

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ГОДЗ Олег Петрович

**Планування та прогнозування діяльності закладу
охорони здоров'я. / Planning and forecasting the
activities of the health care institution**

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-24
О. П. Годз

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

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"__" _____ 20__ р.

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

ТЕРНОПІЛЬ - 2024

ЗМІСТ

Вступ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

- 1.1. Сутність та основні завдання управлінської діяльності в медичному закладі
- 1.2. Механізм планування та прогнозування діяльності закладу охорони здоров'я

РОЗДІЛ 2. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

- 2.1. Оцінка діяльності досліджуваного медичного закладу
- 2.2. Аналіз організаційного забезпечення планування та прогнозування діяльності закладу охорони здоров'я в умовах змін зовнішнього та внутрішнього середовища

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПЛАНУВАННЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність теми. Автори публікацій, присвячених управлінню організаціями, в тому числі закладами охорони здоров'я, вказують на величезну кількість викликів, з якими стикаються керівники цих організацій. Більшість авторів описують джерела цих викликів та очікування від дій (і їх результатів), що вживаються в організаціях для їх подолання. Це не є винятком і в охороні здоров'я, де рівень викликів сьогодні стрімко зростає. Окрім «традиційних» проблем, пов'язаних із фінансуванням всієї системи та окремих суб'єктів, а також їхньою ефективністю, з'явилися несподівані проблеми безпрецедентного масштабу - пов'язані з пандемією COVID-19 та повномасштабним російським вторгненням. В усьому світі можна говорити про проблеми з пропускною спроможністю системи охорони здоров'я, пов'язані з раптовим збільшенням кількості людей, які потребують госпіталізації та спеціалізованого медичного обладнання. З одного боку, вирішення проблем такої інтенсивності та масштабу неможливе навіть у національному масштабі - це вимагає міжнародних дій, а з іншого боку, в Україні очевидно бракує ідей для системних рішень.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значний внесок у розвиток теорії та практики управління в сфері охорони здоров'я та впровадження у сферу охорони здоров'я нових управлінських механізмів зробили такі науковці як Бірюков В.С., Журавель В.І., Парфьонова І.І., Пашенко В.М., Желюк Т. Л., зарубіжні дослідники Дуіч Ф., Хантлер Д., Шеффлер Р. Проте до сьогодні управління медичними закладами в Україні характеризується наявністю низки нерозв'язаних проблем, що потребує негайного вирішення.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є подальший розвиток теоретичних положень, розробка інструментарію та удосконалення процесів планування та прогнозування діяльності закладу охорони здоров'я.

Виходячи із поставленої мети дослідження, **основними завданнями** є:

1) висвітлити теоретичні основи управління у медичних закладах України;

2) дослідити основи планування та прогнозування діяльності у медичних закладах;

3) проаналізувати практичні аспекти управління медичними закладами та виокремити проблеми організації даного процесу;

4) здійснити аналіз організаційного забезпечення планування та прогнозування діяльності в закладах охорони здоров'я;

5) обґрунтувати напрями удосконалення планування та прогнозування діяльності в медичних закладах України.

Об'єктом дослідження є процес управління медичним закладом.

Предметом дослідження є теоретичні засади та практичне забезпечення планування та прогнозування діяльності медичного закладу.

Методи дослідження. У роботі використано сукупність наукових методів дослідження: аналізу і синтезу, абстрагування, узагальнення (для розкриття економічної суті явищ та обґрунтування категоріального апарату), статистичний, моделювання, порівняння, індукції, дедукції (при розробленні стратегії управління медичними закладами) тощо.

Практична цінність отриманих результатів полягає в можливості впровадження запропонованих рекомендацій щодо планування та прогнозування діяльності в процес управління закладами охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

1.1. Сутність та основні завдання управлінської діяльності в медичному закладі

Лікувальні заклади, як і інші підприємства, для ефективного функціонування повинні, з одного боку, враховувати зовнішні умови, зокрема, ринкове та правове середовище, а з іншого - постійно адаптувати свою організацію (тип організаційної структури, рівень централізації/децентралізації, рівень формалізації) до низки факторів. Таким чином, проблема організації та формування організаційної структури є фундаментальним питанням, що впливає на процеси управління. Правильно побудована організаційна структура закладу охорони здоров'я, з одного боку, є інструментом реалізації цілей організації, а з іншого - впливає на ключовий аспект її функціонування - забезпечення належних умов для надання медичним працівникам допомоги та порятунку людських життів.

Для цілей цього дослідження під організацією, наприклад, лікувальним закладом, ми будемо розуміти «...відкриту соціотехнічну систему, орієнтовану на мету і таку, що має певну структуру (спосіб упорядкування)» [1]. Організації мають наступні характеристики, які відрізняють їх від інших систем: вони є людськими творіннями (артефактами), створеними для виконання певної мети (цілей); включають людей (наприклад, медичний персонал), як невід'ємну частину організації, та матеріальні засоби (наприклад, медичне обладнання), які персонал використовує у своїй діяльності; є свідомо діючими системами, здатними коригувати або навіть змінювати свої початкові цілі; є ізольованими і водночас відкритими - черпають з навколишнього середовища: людей, енергію, сировину/продукцію, інформацію та цінності, а також надають товари та послуги, цінності та інформацію; структуровані, тобто внутрішньо

впорядковані та ієрархічні; є складними у певний спосіб, що унеможлиблює повне відображення їхньої структури; мають виразний управлінський компонент; є стабільними, здатними зберігати внутрішню рівновагу, незважаючи на зміни у зовнішньому середовищі; є рівноцінними - не існує єдиного найкращого способу їхньої структуризації - схожі результати можуть бути досягнуті по-різному; є системами, що самоорганізуються, здатні змінювати ступінь своєї внутрішньої впорядкованості; вони увічнюють способи поведінки людей та функціонування організацій через інституціоналізацію та формалізацію.

Наведені вище міркування призводять до визначення в системних термінах, яке описує організацію як систему, що свідомо поводить, з принаймні двома підсистемами, які також поводяться свідомо і мають спільні цілі, що змушують запровадити розподіл праці, а також інформаційно-комунікаційну систему, яка забезпечує взаємодію між відносно автономними підсистемами, причому принаймні одна з підсистем виконує регуляторні та контрольні функції в системі [2]. Тут варто навести ще одне визначення організації, згідно з яким «...це свідомо розроблене розташування органів і методів поведінки, що впорядковує типові види діяльності та способи дій у межах установи в єдине й ефективно функціонуюче ціле, подібно до того, як це відбувається в живих організмах» [3]. Це довоєнне визначення порівнює організацію з живим організмом. Однак варто зазначити, що люди (які розуміються як компоненти - підсистеми) в організаціях також поводяться свідомо, чого не можна сказати про компоненти живих організмів.

Організація як відкрита соціотехнічна система взаємодіє з навколишнім середовищем. Ця взаємодія може варіюватися від простого обміну до тісних зв'язків і залежностей. У той же час, організації під впливом цих взаємодій трансформують свою внутрішню структуру - спосіб організації. Лікувальні заклади також взаємодіють з навколишнім середовищем і також піддаються процесам трансформації (реорганізації), хоча б шляхом накопичення і використання нових знань з навколишнього середовища. Це може

відображатися в новому розподілі завдань та/або в способах і термінах обстеження і лікування пацієнтів.

Чинників, що визначають спосіб внутрішньої організації конкретного закладу охорони здоров'я, є багато. Вищезгадані нові знання, нові технології, новий персонал - це лише кілька прикладів. Численність і складність взаємодії з різними детермінантами, що впливають на форму організації, означає, що немає двох однакових лікарень, ЗОЗ або спеціалізованих клінік - з точки зору організаційних рішень або способу їх функціонування. Звичайно, в системі мережевої організації далекосяжна стандартизація зменшує ці відмінності. У літературі вказується на кілька груп факторів, які визначають спосіб організації закладів охорони здоров'я. Врахування вищезазначених факторів спонукає до застосування так званого контингентного підходу до питання організаційної побудови та принципів функціонування. Цей підхід передбачає низку рекомендацій та настанов щодо вибору правильної структури, методу мотивації працівників, стилів управління або напрямів організаційного розвитку відповідно до характеру середовища та змін у ньому, технологій, рівня кваліфікації та установок працівників. «Він підкреслює багатовимірну структуру організацій і намагається зрозуміти, як організації функціонують за різних умов і конкретних обставин. Ситуаційний підхід йде в напрямку пошуку організаційної структури та способів управління нею, адаптованих до конкретних ситуацій» [2, с. 9]. Зрештою, менеджери повинні прагнути до максимальної відповідності між організаційним механізмом (організаційною структурою) та його контекстом (умовами діяльності).

Ми, на основі аналізу літератури, розділили структуроутворюючі фактори, на шість груп:

1. Організаційне середовище, включаючи правове середовище як основу для функціонування закладів охорони здоров'я.
2. Технологія.
3. Життєвий цикл організації.
4. Культура організації.

5. Стратегія.

6. Системне мислення.

Ці фактори знаходяться у взаємному зв'язку, наприклад, навколишнє середовище через технологічний прогрес впливає на вибір технологій, а цей вибір, у свою чергу, впливає на поведінку людей.

Середовище, разом з генотиповою функцією (тобто роллю, яку відіграють організації у задоволенні суспільних потреб) організацій, є основною незалежною змінною. Водночас середовище диференціює організації з однаковою генотиповою функцією. Оточення організації визначає конкретні умови, в яких організація працює. «Оточення організації (системи) - це всі ті елементи, які не є частиною організації, але пов'язані з нею, тобто впливають на стан організації або організація впливає на них» [3].

