як експрес-діагностика, моніторинг та фундаментальна діагностика. Експрес-діагностика як правило дає наочні індикатори оцінки рівня стабільності медичного закладу. Задля раннього виявлення ознак кризи медичні заклади переважно використовують

моніторинг. Фундаментальна ж діагностика всебічно оцінює симптоми, фактори та причини, силу впливу кризи.

Аналіз наукових досліджень демонструє, що функції ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я в основному класифікують за декількома групами, такими як основні, специфічні та зв'язуючі (див. рис .1.1).

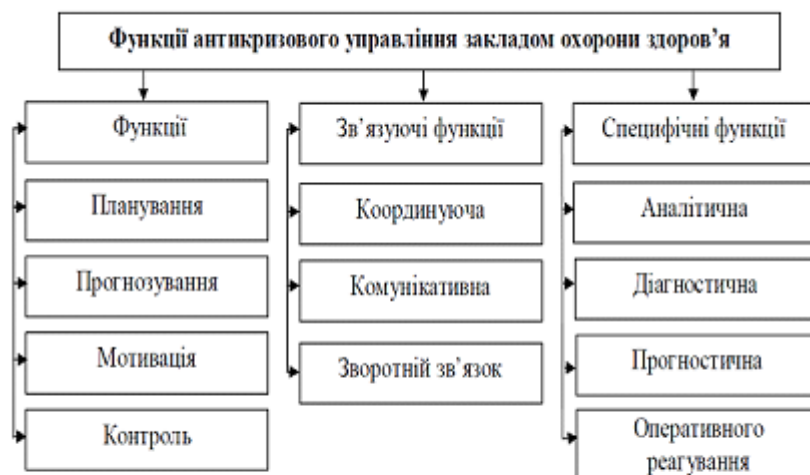


Рис. 1.1. Комплекс функцій ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я

Складено самостійно на основі [7]

Отож, запровадження ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я має на меті щодо стратегічного бачення розв'язати низку проблем, які нагромадилися в медичній сфері.

Дослідження останніх публікацій вітчизняних учених дозволяє нам виокремити проблеми в управлінні вітчизняними закладами охорони здоров'я, які загострила війна:

- остаточне не завершення 1-го етапу реформи зумовило недостатню розмежованість між рівнями надання медичної допомоги;
- відсутність законодавчо визначених чітких кількісних параметрів потреб в наданні медичних послуг, медичних кадрах й інших ключових ресурсах;

- поява значної кількості різних джерел фінансування медичної допомоги;

- неготовність закладів охорони здоров'я до управління перманентними змінами, оскільки появились додаткові фінансові ризики й фінансові витрати через зміну характеру хвороб пацієнтів (часті ампутації, кантузії), зміну парадигми фінансування (волонтерська, міжнародна допомога), часта зміна постачальників медичних виробів й лікарських засобів); недостатнє володіння керівниками закладів охорони здоров'я компетенціями у сфері менеджменту;

- не сформовані нові механізми управління внутріорганізаційним кліматом закладів охорони здоров'я. На сьогодні внутріорганізаційний клімат закладів охорони здоров'я значно погіршується через фізичне та емоційне виснаження, стрес внаслідок війни, втому, відсутність звичної професійної практики, стрес від догляду за покаліченими воїнами,

- відсутність інституційного розподілу регуляторних функцій щодо управління якістю медичних послуг пацієнтам.

Власне, ці фактори посилюють вплив кризових явищ на роботу закладів охорони здоров'я. Отже, кожний медичний заклад охорони має розробити план ідентифікації та нівелювання кризових явищ. Такий підхід передбачає комплексну антикризову діагностику, що дає головним лікарям своєчасну й достовірну інформацію задля прийняття виважених управлінських рішень.

Базисом для ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я є стратегія розвитку конкретного закладу охорони здоров'я. Центральною розбіжністю плану ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я є те, що він спрямований на комплексне управління змінами, а не просто констатує параметри досягнення в діяльності медичного закладу. Таким чином, він є дієвим інструментом реалізації антикризового управління медичного закладу.

Процес ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я здійснюється в чотири етапи, що показано на рисунку (рис. 1.2).

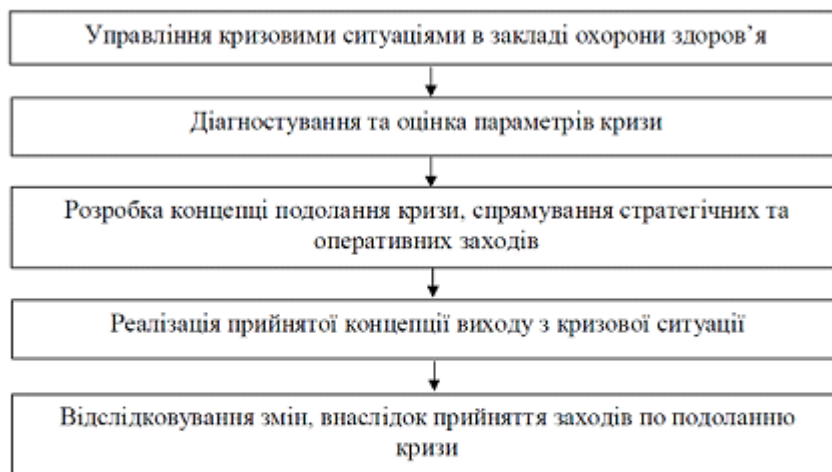


Рис. 1.2. Алгоритм ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я в закладі охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [13]

Ідентифікація та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я передбачає втілення системи аналітичних процедур:

- виявлення сигналів настання кризової ситуації та відхилень в діяльності закладу охорони здоров'я;
- моніторинг внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я задля вчасного розпізнавання ймовірності настання кризи;
- прогнозування масштабів, варіантів протікання й причинно-наслідкових зв'язків розвитку кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я;
- виявлення чинників кризи та оцінювання їх сили впливу;
- встановлення взаємозв'язків та динаміки кризових явищ.

Часто реалізація процесу ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я передбачає досить суворі управлінські рішення спрямовані на ліквідацію певних відділів; скорочення певних

штатних працівників чи навпаки розширення штату, залучення додаткових ресурсів чи зменшення витрат.

Певним запобіжником кризових явищ в діяльності є те, що сьогодні Міністерство охорони здоров'я видозмінило систему фінансування надання медичних послуг. Певною мірою це зорієнтувало функцію планування закладів охорони здоров'я охорони здоров'я на пацієнта, однак при цьому є низка т.зв. підводних каменів, котрі проявляються у тому, що:

- "після реорганізації неефективний керівник може залишити стару тарифну сітку, оплату за категорію та стаж - тобто, держава не може впливати систему мотивації лікарів;

- більшість обласних департаментів охорони здоров'я стягають із закладів надлишкову звітність і систематично принижують керівників

- медичних закладів за невиконання фейкових нормативів, адже чесної статистики в українській медицині майже немає;

- більшість медичного персоналу пройшла професійну соціалізацію в цінностях старої системи;

- головні лікарі - радше адміністратори, а не менеджери, бо ніколи не управляли насправді автономним закладом" [18].

Таким чином, необхідним є оновлення напрямків розвитку закладів охорони здоров'я із урахуванням кращих практик функціонування організацій в час невизначеності, зокрема:

- "впровадження інструментів з управління якістю медичної допомоги, посилення нових запобіжних заходів безпеки пацієнтів та персоналу. Це ефективно у кризових ситуаціях разом з технікою осмислення;

- вибір нових ідей управління (як-то "смиренне" лідерство) та навчання в реальному часі дозволяє приймати правильні рішення, коли ресурси обмежені;

- навчання медичних команд ключовим практикам як спільне усвідомлення ситуації та неформальне спілкування покращує адаптацію до динамічних ситуацій;

- фокус на зусиллях, що стосуються психологічної безпеки та додаткового стресу. Керівникам медичного закладу усіх рівнів варто не лише навчатись вчасно визначати ранні ознаки психологічного стресу співробітників, але й поліпшувати доступ до психологічних консультацій та інших форм підтримки.

- медичні заклади, які публічно діляться своїми результатами та планами стосовно якості медичної допомоги з пацієнтами та їхніми сім'ями, викликають довіру і повагу" [22].

Отже, нинішній етап розвитку сфери охорони здоров'я вимагає активного застосування методів і підходів щодо ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я. При цьому базисом має лишатися така якісне надання медичних послуг та забезпечення здоров'я населення.

1.2 Кризові явища та процеси в системі охорони здоров'я як передумова її реформування

Ефективне функціонування медичної системи є не можливим без інституційного забезпечення та реформування. Діяльність публічного сектору в цій сфері має бути націлена на реалізацію низки цілей: забезпечення загального безперервного доступу пацієнтів до надання медичних послуг за рахунок публічних коштів; покращення здоров'я суспільства; зростання якості медичних послуг; формування фінансової рівноваги в публічній сфері охорони здоров'я; розвиток конкурентного й сучасного сектору надання медичних послуг.

При цьому повинен бути сформований інституційний базис управління системою охорони здоров'я, націлений на здійснення публічної політики в сфері охорони здоров'я та методичні підходи задля моніторингу еволюції розвитку цієї сфери.

Нині в Україні охорона здоров'я зазнає низку реформувань, які стосуються як використання існуючих ресурсів, так і системи надання медичної допомоги. В Україні впродовж останніх років чітко простежується тенденція до підвищення ролі недержавних суб'єктів медичних послуг, що обумовлює відхід від монополізації їх надання публічним сектором до становлення ринків медичних послуг з усіма характерними ринковим відносинам ознаками.

Такі процеси відбуваються на тлі відмови від моделі Семашко, початку медичної реформи, трансформації управління фінансовими ресурсами сфери охорони здоров'я та водночас процесами децентралізації. Однак нинішня система охорони здоров'я України ще не наповнена потрібним потенціалом щодо новітніх механізмів управління та мало адаптована до реальних умов функціонування закладів охорони здоров'я.

Навіть враховуючи конкретні кроки, що здійснюються у напрямку реформування медичної системи, мають місце певні суперечності його інституційного забезпечення.

В Україні майже до початку 2018 р. була характерна командно-адміністративна модель системи охорони здоров'я, коли медичні заклади в переважній більшості були бюджетними, тобто перебували або в власності держави чи власності територіальної громади. Їх доходи та витрати затверджувалися органами влади, в власності котрих вони перебували, однак враховуючи обмеженість ресурсів чи певні інтереси їх розпорядників, пацієнти й їх якісне обслуговування були не першочерговими.

Враховуючи це, у 2016 р. Кабінет Міністрів України прийняв рішення про реформу фінансування сфери охорони здоров'я, згідно якої зміна системи охорони здоров'я передбачає певні якісні зміни управління всією медичною сферою, повне забезпечення її ресурсами, зміну фінансування й процесу надання медичних послуг.

