



**ШКОЛА
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ**

**ЗБІРНИК КЕЙСІВ ЩОДО УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В
УМОВАХ ВІЙНИ ТА У ПЕРІОД ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ**

ЧАСТИНА 2

Львів – 2022

Збірник кейсів щодо управління в охороні здоров'я в умовах війни та у період післявоєнного відновлення. Частина 2. Львів: ЗВО «Український католицький університет», 2022.

Відповідальний редактор – В. Засадко.

ЗМІСТ

Василиця О., Гранкіна Н. Стратегія розвитку протитуберкульозного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я.....	4
Навчальний кейс.....	4
Нотатки для викладача	16
Вовк С. Альтернативні моделі управління, або алхімія ідей у медичному закладі	19
Навчальний кейс.....	19
Нотатки для викладача	26
Городиський І. Відшкодування воєнних збитків Україні: як підвищити ефективність державної політики на прикладі шкоди медичній сфері	33
Навчальний кейс.....	33
Нотатки для викладача	43
Ляшенко О. Розбудова управлінської культури у закладах охорони здоров'я в умовах (по)воєнного розвитку	45
Навчальний кейс.....	45
Нотатки для викладача	53

ВАСИЛИЦЯ О., ГРАНКІНА Н.
СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ЗАКЛАДУ В
УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчальний кейс

Анотація

У 2015 році уряд України розпочав трансформаційну реформу системи охорони здоров'я, що мала на меті поліпшити стан здоров'я населення та забезпечити фінансовий захист від надмірних витрат. Соціально значущі хвороби, до яких відносять і туберкульоз, потребують особливої уваги і від системи охорони здоров'я. Адже вони впливають не лише на стан здоров'я населення, а й зачіпають соціальну складову через стигматизацію, тривале лікування та невиправдану ізоляцію хворих. У рамках Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню передбачено реорганізувати регіональні протитуберкульозні заклади, а це передбачає злиття всіх протитуберкульозних закладів області в єдину інституцію, що має статус регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру, створеного як комунальне некомерційне підприємство, що надає і координує протитуберкульозну медичну допомогу населенню в області. Це дає змогу і надавати кращу допомогу населенню, і ефективніше використовувати державні кошти. У цьому кейсі на прикладі Регіонального фтизіопульмонологічного центру (КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер ДОР») розглянемо стратегію розвитку цього закладу, його шлях до фінансової стійкості та роль в наданні допомоги хворим

Частина А

Епідемічна ситуація в Дніпропетровській області

Епідемія туберкульозу (ТБ) триває в Україні не перший рік, хоча є області, які з нею радять собі краще. Однак епідемічна ситуація у Дніпропетровській області є складною. Регіон належить до трійки областей України з високими показниками захворюваності. За даними епіднагляду, від 2000 року в Дніпропетровській області показник захворюваності на ТБ щорічно на 30,0 % перевищує середній по Україні (Додаток А. Рис. А.1) [1–4]. Хоча є позитивні моменти. До прикладу, від 2014 року в області щорічно фіксують зниження зареєстрованих випадків захворювання на активний ТБ, не враховуючи

рецидивів: 2600 випадків у 2014 році, 1774 випадки у 2021 році. Також від 2014 року зменшуються відносні показники захворюваності на активний ТБ – від 79 випадків на 100 тис. населення до 50,3 випадки на 100 тис. населення у 2020 році. Якраз 2020-го, вперше за останні 20 років, зареєстровано найменший показник захворюваності на ТБ – 50,5 на 100 тис. населення, що, ймовірно, пов'язано з впливом пандемії COVID-19 [3, 4].

Проте можемо зазначити й негативні тенденції у перебігу епідемії ТБ у Дніпропетровській області. Від початку реєстрації (2009 року) серед нових випадків ТБ удвічі зросла частка пацієнтів із первинною мультирезистентною формою туберкульозу (МР ТБ) (2009 рік – 12,3 %; 2021 рік – 28,7 %). Серед хворих на активний ТБ частка пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ зросла учетверо (2000 рік – 5,2 %; 2021 рік – 22,9 %). Зростає і показник виявлення занедбаних форм (2019 рік – 36,3 %, 2021 рік – 40,2 %) [1–4].

Попри те, що за останнє десятиліття смертність від ТБ у регіоні має тенденцію до поступового зниження (2000 року – 27,4 на 100 000 населення; 2021 року – 6,5 на 100 000 населення), але залишається високою та щорічно у середньому на 35,0 п. п. перевищує показник по Україні (Рис. А.2).