Організація як відкрита система отримує вигоду від навколишнього середовища, яке є для неї джерелом ресурсів у вигляді технологій (технічного прогресу) та працівників, а також від присутності одержувачів продукції організації. Навколишнє середовище створює можливості для організації, але також є джерелом загроз. Організація взаємодіє з навколишнім середовищем, перебуваючи під його впливом і впливаючи на нього. Ступінь відкритості чи ізольованості організації від свого оточення може бути дуже різним. Повна відсутність кордонів і повна ізоляція - це стани, в яких організація не може існувати.

Не всі елементи середовища мають однаковий вплив на функціонування організації. Томпсон [4] розглядає відносини між організацією та її оточенням з точки зору впливу (влади) та залежності. Згідно з Томпсоном, середовище є джерелом як невизначеності, так і обмежень для організацій. Таким чином, організації, раціоналізуючи свою діяльність, повинні вживати заходів для мінімізації негативного впливу середовища на свою діяльність. Організації тим більше залежать від певних елементів навколишнього середовища, чим більше вони потребують їхніх послуг. Лікувальні заклади, будучи залежними від Національного фонду охорони здоров'я як єдиного державного платника,

змушені адаптувати спосіб своєї діяльності та структуру до його вимог. Може статися так, що саме організація зазнає впливу зовнішнього середовища - конкурентного чи, наприклад, правового та політичного.

Незалежність від факторів зовнішнього середовища - це Святий Грааль для менеджерів, і не тільки в галузі охорони здоров'я. Сьогодні все частіше вживаються заходи, спрямовані на мінімізацію залежності організації від навколишнього середовища. Прикладом може слугувати компанія Tesla, яка придбала частку в літєвих шахтах - ключовій сировині, що використовується у виробництві акумуляторів - в Болівії, щоб стати незалежною від постачальників. Так само Apple розробила власні процесори для комп'ютерів, щоб стати незалежною від Intel. На ринку охорони здоров'я ми бачимо, як багато організацій пристосовуються до мінливого законодавства. Однак медичні установи або їхні власники, наприклад, вживають заходів для обмеження конкуренції, купуючи компанії або створюючи медичні мережі. Інші дії, які роблять їх менш залежними від зовнішніх умов, включають купівлю контрольних пакетів акцій компаній, які є партнерами організації, укладання довгострокових контрактів і створення спільних підприємств. Якби заходи не вживалися, вони вимагатимуть адаптації/реконфігурації структури організації до нових завдань і умов, що склалися. Це пов'язано з тим, що організації починають співпрацювати з новими елементами оточення або діяти в нових умовах (наприклад, на нових ринках), або створюють якісно нові умови для співпраці з існуючими елементами оточення.

Складність і мінливість зовнішнього середовища є, з одного боку, об'єктивним станом, зумовленим кількістю елементів зовнішнього середовища (та їх різноманітністю) і характером взаємодії між цими елементами, а з іншого боку, суб'єктивним станом, що залежить від здатності організації ідентифікувати вищезгадані елементи та їх стани.

Сьогодні такі явища, як технологічний розвиток, відкриті кордони, посилення гіперконкуренції або «каліфорнізація потреб» спричинили зміни в

компаніях, їхніх стратегіях та структурах. Все це змушує організації вживати заходів з адаптації [5, с. 84] - вони змінюють свої структури та їхні параметри.

Лікувальна діяльність здійснюється в рамках певного правового режиму. В його основі лежить Україна, яка, включивши право на охорону здоров'я до категорії прав людини, є прикладом тенденцій, що спостерігаються в інших європейських країнах.

Зміцнення здоров'я є дуже важливим елементом лікувальної діяльності на додаток до надання медичних послуг. Це завдання є правом закладу охорони здоров'я, але не входить до сфери його обов'язків. Це пов'язано з тим, що «кожен заклад охорони здоров'я має можливість виконувати завдання зі зміцнення здоров'я, але жоден з них не зобов'язаний цього робити» [6, с. 195]. Зміцнення здоров'я стосується як окремих осіб, так і суспільства в цілому. Йдеться про всі види діяльності, спрямовані на підвищення обізнаності та контролю над факторами, що визначають здоров'я, і, таким чином, на покращення здоров'я. Зміцнення здоров'я - це пропаганда здорового способу життя, захист навколишнього середовища, яке має значний вплив на наше здоров'я, а також фізична культура і спорт. Таким чином, воно стосується всіх ініціатив і заходів, що здійснюються відповідними установами, спрямованих на пробудження інтересу до факторів, що зміцнюють здоров'я, і підвищення індивідуальної відповідальності за стан здоров'я. Ці заходи пов'язані з освітньою та інформаційною діяльністю як основою для освіти в цій сфері. Доцільним видається створення стимулів, насамперед фінансових, для всіх медичних працівників, щоб як зміцнення здоров'я, так і його профілактика ставали дедалі популярнішими і мали якомога ширше охоплення. Це має особливе значення в контексті діяльності органів державної влади в цій сфері, які роблять набагато більший акцент на лікуванні, ніж на профілактиці захворювань.

Ще одним напрямком лікувальної діяльності є реалізація викладацьких і дослідницьких завдань, пов'язаних з наданням медичних послуг і зміцненням здоров'я. Прикладами таких завдань є надання клінічних ресурсів лікарень у

розпорядження медичних університетів та проведення клінічних випробувань лікарських засобів і медичних виробів [7, с. 61].

«Безсумнівно, що система охорони здоров'я також формується низкою законів, які регулюють правовий статус медичних професій та їхніх органів самоврядування» [8].

1.2. Механізм планування та прогнозування діяльності закладу охорони здоров'я

Ієрархізація медичних послуг за критерієм якості мала б посилити міжконкурентну боротьбу в секторі, однак цього не було помітно протягом тривалого часу. Лише зараз, з інтенсифікацією комерціалізації медичних послуг, можна спостерігати зростання значення конкурентоспроможності серед закладів охорони здоров'я. Все більше значення починає надаватися майбутньому, а отже, зростає важливість вибору правильної стратегії. Стає звичним ставлення до пацієнтів (та інших зацікавлених груп) як до клієнтів зі специфічними вимогами та потребами, залучення яких до користування медичними послугами конкретного підрозділу є одним з факторів забезпечення безперервності роботи, хоча і не єдиним чи найважливішим.

Класичне визначення представляє управління як процес, що включає групу видів діяльності (планування, організація, мотивація і контроль), орієнтованих на ресурси організації (людські, фінансові, матеріальні та інформаційні). Управління державним закладом охорони здоров'я використовує принципи і правила, що переважають в менеджменті в широкому сенсі, однак вимагає врахування специфіки громадських організацій. Відповідно до Закону, було введено класифікацію закладів охорони здоров'я, що включає державні та недержавні заклади. Статус закладу охорони здоров'я визначається не за критерієм фінансування його діяльності, наприклад, за рахунок державних коштів, а за фактом створення закладу відповідним органом-засновником - прикладами суб'єктів, які можуть створити державний заклад охорони здоров'я,

можуть бути: міністр, орган центрального державного управління, губернатор області, органи місцевого самоврядування тощо. Створені державні заклади охорони здоров'я можуть функціонувати у трьох формах: бюджетна, бюджетна установа та незалежний заклад охорони здоров'я. Проведення процесу змін у державних закладах є проблематичним, оскільки він відбувається в умовах сильного тиску з боку правового та політичного середовища.

Ефективний та безперебійний процес функціонування будь-якого підприємства в умовах ринкової економіки змушує організацію постійно переглядати цілі, які вона ставить перед собою перед початком нової діяльності, та визначати методи їх досягнення.

Цей процес безпосередньо пов'язаний з плануванням керівництвом поточних і майбутніх завдань, тобто з розробкою короткострокової та довгострокової стратегії. Таким чином, загалом під стратегією розуміють процес планування та виконання завдань, які мають слугувати досягненню поставлених цілей. В результаті застосування групи продуманих і системних інструментів організація може досягти балансу між процесами, що відбуваються всередині неї, і постійно мінливим зовнішнім середовищем. Основною характеристикою стратегічного мислення в компанії є орієнтація на зовнішнє середовище і постійний аналіз змін, що відбуваються у всіх його сферах (технологічній, соціальній, економічній, демографічній, політико-правовій, міжнародній). Стратегічне мислення також доповнюється аналізом поведінки конкурентів, постачальників і споживачів. У широкому розумінні, основним завданням або керівника закладу охорони здоров'я є формулювання цілей і дій для досягнення поставлених цілей, а також забезпечення їх досягнення. Отже, стратегічне управління закладом охорони здоров'я пов'язане з реалізацією трьох основних напрямків діяльності. Перший передбачає діагностику середовища з метою виявлення та аналізу трансформацій, що відбуваються в ньому. Зміни, що спостерігаються, можуть представляти майбутні можливості або загрози для підприємства. Другим за важливістю є стратегічне управлінське завдання аналізу сильних і слабких сторін

підприємства. Кінцевий результат перших двох видів діяльності має проявитися у третьому завданні - виборі та реалізації відповідної стратегії. Сам процес стратегічного управління включає в себе три важливі етапи, такі як аналіз, планування та реалізація стратегії. Відправною точкою для формулювання стратегії є визначення поточного стану компанії та ситуації на ринку. Таким чином, виникає необхідність ідентифікувати конкурентів і перевірити свої сильні та слабкі сторони, а також сильні та слабкі сторони конкурентів. Наступним етапом формулювання стратегії є розробка відповідних цілей на основі знань, отриманих з першого пункту. На цьому етапі необхідно визначити напрямки діяльності компанії на певний період (стратегічні цілі) та встановити завдання, які сприятимуть розвитку компанії, покращенню або збереженню її поточної позиції. Загальний обсяг цілей стосується чотирьох груп питань: маркетингові, престижні, фінансові та організаційні. Залежно від того, чи організація зосереджується на змінах у структурі портфеля пропонованих послуг і продуктів, чи на змінах на ринку, перевага надаватиметься різним стратегіям розвитку, аргументуючи вибір і реалізацію обраної стратегії.