В процесі реформування певною мірою була забезпечена автономізація постачальників медичних послуг шляхом надання їм достатнього рівня як фінансової, так і управлінської самостійності, потрібної задля одержання права укладання контрактів і незалежності від інших суб'єктів сфери охорони здоров'я координувати власну роботу задля досягнення визначених контрактами результатів.

Впровадження принципу що гроші повинні ходити за пацієнтом передбачало зміну фінансування постатейних видатків державних та комунальних медичних закладів до сплати за результатами діяльності закладів охорони здоров'я як самостійних суб'єктів діяльності, тобто до сплати за фактично надані ними медичні послуги.

Такий же принцип адаптований в процес регулювання відносин з аптеками, які по суті є постачальниками виписаних лікарями медичних засобів і часто входять до гарантованого державою пакета медичної допомоги.

Під час реформування медичної сфери враховуючи кризові сигнали щодо інформаційного забезпечення, відбувається розбудова новітньої системи менеджменту медичної інформації шляхом формування інформаційної бази щодо медичних та економічних параметрів надання медичних послуг на рівні окремого закладу охорони здоров'я, а також про історію лікування окремих пацієнтів, що стають в основі укладення контрактів, загалом фінансового планування та моніторингу використання гарантованого державою пакета медичної допомоги і його вартісного еквіваленту.

Враховуючи виклики сьогодення, існуючі кризові прояви реформування медичної сфери націлюється на:

- скорочення безпосередніх платежів громадянами щодо оплати як медичних послуг так і лікарських засобів, зменшенню рівня хабарів;
- появі конкуренції серед постачальників медичних послуг усіх форм власності в сегменті медичних послуг;

- активне зростання ринку праці медичного персоналу, підвищення рівня оплати їх фахової діяльності;
- посилення спроможності публічного сектору забезпечувати захист громадян у випадку непрацездатності і хвороб;
- - справедливому ефективному розподілу фінансових та інших видів ресурсів в сфері охорони здоров'я;
- - забезпечення кількісних параметрів мережі медичних закладів відповідно до реальних потреб громадян в медичних послугах;
- зростання рівня якості надання медичних послуг , їх фінансової та фізичної та доступності;
- забезпечення дії принципу вільного вибору для всіх стейкхолдерів сфери охорони здоров'я;
- формування рівних умов для інтеграції приватного сектору у сферу охорони здоров'я;
- зростання рівня прозорості та підзвітності в напрямку використання бюджетних коштів на заклади охорони здоров'я.

Нині в Україні згідно окреслених завдань, реформа охорони здоров'я вже має певні результати. Зокрема, відбулися інституційні зміни, серед варто зазначити:

- перехід до закупівель медичних послуг на договірних засадах;
- забезпечення певної автономізації постачальників медичних послуг шляхом набуття переважної більшості із них статусу т. зв. некомерційних медичних підприємств;
- формування електронної системи охорони здоров'я шляхом запровадження державної програми e-Health як комплексу інформаційних сервісів в напрямку систематизації всього спектру медичної інформації);
- значно вдосконалено механізм державного регулювання цін на лікарські препарати та значно розширено спектр захворювань на які розповсюджується механізм реімбурсації шляхом повного чи часткового відшкодування їх вартості ліків,

- створення спеціального центрального органу виконавчої влади (Національної служби здоров'я України) як єдиного замовника спектру медичних послуг для населення;
- затвердження гарантованого державою пакета медичної допомоги шляхом консолідації бюджетних коштів для фінансування визначених державних гарантій.

У другій половині 2020 р. почався 2-ий етап реформи охорони здоров'я, що проявляється через укладення договорів районними, міськими, обласними лікарнями з Національною службою здоров'я України за загальнодержавною програмою медичних гарантій.

У напрямку превентивного усунення кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я під час цього етапу відбувається:

- формування необмеженого числа суб'єктів на ринку медичних послуг;
- створення можливості рівного доступу як приватних, так і комунальних й державних закладів охорони здоров'я до наявних ресурсів в медичній сфері, тобто лікарських препаратів, медичного обладнання, залучення робочої сили;
- постійна зміна форм власності в сфері охорони здоров'я шляхом активного розвитку приватного підприємництва в медичній сфері та утвердження комунальної власності медичних установ через паралельні процеси децентралізації;
- поступове чітке встановлення інституційних меж функціонування ринку медичних послуг;
- забезпечення для кожного стейкхолдера медичної системи (медичні заклади, державні органи центральної, місцевої влади, пацієнти) транспарентної і повної інформації щодо попиту, цін, спектру пропозицій медичних послуг.

Однак в аспекті такої тематики нами та рядом науковців зауважується наступне. "Очевидною є необхідність створення гармонійного та наскрізного,

взаємопов'язаного законодавства у царині громадського здоров'я, яке б дозволило забезпечувати умови для збереження та зміцнення здоров'я, орієнтованого на превентивні заходи, а не боротьбу з уже існуючими шкідливими впливами, а тим паче регулювати їх допустимі рівні" [22].

Певною мірою спроби реформування в Україні медичної системи призвели до певних суперечливих результатів. Разом з позитивними змінами проявилось низка непередбачуваних наслідків зумовлених незавершеністю законодавства; нерозвиненістю інфраструктури; не досконалим нормативно-методичним і ресурсним забезпеченням; певним опором змінам з боку закладів охорони здоров'я під впливом стереотипів поведінки, звичок.

Тому подальше управління реформуванням медичної сфери задля нівелювання реальних та потенційних криз за допомогою інституційних реформ зумовлюють необхідність зміни поведінки закладів охорони здоров'я та формуванням нових правил їх функціонування.

Висновки до розділу 1

Сьогодні в надскладних умовах воєнного стану та подальшого проведення медичної реформи значно актуалізується питання створення сучасної моделі антикризового управління закладами охорони здоров'я. Проведення якісної ідентифікації та нівелювання кризових явищ є дуже важливим як для державних і комунальних, так й для приватних медичних установ.

Війна в Україні суттєво збільшила існуючі проблеми медичної сфери, значно погіршила доступність і якість щодо надання медичних послуг населенню, зокрема:

– війна збільшила навантаження на заклади охорони здоров'я;

- внаслідок зростання цін на харчі, ліки, енергоносії суттєво збільшилися сукупні витрати на утримання закладів охорони здоров'я;
- зростання собівартості надання всього спектру медичних послуг наклалося одночасне зубожіння більшості населенняПершочерговим завданням ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я є правильне прийняття управлінських рішень щодо застосування заходів задля мінімізації витрат та негативного впливу кризових явищ, а також – реалізації заходів з її нівелювання.

Певним запобіжником кризових явищ в діяльності є те, що сьогодні Міністерство охорони здоров'я видозмінило систему фінансування надання медичних послуг. Певною мірою це зорієнтувало функцію планування закладів охорони здоров'я охорони здоров'я на пацієнта

Певною мірою спроби реформування в Україні медичної системи призвели до певних суперечливих результатів. Разом з позитивними змінами проявилось низка непередбачуваних наслідків зумовлених незавершеністю законодавства; нерозвиненістю інфраструктури; не досконалим нормативно-методичним і ресурсним забезпеченням; певним опором змінам з боку закладів охорони здоров'я під впливом стереотипів поведінки, звичок.

РОЗДІЛ 2. ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ТА УСУНЕННЯ КРИЗОВИХ ЯВИЩ В РОБОТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Ідентифікація кризових явищ в роботі закладу охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні

Попри активну зміну організаційно-правової форми закладів охорони здоров'я очевидним на тлі війни в Україні є недостатня готовність багатьох медичних закладів до діяльності в новому статусі, бо саме функціонування нами у формі повноцінного суб'єкта господарювання вимагає створення відповідного організаційного забезпечення - господарських служб, бухгалтерії, часто планово-фінансових структурних підрозділів та водночас передбачає самофінансування.

Окрім того, заклади охорони здоров'я, які одержали статус суб'єктів господарювання, не зможуть апріорі функціонувати за умови відсутності закупівлі в них медичних послуг. Тобто навіть якщо вони будуть утримуватися за допомогою місцевих бюджетів, цього буде не достатньо, враховуючи значні витрати на оплату комунальних платежів та оплати праці медичного персоналу.

Таким чином, на сьогодні значно зростають ризики для медичного персоналу, наприклад щодо неможливості одержання гідної оплати праці, бо одержавши статус комунального закладу охорони здоров'я, держава вже не встановлює рівень заробітної плати медичного персоналу, оскільки сам медичний заклад обирає схему, за якою буде нараховувати заробітна плата медичним працівникам. У цьому контексті варто зазначити, що на сьогодні інституційні вимоги щодо колективних договорів про нарахування заробітної плати з мінімально визначеними гарантіями саме лікарів не законодавчо встановлені.

Ці виклики значно посилюються проблемою відтоку медичних кадрів. "За перші два місяці війни з України емігрували 4 млн людей (з них 1,8 млн

дітей), а внутрішніми переселенцями стало близько 7 млн людей (з них 2,5 млн дітей)" [14].

Це створило актуальні та нагальні виклики в напрямку подальшої організації надання медичних послуг. Зокрема внаслідок того, що самі лікарі, а в окремих випадках й управлінський персонал медичних закладів, евакуювався в безпечніші куточки нашої держави чи за кордон, або був мобілізованим, виникла криза надання медичної допомоги громадянам як в прифронтових громадах, так і в громадах, де до сих пір існує значна концентрація тимчасово переміщених осіб.

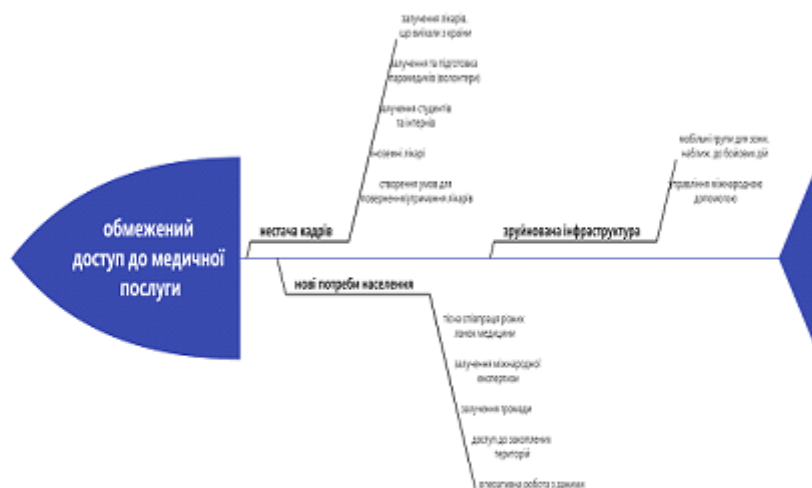


Рис. 2.1 Основні виклики в медичній сфері, спричинені війною в Україні
Примітка. Складено на основі [20]

З іншої сторони "в умовах, коли вертикальні зв'язки у системі були порушені або відсутні, ініціативні директори закладів мали необхідне правове поле, щоб самостійно ухвалювати рішення про тимчасову релокацію відділень, евакуацію пацієнтів, залучення гуманітарної допомоги та фахівців тощо. У березні МОЗ запровадило спрощений__доступ внутрішньо переміщених українців до первинної медичної допомоги. Людина зі статусом внутрішньо переміщеної особи отримала право потрапити до лікаря

незалежно від місця перебування та без подання нової декларації про вибір лікаря" [20].