Щоб забезпечити протитуберкульозну медичну допомогу в регіоні та медичну компоненту у протидії поширенню ТБ, у Дніпропетровській області надають спеціалізовану медичну допомогу хворим на ТБ та вразливим групам населення.

Структура закладів надання протитуберкульозних медичних послуг у Дніпропетровській області

Згідно з Державною стратегією розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню в області реорганізують всі протитуберкульозні заклади, а це передбачає злиття їх в єдиний обласний протитуберкульозний заклад, що має статус регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру. 17 березня 2021 року на V позачерговій сесії Дніпропетровської обласної ради депутати проголосували за об'єднання усіх обласних протитуберкульозних диспансерів в одну структуру. Усі заклади приєднали до Криворізького диспансеру. До нього увійшли: Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія» ДОР, Кам'янський протитуберкульозний диспансер ДОР, Обласний дитячий спеціалізований центр ДОР, Дитячий фтизіопульмонологічний медичний центр ДОР. Згідно з Державною стратегією розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги кожен регіон повинен створити єдиний

протитуберкульозний заклад, що має статус регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру. Лише його фінансуватиме НСЗУ [5]. Структура цього регіонального фтизіопульмонологічного центру, що надає протитуберкульозні медичні послуги населенню Дніпропетровської області, подана в Додатку Б.

Керівницею цього центру було призначено Наталію Гранкіну. До цього вона очолювала протитуберкульозний диспансер у Дніпрі. Тобто управлінський досвід та розуміння галузі на момент призначення генеральною директоркою Наталія мала. Однак важливо було зрозуміти те, куди рухатися далі. Як управляти цією структурою, до якої увійшло 5 закладів із різним фінансовим станом, щоб новостворений заклад виконував свою роль та був фінансово стійким?

Робота нового закладу

У 2021 році після утворення регіонального фтизіопульмонологічного центру на базі КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР», структура центру була такою: госпітальна база, що розрахована на 400 ліжок, та 5 диспансерно-поліклінічних відділень, які розташовані у великих містах регіону (Дніпро, Кривий Ріг, Кам'янське, Нікополь, Павлоград). З розвитком системи фінансування закладу за надані послуги, що здійснює НСЗУ в рамках програми медичних гарантій, відповідно до епідемічної ситуації та вимог національних стандартів з лікування ТБ, структура медичних послуг, а відповідно структура ліжкового фонду закладу, зазнала суттєвих змін.

На 1 січня 2022 року стаціонарне лікування хворих на ТБ, важкі та ускладнені форми, відбувається на госпітальній базі КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР», що розташована у Дніпрі та Кривому Розі.

Ліжковий фонд регіонального фтизіопульмонологічного центру – це підрозділи для лікування чутливого ТБ (40), для лікування МР ТБ (100), для лікування РР ТБ (40), дитячі ліжка для лікування ТБ (30), хірургічні ліжка (10), пульмонологічне відділення (10), відділення анестезіології та інтенсивної терапії (10) та ліжка для лікування важких форм COVID-19 (160).

Протягом 2021 року в умовах стаціонару проліковано 2989 пацієнтів із легеневою патологією (туберкульоз, COVID-19, пневмонії, плеврит, паліатив онкохворих, ко-інфекція ТБ/ВІЛ, хронічні захворювання легень), проведено 322 хірургічні операції.

Так на базі регіонального фтизіопульмонологічного центру –КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР» – надають медичні послуги не тільки хворим на туберкульоз, а й усьому населенню.

Важлива риса надання медичної допомоги хворим на туберкульоз у закладі – це мультидисциплінарний підхід до лікування та надання широкого спектру медичних послуг.

Серед іншого є сайт замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) для наркозалежних пацієнтів, де за 2021 рік отримали спеціалізоване лікування понад 120 пацієнтів; функціонує кабінет «Довіра» для лікування пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ (230 пацієнтів на рік); працює 4 сімейних лікарів, що дає змогу пацієнтам укласти декларації з ними та в рамках програми медичних гарантій на базі закладу отримувати первинну медичну допомогу; забезпечено надання психіатричної допомоги, що дає змогу надавати протитуберкульозні медичні послуги для пацієнтів, які мають психічні розлади; пацієнтів консультують вузькопрофільні фахівці за 25 спеціальностями (гінеколог, ендокринолог, кардіолог, офтальмолог, терапевт, інфекціоніст тощо); надається паліативна допомога у стаціонарних та амбулаторних умовах (80 пацієнтів на рік); надаються послуги з профілактики інфекційних хвороб, наприклад, вакцинація від COVID-19 (2021 року проведено 10 412 щеплень).