Побудова та утримання сильних позицій на широкому ринку медичних послуг на практиці є складним і важким завданням, що вимагає розробки та реалізації нетрадиційної стратегії. Метою реалізації прийнятої стратегії в медичному закладі є не тільки підтримання його діяльності без зіткнень, але й ефективне функціонування в умовах, сприятливих для його розвитку, і в умовах, несприятливих для нього. Тому стратегія, яку реалізує кожен заклад охорони здоров'я, повинна бути тісно адаптована до умов зовнішнього середовища та ресурсів, якими володіє заклад. Ефективність прийнятої стратегії буде залежати, серед іншого, від цілісності з навколишнім середовищем і спільної прихильності всіх працівників закладу.

На кожному підприємстві виникає необхідність змін, оскільки жодна концепція, стратегія чи план дій не є остаточним та універсальним рішенням. Кожна сфера функціонування організації рано чи пізно потребуватиме

модифікації, зміни або вдосконалення, тому підприємства (в тому числі й заклади охорони здоров'я) повинні бути відкритими до змін і ставитися до них як до можливості, а не як до загрози. На підприємствах, що перебувають у процесі трансформації, необхідно розвивати гнучкість серед працівників у їх реакції на зміни, наприклад, шляхом публічного поширення бачення і стратегії реструктуризації та зменшення дезорганізації.

При формулюванні стратегії для закладів охорони здоров'я слід керуватися принципами і правилами, що переважають в управлінні в широкому сенсі; однак, слід також враховувати специфіку сфери, для якої розробляється рішення. Прагнення залишатися гнучкими та адаптивними до змін у навколишньому середовищі може виявитися недостатнім на практиці. У галузі охорони здоров'я зміни відбуваються швидко і часто непередбачувано, що ставить заклад охорони здоров'я, а особливо його працівників (усі професійні групи, що входять до організаційної структури закладу охорони здоров'я), перед фактом. Внаслідок раптовості та непередбачуваності деяких можливостей або загроз у навколишньому середовищі, організація не завжди має достатньо часу для негайної реакції, щоб встигнути переосмислити поставлені цілі та завдання.

Останнім часом було зроблено багато спроб виправити ситуацію, що склалася в системі охорони здоров'я, шляхом втілення державних реформ у вигляді так званих програм оздоровлення. Нинішні програми оздоровлення надають можливість здійснити процес реструктуризації, який передбачає зміну організаційно-правової форми, що дає змогу перейти від неприбуткової організації до комерційної структури, яка управляється як комерційна компанія. Часто реалізація програми змін стає для медичного закладу можливістю зберегти ліквідність і безперервність надання послуг. Розроблена програма змін має бути результатом ретельного аналізу і відображати реальні потреби. Належний стратегічний аналіз повинен привести до визначення відповідної операційної стратегії для даного закладу охорони здоров'я, наприклад, на період процесу реструктуризації. Часто буває так, що органи-засновники,

відповідальні за підготовку програми коригувальних дій, недбало ставляться до аналізу організації з точки зору вибору відповідної стратегії, що лягає на реалізацію запропонованих удосконалень.

Під макросередовищем розуміють умови, в яких функціонує лікарня, що є безпосереднім результатом функціонування даного ЗОЗ в конкретному місці (країні та регіоні), в конкретному кліматі та при конкретних системних, політичних, економічних механізмах тощо. Для кожного ЗОЗ характерною особливістю функціонування в макросередовищі є висока залежність від трансформацій, що відбуваються в ньому, та неможливість зміни умов в ньому, що позначається на можливостях ведення діяльності та розвитку лікарні.

При аналізі впливу зовнішнього середовища на діяльність лікарні важливо враховувати групи зацікавлених сторін, які мають позитивне та негативне ставлення до медичного закладу. Стейкхолдери визначаються як особи або компанії, які динамічно беруть участь у діяльності компанії або чий прибуток залежить від позитивного або негативного результату даного підприємства. Стейкхолдери лікарні суттєво впливають на реальність її функціонування, формуючи ринковий імідж даного закладу охорони здоров'я, саме тому з точки зору менеджменту стає настільки важливим визначення впливу груп стейкхолдерів як при визначенні місії, так і при розробці стратегії.

У стратегічному управлінні базовим і основним аналізом, що відображає ступінь конкурентоспроможності в секторі, є метод 5 сил М.Е. Портера. Він надає можливість суб'єкту господарювання прийняти одну з трьох стратегій, які включають диференціацію, лідерство за витратами та концентрацію. Зважаючи на те, що метод 5 сил М.Е. Портера є найпопулярнішим та найпоширенішим методом, у статті вирішено представити бальний метод оцінки привабливості галузі. Цей метод, по відношенню до методу 5 сил М.Е. Портера, пропонує можливість порівняння привабливості декількох секторів і вищий ступінь точності, ніж у методі Портера, але нижчий ступінь деталізації.

Основна передумова бального методу оцінки привабливості галузі полягає в тому, що можна скласти перелік критеріїв, які зможуть

диверсифікувати галузі та диференціювати ступінь привабливості. Маючи розроблений перелік критеріїв, можна проводити порівняння між будь-якою кількістю секторів, що вимагає використання бальної оцінки. У

Завершальним етапом аналізу є оцінка стратегічної позиції з використанням портфельних методів оцінки стратегічної позиції підприємства. Для визначення стратегічної позиції конкретної організації використовуються наведені в статті приклади методів аналізу макро- і мікросередовища та багато інших. Визначення стратегічної позиції базується на зіставленні за допомогою портфельних методів результатів аналізу середовища підприємства. Портфельні методи - це група інструментів, які дозволяють провести оцінку операційних можливостей лікарні та проілюструвати її поточну і майбутню позицію на ринку. Вони представляють у вигляді матриці прогнозовані результати двосторонньої взаємодії між факторами, на які лікарня може впливати, і тими, які вона не може контролювати. Портфельні методи дають можливість провести оцінку конкурентної ситуації різних аспектів бізнесу лікарні.

Класичний підхід матриці McKinsey базується на позиціонуванні кожного продукту або виду діяльності між осями двох змінних (конкурентна позиція та привабливість сектору). Оскільки концепція управління лікарнею орієнтована на комплексне надання послуг, цей аналіз розглядає лікарню як єдине ціле, намагаючись визначити найбільш підходящу стратегію для організації.

Часто орган-засновник певного медичного закладу, щоб покращити його поточний стан і таким чином підвищити прибутковість його активів, приймає рішення про проведення програми реструктуризації. Спеціальна програма оздоровлення зазвичай складається з організаційних та юридичних перетворень, а також змін, спрямованих на приведення закладу у відповідність до чинного законодавства. Планування заходів для покращення поточного стану вимагає ретельного аналізу як самого закладу охорони здоров'я, так і його оточення.

Нестабільність у сфері охорони здоров'я, а отже, робота в турбулентному середовищі, стала невід'ємною складовою діяльності всіх закладів охорони

здоров'я. Внаслідок нестабільності середовища сучасних лікарень зростає важливість стратегічного аналізу, особливо в контексті запланованих змін. Орган-засновник часто вживає заходів щодо розробки стратегічного плану та завдань реструктуризації. Так само часто трапляється, що готові дослідження проводяться без співпраці з керівництвом лікарні. У такому випадку слід пам'ятати, що для проведення глибокого та максимально об'єктивного стратегічного аналізу або самої програми реструктуризації орган-засновник повинен співпрацювати з керівництвом лікарні та враховувати вплив зацікавлених сторін на заплановані заходи.

Якщо лікарня хоче мати шанс залишитися на ринку медичних послуг, вона повинна вміти швидко адаптуватися до змін у своєму середовищі, що вимагає дуже хороших знань про заклад і сам ринок медичних послуг, завдяки яким можна сприймати можливості і загрози, що виникають на ньому. Ретельний і достовірний стратегічний аналіз лікарні дозволяє: 1) отримати глибоке розуміння організації та визначити її сильні і слабкі сторони; 2) розпізнати можливості та загрози, що виникають у навколишньому середовищі; 3) визначити поточну позицію на ринку медичних послуг; 4) визначення завдань, необхідних для покращення поточного стану або отримання конкурентних переваг; 5) розробка стратегії на період проведення реструктуризаційних заходів; 6) вміння адаптація до змін, що відбуваються в навколишньому середовищі.

РОЗДІЛ 2

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

2.1. Оцінка діяльності досліджуваного медичного закладу

Останні роки характеризуються динамічним зростанням ринку платних медичних послуг у Україні. Приватні заклади, які надають такі послуги, роблять ставку на агресивну стратегію зростання. Дедалі більше закладів первинної медичної допомоги вирішують розширити свою пропозицію, включивши до неї приватні послуги. Це пов'язано, головним чином, з тим, що час очікування на медичні консультації стає дедалі довшим. Кількамісячні черги на прийом до вузьких спеціалістів або на спеціалізовані діагностичні тести стали нормою.