Значний кризовий стан внаслідок війни демонструє інфраструктура медичної сфери. "Станом на лютий 2023 року, від початку вторгнення росіяни повністю зруйнували в Україні майже 200 медичних закладів, 1218 закладів зазнали пошкоджень. Зокрема, 540 лікарень зруйновані частково, 173 – повністю, також пошкоджено 593 аптеки. Загинуло щонайменше 98 осіб і 134 – зазнали поранень, з них приблизно 18 загиблих медичних працівників і 56 серйозно поранених. Згідно з останніми підрахунками Міністерства економіки та KSE Institute, станом на грудень 2022 року сума прямих задокументованих збитків, завданих інфраструктурі України через повномасштабне вторгнення, сягнула \$137,8 млрд (за вартістю заміщення), прямі збитки від руйнування чи пошкодження об'єктів охорони здоров'я становлять \$1,7 млрд. За оцінками МОЗ, для відбудови СОЗ Україні знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро" [28].

Ще одним проявом кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні є те, що переміщені в межах країни громадяни уникають сталості на місці тимчасового перебування, що зумовлює певні патерни їх поведінки. Зокрема медичні працівники часто уникають офіційного працевлаштування на новому місці проживання, а громадяни не завжди хочуть передекларувати медичні співпрацю з новим сімейним лікарем.

При цьому варто зазначити, що більшість потреб громадян під час війни залишається в колі впливу сімейної медицини, при цьому попит на такі послуги значно збільшується на безпечних територіях України, а на прифронтових територіях йде зміна характеру медичних послуг, зокрема значно зростає попит на допомогу через кризові психологічні стани, при пораненнях.

На сьогодні вже є очевидною наступний прояв кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні - на прифронтових

територіях виникає значний дефіцит фахової медичної робочої сили, зокрема лікарів, медсестер та відповідного адміністративного персоналу.

Ще одним проявом кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні є те, що існуючі форми організації надання первинної медичної допомоги є недостатньо гнучкими задля ефективного реагування на потреби громадян, пов'язані з наслідками війни.

Тривожним сигналом є і те, що до сих пір інституційно міжнародна допомога є недостатньо інтегрованою в поточну роботу окремих закладів охорони здоров'я.

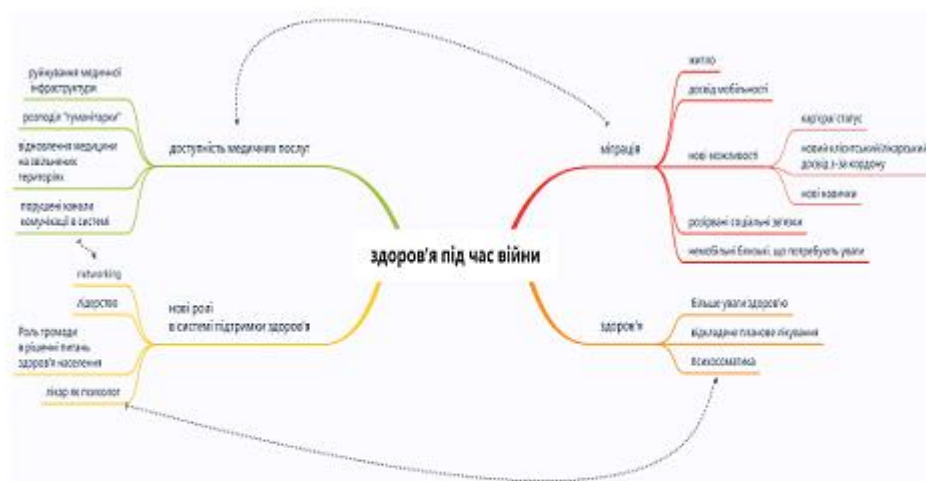


Рис. 2.1 Основні прояви кризових явищ в сфері охорони здоров'я, спричинених війною в Україні

Примітка. Складено на основі [28]

Низка міжнародних експертів зазначає як найзначніший виклик для настанні серйозних кризових явищ довгострокову нестачу медичного персоналу через значну міграцію медичних кадрів. При цьому варто зазначити думку і наших урядовців, котрі вважають, що "вітчизняна система охорони здоров'я була побудована з надлишком міцності, зокрема й з точки зору людських ресурсів, що дозволило їй не відчувати значного браку людських ресурсів під час кризи" [28].

За нашим узагальненням, через міграцію внаслідок війни на сьогодні сформовано декілька груп медичних:

- медичний персонал, котрий залишився у своїй громаді і надає офлайн, так і дистанційно медичну допомогу пацієнтам,
- медичний персонал, котрий виїхав зі своєї території проживання, але продовжує надавати онлайн допомогу пацієнтам, з якими укладені декларації;
- медичний персонал, котрий не було звільнено, однак фактично медичну допомогу надають інші медичні працівники,
- медичний персонал, котрий був мобілізований, і по закону зберігає за собою робоче місце.

Певною перешкодою доступу до медичних послуг для тимчасово переміщених осіб стала інертність окремих медичних закладів й територіальних громад, оскільки брак уваги до громадського здоров'я, що було характерним і до війни, зумовило те, що під час масової переселення громадян на безпечні території, останні, дуже часто, займали нейтральну позицію, не забезпечуючи при цьому достатніх комунікацій з тимчасово переміщеними особами і не аналізуючи їх виникаючі потреби щодо надання медичних послуг.

"Це також стосується громад, на території яких розміщені модульні містечки. Але є й позитивні приклади: Мукачівська ОТГ налагодила проактивну роботу лікарів та середнього медичного персоналу з людьми, що вимушено опинилися в громаді, у тому числі ефективно організувавши кампанію з соціальної та медичної підтримки, забезпечення фармацевтичними препаратами. Лікарня створила сторінку на сайті, через яку медичні працівники можуть податись на роботу до лікарні, щоб полегшити працевлаштування переміщених осіб. Треба звернути увагу на той факт, що в громаді до війни була створена Гуманітарна рада - дорадча група впливових представників громади при медичній системі покликана координувати дії різних стейкхолдерів та залучати громадськість до прийняття рішень" [14].

Окремим проявом кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні є розподіл гуманітарної допомоги, що надходить від міжнародних фондів. Часто цей процес є мало некерованим і медичні заклади не одержують те, що їм необхідно, отримуючи натомість велику кількість непотрібних лікарських препаратів. також у цьому ж контексті варто зазначити, що велика частина гуманітарної міжнародної допомоги концентрується на базі відомих і потужних медичних закладів, хоча найбільше такої допомоги потребують невеликі лікарні.

Реальне скорочення в Україні наявного населення під впливом військових дій значно знижує попит на медичні послуги, що на сьогодні важливо враховувати при плануванні послуг та їх фінансування. При цьому дані по Україні про кількість укладених декларацій загалом не корелюються із інформацією про зовнішню (грудень 2022р. – 7,9 млн) та внутрішню міграцію (5,9 млн), бо більшість пацієнтів не поспішають розривати декларації з сімейними лікарями, з якими вони підписали угоди (див. табл. 2.1).

Ці дані не підтверджують взаємозв'язку між кількістю декларацій та числом звернень пацієнтів та їх візитів до лікарів первинної ланки, що знову ж таки зумовлено значною внутрішньою і зовнішньою міграцією як медичного персоналу, так і пацієнтів. При цьому варто зауважити, що надання онлайн або дистанційних консультацій лікарями не демонструє зв'язок між наявним населенням в окремій громаді та числом звернень.

Таблиця 2.1

Кількість укладених декларацій із сімейними лікарями у 2022 році

ДЕКЛАРАЦІЇ	ПРИФРОНТОВІ					
	Харківська	% зміни	Чернігівська	% зміни	Донецька	% зміни
01.01.2022	2 232 299	-	853 031	-	1 379 141	-
01.03.2022	2 253 425	0,95%	859 180	0,72%	1 378 701	-0,03%
01.06.2022	2 222 111	-0,46%	850 937	-0,25%	1 341 221	-2,75%
01.09.2022	2 174 086	-2,61%	845 510	-0,88%	1 269 333	-7,96%

ДЕКЛАРАЦІЇ	ТІЛОВІ					
	Івано-Франківська	% зміни	Закарпатська	% зміни	Львівська	% зміни
01.01.2022	1 211 821	-	1 081 931	-	2 273 626	-
01.03.2022	1 217 040	0,43%	1 100 172	1,69%	2 223 843	-2,19%
01.06.2022	1 226 170	1,18%	1 111 179	2,70%	2 285 653	0,53%
01.09.2022	1 233 987	1,83%	1 122 547	3,75%	2 306 410	1,44%

Примітка. Складено на основі [33]

Війна зумовила велику кількість інвалідизацій і травм, що посилює запит суспільства на послуги фізичної реабілітації з боку системи охорони здоров'я. При цьому новим майбутнім викликом в системі охорони здоров'я може стати суттєве загострення хронічних захворювань, яке очікується внаслідок того, що більшість громадян не вважають на сьогодні, в умовах війни, здоров'я головним пріоритетом.

Нарешті дуже серйозним кризовим викликом для медичної системи є мобілізація. "Якщо наразі боронять Україну близько 1 млн. осіб (2,5% населення), то при потенційній додатковій кількості 5,5 млн. осіб це становитиме 17% населення" [28]. Тому інформація із висновків військових лікарських комісій повинна стати важливим елементом загальної інформаційної медичної системи нашої держави. Це можливо тільки за умови приєднання усіх медичних і військових інституцій до загальнодержавної електронної системи охорони здоров'я.

2.2 Діагностика кризових явищ у фінансовому забезпеченні закладу охорони здоров'я

"Уряди країн мають різні бюджетні можливості щодо фінансування охорони здоров'я, тому системи фінансування охорони здоров'я повинні оцінюватися тією мірою, якою вони забезпечують виконання основних завдань політики, виходячи з наявних ресурсів і забезпечуючи при цьому збереження фінансової рівноваги. Попри існування різних моделей фінансування охорони здоров'я у розвинутих країнах, витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення зростають щороку у середньому на 4%. Частка ВВП, що витрачається на ці потреби, у Франції та Німеччині становить понад 10%, а у США досягає 15%" [29].