Амбулаторна допомога хворим на ТБ та вразливим групам надається на базі диспансерно-поліклінічних відділень, у складі яких працюють міжрайонні фтизіатри. Як згадано вище, мережа амбулаторно-поліклінічних відділень представлена так:

- Диспансерно-поліклінічне відділення з клініко-діагностичним центром № 1 (м. Дніпро);
- Диспансерно-поліклінічне відділення № 2 (м. Нікополь);
- Диспансерно-поліклінічне відділення № 3 (м. Павлоград);
- Диспансерно-поліклінічне відділення № 4 (м. Кривий Ріг);
- Диспансерно-поліклінічне відділення № 5 (м. Кам'янське).

Розгалужена мережа диспансерно-поліклінічних відділень дала змогу забезпечити доступ до медичної допомоги хворим на ТБ і у великих містах, і в сільських місцевостях та в невеликих містах області.

Протягом 2021 року на базі амбулаторних підрозділів КП «Криворізького протитуберкульозного диспансеру» ДОР» проведено 233 988 амбулаторних прийомів хворих на ТБ, представників уразливих груп, а також загального населення.

Крім того, за участі фахівців диспансерно-поліклінічних відділень, з метою раннього виявлення ТБ серед груп ризику та загального населення, проведено профілактичні огляди для 35 350 жителів області.

Зважаючи на суттєву складову соціального супроводу у здійсненні ефективного лікування туберкульозу, на базі КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР» запроваджено ставку соціального працівника, а також залучається допомога соціальних працівників неурядових організацій, які працюють у сфері протидії епідемії туберкульозу й ВІЛ/СНІДу та фінансуються за кошти міжнародних організацій та інших донорів.

У 2021 році під соціальним супроводом соціальних працівників області перебувало 2 387 людей, які живуть з ТБ, серед інших і ті, що перебувають на лікуванні з приводу активного ТБ в умовах стаціонару та в амбулаторних умовах.

Картографування протитуберкульозних медичних послуг у Дніпропетровській області за підсумками реалізації «Стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області» на 1 січня 2022 року представлена в Додатку В.

Питання:

1. З якими управлінськими проблемами стикнулася керівниця об'єднаного регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру? Як би Ви розв'язали цю проблему?
2. Побудуйте дерево проблем для цього закладу.
3. Які стратегічні пріоритети в роботі закладу Ви б окреслили?
4. Хто є головними стейкхолдерами в цьому кейсі? Побудуйте карту стейкхолдерів для цього кейса.
5. Як би Ви розв'язували питання із поширенням туберкульозу в області?

Частина Б

У процесі стратегування пріоритетними запитами в розвитку Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру визнано:

1. Рання діагностика й лікування туберкульозу, а також інших захворювань легень, у тому числі поєднаної патології (туберкульоз / ВІЛ / наркозалежність / психічні захворювання, хронічні захворювання легень / COVID-19);
2. Паліативне лікування, супровід та хоспісна допомога пацієнтам на термінальних стадіях захворювання у стаціонарі та вдома (ко-інфекція ТБ/ВІЛ, онкологічні захворювання, хронічні захворювання легень);
3. Амбулаторне лікування ТБ та покращення доступу до телемедицини;

4. Хірургічне лікування легеневих хвороб;

5. Медична реабілітація в пульмонології;

На сучасному етапі розвитку закладу визначено проблемні напрями, що несуть суттєві ризики щодо забезпечення успішного досягнення визначених запитів, а саме:

– потребує розширення спектр медичних послуг, що надають на базі закладу, а також збільшення частки амбулаторного лікування;

– існує необхідність зменшити дефіцит бюджету та перерозподілити фінанси, щоб провести масштабну інновацію діагностичного обладнання, технологій лікування, інфекційного контролю та умов перебування пацієнтів і персоналу;

– потребує удосконалення діяльності із надання платних послуг та послуг із сервісного обслуговування пацієнтів, а також розробка відповідних стандартів;

– необхідне проведення маркетингу та просування на ринку медичних послуг, формування бренду для зростання та зміцнення довіри пацієнтів;

– робота в умовах пандемії COVID-19, воєнного стану, що суттєво стримує розвиток закладу, забираючи значні ресурси на забезпечення стійкості та безпеки медичних послуг. На етапі формування напрям щодо забезпечення гідного догляду та підтримки невиліковних хворих, подолання стигматизації стосовно хворих на ТБ та інші соціально значущі захворювання. Враховуючи зазначене вище, загальними стратегічними пріоритетами Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру до 2025 року визнано:

I. КОНЦЕНТРАЦІЯ та МАНЕВРЕНІСТЬ РЕСУРСІВ: – розширення доступу населення до інноваційних технологій, дороговартісних методик із діагностики й лікування, консультацій фахівців вузьких спеціальностей; – запровадження аналізу економічної ефективності та якості медичних послуг, просування єдиної медико-інформаційної системи на базі підрозділів підприємства;

II. АВТОНОМІЗАЦІЯ та ФІНАНСОВА СТІЙКІСТЬ: – ліквідація дефіциту бюджету за рахунок оптимізації витрат та збільшення надходжень (платні послуги, співфінансування медичних послуг, фандрайзинг, гуманітарна допомога); – підвищення рентабельності медичних послуг, економія за рахунок зменшення видатків на адміністративні, комунальні послуги; – розширення спектру медичних послуг населенню та розвиток мережі;

III. МАСШТАБУВАННЯ та ІНТЕГРАЦІЯ: – підвищення якості та безпеки лікування пацієнтів, відповідно до національних та міжнародних стандартів; – розвиток підприємства в системі охорони здоров'я регіону, як багатопрофільний

заклад – постачальник якісних медичних послуг, що має високий рівень довіри пацієнтів – розширення географії надання медичних послуг.

Сьогодні цей заклад є головним закладом охорони здоров'я щодо надання спеціалізованих медичних послуг хворим на ТБ. З цієї причини важливо оцінювати конкурентоспроможність регіонального фтизіопульмонологічного центру, як самостійного закладу охорони здоров'я, щоб випрацювати головні напрями стратегії розвитку.

Питання:

1. Які пріоритетні напрями Ви б могли ще додати? Чи всі перелічені вище напрями, на Вашу думку, є необхідними?
2. Які заходи із покращення фінансової стійкості запропонували б Ви?
3. Яким чином, на Вашу думку, можна масштабувати надання послуг закладом?

Список використаних джерел

1. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2018. ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2018_dovidnyk.pdf.
2. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2019. ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2019_dovidnyk.pdf.
3. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2020. ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_dovidnyk.pdf.
4. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2021. ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_dovidnyk.pdf.
5. Офіційний сайт Дніпропетровської обласної ради <https://oblrada.dp.gov.ua/news/>.

Додаток А.