Поточна політична ситуація та майбутні правові умови, наприклад, набуття чинності поправок до законодавства, які стосуватимуться створення так званої госпітальної мережі, можуть призвести до продовження цієї тенденції.

Необхідно відійти від традиційного сприйняття закладу охорони здоров'я як унікального суб'єкта господарювання. При цьому забувається, що це типове підприємство сфери послуг. Єдина відмінність закладу охорони здоров'я від підприємства в традиційному розумінні полягає в тому, що заклади охорони здоров'я обслуговують пацієнтів. А це, в свою чергу, дуже специфічний тип клієнтів, який потребує особливого ставлення. Крім того, на цьому ринку все ще домінує державне фінансування, що також додає йому унікальності.

У даному дослідженні були використані наступні методи дослідження: кількісні методи, якісні методи, контент-аналіз, спостереження.

Таким чином, створення клініки первинної медичної допомоги з розширеними приватними послугами є вигідною інвестицією. Баланс після першого року роботи збалансований, фінансові прогнози на перші п'ять років роботи дуже оптимістичні. На третій рік роботи клініка вже буде фіксувати

прибуток, який можна інвестувати в подальший розвиток підприємства або використати для швидшого погашення кредиту. У наведених вище розрахунках є багато змінних, але навіть вони не завадять зробити висновок, що відповідально керований медичний заклад швидко стає фінансово прибутковим.

В Україні існує досить консервативний підхід до закладів первинної медичної допомоги, особливо тих, які надають послуги, що фінансуються за рахунок соціального страхування. Існує усталене переконання, що вони можуть функціонувати лише через Національну службу здоров'я або інші державні організації. Ситуація з приватними постачальниками платних послуг кардинально відрізняється. Завдяки агресивній операційній стратегії та розвитку ринку медичних послуг вони зараз переживають справжній бум.

Основним методом оцінки потенціалу новоствореного закладу первинної медичної допомоги є проведення економічного аналізу. Бізнес-план є важливим інструментом для започаткування діяльності закладу охорони здоров'я.

Підсумовуючи результати проведених аналізів, слід підкреслити, що найкращим рішенням для розвитку клініки первинної медичної допомоги є поєднання надання послуг, що фінансуються за рахунок соціального страхування, та платних послуг. Крім того, доцільно встановити партнерські відносини з приватними страховими компаніями або компаніями, які будуть направляти своїх клієнтів/працівників до клініки-партнера. Представлений бізнес-план є базовим. Якщо його доповнити ретельним фінансовим аналізом та ширшим дослідженням ринку, вийде документ, який може слугувати основою для створення розширеного закладу первинної медичної допомоги.

2.2. Аналіз організаційного забезпечення планування та прогнозування діяльності закладу охорони здоров'я в умовах змін зовнішнього та внутрішнього середовища

Аналіз стану здоров'я населення свідчить про пряму залежність між позитивними результатами у сфері охорони здоров'я та достатнім рівнем забезпеченості медичним персоналом. Старіння населення та збільшення кількості хронічних захворювань прогнозують зростання попиту на медичні послуги (особливо на послуги з догляду за хворими), а отже, збільшення потреби в медичному персоналі. У свою чергу, економічні обмеження змушують раціоналізувати фінансові витрати на охорону здоров'я, що призводить до необхідності раціоналізації кадрового забезпечення¹. Останніми роками питання дефіциту медичних кадрів, розриву поколінь лікарів і медсестер та прогнозів у цій сфері є дуже актуальними і важливими темами, тому ці проблеми стали приводом для написання роботи.

Протягом багатьох років як міжнародні організації, так і національні уряди надають великого значення раціональному плануванню розвитку медичного персоналу. Це тим більше виправдано, що час, необхідний для навчання лікаря або медсестри, є відносно тривалим, тому будь-які помилки і недбалість у плануванні медичних кадрів можуть мати серйозні наслідки для системи на довгі роки.

Кадрове планування - це безперервний процес, який включає визначення кількісних і якісних кадрових потреб, аналіз існуючої кадрової ситуації та структури, створення планів для мінімізації розриву між попитом і пропозицією на внутрішньому ринку праці, а також моніторинг впровадження кадрових планів на практиці [1]. Кадрове планування у сфері охорони здоров'я має здійснюватися як на рівні закладу охорони здоров'я, так і на рівні системи охорони здоров'я в цілому. Процес кадрового планування на рівні підрозділу є одним з найважливіших елементів ефективного управління для керівника і визначає належне виконання поставлених завдань. Відсутність належного

кадрового планування та порушення в організації роботи можуть призвести, серед іншого, до зниження якості та доступності медичних послуг, збільшення частоти несприятливих подій, надмірного навантаження на працівників та обмеження професійного розвитку. Звідси випливає важливість планування людських ресурсів.

Планування медичних кадрів також дуже важливе з точки зору системи охорони здоров'я в цілому. У цьому контексті планування медичних кадрів має стратегічний вимір, спрямований на адаптацію чисельності та структури кадрів до поточних і майбутніх потреб, щоб не виникало ситуацій нестачі або надлишку кадрів.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у своєму документі «Людські ресурси для охорони здоров'я. Інструментарій для моніторингу зміцнення системи охорони здоров'я» рекомендує аналізувати три показники для ефективного моніторингу наявних і необхідних ресурсів [2]: кількість персоналу на 10 000 населення за професійними групами (всі особи, які мають право на практику); розподіл медичних працівників за професійною групою, статтю, медичною спеціальністю, регіоном, місцем роботи (державний, приватний сектор); щорічна кількість випускників медичних навчальних закладів на 100 000 населення - за рівнем та напрямом підготовки.

Таким чином, процес планування має бути безперервним і постійно контролюватися. У стратегічному плані планування людських ресурсів вимагає тісної співпраці між низкою суб'єктів, які беруть участь у навчанні, працевлаштуванні та управлінні медичним персоналом. У українському контексті до цієї групи слід віднести Міністерство охорони здоров'я, Міністерство науки і вищої освіти, медичні університети, палати лікарів, палати медичних сестер, асоціації медичних професій, профспілки, асоціації роботодавців системи охорони здоров'я, національні консультанти з окремих галузей медицини, органи місцевої адміністрації.

Впровадження процесу планування не гарантує, що проблема дефіциту кадрів не виникне, але ефективне планування є системою раннього попередження і дає можливість для раннього втручання.

Ефективне планування людських ресурсів системи охорони здоров'я є складним завданням з низки причин: змінюються потреби в охороні здоров'я (визначаються демографічними, епідеміологічними та соціокультурними факторами), змінюється структура попиту та пропозиції на медичні послуги, змінюється структура медичних кадрів (старіє населення, а отже, і медичні кадри, зростає кількість працівників, які працюють неповний робочий день, змінюється форма зайнятості працівників). Крім того, існує великий часовий розрив між прийняттям рішень щодо планування та досягненням їх результатів, наприклад, період підготовки додаткової кількості лікарів-спеціалістів становить від кількох до десятка років, що є серйозним гальмом у період швидких змін у системі [3].

Процес планування медичних кадрів є складним процесом через множинність і складність факторів, які впливають на його детермінанти. Ці фактори можна поділити на такі групи: економічні, правові, демографічно-епідеміологічні, соціокультурні та технологічні.

Дефіцит медичних кадрів, як зазначає, зокрема, ВООЗ, у випадку багатьох країн є наслідком не лише відсутності надійного планування, але й багаторічного нехтування системою освіти лікарів і медсестер, а також недофінансування охорони здоров'я [4]. Нинішня криза в ситуації з медичними кадрами, безсумнівно, значною мірою спричинена неефективним управлінням людськими ресурсами, зокрема відсутністю раціональної кадрової політики, невідповідністю структури зайнятості профілю та обсягу послуг закладів охорони здоров'я, а також відсутністю належного планування в системі освіти. Актуальними дилемами більшості країн є проблеми професійної освіти та навчання, забезпечення оплати праці на задовільному рівні та утримання персоналу на робочих місцях [4].

Планування людських ресурсів для системи охорони здоров'я традиційно ґрунтується на екстраполяції співвідношення чисельності населення, що надає медичні послуги, до очікуваної чисельності населення в майбутньому. Аналіз включав вплив демографічних змін на окремі групи медичних професій. Як наслідок, таке планування обмежується аналізом впливу демографічних змін на продуктивність людських ресурсів системи охорони здоров'я відносно чисельності населення, що обслуговується, і використовує припущення про постійний рівень як продуктивності медичної допомоги, так і стану здоров'я в певній віковій групі. Кадрова політика та дослідження системи охорони здоров'я повинні будуватися на основі потреб населення в охороні здоров'я, незалежного вимірювання попиту і пропозиції. Політики у сфері охорони здоров'я повинні покращити оцінку необхідних кадрових ресурсів для охорони здоров'я шляхом більш точного врахування потреб населення в охороні здоров'я, аналізу ефективності роботи персоналу та стратегій, що базуються на заходах, які відповідають очікуванням конкретних груп постачальників послуг. Необхідно розробити такі моделі і стратегії планування кадрових ресурсів охорони здоров'я, які базуються на потребах, орієнтовані на вплив і результати та визнають складний і динамічний характер факторів, що впливають на ці рішення. Розуміння взаємозв'язку між станом здоров'я населення, віком і роком народження та соціальними факторами є необхідним для забезпечення належного та ефективного планування майбутніх потреб системи охорони здоров'я у кадрових ресурсах [5].