Загалом, враховуючи статистичні дані, можна стверджувати, що Україна порівняно із розвинутими західноєвропейськими країнами виділяє в

сферу охорону здоров'я відносно незначну частку від ВВП, однак у порівнянні із іншими країнами східної центральної та Європи ці розбіжності не значні (див. рис. 2.3).

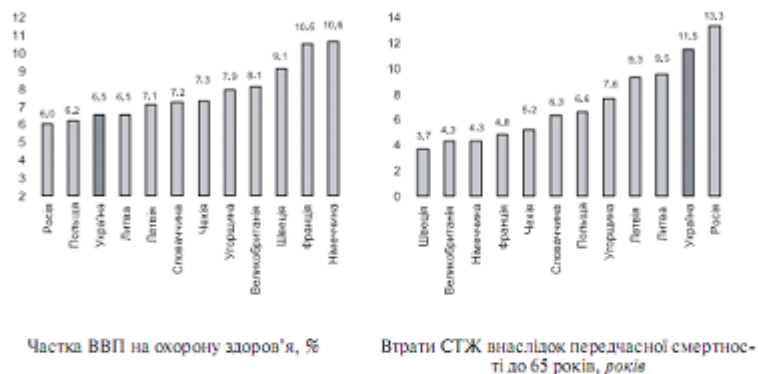


Рис. 2.3. Загальні видатки на охорону здоров'я (% ВВП) та укорочення середньої тривалості життя (СТЖ) внаслідок передчасної смертності до 65 років в Україні та інших країнах

Примітка. Складено на основі [55]

Публічний сектор є вагомим учасником ринку медичних послуг та до сих пір залишається самостійним суб'єктом діяльності в сфері охорони здоров'я; її участь є безумовною умовою існування системи медичного обслуговування, бо саме держава організаційно і фінансово забезпечує право будь-якої особи на одержання гарантованих нею медичних послуг. Публічні видатки в сфері охорони здоров'я коливаються у різних країнах, однак є чітка певна залежність - чим більше публічний сектор витрачає на потреби у сфері охорони здоров'я, тим менше оплачують безпосередньо пацієнти за одержання спектру медичних послуг.

Ми погоджуємося з тим, що рівень державних витрат має ключове значення в контексті стійкості фінансового механізму сфери охорони здоров'я, однак він не є визначальним в напрямку підвищення якості і доступності медичного обслуговування. Тому будь-яке збільшення асигнувань державою на охорону здоров'я має бути підкріплено реальною спроможністю існуючої системи охорони здоров'я забезпечити максимально раціональне використання усіх видів ресурсів.

На сьогодні певні кризові явища в системі охорони здоров'я демонструє внутрішня структура витрат медичних закладів, найбільша частка з яких йде на оплату праці медичного персоналу та комунальні послуги), а на профілактичну складову боротьби із хворобами є мізерною. Це демонструє те, що попри де-юре проголошену доцільність розвитку медичної профілактики, в Україні фінансування закладів охорони здоров'я концентрується переважно на лікувальній медицині, що обертається кризовими явищами, оскільки значна кількість захворювань могла б бути попередженою, або кількість хворих, котрі могли бути вилікувані амбулаторно, потрапляють в стаціонари, де надання медичних послуг є доволі фінансово затратним.

Фінансове забезпечення медичних закладів на сьогодні є суттєво змінене внаслідок інституційних змін шляхом створення в 2018 р. єдиного загальнодержавного замовника медичних послуг – Національної служби здоров'я. По задуму Національна служба здоров'я, мала би бути незалежною від Міністерства охорони здоров'я та розпоряджатися бюджетними коштами. Однак, враховуючи автономізацію медичних закладів, вони, по суті, інституційно стають майже незалежними від відомства, а Рада пацієнтського контролю, котра б здійснювала контролювання діяльності Національної служби здоров'я, досі не функціонує.

Актуальними нині залишаються проблеми фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Жодних гарантій що для місцевих органів влади, що фінансування розвитку сфери охорони здоров'я, а не, наприклад, утримання власного адміністративного апарату, буде пріоритетним. Така ситуація зумовлює спектр інших проблем, наприклад щодо зниження конкурентоспроможності медичних закладів щодо надання якісних медичних послуг, що зумовлює певне скорочення кількості пацієнтів, котрі звертаються за допомогою.

Цей кризовий виклик зумовлює те, що медичний заклад або має реорганізуватися, чи припинити свою роботу, що може становити загрозу для окремої територіальної громади й подальших можливостей працевлаштування її медичних працівників.

Певні обмежені фінансові можливості чинять негативний вплив на рівень інноваційної та технологічної модернізації медичних закладів та підвищенні фахової кваліфікації лікарів.

Впровадження гарантованого державою пакета медичної допомоги та принципу щодо того, що гроші ходять за пацієнтом, певною мірою також активізують ряд кризових проявів. Наприклад, не узгоджено на сьогодні застосування оплати медичних послуг, коли держава визначає, які саме витрати покриватимуться за державні кошти, а за яких передумов і які саме послуги оплачуватимуться за допомогою коштів інших програм з бюджетних коштів, в тому числі місцевих, і з інших джерел, не заборонених законодавством. Водночас, невирішеним є залишається питання щодо захворювання на хворобу, яка не охоплена програмою медичних гарантій, оскільки інституційно не визначені механізми, що б гарантували розрахунок на певні медичні послуги. Таким чином, на сьогодні є виклик щодо формування чіткого спектру послуг, що входитимуть до програми державних гарантій, коригування підходів до структури платних медичних послуг, впровадження індивідуальних медичних цільових субсидій в досить складних клінічних випадках чи у індивідуальному випадку низького соціального становища пацієнта.

Певні кризові симптоми демонструють процеси надання медичних послуг на первинному рівні зокрема таких послуг як денний стаціонар, діагностика, невідкладна допомога, догляд за тяжкими і паліативними хворими. На сьогодні законодавчо є незрозумілим, як зорганізувати діяльність конкретного медичного закладу за цими напрямками та чи можна ототожнювати ці види медичних послуг до капітаційною ставкою. У цьому контексті зазначимо, що капітаційна ставка показує розмір оплати за

медичне обслуговування окремого пацієнта незалежно від числа його фактичних звернень за певними медичними послугами протягом певного періоду.

"Капітаційний тариф єдиний для усіх регіонів України. Коригуватиметься ставка коефіцієнтами залежно від ризиків, обумовлених статевую та віковою структурою пацієнтів, особливостями місцевості їх проживання, що ускладнюють умови надання допомоги. Останнє стосується гірських населених пунктів. До формули фінансування на основі простої капітаційної ставки можуть додавати так звані бонуси – доплати за досягнення певних результатів, передбачених у договорі про надання первинної медичної допомоги. Прикладом бонусів може слугувати доплата за високий рівень охоплення вакцинацією приписаного населення, охоплення пацієнтів з певних груп ризику передбаченими скринінговими дослідженнями (скринінгова мамографія), досягнення високих показників в роботі, спрямованій на подолання ВІЛ-інфекції та туберкульозу" [36].

На також джерелом кризових явищ у фінансовому забезпеченні медичних закладів є питання фінансування діагностичних послуг. На сьогодні є правова колізія щодо того яким чином повинні відшкодовуватися витрати і чи охоплені вони пакетом гарантованих медичних послуг. "Певні види діагностики (загальні аналізи, ЕКГ, рентген) здійснюються на первинному рівні, у закладах вторинного рівня діагностику проходять двічі – перед госпіталізацією та в процесі лікування, а у випадку важкого захворювання, коли пацієнта направляють до лікарні третинного рівня, знову проводиться діагностичне обстеження" [46].

Сьогодні нашим урядом передбачено формування госпітальних округів як своєрідних комплексів, які охоплюють в середньому територію проживання до 200 тисяч населення, де можна сфокусувати весь спектр медичної допомоги (окрім лікування найскладніших захворювань, що вимагають залучення провідних медичних фахівців та використання унікального обладнання. Складом госпітальних округів охоплені лікарні

інтенсивного обслуговування, де здійснюється інтенсивне лікування, екстрене та планове хірургічне втручання. Законодавчо передбачено, що у госпітальному окрузі повинні бути присутні в чітко визначеній пропорції пологові будинки, медичні заклади планового лікування, вузькопрофільні диспансери, установи реабілітаційного профілю та хоспіси.

"Формування госпітальних округів дасть змогу забезпечити концентрацію фахівців, постійні тренінги для них, впровадження нових методик, європейських протоколів тощо, обмеживши функціонування районних і міських лікарень до утворення 1-2 лікарень за кожним профілем допомоги у межах території округу" [29].

Однак, на наше переконання, така законодавча ініціатива та її подальше втілення може зумовити настання низки кризових явищ. Для багатьох пацієнтів проблемою може стати потреба долати велику відстань до медичних закладів, що може значно посилюватися в умовах незадовільного транспортного та іншого інфраструктурного забезпечення. Для медичного персоналу зміна спеціалізації і профілю закладу охорони здоров'я може передбачати переміщення на нову територію, що зумовлюватиме зміну їх місця проживання зі всіма супутніми проблемами.

Також суттєвим кризовим викликом у фінансовому забезпеченні закладу охорони здоров'я є відкритість питання про обов'язкове медичне страхування. На сьогодні науковцями та законодавцями активно досліджується британська страхова модель, де сфера охорони здоров'я фінансується з загальних податків, тобто не лише податків тих, хто офіційно працевлаштований, при цьому передбачається, що кожен в обов'язковому порядку громадянин України має бути застрахований. "Перелік медичних послуг і ліків за обов'язковим медичним страхуванням буде обмежений, а все, що не підлягають переліку послуг та препаратів буде оплачуватися пацієнтами окремо), але жоден з них ще офіційно неприйнятний" [19].

Станом на кінець 2023 р. в Україні офіційного медичного страхування немає, і діє тільки добровільне медичне страхування, котрим користуються тільки близько 5% громадян.

Таким чином, викликами та проявами кризових явищ у фінансовому забезпеченні медичних закладів є певна неузгодженість нормативно-правової бази, що вимагає удосконалення із застосуванням системного комплексного підходу із обов'язковим прогнозуванням майбутніх ефектів та впливів.

2.3 Аналіз потенційного настання кризових явищ в діяльності регіонального ринку медичних послуг та приватного медичного закладу

У попередніх параграфах роботи нами досліджувалися передумови та прояви кризових явищ здебільшого в діяльності державних та комунальних медичних закладів. Приватні заклади охорони здоров'я та загалом регіональні ринки медичних послуг мають свою специфіку функціонування, тому прикладний аналіз процесу ідентифікації та нівелювання кризових явищ розглянемо через призму їх особливостей.