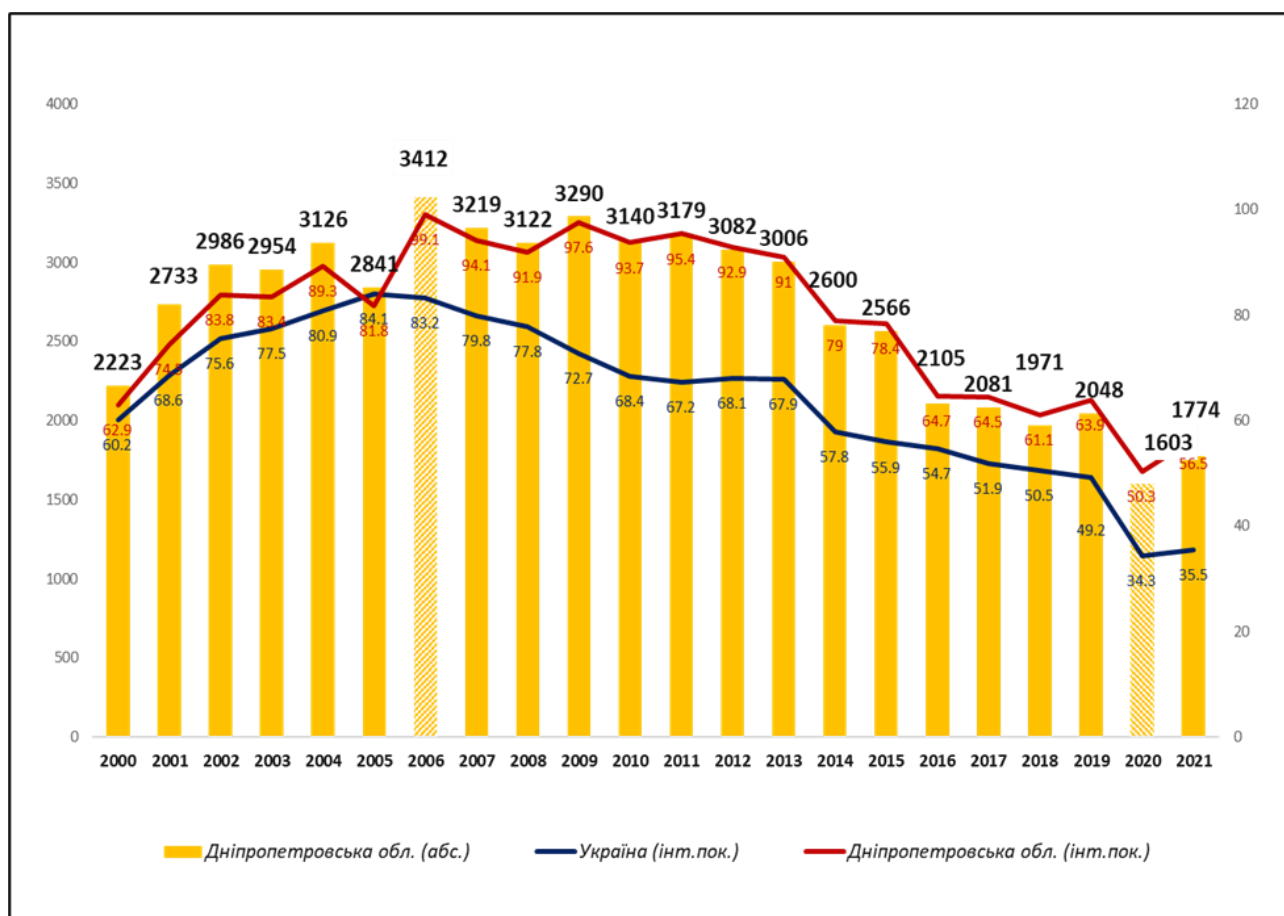


Рис. А.1. Захворюваність на активний туберкульоз у Дніпропетровській області (2000–2021 роки, інт. пок. на 100 000 населення).

Складено за: [1–4].

Стратегія розвитку протитуберкульозного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я