Планування кадрових ресурсів системи охорони здоров'я не може розглядатися лише в теорії. Необхідні значні інвестиції в інфраструктуру планування та управління даними. Розробка стратегії реструктуризації трудових ресурсів - це процес, який вимагає ретельного аналізу структури та якості наявних ресурсів. Необхідно також детально оцінити стан ринку праці (включаючи прогнозування внутрішньої та зовнішньої пропозиції) та загальні економічні тенденції, а також очікуваний попит на послуги, що надаються). Для того, щоб привести людські ресурси системи охорони здоров'я у відповідність

до попиту на медичні послуги, необхідне планування, яке враховує такі аспекти, як формування пропозиції кваліфікованого персоналу, перегляд штатних нормативів, перерозподіл наявного персоналу та його раціональне розміщення. Таким чином, людські ресурси системи охорони здоров'я слід аналізувати не тільки з точки зору їх кількості, але й з точки зору їх доступності та якості. Комплексний процес планування повинен враховувати три важливі сфери: моніторинг (обумовлений наявністю достовірних та актуальних даних про людські ресурси), аналіз (багатофакторний, що враховує багато змінних, які впливають на формування попиту та пропозиції медичного персоналу) та стратегічне планування, що виражається у визначенні конкретних напрямів дій (у цьому відношенні особливо важливою є тісна співпраця всіх суб'єктів, відповідальних та залучених до планування людських ресурсів).

Демографічні зміни впливають не лише на населення як потенційних пацієнтів, але й на персонал галузі охорони здоров'я. Нинішня вікова структура медичного персоналу є несприятливою. Середній вік працівників зростає як серед лікарів, так і серед середнього медичного персоналу, причому значна частка персоналу наближається до пенсійного віку.

Тому для заміни тих, хто йде на пенсію, буде потрібна достатня кількість нових працівників. У багатьох країнах (у тому числі в Україні) існує проблема так званого розриву поколінь серед лікарів і медсестер, що виникає в результаті того, що вихід на пенсію працівників перевищує приплив молодих кадрів у систему. Співпраця з освітнім сектором і планування кількості вступників на медичні спеціальності, а також розширення можливостей для навчання впродовж життя, заохочення професійного розвитку та підтримка професійного розвитку працівників з боку керівництва є дуже важливими в цьому відношенні.

У 2020 році з ініціативи ВООЗ було розроблено Рамкову програму дій з кадрових ресурсів для охорони здоров'я - Матрицю впливу людських ресурсів на здоров'я. Ця матриця передбачає поділ процесу планування на кілька компонентів. Різні установи, організації та соціальні партнери повинні нести

відповідальність і бути залученими до різних компонентів матриці, що сприятиме всебічному та інтегрованому плануванню системи у сфері кадрового забезпечення. Аналізуючи різні компоненти, можна визначити, які організації та суб'єкти повинні бути залучені до конкретних аспектів планування у сфері КЗ в країні:

- система управління людськими ресурсами (система планування людських ресурсів, найму, розстановки та розвитку персоналу) установи, відповідальні за ведення обліку працівників, збір та аналіз статистичних даних, а також суб'єкти господарювання, які наймають працівників;

- політика (правила, норми та положення, що стосуються умов працевлаштування та професійного розвитку працівників): суб'єкти, що наймають медичних працівників, міністерство охорони здоров'я, платники медичних послуг, професійні асоціації;

- фінанси (придбання, виділення та розподіл ресурсів, пов'язаних з людськими ресурсами): Міністерство охорони здоров'я, платник медичних послуг, постачальники медичних послуг, професійні асоціації;

- освіта (підготовка та підвищення кваліфікації персоналу з відповідними компетенціями): міністерство науки/освіти, міністерство охорони здоров'я, медичні університети;

- партнерство (формальні та неформальні зв'язки між різними учасниками системи, наприклад, надавачами та платниками послуг з метою оптимізації використання людських ресурсів): надавачі, професійні асоціації, асоціації пацієнтів;

- лідерство (здатність визначати курс дій для залучення, утримання та мотивації персоналу і досягнення поставлених цілей): Міністерство охорони здоров'я, асоціації менеджерів охорони здоров'я.

Аналіз представленої матриці кадрових ресурсів системи охорони здоров'я має надихнути осіб, які приймають рішення у сфері охорони здоров'я, на створення коаліцій для всебічного та інтегрованого процесу планування кадрових ресурсів охорони здоров'я на національному рівні. Таким чином,

розробники політики в галузі охорони здоров'я та політики повинні вдосконалити методи, що використовуються для оцінки потреби системи охорони здоров'я в кадрових ресурсах, більш точно враховуючи мінливі потреби населення в охороні здоров'я, аналіз наявності та продуктивності робочої сили та складність умов функціонування системи охорони здоров'я.

Планування людських ресурсів як пріоритетний напрям діяльності міжнародних організацій

Системи охорони здоров'я більшості країн нагально потребують реструктуризації для більш ефективного управління наявними ресурсами та вдосконалення процесу планування медичних кадрів з метою забезпечення доступності та безперервності медичної допомоги. Тому питання планування медичних кадрів є однією з пріоритетних сфер інтересів багатьох міжнародних організацій у галузі охорони здоров'я вже кілька років поспіль. У 2006р. ВООЗ опублікувала звіт « Людські ресурси для охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ», в якому зазначалося, що більшість країн стикаються з кризою медичних кадрів, причому основними проблемами окремих країн є питання, пов'язані з професійною освітою та підготовкою, забезпеченням задовільного рівня оплати праці та утриманням кадрів [4].

Важливою ініціативою у відповідь на виклики кризи кадрових ресурсів охорони здоров'я стала Зелена книга Європейської Комісії про європейські кадрові ресурси охорони здоров'я [6]. Метою цього документу було визначення викликів, з якими стикаються системи охорони здоров'я в країнах ЄС у контексті кадрових ресурсів охорони здоров'я, та розробка заходів на рівні ЄС, які б допомогли ефективно вирішити ключові проблеми без негативного впливу на системи охорони здоров'я за межами Європейського Союзу. «Зелена книга відіграла важливу роль у започаткуванні широкої громадської дискусії щодо майбутнього медичних кадрів в Європі, сприяла визначенню найбільш значущих викликів у цій сфері та підвищенню уваги до проблем, з якими стикаються окремі групи медичних працівників». На думку Європейської Комісії, коли мова йде про стратегічне планування кадрів охорони здоров'я,

особливу увагу слід приділяти професійному навчанню. ЄК закликає до розробки надійних стратегій планування і пропонує збільшити інвестиції в розширення можливостей навчання в усіх державах-членах ЄС. Покращення можливостей для підвищення кваліфікації, особливо для спеціалізованого навчання, також матиме позитивний вплив на задоволеність і мотивацію персоналу. Необхідно вжити заходів для посилення освіти, як додипломної, так і безперервної. ЄК також звертає увагу на якість освітнього процесу для майбутніх медичних працівників та узгодження змісту навчальних програм з реальними потребами професії. У зв'язку зі збільшенням попиту на лікарів, медсестер та інших медичних працівників необхідно збільшити кількість місць в університетах та інших медичних навчальних закладах і забезпечити їх кваліфікованим викладацьким складом [7].

Пріоритетність питання кадрів охорони здоров'я також призвела до ініціативи ВООЗ зі створення глобального атласу знань про медичні кадри - Глобального атласу кадрів охорони здоров'я [8]. Ця система збирає статистичні дані про окремі групи медичних професій за географічним розподілом та віково-статевою структурою (слід зазначити, що в Атласі відсутні дані, опубліковані для нашої країни).

Розуміючи та усвідомлюючи потребу в прозорих правилах переміщення медичних працівників між країнами, було розроблено Кодекс ВООЗ, який регламентує проведення рекрутингу з-за кордону [9]. Країни-рекрутери були закликані поважати інтереси країн, з яких приїжджають наймані працівники. Ці країни також повинні підготувати відповідні правові умови, які б гарантували дотримання прав трудових мігрантів.

Особливо складною є ситуація з медсестрами, тому багато міжнародних ініціатив зосереджені саме на цій професійній групі. У документі ВООЗ «Медсестри та акушерки. Сила для здоров'я» визначено такі проблеми планування сестринських кадрів: відсутність зв'язку між плануванням кадрів і реальними потребами охорони здоров'я, відсутність координації або недостатня координація між секторами, політичне ігнорування необхідності стратегічного

планування кадрів, недостатні квоти на підготовку, “короткозорість” у плануванні, дисбаланс між чисельністю різних професійних груп, відсутність співпраці між професійними організаціями та політиками, а також брак достовірних статистичних даних [10].

За оцінками Європейського Союзу, представленими в документі «Співпраця на рівні ЄС щодо прогнозування потреб у медичних кадрах, кадрового планування та тенденцій у сфері охорони здоров'я», дефіцит людських ресурсів у системі охорони здоров'я на рівні ЄС вже у 2030 році становитиме близько 1 мільйона працівників, у тому числі [11]: 230 000 - нестача лікарів; 590 000 - нестача медсестер; 150 000 - нестача стоматологів, фармацевтів, фізіотерапевтів.