В більшості випадків ознаки та чинники кризових явищ в діяльності приватних медичних закладів можна виявити задовго до їх реального настання, періодично здійснюючи аналіз фінансової стійкості та аналіз ризику настання банкрутства. З цією метою використовуються моделі Альтмана, Спрінгейта, таффера (див. табл.2.1).

**Моделі ідентифікації кризових явищ в діяльності
приватного медичного закладу**

Назва моделі	Переваги	Недоліки
Двофакторна модель Альтмана	Простота розрахунку, можливість застосування під час проведення зовнішнього аналізу на основі бухгалтерського балансу	Неадекватність одержуваних прогнозів для регіонального підприємства - 100%, оскільки немає обліку галузевої та регіональної специфіки функціонування суб'єктів економіки. Не розглядається вплив показників, що характеризують ефективність використання ресурсів, ділову та ринкову активність та ін.
П'яти факторна модель Альтмана	Змінні моделі відображають різні аспекти діяльності Центру, можливе динамічне прогнозування змін фінансової стійкості.	Модель може бути застосована лише щодо акціонерних товариств, акції яких обертаються на ринком цінних паперів. Навіть якщо визначити курсову вартість акції як відношення суми дивіденду до середнього рівня позичкового відсотка, оцінка матиме велику похибку.
Модель Таффера і Тішоу	Простота розрахунку, можливість застосування під час проведення зовнішнього діагностичного аналізу	Більшість (87,5%) обстежених боржників були визнані фінансово стійкими. Отримані прогнози неадекватні, оскільки досягти критичного (негативного) рівня практично неможливо
Модель Спрінггейта	Модель показує достатній рівень надійності прогнозу	Немає галузевої та регіональної диференціації. Між змінними спостерігається досить висока кореляція

Примітка. складено на основі [56]

За умови одержання негативних результатів керівництво приватних медичних закладів кардинально змінює алгоритми управління фінансами у напрямку оптимізації структури залученого капіталу.

У контексті дослідження ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі приватних медичних закладів слід зауважити, що на сьогоднішній день розвиток приватних ринків медичних послуг має складний та дещо суперечливий характер, що обумовлено комплексністю формуючих елементів медичної сфери й проблемах, пов'язаних зі зміною юридичного статусу закладів охорони здоров'я та активізацією конкуренції між суб'єктами цього ринку.

Побудова прогнозних моделей ідентифікації та нівелювання кризових явищ у довгостроковій перспективі для закладів охорони здоров'я повинно враховувати ефект так званих регіональних диспропорцій ринку медичних послуг. З цього робимо висновок, що усунення кризових явищ в роботі приватних медичних закладів може суттєво вплинути на ефективність функціонування загального регіонального ринку медичних послуг в цілому.

При цьому процес ідентифікації та нівелювання кризових явищ регіонального ринку медичних послуг (РРМП) включає кілька етапів (рис. 2.4):

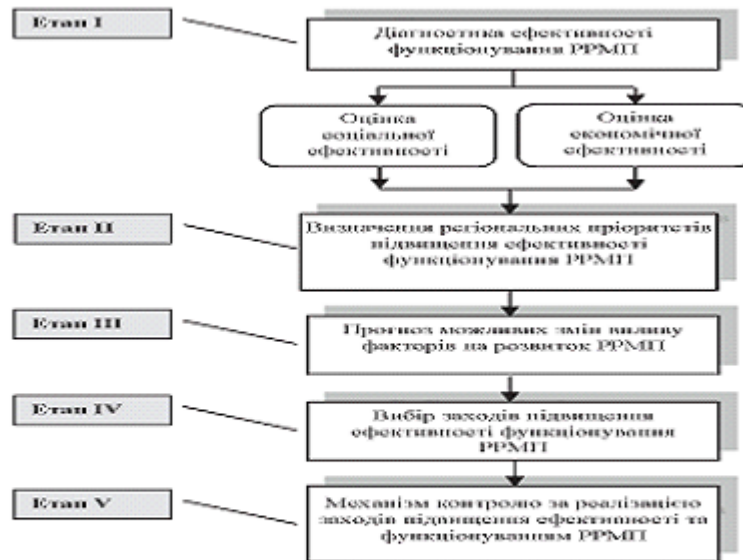


Рис.2.4 Процес ідентифікації та нівелювання кризових явищ регіонального ринку медичних послуг

Примітка. Складено на основі [57]

На першому етапі здійснюється діагностика ефективності функціонування регіонального ринку медичних послуг. На сьогодні його ефективність функціонування обумовлюється:

- ринковим ефектом через порівняння прибутку з витратами;
- збалансованістю інтересів суспільства та надавачів медичних послуг.

На наш погляд, це обумовлює необхідність врахування при ідентифікації та нівелювання кризових явищ компоненти соціальної та економічної ефективності.

На наступному етапі визначаються регіональні пріоритети щодо підвищення ефективності функціонування залежно від специфіки надання медичних послуг в регіоні, існуючої структури захворюваності, балансу попиту і пропозиції медичних послуг та ступеня впливу на них різних факторів. На третьому етапі здійснюється діагностика стартових умов і проводиться оцінка сили впливу чинників розвитку регіонального ринку

медичних послуг. Зазначимо, що регіональний ринок медичних послуг функціонує ефективно, коли дефіцит чи надлишок медичних послуг є якомога меншим. З цією метою проводиться комплексний аналіз показників, що описують попит та пропозицію медичних послуг на регіональному ринку медичних послуг, а також вивчають вплив і силу різних факторів. Це дає можливість здійснити оцінювання існуючого стану ринку, прогнозувати його майбутнє та обґрунтовувати комплекс заходів щодо підвищення ефективності функціонування цього ринку.

На четвертому етапі обираються конкретні заходи в напрямку підвищення ефективності функціонування регіонального ринку медичних послуг залежно від прийнятих регіональних пріоритетів.

На практиці у даний час напрацьовано досить значний, хоча і не завжди досконалий інструментарій прогнозування щодо такого підвищення. На наш погляд, окремі з моделей не спроможні взагалі враховувати специфіку медичної сфери і регіональну диференціацію.

Як демонструють запити суспільства, найголовнішою вигодою для публічного сектору щодо підтримки розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я є вагомий внесок приватної медицини України у фінансування всієї цієї галузі. Однак регіональні диспропорції, що характеризують регіональний ринок медичних послуг, спричинені насамперед війною в Україні, свідчать, що така підтримка не ліквідує т. зв. вузькі місця у структурі ринку приватної медичних послуг .

В контексті нівелювання кризових явищ в роботі приватних медичних закладів доцільним було б застосування пільгової кредитної лінії для приватних медичних установ задля інвестування їх розвитку і загалом покращення вітчизняної системи охорони здоров'я. Така наша пропозиція обґрунтовується тим, що з боку банків на кредитування приватним медичним закладам не має можливості розраховувати.

Щодо доцільності інвестицій з боку публічного сектору, то наведемо окремі аргументи, які б, на наше переконання, посприяли для втілення окремих державних програм:

1. Довгий життєвий цикл та стабільність бізнесу. В цьому змісті медицина - явно вигравше рішення.

2. Наявність постійного попиту та, як наслідок, прибутковість.

3. Можливість прогнозування та планування діяльності приватних медичних закладів.

Переважаюча більшість приватних медичних закладів охорони здоров'я є вузькопрофільними, тому основним критерієм для нівелювання кризових явищ є їх спрямування на утвердження конкурентних переваг на ринку медичних послуг.

Задля цього вони повинні враховувати низку ціннісних орієнтацій у своїй роботі (табл. 2.2).

До більш стратегічних кроків щодо превентивного нівелювання кризових явищ в роботі приватних медичних закладів нами віднесено:

- забезпечення високої фаховості саме вузькоспеціалізованого медичного персоналу;
- наявність сучасного та інноваційного медичного устаткування;
- забезпечення комфортних умов щодо отримання медичних послуг та зручна логістика;
- використання інструментів соціальної відповідальності та наявність доброї репутації;
- формування стійкої бази пацієнтів;
- суспільний розголос про діяльність приватного медичного закладу.

Ціннісні орієнтації приватних медичних закладів

Орієнтації	Категорії цінностей	Типи пріоритетних цілей
Теоретичні	Знання, навички, кваліфікація, раціональне мислення	Довгострокові дослідження та розробки, активна участь у підвищенні кваліфікації
Економічні	Практичність, корисність	Зростання, прибутковість, результативність, задоволеність клієнтів, динаміка обсягу наданих послуг
Політичні	Влада, визнання	Загальний обсяг капіталу, чисельність працівників, громадська активність керівництва
Соціальні	Добрі стосунки в колективі та з клієнтами, відсутність конфліктів, скарг	Соціальна відповідальність, сприятлива атмосфера в закладі
Естетичні	Художня гармонія, форми та симетрія	Сервіс, якість, комфортність, дизайн
Релігійні	Моральні норми	Етика

Примітка. Складено на основі [48]

Головним оперативним кроком щодо превентивного нівелювання кризових явищ в роботі приватних медичних закладів є, на наш погляд, чітке додержання стандартів протоколу надання медичної послуги, яке водночас буде зменшувати ризики щодо незадоволення клієнтів, лікарських помилок та за умови їх допущення повноти й своєчасності отримання компенсації. Це водночас буде підвищувати репутацію приватних медичних закладів.

Отже, головними кроками щодо нівелювання кризових явищ приватних медичних закладів є суворе дотримання протоколів медичних процедур, кваліфікації персоналу, і загалом належне та гармонізоване функціонування усіх ланок та управлінських процесів в таких закладах охорони здоров'я.

Керівництву приватних медичних закладів в аспекті ідентифікації та нівелювання кризових явищ варто врахувати те, що ряд тривожних симптомів формується ще на перших стадіях надання медичної послуги, зокрема бронювання черги до лікаря, оформлення направлення, призначення протоколу лікування. Таким чином, на цих етапах керівник приватного медичного закладу має забезпечити максимальні оптимальні передумови згідно ліцензії та існуючих стандартів надання медичної послуги.

Висновки до розділу 2

Внаслідок того, що самі лікарі, а в окремих випадках й управлінський персонал медичних закладів, евакуювався в безпечніші куточки нашої держави чи за кордон, або був мобілізованим, виникла криза надання медичної допомоги громадянам як в прифронтових громадах, так і в громадах, де до сих пір існує значна концентрація тимчасово переміщених осіб.

Значний кризовий стан внаслідок війни демонструє інфраструктура медичної сфери. Ще одним проявом кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні є те, що переміщені в межах країни громадяни уникають сталості на місці тимчасового перебування, що зумовлює певні патерни їх поведінки. Зокрема медичні працівники часто уникають офіційного працевлаштування на новому місці проживання, а громадяни не завжди хочуть передекларувати медичні співпрацю з новим сімейним лікарем.