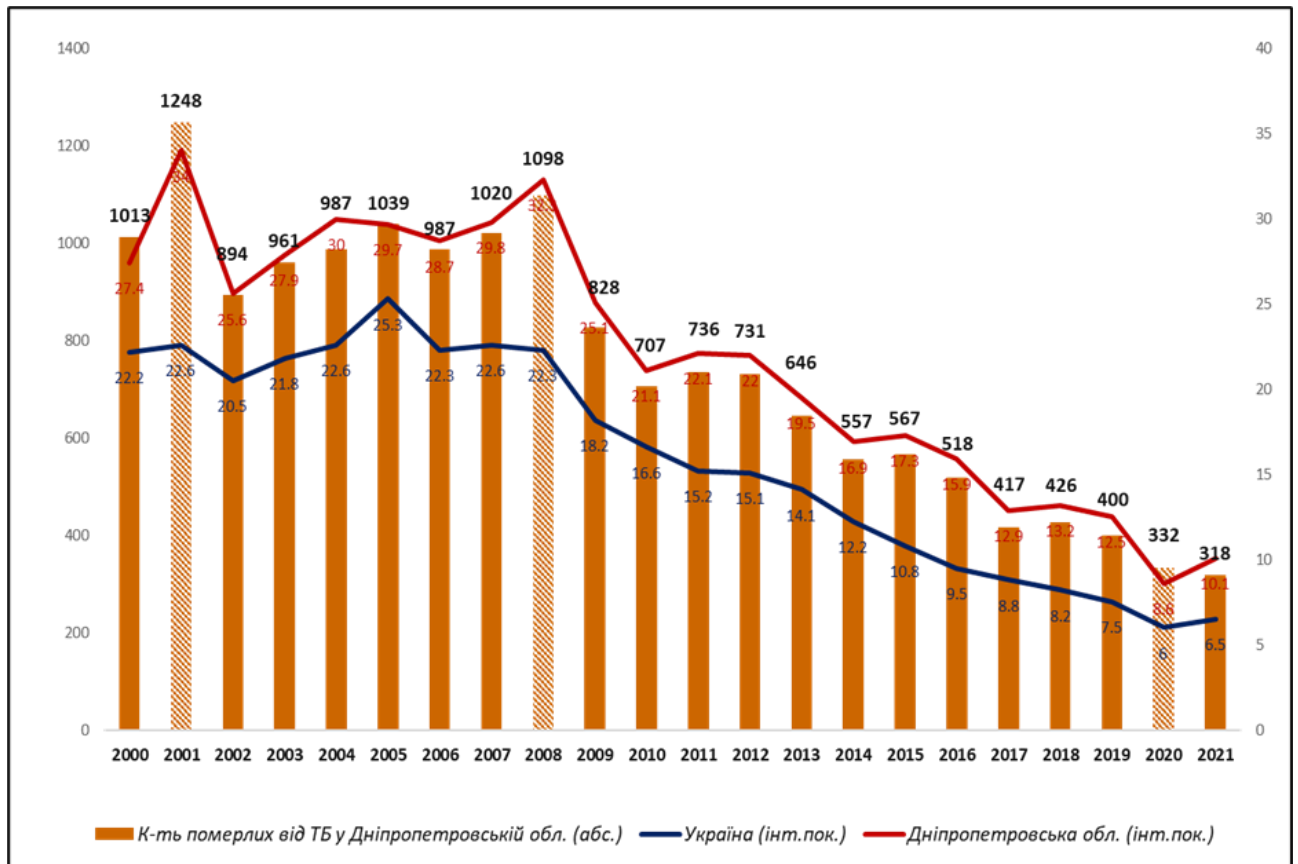


Рис. А.2. Смертність від туберкульозу у Дніпропетровській області (2000–2021 роки, інт. пок. на 100 000 населення).

Складено за [1–4].

Додаток Б

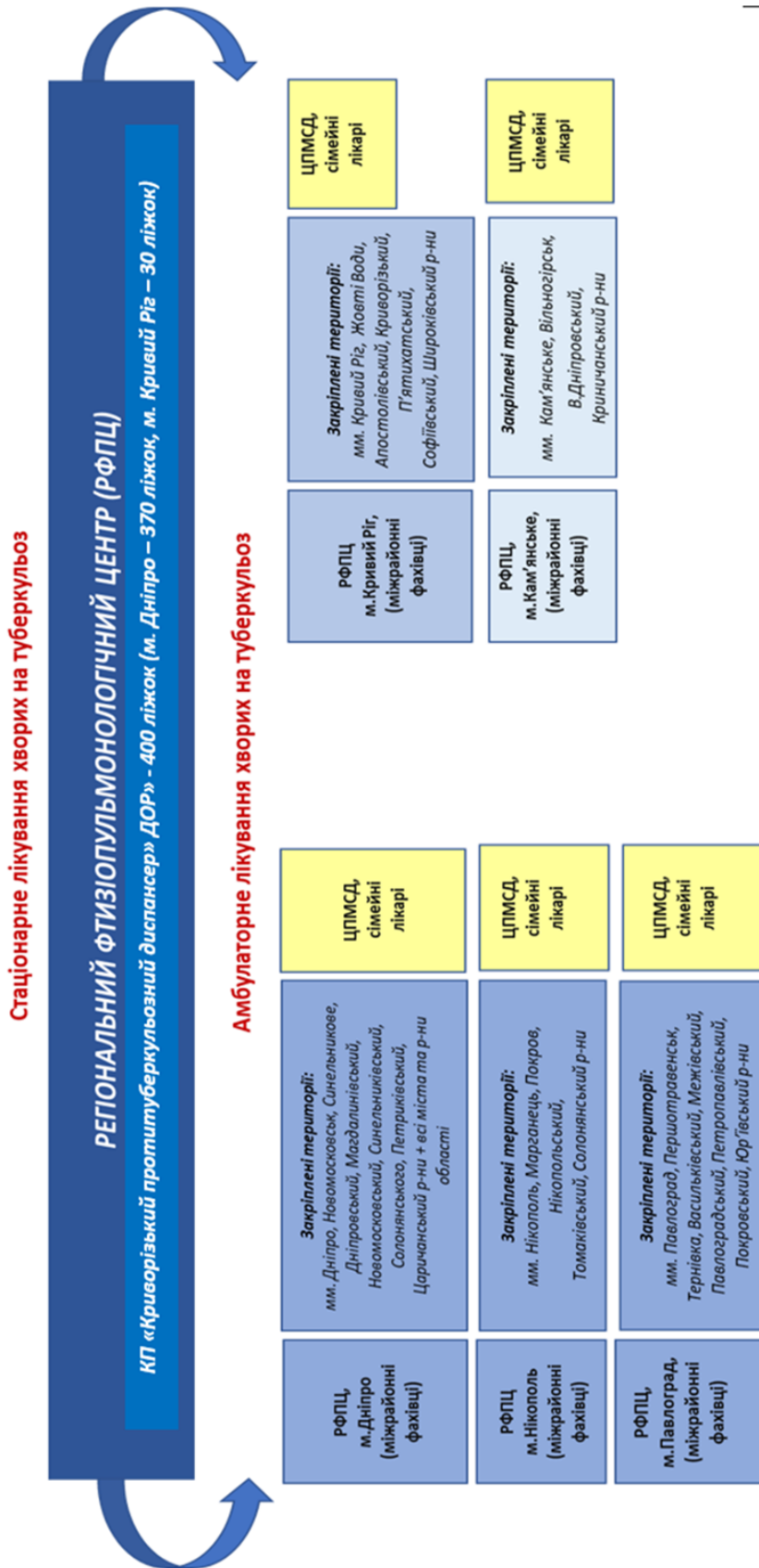


Рис. Б.1. Структура закладів охорони здоров'я, що надають протитуберкульозні медичні послуги населенню Дніпропетровської області на 01.01.2022 року.