Зважаючи на такий тривожний діагноз, було наголошено на необхідності термінових дій щодо планування людських ресурсів у секторі охорони здоров'я, а підготовка достовірного аналізу з цього приводу була визнана основним інструментом, необхідним для вирішення проблеми дефіциту кадрів. Найбільш суттєвими проблемами, що перешкоджають процесу ефективного планування, були визначені: відсутність достовірних та актуальних даних; невизначеність у визначенні професій у сфері охорони здоров'я; невизначеність щодо показників здоров'я населення або ринку праці; відсутність комплексного, інтегрованого підходу до планування кадрових ресурсів охорони здоров'я; обмеженість даних про міграцію робочої сили.

Також було зазначено, що дефіцит медсестер не завжди пов'язаний з браком кваліфікованих кадрів або неналежною державною політикою, проблема може полягати також у відсутності медсестер, які виявляють бажання працювати в цій професії за нинішніх умов. У такій ситуації пошук рішень має бути зосереджений на створенні ефективних систем заохочення, які б заохочували людей опановувати цю професію. Економічні обмеження та недостатнє фінансування зайнятості є ще однією основною причиною дефіциту медсестринського персоналу.

З огляду на кризу медсестринського персоналу, що проявляється у збільшенні частки медсестер у найстарших вікових групах, відході з професії та міграції, в той час як попит на послуги сестринського догляду та опіки зростає, необхідно впроваджувати ефективні методи скорочення та запобігання дефіциту кадрів. Європейський Союз пропонує інтервенції, реалізація яких має на меті досягти постійних змін. Ці заходи поділяються на чотири категорії [11]:

- 1) кадрове планування;
- 2) набір та способи утримання медсестринського персоналу;
- 3) реалізація та ефективність (ефективне управління персоналом);
- 4) реалізація потенціалу персоналу.

Створення відповідних механізмів планування для моніторингу попиту та пропозиції персоналу з урахуванням майбутніх потреб було визначено як один з ключових елементів ефективного підбору персоналу. Належне планування робочої сили враховує наслідки демографічних змін, потреби населення в охороні здоров'я та профіль робочої сили. Планування також має враховувати час, необхідний для набуття кваліфікації, і цей процес вимагає співпраці з освітнім сектором. Рівень компетентності персоналу також є дуже важливим фактором; планування має бути інтегрованим для всієї системи, враховуючи всіх медичних працівників. Крім того, процес кадрового планування повинен враховувати такі фактори, як специфічний характер роботи, багатозмінна робота, неповний робочий день і періоди відсутності на роботі.

Стаціонарна медична допомога надається цілодобово, але з мінливим попитом, тому для забезпечення безпеки пацієнтів необхідне належне управління людськими ресурсами. Викликом для системи також є застосування заходів, які дозволяють збалансувати рівень укомплектованості штатів і навантаження, водночас будучи привабливими для медсестер, щоб вони могли поєднувати роботу з іншими обов'язками. Важливим завданням є залучення тих працівників, які хочуть працювати або повернутися до роботи на умовах неповного робочого дня, оскільки залучення їх до системи дає можливість більш ефективно використовувати наявні ресурси. У проаналізованому

документі ЄС також розглядається питання встановлення «мінімального» або «безпечного» рівня укомплектування штату медсестер. Встановлення таких стандартів не було однозначно визнано хорошим чи поганим рішенням, але було зазначено, що це може призвести до навантаження, яке перевищує можливості тих, хто працює, а отже, до рішень звільнитися і загострити проблему нестачі персоналу. Було висловлено думку, що штатний розклад має встановлюватися на місцевому рівні з урахуванням місцевих потреб і ресурсів. Необхідність підвищення ефективності та результативності роботи персоналу, а також зростаюче визнання зв'язку між ефективним рівнем укомплектованості штатів і результатами (включаючи безпеку пацієнтів) призвели до спроб визначити «найкращі» методи визначення рівня укомплектованості штатів. Однак важливо переконатися, що нові методи є механізмами підтримки процесу прийняття рішень, а не просто математичними розрахунками, які не відображають реальну ситуацію.

У сучасному трактуванні управління людськими ресурсами можливість поєднання кваліфікацій медичного персоналу визнається як один з варіантів вирішення кадрових проблем [11]. Досягнення балансу можливе при поєднанні навичок медичних сестер з навичками інших працівників системи охорони здоров'я, наприклад, молодшого медичного персоналу. Це створює виклик для керівників, оскільки необхідно підібрати персонал таким чином, щоб забезпечити ефективність надання допомоги та безпеку пацієнтів. Запропоноване рішення вимагає постійного контролю, щоб відстежувати, чи досягає команда поставлених цілей найкращим чином за допомогою наявних ресурсів. Нові завдання медичних сестер та інших працівників охорони здоров'я означають, що визначення різних медичних професій повинні бути змінені, а нова система освіти і навчання, а також система оплати праці та працевлаштування повинні бути адаптовані до змін, що відбуваються. Якщо рівень оплати праці та місце професії не відповідають виконуваним функціям, працівники не будуть мотивовані до активної професійної діяльності. Важливим викликом для менеджерів охорони здоров'я є визначення напряму

змін, спрямованих на підвищення ефективності роботи медичних підрозділів і, відповідно, впровадження інноваційних методів, засобів та інструментів управління організаціями, щоб особливо цінувався людський фактор [12].

Дуже велике значення плануванню медичного персоналу надається і в країнах за межами ЄС. У США цим питанням займаються як державні установи (Департамент охорони здоров'я і соціальних служб, Рада з питань післядипломної медичної освіти), так і численні неурядові організації (наприклад, Американський коледж лікарів, Інститут медицини, Американська медична асоціація, Американська асоціація студентів-медиків, Асоціація американських медичних коледжів, Центр досліджень медичних кадрів). Дослідження в галузі планування медичних кадрів також проводяться в багатьох університетських центрах. Таке широке і багатоцентрове висвітлення цього питання чітко вказує на те, яка величезна роль відводиться плануванню трудових ресурсів у розвиненій ринковій економіці.

Проблеми, що стосуються українського медичного персоналу, збігаються з тими, що визначені у звіті Всесвітньої організації охорони здоров'я [4]. Забезпечення достатньої кількості та якості медичного персоналу вимагає тісної співпраці між усіма суб'єктами, відповідальними та залученими до процесу кадрового планування. Згідно з чинним у Україні законодавством, суб'єктами, які несуть спільну відповідальність за функціонування та управління охороною здоров'я, є Міністерство охорони здоров'я, органи державного управління на центральному та обласному рівнях, органи місцевого самоврядування (міські, районні та обласні), НСЗУ, керівники закладів охорони здоров'я. Що стосується планування кадрових ресурсів, то перелік інституцій, представлений вище, слід доповнити такими суб'єктами: асоціації медичних професій, профспілки, медичні університети, обласні та національні консультанти в окремих галузях медицини.

Нинішня ситуація із забезпеченістю медичними кадрами в нашій країні є складною. За даними Центру інформаційних систем охорони здоров'я, співвідношення лікарів, які працюють у закладах охорони здоров'я, становило у

2012р. 21,5 на 10 000 населення (за основним місцем роботи) і був значно нижчим за середні показники по ЄС.

Я. Омбах і В. Сломчинський у своєму експертному висновку 2020 року під назвою « Планування розвитку медичного персоналу в Україні » вказують на такі проблеми [13]: в Україні немає центрального центру (реєстру) для збору та обробки даних про медичні кадри (дані розпорошені по багатьох установах, часто суперечать одна одній і є важкодоступними); в Україні немає центру, який би координував дослідження у сфері планування медичного персоналу та співпрацю з іноземними центрами, зокрема, адаптацію українських стандартів у цій сфері до стандартів міжнародних організацій; відсутність безперервності досліджень у сфері планування медичних кадрів у Україні; в Україні ніколи не проводилося комплексного дослідження потреби в медичному персоналі.

Автори, проаналізувавши ситуацію в Україні, рекомендували створити постійний комітет (10-15 фахівців, пов'язаних з охороною здоров'я та плануванням), який би відповідав за: постановку цілей планування, визначення критеріїв потреби в людських ресурсах, публікацію актуального варіанту прогнозу з практичними рекомендаціями кожні 2-3 роки, нагляд і контроль за збором даних.

Крім того, вони висловилися за створення робочої групи, основним завданням якої буде збір та обробка даних і підготовка прогнозів. Вони також вказали на необхідність створення Центрального реєстру лікарів України.

Аналізуючи розвиток ситуації в цьому питанні за останні 10 років, ми відзначаємо, що, на жаль, ситуація помітно не покращилася. Значною позитивною зміною, яка заслуговує на увагу, безумовно, є створення Центрального реєстру лікарів, з якого ми можемо отримати детальні дані про поточний розмір медичного персоналу з урахуванням віку, статі, медичної спеціалізації та географічного розподілу³. Однак, досі відсутні будь-які директивні документи з планування, немає регулярних планових прогнозів (хоча з'являються експертні прогнози та наукові дослідження в цій сфері), а дії осіб, які приймають рішення, здебільшого носять декларативний характер.

Таким чином, політика формування медичних кадрів у нашій країні є явно неадекватною.

Рациональна політика набору вимагає планування лімітів на навчання таким чином, щоб не нести надмірних витрат, але в той же час забезпечити достатню кількість персоналу в майбутньому. Однак проблемою, що стримує збільшення лімітів набору на медичні спеціальності, є фінансові ресурси, оскільки вартість навчання одного студента-медика є дуже високою.