Більшість потреб громадян під час війни залишається в колі впливу сімейної медицини, при цьому попит на такі послуги значно збільшується на безпечних територіях України, а на прифронтових територіях йде зміна характеру медичних послуг, зокрема значно зростає попит на допомогу через кризові психологічні стани, при пораненнях. Ще одним проявом кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні є те, що існуючі форми організації надання первинної медичної допомоги є недостатньо гнучкими задля ефективного реагування на потреби громадян, пов'язані з наслідками війни. Тривожним сигналом є і те, що до сих пір інституційно міжнародна допомога є недостатньо інтегрованою в поточну роботу окремих закладів охорони здоров'я.

Війна зумовила велику кількість інвалідизацій і травм, що посилює запит суспільства на послуги фізичної реабілітації з боку системи охорони

здоров'я. При цьому новим майбутнім викликом в системі охорони здоров'я може стати суттєве загострення хронічних захворювань, яке очікується внаслідок того, що більшість громадян не вважають на сьогодні, в умовах війни, здоров'я головним пріоритетом.

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ ІДЕНТИФІКАЦІЄЮ ТА УСУНЕННЯМ КРИЗОВИХ ЯВИЩ В РОБОТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Зменшення ризиків настання кризових явищ в діяльності закладу охорони здоров'я під час воєнного стану

Задля зменшення ризиків настання кризових явищ в діяльності закладів охорони здоров'я для деокупованих територій, де значно порушено надання медичної допомоги, найбільш доцільними, на наш погляд, будуть наступні дії:

- залучення здобувачів медичних закладів вищої освіти до роботи на територіях, де є тимчасові проблеми з забезпеченням медичними працівниками;

- законодавчо правильне застосування мобільних шпиталів й мобільних бригад,

- залучення як допоміжний кадровий резерв іноземних медичних кадрів.

У цьому напрямку важливо спростити процедури доступу іноземним громадянам у вітчизняну систему охорони здоров'я, також слід інформувати міжнародне медичне коло про те, яких саме фахівців не вистачає в Україні (приклад - спеціалісти з травми, пластичні хірурги, ортопеди) та формувати дієві інституційні стимули для міжнародних лікарів-волонтерів чи діаспори спрямовувати цих спеціалістів;

- активний розвиток партнерських відносин з лікарями з діаспори та низкою міжнародних клінік шляхом налагодження онлайн підтримки місцевих лікарів,

- навчання і подальше залучення фахівців та волонтерів задля роботи з населенням;

- забезпечення швидкої інтеграції тимчасово переміщених осіб до медичної системи при поверненні на місце постійного проживання чи на новому місці.

На загальнодержавному рівні важливим є проведення роботи по виявленню кількості медичного персоналу, які працюють тільки дистанційно (за межами чи в Україні), а також медичного персоналу, котрий числиться як зайнятий у медичних закладах, однак не отримує оплати своєї праці, оскільки переведені в простій, враховуючи і тих лікарів та інші групи медичних працівників, які перебувають на службі в Збройних Силах України.

Актуальність кадрового ресурсу в контексті зменшення ризиків настання кризових явищ є беззаперечним, оскільки вже сьогодні слід будувати кадрову політику враховуючи повернення медперсоналу, а також сформувати цифровий реєстр медичних працівників.

У контексті зменшення ризиків настання кризових явищ потребує удосконалення мотивація медичних кадрів, враховуючи суттєве підвищення попиту на медичні послуги.

Також варто враховувати, що бойові дії вплинули безпосередньо на доступність низки лікарських засобів. Через постійні ускладнення в пунктах пропуску вантажопотоків вантажі багатьох вітчизняних компаній (мова йде і про ліки і про сировину для виготовлення) фармацевтичних компаній затримуються під час перетину кордону. Окрім того, перевезення виробів медичного призначення, низки лікарських засобів, сировини для їхнього виготовлення вимагають дотримання чітко визначених температурних режимів, що є доволі складним під час і зимового і літнього періодів. Нівелювання цієї проблеми, яка може зумовити настання кризових явищ потребує законодавчого спрощення та міжнародного погодження (враховуючи ситуацію на польському кордоні восени 2023 року) перетину кордону для вантажів фармацевтичної сфери, надання їм першочергового права на перетин кордону.

У проекті Державного бюджету на 2024 р. закладено приблизно аналогічні обсяги фінансування придбання лікарських засобів, що й на 2023 рік. За умови врахування прогнозованого рівня інфляції, потенційного зростання курсу іноземних валют, а лєвова частка лікарських засобів є

імпортними в Україні та об'єктивне загострення хронічних станів і поява нових захворювань в громадян України, потенційно може настати криза щодо дефіциту якісної фармацевтичної продукції.

На наш погляд, саме цю проблему доведеться частково вирішувати безпосередньо громадянам, що зменшить автоматично рівень якості й комфорту їх життя. При цьому варто зазначити, що у багатьох громадах не працюють належним чином державні програми «Доступні ліки»(деокуповані території).

Задля зменшення ризиків настання кризових явищ державі слід забезпечити інституційну підтримку міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я. "Згідно з інформацією Єврокомісії, до країн ЄС уже здійснено понад 1000 медичних евакуацій українських пацієнтів, а низка європейських країн оголосила про партнерство у сфері зміцнення системи громадського здоров'я України, на що вже виділено 45 млн дол. США. З початку повномасштабної війни на потреби СОЗ України перераховано понад 4 млрд грн. Водночас, за оцінками МОЗ, Україні для відбудови СОЗ знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро [28].

У контексті зменшення ризиків настання кризових явищ у сфері медицини набуває актуальності лікування травм, завданих ментальному здоров'ю громадянам України. "За заявами міністра охорони здоров'я, після завершення війни щонайменше 15 млн осіб потребуватимуть психологічної допомоги" [14]. Попри те, що на сьогодні є беззаперечною важливість психологічної та фізичної реабілітації, її доступність є доволі низькою та загальнодержавної політики реабілітації до сих пір не сформовано.

Успішній протидії кризовим явищам, викликаних війною, сприяє, на наш погляд, відносна автономізація закладів охорони здоров'я та застосування децентралізованого підходу до ухвалення управлінських рішень з боку місцевих органів влади, враховуючи особливості конкретної ситуації на місцях.

Подальші кроки в контексті зменшення ризиків настання кризових явищ повинні полягати у визначенні існуючих та прогнозованих потреб у медичних послугах з відповідним перерозподілом ресурсів. Актуальними залишаються проблеми низького рівня вакцинації від ряду інфекційних хвороб. Поряд з тим, наростають потреби в організації надання медичних послуг з лікування травм, спричинених бойовими діями.

Важливим аспектом в контексті зменшення ризиків настання кризових явищ є повноцінний облік ресурсів задля формування комплексного уявлення про стан системи охорони здоров'я. Насамперед це стосується налагодження цифровізації медичної статистики і відповідних даних. Публічна політика потребує перегляду функціонування медичних реєстрів задля подальшого формування моделі їх взаємної інтеграції. Однак, на сьогодні такі реєстри є обмежено функціональними та є потенційний ризик щодо втрати частини даних, за умови їх сумісності із вже використовуваними моделями.

Потужним інструментом зменшення ризиків настання кризових явищ може стати згуртованість громадянського суспільства та волонтерська діяльність у сфері охорони здоров'я. Водночас брак координації цього ресурсу через відсутність повної інформації про потреби системи охорони здоров'я, значно утруднює спрямування допомоги на території, де вона найбільше потрібна. На наш погляд, це пов'язано з тим, що Кабінет Міністрів України дозволив медичним закладам не вести облік гуманітарної допомоги.

У контексті зменшення ризиків настання кризових явищ в закладах охорони здоров'я слід переглянути тарифи на надання медичних послуг. Наприклад, тариф на пакет реабілітація з 01 січня 2024 р. закладено у 3 рази меншим за актуальний (враховуючи мінімальний перелік послуг), при цьому ринкових передумо очікувати зменшення компонентів його собівартості у 2024 р. немає.

Задля зменшення ризиків настання кризових явищ варто здійснювати пошук альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів та підходів до

інституційного заохочення приватного бізнесу в медицині, особливо, на наше переконання, на деокупованих територіях.

Таким чином, нами сформовано пакет пропозицій задля зменшення ризиків настання кризових явищ в воєнних та післявоєнних умовах:

- посилення ролі територіальних громад щодо реалізації потреб населення в медичних послугах,
- здійснення аналітики та прогнозування мобільності населення,
- постійне навчання адміністрації закладів охорони здоров'я, при цьому формування дієвих систем координації між місцевою владою та публічними інституціями в напрямку забезпечення громадського здоров'я;
- забезпечення дієвої взаємодії між первинною медичною ланкою та спеціалізованою медициною, освітою та різними сегментами соціальних послуг;
- інтеграція інформації закладів військової медицини і висновків військових лікарських комісій в загальнодержавну медичну інформаційну систему України задля підтримки безперервності надання медичних послуг і реабілітації демобілізованих громадян;
- виокремлення психічного здоров'я і реабілітації як нових пріоритетів щодо фінансування з боку держави та місцевих громад;
- постійне залучення мобільних бригад до надання доступу до медичних послуг на територіях, де були значні руйнування інфраструктури та є брак лікарів. "Важливо координувати діяльність мобільних бригад з місцевими надавачами медичних послуг, здійснювати обмін інформацією, враховувати економічну складову роботи, та координувати зусилля багатьох паралельних ініціатив з надання мобільної допомоги для ефективного використання ресурсів" [14];
- запровадження нового професійного функціоналу в медичній сфері, зокрема громадських консультантів зі здоров'я, котрі відіграли значну роль у координації профілактичної діяльності, організації кращого доступу до медичних, соціальних, оздоровчих послуг для окремих груп мешканців

громади, інформуванні пацієнтів про можливості реабілітації. Як свідчить міжнародний досвід ефективність консультантів із здоров'я доведена в програмах профілактики діабету та серцево-судинних захворювань;

– повноцінний перехід на оцінку ефективності та якості медичної допомоги шляхом дослідження звернень пацієнтів, причин відкладених ними звернень. Така зміна є важливою в напрямку переходу від оцінки кількісних параметрів надання медичної допомоги до оцінки її впливу на здоров'я окремого громадянина.

При здійсненні медичних закупівель варто враховувати, що фактичне скорочення наявного населення в Україні під впливом військових дій значно знижує попит на медичні послуги. Водночас це вимагає і зміни державного регулювання медичної сфери в напрямку забезпечення мобільності надання медичної допомоги, що забезпечить гнучкість системи охорони здоров'я в цілому щодо реагування на нові виклики, пов'язані з воєнним та майбутнім повоєнним станами, значно підвищить мотивацію медичного персоналу та удосконалить контроль публічного сектору за доступністю, якістю медичних послуг й захистом прав пацієнтів.