Додаток В

Дніпропетровська область

Назва	Населення (тис.осіб)
Дніпровський	1179.3
Кам'янський	439
Криворізький	772.3
Нікопольський	262.6
Новомосковський	171.7
Павлоградський	163.3
Синельниківський	204.2

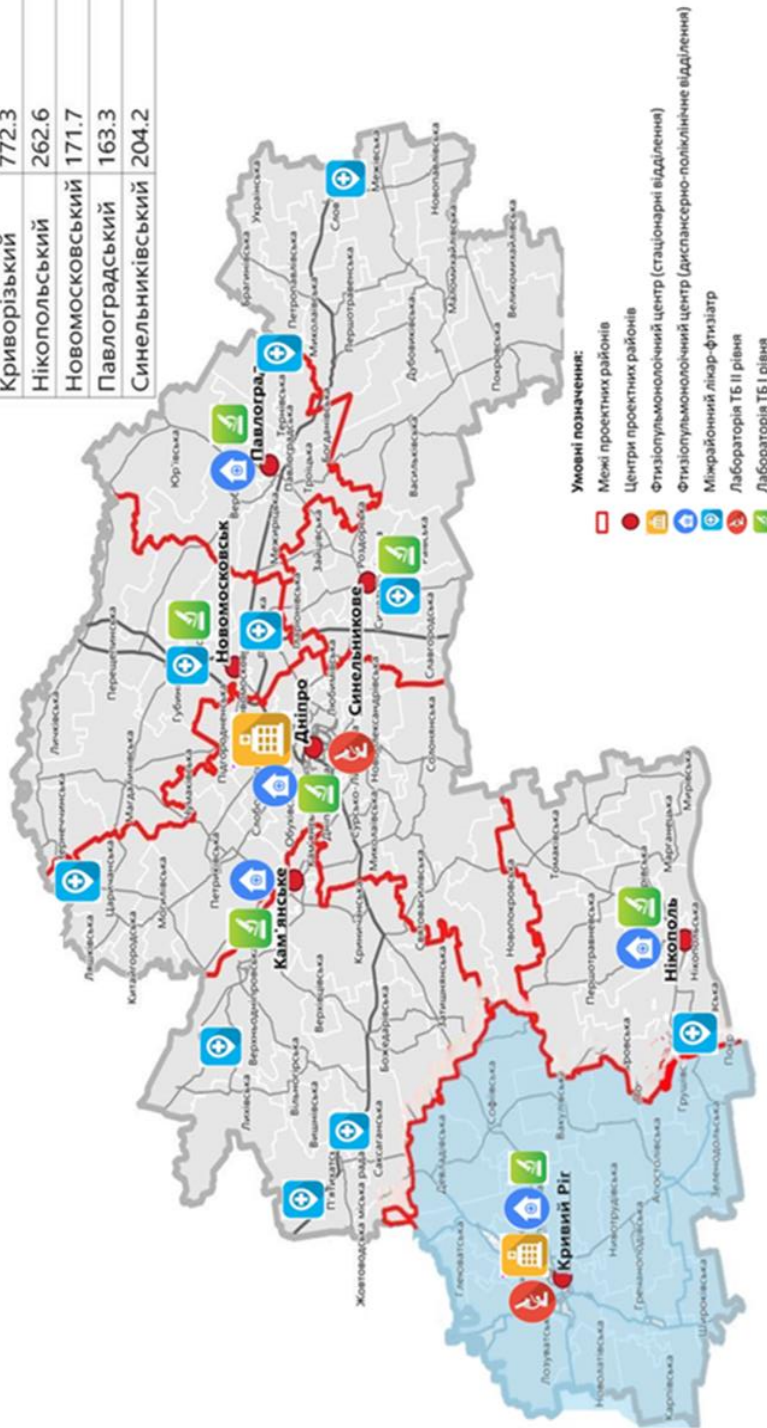


Рис. В.1. Картографування протитуберкульозних медичних послуг у регіоні за підсумками реалізації Стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області на 01.01.2022 року.

Нотатки для викладача

1. Вид кейса, узагальнення, головні теми

Вид кейса: ретроспективний.

Протагоніст: Наталія Гранкіна, КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер».

Місце подій: Україна, Дніпропетровська область, м. Дніпро.

Часовий проміжок: 2021–2022 роки.