Нинішня ситуація в українському медсестринстві викликає тривогу, нестача медсестер на ринку праці терміново вимагає низки системних заходів. Серед важливих викликів для нашої країни, реалізація яких могла б покращити ситуацію з медсестринством, є чітке зменшення важливості факторів, які стимулюють медсестер до міграції. Необхідно вжити законодавчих, політичних та системних заходів, спрямованих на посилення позиції та ролі медичних сестер в системі, насамперед, покращення умов оплати праці, поліпшення умов праці, створення кар'єрних шляхів та можливостей для розвитку, вжиття заходів щодо сприяння внутрішній міграції. Крім того, позитивні відносини між освітнім сектором і потенційними роботодавцями можуть позитивно вплинути на рівень працевлаштування молодих випускників медсестринських спеціальностей і подальші кар'єрні рішення. Для тих, хто залишив професію, важливо діагностувати причини такого рішення і подумати, як сприяти їхньому поверненню.

Дефіцит медсестринського персоналу також спричиняє неефективна система освіти, основною дисфункцією якої є відсутність кореляції між кількістю осіб, які навчаються на спеціальності медсестри, та вимогами ринку праці. Модель медичної освіти зазнає частих змін, що призводить до значного хаосу в секторі. Це вказує на необхідність приділення підвищеної уваги цій проблемі, оскільки медсестринська або акушерська освіта стикається з сильною конкуренцією з боку інших дисциплін, які часто пропонують кращі кар'єрні перспективи для молодих людей.

Надійне планування медичного персоналу як у Україні, так і в інших країнах ускладнене через багатофакторність детермінант цього процесу та обмежену доступність надійних і достовірних даних про кількість і якість медичного персоналу. Аналіз проблеми свідчить про те, що планування діяльності у сфері медичних кадрів є необхідністю. Хоча реалізація процесу планування не гарантує, що не виникне проблеми нестачі персоналу, ефективне планування і моніторинг є системою раннього попередження і дає можливість своєчасного втручання, в той час як відсутність таких дій може відчуватися системою протягом декількох років. Поточна ситуація з людськими ресурсами нашої системи вказує на нагальну потребу у зміні підходу до процесу планування людських ресурсів. На основі аналізу проблеми можна визначити наступні рекомендовані напрямки дій у цьому відношенні:

1. Планування медичних кадрових ресурсів у Україні слід розглядати як пріоритет і надавати йому такого ж значення, як і в інших країнах ЄС, особливо з огляду на дуже несприятливі показники зайнятості порівняно з іншими європейськими країнами. Незважаючи на багаторічні зусилля та ініціативи міжнародних організацій (наприклад, ВООЗ та ЄС), які заохочують країни-члени розглядати питання медичного персоналу як пріоритетне, в Україні досі не створено офіційних структур/організацій, які б комплексно займалися питанням планування медичного персоналу.

2. Створення постійного комітету експертів, який би здійснював нагляд і моніторинг процесу планування медичних кадрів на національному рівні, могло б сприяти координації діяльності та започаткувати реальну, а не лише декларативну співпрацю в цьому питанні. Забезпечення достатньої кількості та якості медичного персоналу вимагає тісної співпраці між багатьма суб'єктами, включаючи: Міністерство охорони здоров'я, асоціації медичних професій, медичні університети, національних та обласних консультантів, місцеві органи влади. Таким чином, необхідна тісна співпраця між усіма суб'єктами, відповідальними та залученими до процесу планування медичного персоналу.

3. Необхідно проводити заходи, спрямовані на зміцнення позиції медичної сестри в системі охорони здоров'я та покращення іміджу цієї професії. Багато ініціатив здійснюється самою медсестринською спільнотою, але ця діяльність повинна отримати чітку і реальну підтримку з боку осіб, які приймають рішення. Особливо важливо налагодити тіснішу співпрацю між освітнім сектором і суб'єктами ринку праці та вжити заходів для популяризації професії медичної сестри серед молоді. Також важливо підвищити рівень оплати праці медичних сестер. Рівень оплати праці лікарів у Україні за останні роки значно покращився, але зарплати медсестер все ще залишаються занадто низькими. З огляду на фінансові обмеження, слід також звернути увагу на формування систем нефінансової мотивації, які б заохочували людей до професійної зайнятості.

4 Важливим аспектом стратегії управління людськими ресурсами в Україні має стати діяльність на міжнародній арені, особливо з огляду на те, що рівень зайнятості медичного персоналу на 10 000 жителів є одним з найнижчих в ЄС, а відтік кадрів до інших держав-членів ЄС є очевидним. Міжнародна співпраця в цій сфері може стосуватися умов руху кадрів, обміну даними про міграцію, ведення переговорів про фінансову або навчальну компенсацію для українського персоналу, а також розвитку науково-дослідної співпраці в цій галузі [7]. Важливим є також обмін досвідом у цій сфері та створення платформи для співпраці як з окремими державами, так і з міжнародними організаціями.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ПЛАНУВАННЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Одним з найважливіших завдань охорони здоров'я є забезпечення оптимального розподілу обмежених ресурсів та їх справедливий розподіл при збереженні гідності пацієнта. Через особливості українського платника збереження балансу між витратами і потребами є дуже складним завданням. У Україні в результаті зміни законодавства було запроваджено обов'язок оцінювати потреби в охороні здоров'я за допомогою карт потреб у медичному обслуговуванні. Вони відображають демографічні та епідеміологічні тенденції, існуючу інфраструктуру охорони здоров'я та майбутні потреби. Вони призначені як інструмент планування для достовірної оцінки потреб у сфері охорони здоров'я.

В існуючій системі охорони здоров'я пацієнти можуть вільно користуватися медичними послугами. Надавачі медичних послуг повинні якнайкраще задовольняти очікування та вподобання пацієнтів. Однак вибір пацієнтів обмежений, оскільки саме платник (наразі НСЗУ підписує (від їхнього імені) договори з постачальниками медичних послуг. Якщо, крім того, взяти до уваги існування бюджетних обмежень у витратах на охорону здоров'я, ця ситуація змушує медичні заклади використовувати фінансове планування.

Відповідно до законодавства, основою економіки медичного закладу має бути фінансовий план. Таким чином, фінансове планування в закладах охорони здоров'я є безперервним процесом, в якому відбувається вивчення фінансових наслідків різних сценаріїв розвитку подій, введення фактичних даних, порівняння їх із запланованими показниками, що, як наслідок, може призвести до зміни інвестиційної програми, політики фінансування і навіть стратегічних цілей, визначених у попередньо розробленій стратегії закладу. Найпростіше можна визначити фінансове планування як бюджетування, яке є елементом управлінських процесів.

Очевидно, що фінансове планування в закладах охорони здоров'я має привести до визначення доступності медичних послуг, їх вартості та ресурсів, необхідних для досягнення цих цілей, а також до визначення впливу альтернативних напрямків діяльності на фінансові показники. Фінансове планування дозволяє приймати рішення на основі фінансових, а не тільки медичних критеріїв [33, с. 220].

Фінансове планування в закладі охорони здоров'я може виконувати ряд функцій, які включають [30]:

- визначення цілей і завдань закладу охорони здоров'я у фінансовому плані;
- формування реальних фінансових відносин закладу охорони здоров'я;
- пов'язування прийнятих рішень з фінансовими показниками, що стосуються фінансових результатів діяльності закладу, активів, капіталу, дебіторської заборгованості, зобов'язань тощо;
- розгляд альтернатив на майбутнє на основі оцінки ефективності інвестицій;
- оцінка прибутковості використання альтернативних джерел фінансування;
- використання фінансового планування для оцінки отриманих результатів.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що фінансове планування сприяє кращій організації процесу надання медичної допомоги, впливає на якість послуг та ефективність роботи закладів охорони здоров'я.

Процедура фінансового планування - це послідовність логічно структурованих і формалізованих дій, спрямованих на розробку, затвердження, виконання та облік плану. Ця формалізація повинна полягати в точному визначенні конкретних завдань, які повинні бути виконані в рамках створюваного плану, та визначенні організаційних підрозділів закладу охорони здоров'я, відповідальних за їх виконання. Процедура фінансового планування повинна складатися з декількох елементів. Перший - це чітко визначені вхідні

та вихідні дані. Вхідними даними процесу фінансового планування є планові припущення, кількісні показники, що впливають з операційних планів, інвестиційного плану та поточних внутрішніх і зовнішніх умов діяльності лікувального закладу. З іншого боку, вихідними даними є фінансові плани, підготовлені відповідно до принципів бухгалтерського обліку, прийнятих на підприємстві, та генерального плану об'єкта.

Важливо розглянути, яких заходів необхідно вжити для того, щоб фінансове планування в медичних закладах мало бажаний ефект. Побудова фінансових планів для медичних закладів може бути зведена до кількох умов:

- лікувальний заклад повинен мати добре організовану внутрішню інформаційну систему;
- лікувальний заклад повинен з відносною точністю визначити своє майбутнє становище, використовуючи всі доступні джерела знань і можливості впливу на навколишнє середовище;
- суб'єкт лікування повинен визначити внутрішні умови для реалізації фінансового плану, тобто ресурси, які він матиме в своєму розпорядженні;
- суб'єкт лікування повинен розробити фінансовий план, тобто шлях до запропонованих рішень, використовуючи наявні в його розпорядженні ресурси;
- керівники закладу охорони здоров'я повинні заручитися підтримкою персоналу для впровадження плану;
- керівники закладу повинні забезпечити постійний нагляд і контроль за ходом виконання плану.