3.2 Удосконалення електронної системи охорони здоров'я як інформаційного запобіжника кризових явищ

Ми переконані, що вдосконалення електронної системи охорони здоров'я може стати дієвим інформаційним запобіжником настання кризових явищ в діяльності закладів охорони здоров'я. Наша думка є аналогічною з переконанням багатьох науковців і практиків.

"Без використання електронної системи охорони здоров'я і створення інтегрованих національних систем управління подальший розвиток охорони здоров'я практично неможливий. Охорона здоров'я – галузь, де вимоги до точності та оперативності інформації є особливо високими, оскільки

пов'язані з накопиченням і обробкою значних об'ємів складної за структурою інформації з метою ухвалення вагомих рішень, надання медичної допомоги, навчання персоналу тощо . Крім того, eHealth та інші напрями цифровізації соціальної сфери (електронна освіта, електронна зайнятість та соціальний захист населення) забезпечують зниження витрат та створення нових моделей надання медичної допомоги. Так, Ekman (2018) впевнений, що нові цифрові методи та інновації забезпечують співвідношення ціни та якості порівняно з традиційними моделями медичної допомоги. Зважаючи на забезпечення розширеного доступу до інформації в будь-який час, можливості обміну досвідом та підтримку самоуправління, eHealth було оголошено трансформаційним в управлінні охороною здоров'я і, як відмічає Eysenbache (2001), термін eHealth характеризує не лише технічний розвиток, а й ставлення та здатність до мережевого глобального мислення, покращення охорони здоров'я на місцевому, регіональному та світовому рівнях за допомогою інформаційних систем" [43].

Окремі заклади системи охорони здоров'я чинять опір щодо впровадження електронної системи охорони здоров'я. Серед причин нами виокремлено їх занепокоєння щодо витрат, додаткового професійного навантаження та вимог до процесу надання медичних послуг, потреба в технологічній грамотності лікарів, якої вони не мають, аспекти відповідальності, а також питання конфіденційності. При цьому варто зазначити, що впровадження електронної системи охорони здоров'я відбувається на тлі суттєвих змін щодо технологій, вдосконалення мобільних засобів зв'язку й інтернет-ресурсів.

На сьогодні про доцільність активного впровадження електронної системи охорони здоров'я говорить той факт, що з'явилися нові медичні послуги й терапевтичні методи, такі, як телепатологія, телеконсультації, телефармація, телерадіологія, дистанційна освіта, послуги щодо дистанційного догляду удома, дистанційні служби невідкладної допомоги. Їх

застосування повинно бути уніфікованим та контролюватися з боку окремих публічних медичних інституцій.

У світі саме за допомогою електронної системи охорони здоров'я у міжнародні реєстри вносяться нові діагностичні методики, описуються нові патологічні стани, реєструються нові лікарські засоби. Медична сфера перебуває в постійному швидкому розвитку і цілком очевидно, що за цих умов низька якість інформації у медичній сфері може загрожувати безпеці пацієнтів, а отже, зумовлюватиме настання серйозних кризових явищ.

В загальній парадигмі управління сферою охорони здоров'я важливими є кризові ідентифікатори, які стосуються проблеми інформаційного забезпечення задля планування оптимальних витрат щодо контролю за ефективністю використання бюджетних коштів, надання гарантованих обсягів медичної допомоги згідно стандартів якості, контролю за обігом виробів медичного призначення і лікарських засобів, забезпечення розподілу та наповнення матеріальних і людських ресурсів із врахуванням потреб медичної сфери; своєчасного застосування оптимальних заходів у напрямку санітарного та епідеміологічного добробуту громадян.

Електронні системи охорони здоров'я дозволяють перейти до нового якісного етапу інформатизації медичної сфери, який можна охарактеризувати як трансформацію від чатскових фрагментарних інформаційних систем до комплексних інформаційних та управлінських технологій, процедур підтримки та прийняття рішень, тобто формування єдиного інформаційного медичного простору як інформаційного базису якісного управління сферою охорони здоров'я.

У сьогоденних надскладних умовах перше місце займають питання формування єдиної інформаційної системи даних про діяльність системи охорони здоров'я, загалом про громадське здоров'я, забезпечення ресурсами, що у випадку їх розв'язання дадуть аналітичну оперативну обробку інформації задля обґрунтованого розв'язання комплексних завдань управління.

При цьому варто наголосити, що внаслідок проблеми сумісності децентралізованих систем реалізація на практиці електронної системи охорони здоров'я з набором національних стандартів є суттєво кращою. При цьому це вимагає ретельної координації між медичними кадрами, пацієнтами, іншими стейкхолдерами. Саме всебічна і якісна та взаємодія є одним із найбільш важких в напрямку реалізації на практиці елементів впровадження цих систем.

В Україні підходи та системи інформаційної підтримки в системі надання медичної допомоги, застосовуються недостатньо. Існує недостатній рівень нормативно-правового, загалом законодавчого, методичного забезпечення процесу інформатизації сфери охорони здоров'я, і до цього часу тривають спроби забезпечення балансу між її централізацією та координацією.

Формування загальнодержавної мережі електронної системи охорони здоров'я як складової частини публічної політики інформатизації, не призвело до істотного й активного її розвитку.

На першому етапі медичної реформи було передбачено реінжиніринг надання медичних послуг через цифровізацію ключових процесів взаємодії лікаря і пацієнта, уникнення зайвої медичної документації, що повинно було зменшити навантаження на медичний персонал, забезпечити автоматизацію обліку наданої медичної допомоги й загалом управління медичною інформацією.

Законодавством "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [37] забезпечено функціонування електронної системи охорони здоров'я як єдиної системи через формування, розміщення, оприлюднення та обмін даними, інформацією, документами в електронному форматі. До складу електронної системи охорони здоров'я увійшли центральна база інформації та медичні електронні інформаційні системи, між котрими забезпечується обмін інформацією.

Упродовж 2017-2018 рр. відбулися суттєві зміни щодо інформатизації охорони здоров'я, загалом була урегульована робота реєстрів, потрібних для існування повноцінного інформаційного середовища в системі охорони здоров'я. Це дало поштовх до формування ринку виробників спеціалізованого програмного забезпечення.

У 2019 р. інституційно було створено систему eHealth як електронну систему охорони здоров'я, та водночас сформовано модулі її доступності в режимі 24/7, затверджено комітет SDLC задля управління її функціоналом системи та створено дорожню карту розробок її компонентів під назвою RoadMap.

У 2020р. на законодавчому рівні було визначено порядок внесення медичних записів, зокрема про направлення, й рецептів на лікарські препарати до відповідного модуля реєстру. Однак на сьогодні окремі питання нормативного забезпечення електронної системи охорони здоров'я лишаються не розробленими.

Вагомим компонентом електронної системи охорони здоров'я є телемедицина. Окрім консультації лікарями пацієнтів телемедицина сьогодні використовує Virtual Tumor Boards, що забезпечує обмін інформацією щодо оптимального рішення щодо лікуванні онкологічних хворих.

Задля ефективного впровадження телемедицини на інституційному рівні має бути сформована спеціалізована телемедична кадрова структура, створено повноцінне партнерство щодо функціональної підтримки, стандартизовано певні операційні процеси та процедури надання медичних послуг.

На сьогодні в умовах війни завдання телемедицини в контексті подолання кризових явищ має полягати у забезпеченні надання медичної послуги пацієнту, коли умови безпеки і відстань є критичним факторами її надання; забезпечення конфіденційності медичної інформації щодо стану здоров'я пацієнта.

"Популярності набирає концепція під назвою "4P medicine". Це концепція, що базується на засадах персоналізації, предикції, превентивності і партисипативності. Системи охорони здоров'я, що інтегрують принципи "4P medicine", передбачають використання багатовимірних даних і алгоритми машинного навчання, з метою розбудови системи охорони здоров'я та моніторингу стану здоров'я населення з акцентом на добробут та здорове старіння громадян" [42].

Також активізації задля подолання кризових явищ, зумовлених війною, повинна набути телефармація, яка має передбачати обмін даними про електронні профілі пацієнтів та, головне, автоматизовану перевірку взаємодії щодо вживання різних лікарських засобів. "Станом на сьогодні у структуру телефармаційних послуг входять: дистанційна торгівля лікарськими засобами, підтримка вибору методів фармакотерапії, електронні рецепти, електронні записи в історії хвороби, електронний документообіг, а також системи обліку" [42]. На наш погляд, саме телефармація забезпечує зменшення числа довільного використання лікарських засобів, випадки виникнення побічних ефектів та значно знижує адміністративні витрати аптек.

Однак при цьому є низка потенційних викликів, котрі стосуються потенційного продажу рецептурних ліків без рецепта, ризику продажу фальсифікованих або неякісних лікарських препаратів, потенційно ймовірного недостатнього якісного захисту персональних даних пацієнтів. З метою їх нівелювання аптеки повинні отримувати певну акредитацію з боку держави як цифрова аптека. На наш погляд, в подальшому, застосування системи унікальних кодів лікарських препаратів дозволить відстежувати їх рух від виробника до кінцевого пацієнта.

Погляди практиків сфери охорони здоров'я та пацієнтів щодо доцільності електронної системи охорони здоров'я сходяться у тому, що цей процес вимагає підтримки усіх груп стейкхолдерів, інакше її застосування не

буде ефективним. Основною перевагою електронної системи охорони здоров'я усі називають потенційне зменшення повторюваності лабораторних аналізів, покращення якості амбулаторної допомоги та об'єктивний розгляд заяв про встановлення інвалідності.

Окремі модулі електронної системи охорони здоров'я eHealth уже сьогодні передбачають нові форми надання первинної медико-санітарної допомоги, зокрема електронні, віртуальні консультації. Цей інструмент є дуже потрібним в умовах війни, бо забезпечує доступ до медичних послуг на різних територіях.

Такі електронні візити використовують обмін текстовими повідомленнями через веб-портали, відеоконференції, SMS-повідомлення, чати. Цінність телемедичних консультацій полягає у забезпеченні прямого контакту між медичним персоналом й пацієнтом, хоч вони і розділені у просторі.

У цьому контексті цікавим є результат дослідження, коли в 2021р. було проведено 25 інтерв'ю з пацієнтами про переваги і недоліки електронних консультацій. "Технічні навички не вважаються необхідними для спілкування мобільним телефоном, як до прикладу, при роботі з комп'ютером. Проте пацієнти висловлювали занепокоєння щодо комфорту таких консультацій для людей з обмеженою цифровою грамотністю. Дослідження показало, що така, на перший погляд, проста можливість не поспішати й спокійно подумати, перш ніж відповідати на запитання медичних працівників, зменшує стрес і запобігає помилкам. Опитані пацієнти припускали, що це також може бути важливим і для медпрацівників [16]. Також показовим є те, що можливість завантажувати фотографії в електронну систему охорони здоров'я у низці випадків зняла необхідність відвідування медичних закладів.

Однак при цьому зазначимо, що електронну систему охорони здоров'я та механізм її впровадження потрібно адаптувати до груп пацієнтів та їх різних потреб.

У цьому контексті також є показовим наступний експеримент. "Учасники мали в середньому 5 хронічних захворювань. Пацієнти повідомили, що найчастіше використовують систему для пошуку інформації про стан здоров'я (96 %), спілкування з надавачами медичних послуг (92 %), відслідковування медичної інформації (83 %), відстеження ліків (77 %) та підтримки ухвалення рішень щодо самостійного управління станом здоров'я (55 %)" [16].

Підсумовуючи, варто зазначити, що в Україні повноцінне впровадження електронної системи охорони здоров'я можливе тільки за умови системного підходу із врахуванням воєнних викликів сьогодення в контексті забезпечення безпеки надання медичних послуг населенню. Використання електронної системи охорони здоров'я може передбачати потребу в організаційній реструктуризації, зміну внутрішньої координації структурних підрозділів медичних закладів, певні кадрові зміни.

Висновки до розділу 3

Задля зменшення ризиків настання кризових явищ в діяльності закладів охорони здоров'я для деокупованих територій, де значно порушено надання медичної допомоги, найбільш доцільними, на наш погляд, будуть наступні дії:

- залучення здобувачів медичних закладів вищої освіти до роботи на територіях, де є тимчасові проблеми з забезпеченням медичними працівниками;

- законодавчо правильне застосування мобільних шпиталів й мобільних бригад,

- залучення як допоміжний кадровий резерв іноземних медичних кадрів. У контексті зменшення ризиків настання кризових явищ у сфері медицини набуває актуальності лікування травм, завданих ментальному здоров'ю громадянам України. Успішній протидії кризовим явищам, викликаних війною, сприяє, на наш погляд, відносна автономізація закладів охорони здоров'я та застосування децентралізованого підходу до ухвалення управлінських рішень з боку місцевих органів влади, враховуючи особливості конкретної ситуації на місцях.

Ми переконані, що вдосконалення електронної системи охорони здоров'я може стати дієвим інформаційним запобіжником настання кризових явищ в діяльності закладів охорони здоров'я. На сьогодні про доцільність активного впровадження електронної системи охорони здоров'я говорить той факт, що з'явилися нові медичні послуги й терапевтичні методи, такі, як телепатологія, телеконсультації, телефармація, телерадіологія, дистанційна освіта, послуги щодо дистанційного догляду удома, дистанційні служби невідкладної допомоги. Їх застосування повинно бути уніфікованим та контролюватися з боку окремих публічних медичних інституцій.

ВИСНОВКИ

Сьогодні в надскладних умовах воєнного стану та подальшого проведення медичної реформи значно актуалізується питання створення сучасної моделі антикризового управління закладами охорони здоров'я. Проведення якісної ідентифікації та нівелювання кризових явищ є дуже важливим як для державних і комунальних, так й для приватних медичних установ.

Для подальшої ідентифікації та нівелювання кризових явищ є необхідним врахування потреб пацієнтів як споживачів медичних послуг; кон'юнктурні тенденції ринку медичних послуг, медтехніки та ліків, інтереси стейкхолдерів, вектори політики органів публічного управління у медичній сфері та загалом потреби суспільства.

Війна в Україні суттєво збільшила існуючі проблеми медичної сфери, значно погіршила доступність і якість щодо надання медичних послуг населенню, зокрема:

- війна збільшила навантаження на заклади охорони здоров'я;
- внаслідок зростання цін на харчі, ліки, енергоносії суттєво збільшилися сукупні витрати на утримання закладів охорони здоров'я;
- зростання собівартості надання всього спектру медичних послуг наклалося одночасне зuboжіння більшості населення,
- швидко (на наш погляд) введені нові умови одержання фінансування згідно 2-го етапу медичної реформи й брак управлінських знань головних лікарів закладів охорони здоров'я зумовили невчасність щодо підписання угод та продовження ліцензій на надання медичних послуг низкою закладів охорони здоров'я.

Керівники всіх рівнів закладів охорони здоров'я опинилися в проблемній ситуації щодо необхідності зміни векторів стратегії управління своїх закладів охорони здоров'я. При цьому зазначимо, що невідповідність означеної стратегії управління закладами охорони здоров'я до умов

невизначеності зовнішнього середовища їх функціонування значно збільшує рівень тривожності пацієнтів і медперсоналу та активізує дію ризику щодо втрати якості надання медичних послуг пацієнтам.

Це зумовлює необхідність впровадження підходів ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я в загальну систему менеджменту медичних установ. В закладах охорони здоров'я об'єктом ідентифікації та нівелювання кризових явищ виступають кризові події, фактори їх виникнення, масштаби реальних та потенційних негативних наслідків та методи їх усунення та, власне, запобігання кризі.

Першочерговим завданням ідентифікації та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я є правильне прийняття управлінських рішень щодо застосування заходів задля мінімізації витрат та негативного впливу кризових явищ, а також – реалізації заходів з її нівелювання.

Ідентифікація та нівелювання кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я охоплює такі види досліджень як експрес-діагностика, моніторинг та фундаментальна діагностика. Заклади охорони здоров'я, які одержали статус суб'єктів господарювання, не зможуть апріорі функціонувати за умови відсутності закупівлі в них медичних послуг. Тобто навіть якщо вони будуть утримуватися за допомогою місцевих бюджетів, цього буде не достатньо, враховуючи значні витрати на оплату комунальних платежів та оплати праці медичного персоналу.

Таким чином, на сьогодні значно зростають ризики для медичного персоналу, наприклад щодо неможливості одержання гідної оплати праці, бо одержавши статус комунального закладу охорони здоров'я, держава вже не встановлює рівень заробітної плати медичного персоналу, оскільки сам медичний заклад обирає схему, за якою буде нараховувати заробітна плата медичним працівникам. Більшість потреб громадян під час війни залишається в колі впливу сімейної медицини, при цьому попит на такі послуги значно збільшується на безпечних територіях України, а на

прифронтових територіях йде зміна характеру медичних послуг, зокрема значно зростає попит на допомогу через кризові психологічні стани, при пораненнях.

На сьогодні вже є очевидною наступний прояв кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні - на прифронтових територіях виникає значний дефіцит фахової медичної робочої сили, зокрема лікарів, медсестер та відповідного адміністративного персоналу.

Ще одним проявом кризових явищ в роботі закладів охорони здоров'я, зумовлених війною в Україні є те, що існуючі форми організації надання первинної медичної допомоги є недостатньо гнучкими задля ефективного реагування на потреби громадян, пов'язані з наслідками війни.

Тривожним сигналом є і те, що до сих пір інституційно міжнародна допомога є недостатньо інтегрованою в поточну роботу окремих закладів охорони здоров'я.

При цьому дані по Україні про кількість укладених декларацій загалом не корелюються із інформацією про зовнішню (грудень 2022р. – 7,9 млн) та внутрішню міграцію (5,9 млн), бо більшість пацієнтів не поспішають розривати декларації з сімейними лікарями, з якими вони підписали угоди. Війна зумовила велику кількість інвалідизацій і травм, що посилює запит суспільства на послуги фізичної реабілітації з боку системи охорони здоров'я. При цьому новим майбутнім викликом в системі охорони здоров'я може стати суттєве загострення хронічних захворювань, яке очікується внаслідок того, що більшість громадян не вважають на сьогодні, в умовах війни, здоров'я головним пріоритетом.

Серйозним кризовим викликом для медичної системи є мобілізація. Це можливо тільки за умови приєднання усіх медичних і військових інституцій до загальнодержавної електронної системи охорони здоров'я.

Актуальність кадрового ресурсу в контексті зменшення ризиків настання кризових явищ є беззаперечним, оскільки вже сьогодні слід

будувати кадрову політику враховуючи повернення медперсоналу, а також сформувати цифровий реєстр медичних працівників.

У контексті зменшення ризиків настання кризових явищ потребує удосконалення мотивація медичних кадрів, враховуючи суттєве підвищення попиту на медичні послуги. Також варто враховувати, що бойові дії вплинули безпосередньо на доступність низки лікарських засобів. Через постійні ускладнення в пунктах пропуску вантажопотоків вантажі багатьох вітчизняних компаній (мова йде і про ліки і про сировину для виготовлення) фармацевтичних компаній затримуються під час перетину кордону. Окрім того, перевезення виробів медичного призначення, низки лікарських засобів, сировини для їхнього виготовлення вимагають дотримання чітко визначених температурних режимів, що є доволі складним під час і зимового і літнього періодів. Нівелювання цієї проблеми, яка може зумовити настання кризових явищ потребує законодавчого спрощення та міжнародного погодження (враховуючи ситуацію на польському кордоні восени 2023 року) перетину кордону для вантажів фармацевтичної сфери, надання їм першочергового права на перетин кордону.

Задля зменшення ризиків настання кризових явищ в діяльності закладів охорони здоров'я для деокупованих територій, де значно порушено надання медичної допомоги, найбільш доцільними, на наш погляд, будуть наступні дії:

- залучення здобувачів медичних закладів вищої освіти до роботи на територіях, де є тимчасові проблеми з забезпеченням медичними працівниками;
- законодавчо правильне застосування мобільних шпиталів й мобільних бригад,
- залучення як допоміжний кадровий резерв іноземних медичних кадрів. У контексті зменшення ризиків настання кризових явищ у сфері медицини набуває актуальності лікування травм, завданих ментальному здоров'ю громадянам України. Успішній протидії кризовим явищам,

викликаних війною, сприяє, на наш погляд, відносна автономізація закладів охорони здоров'я та застосування децентралізованого підходу до ухвалення управлінських рішень з боку місцевих органів влади, враховуючи особливості конкретної ситуації на місцях.

Ми переконані, що вдосконалення електронної системи охорони здоров'я може стати дієвим інформаційним запобіжником настання кризових явищ в діяльності закладів охорони здоров'я. На сьогодні про доцільність активного впровадження електронної системи охорони здоров'я говорить той факт, що з'явилися нові медичні послуги й терапевтичні методи, такі, як телепатологія, телеконсультації, телефармація, телерадіологія, дистанційна освіта, послуги щодо дистанційного догляду удома, дистанційні служби невідкладної допомоги. Їх застосування повинно бути уніфікованим та контролюватися з боку окремих публічних медичних інституцій.