На завершення слід підкреслити, що фінансове планування є важливим інструментом управління та важливою частиною контролю за ліквідністю закладів охорони здоров'я. Для того, щоб фінансове планування було ефективним, воно повинно використовувати сучасні інструменти. Одним з таких інструментів є карта медичних потреб.

Рационалізація управління ресурсами системи охорони здоров'я зумовлена: обмеженістю ресурсів, державним характером видатків на фінансування послуг охорони здоров'я, необхідністю оптимізації використання

ресурсів у контексті зростаючих потреб у медичній допомозі старіючого населення та детермінант здоров'я населення.

Інструментом, який допоможе у розробці фінансових планів, є карти потреб у сфері охорони здоров'я, які нещодавно були розроблені як у Україні, так і в багатьох європейських країнах. Карти здоров'я дозволяють об'єднати багато інформації з різних сфер соціально-економічного життя, таких як освіта, демографія, екологічні детермінанти, сфера охорони здоров'я. Завдяки міждисциплінарному підходу стає можливим аналіз даних.

На основі карт медичних потреб буде створено план закупівель, який НСЗУ вже багато років використовує на практиці для визначення обсягу та кількості медичних послуг, які необхідно закупити. На основі карт і прийнятих пріоритетів голови ОДА видаватимуть адміністративне рішення, яке міститиме висновок про доцільність створення нового суб'єкта, що здійснює медичну діяльність на певній території, а також подальших підрозділів або організаційних одиниць цього суб'єкта. Такий підхід є нововведенням у вітчизняній системі охорони здоров'я і застосовуватиметься як до стаціонарного, так і до амбулаторного лікування.

Карта потреб системи охорони здоров'я створюється на рівні регіонів і координується централізовано.

Створення карт на регіональному рівні має на меті визначити поточну і прогнозовану демографічну та медичну ситуацію в громаді у зв'язку з наявними місцевими ресурсами та інфраструктурою охорони здоров'я, а також виявити сфери, які потребують втручання держави. Цей аналіз має зосереджуватися на сферах послуг, характерних для постачальників послуг на рівні району, тобто анестезіології та інтенсивної терапії, загальної хірургії, внутрішньої медицини, педіатрії, гінекології та акушерства, а також на тих сферах послуг, які є специфічними для обласного рівня.

Розробка загальнонаціональної карти медичних потреб має на меті надати ту саму інформацію, що й на регіональному рівні, але в іншому обсязі, тобто в спеціалізованих галузях (наприклад, трансплантологія), що застосовуються на

національному рівні. Крім того, його завданням є забезпечення комплексного відображення аналізованих аспектів на національному рівні шляхом інтеграції інформації, що надходить з регіональних аналізів, що дозволить визначити потенційні сфери, в яких доцільно вжити скоординованих заходів компетентними державними органами.

На основі регіональної карти голова обласної адміністрації за погодженням з радою провінції встановлює пріоритети регіональної політики охорони здоров'я з урахуванням стану здоров'я громадян та досягнення результатів у сфері охорони здоров'я, що мають найвищу цінність. Пріоритети встановлюються на період, на який складається регіональна карта. Її проект готується на основі епідеміологічних і демографічних даних та даних реєстру надавачів медичних послуг. Затверджує карти міністр охорони здоров'я, керуючись необхідністю забезпечення ефективного інструменту планування належної доступності до медичних послуг з урахуванням специфічних потреб у сфері охорони здоров'я місцевих громад. Створення карт медичних потреб може стати чудовим інструментом для впровадження ефективного та результативного функціонування системи охорони здоров'я. Передумовою цього процесу має бути використання надійних та актуальних даних, відповідної методології та циклічна оцінка якості результатів.

Частина демографічного та епідеміологічного аналізу регіональної карти медичних потреб містить дані за два роки, що передують першому року дії карти, і включає аналіз:

- чисельності населення області з розбивкою на окремі райони;
- структури населення окремих районів по відношенню до структури населення області та країни за статтю та віком;
- середня очікувана тривалість життя в області;
- кількість народжень та коефіцієнт народжуваності у області та окремих районах на основі трирічних даних;
- щільність населення у області та окремих районах;

- смертність від причин, що мають відношення до громадського здоров'я в області;
- стандартизований коефіцієнт смертності;
- значення показника госпітальної захворюваності на 100 000 осіб та показника захворюваності в окремих районах і областях;
- перинатальна смертність у області.

Частина регіональної карти потреб в охороні здоров'я, що стосується аналізу стану та використання ресурсів, містить дані за рік, що передуює першому року дії карти на два роки. Карта складається по районах, якщо це дозволяють наявні дані, і включає аналіз: кількості постачальників медичних послуг; кількості лікарняних ліжок на відділення; кількості лікарняних ліжок на 100 000 населення; коефіцієнт використання медичних виробів, що входять до складу медичного обладнання, та лікарняних ліжок - коефіцієнт заповнюваності; - медичні послуги, надані за діагнозами Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, МКХ-10 (з використанням щонайменше трьох класифікаційних ознак), медичними процедурами (відповідно до Міжнародної класифікації медичних процедур МКХ-9), групами послуг та режимом госпіталізації (у разі стаціонарного лікування), з урахуванням вікових груп, що відповідають певному діагнозу; середня тривалість перебування отримувачів послуг у надавачів послуг та середній час очікування надання послуг за типами лікарняних відділень, у тому числі за віковими групами, що відповідають певному діагнозу (за наявності); міграція бенефіціарів між районами в межах області та між областями за конкретними медичними послугами з урахуванням вікових груп, що відповідають даній послугі; людські ресурси - кількість лікарів у певних галузях медицини, медсестер та акушерок на 100 000 населення.

Частина регіональної карти потреб в охороні здоров'я, що стосується прогнозів потреб в охороні здоров'я, включає:

- прогнозовану чисельність населення області в розрізі окремих районів;

- прогнозовану структуру населення окремих районів по відношенню до структури населення області та країни за статтю та віком;
- прогнозовану кількість народжень та рівень народжуваності у області та в окремих районах;
- прогнозовану кількість смертей у області та в окремих районах - абсолютні значення та на 100 тис. осіб;
- прогнозовану кількість людино-днів госпіталізації, розбиту відповідно до частини VIII ідентифікаційного коду відомства;
- прогнозовану кількість необхідних лікарняних ліжок;
- прогнозовану кількість необхідних позалікарняних ліжок;
- аналіз чутливості зроблених припущень;
- прогнозовану потребу в медичних послугах, включаючи оцінку прогнозованих потреб у сфері охорони здоров'я.

Карти потреб у послугах охорони здоров'я є інструментом для підтримки прийняття стратегічних та фінансових рішень у сфері охорони здоров'я. Керівники закладів матимуть доступ до актуальних епідеміологічних та демографічних даних, даних про спроможність інфраструктури закладів охорони здоров'я, а також доступ до відповідних клінічних настанов. Карти медичних потреб будуть використовуватися в процесі планування закупівлі послуг Національним фондом здоров'я. Заклад, який не буде включений до карти медичних потреб, не отримає контракт з державним замовником. Якість карт і ступінь їх використання з часом зростатимуть і сприятимуть більш прозорому та ефективному фінансовому плануванню в закладах охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Ця кваліфікаційна робота присвячена темі ефективного функціонування закладів охорони здоров'я. Вона розглядає їх через призму правильно, відповідно до умов, спроектованої організації. Загальновідомо, що єдиною незмінною характеристикою організації є зміни.

Це особливо очевидно в секторі охорони здоров'я. Правильна конфігурація організації дозволяє оптимізувати витрати на її функціонування, що стало очевидним під час пандемії COVID-19, спричиненої вірусом SARS-CoV-2. Цей фактор змусив увесь світ реорганізувати систему фінансування та надання медичних послуг. Заклади охорони здоров'я, особливо лікарні, реорганізували свої структури для створення відділень, здатних боротися з цим вірусом. Всі наявні ресурси були задіяні у спосіб, що вимагав знання нових організаційних форм, але навіть це не дозволило, особливо в критичні моменти, виправдати суспільні очікування. Як уже зазначалося, значною мірою це пов'язано з відсутністю ідеї системних і довгострокових рішень у цій сфері. Тому метою публікації було представити організаційні рішення закладів охорони здоров'я з особливим акцентом на їх спрощення.

Цій меті було підпорядковано побудову окремих розділів (за принципом: від найзагальніших до конкретних питань). Описано питання організаційних змін, детермінанти, пов'язані з організаційним дизайном. Наступний розділ, присвячений правовим і структурним формам медичної практики, також був важливим напрямком. У ньому ми звернули увагу на особливий аспект проектування, яким є процесний підхід, враховуючи орієнтацію на служіння пацієнту, який має право голосу. У дослідженні також обговорюються основи формалізації та стандартизації поведінки в організації.

Варто також підкреслити, що організаційні рішення, які розробляються і впроваджуються, повинні характеризуватися методичним підходом. В іншому випадку вони виявляться неефективними. Знання, класифіковані в цій роботі, створюють когнітивно-дизайнерську основу, яка, з одного боку, пропонує

організаційні рішення для потреб акторів, сектору та системи, а з іншого боку, дозволяє створювати рішення, максимально адаптовані до викликів та умов як на мікро-, так і на макрорівні. Залишається сподіватися, що ця робота також надихне менеджерів охорони здоров'я на розробку і застосування більш сміливих організаційних рішень.