Кейс сформований на основі реальної ситуації у Дніпропетровській області в КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер», що постала перед її керівницею Наталією Гранкіною. Усі назви установ, імена учасників, використаний статистичний матеріал відповідає дійсності та ґрунтується на реальних даних.

Згідно з Державною стратегією розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги кожен регіон повинен створити єдиний протитуберкульозний заклад, що має статус регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру. Саме тому у Дніпропетровській області в березні 2021 року на засіданні обласної ради проголосували рішення про об'єднання усіх обласних протитуберкульозних диспансерів області в одну структуру – КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер», який очолила Наталія Гранкіна.

Перед директоркою постало багато завдань щодо реорганізації величезної структури; кадрові рішення; формування фінансової стійкості; пошуки альтернативних джерел фінансування, окрім НСЗУ; відповіді на виклики COVID-19; формування стратегії розвитку закладу.

Дніпропетровська область протягом останніх 5 років входить до трійки областей-лідерів за поширенням захворюваності на туберкульоз в Україні. Тому для цієї області є дуже важливим та актуальним розвиток системи охорони здоров'я в частині профілактики туберкульозу та боротьби з ним: створення ефективного, фінансово стійкого закладу, що надаватиме допомогу населенню, використовуючи сучасне обладнання, пацієнт-орієнтовані підходи, дотримуючись інфекційної безпеки.

Перед студентами стоятиме **завдання**: проаналізувати управлінські труднощі керівниці в новоствореному центрі; випрацювати стратегічні пріоритети для розвитку центру.

Головні теми: прийняття управлінських рішень в умовах невизначеності, управління проектами, міжнародна співпраця, лобіювання інтересів працівників установи та пацієнтів, фінансова стійкість.

2. Навчальні цілі та цільові групи

Цільова аудиторія навчального кейса: студенти магістерських програм з публічного управління, управління у сфері охорони здоров'я, управлінці комунальних установ.

Рекомендовано до використання як вправу на заняттях (для індивідуальної роботи та роботи в групах), або підсумковий контроль курсу.

Курси, на яких можна викладати: «Проектний менеджмент», «Лобіювання та адвокація», «Стратегічне планування», «Політика та екосистема СОЗ» (блок ППП та взаємодія із стейкхолдерами), «Комунікації в охороні здоров'я».

Робота над кейсом сприятиме набуттю низки компетентностей та досягненню студентом результатів навчання, зафіксованих у Галузевому стандарті вищої освіти та освітньому профілі підготовки магістра з публічного управління та адміністрування.

Загальні компетентності:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу і синтезу.
2. Здатність працювати в команді, мотивувати людей та рухатись до спільної мети, бути лідером, діяти соціально-відповідально, етично та громадсько-свідомо.
3. Здатність розробляти та керувати проектами на різних рівнях публічного управління та адміністрування.

4. Здатність генерувати нові ідеї (креативність).

Фахові компетентності:

1. Здатність налагоджувати соціальну взаємодію, співробітництво, запобігати конфліктам та розв'язувати їх.
2. Здатність представляти органи публічного управління у відносинах з іншими державними органами та органами місцевого самоврядування, громадськими об'єднаннями, підприємствами, установами й організаціями незалежно від форм власності, громадянами та налагоджувати ефективні комунікації з ними.
3. Здатність до аналізування процесів розвитку галузі (регіону, міста), до узагальнення фактичного матеріалу та формування висновків.

Основні результати:

1. Ефективно управляти інноваціями, ресурсами, ризиками, проєктами, змінами, якістю; застосовувати сучасні моделі, підходи та технології, міжнародний досвід при проєктуванні та реорганізації управлінських та загальноорганізаційних структур.

2. Налагоджувати ефективну комунікацію, аргументувати свою позицію, використовувати сучасні інформаційні та комунікаційні технології у сфері публічного управління та адміністрування на засадах соціальної відповідальності, правових та етичних норм.

3. Представляти органи публічного управління й інші організації публічної сфери та презентувати для фахівців і широкого загалу результати їхньої діяльності.

4. Оцінювати та формувати стратегічні напрями розвитку галузі (регіону, міста).

Кейс складається із двох частин – А та Б. Спочатку студентам дають на опрацювання частину А. До цієї частини є такі питання:

1. З якими управлінськими проблемами стикнулася керівниця об'єднаного регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру? Як би Ви розв'язали ці проблеми?

2. Побудуйте дерево проблем для цього закладу.

3. Які стратегічні пріоритети в роботі закладу Ви б окреслили?

4. Хто є головними стейкхолдерами в цьому кейсі? Побудуйте карту стейкхолдерів для цього кейса.

5. Як би Ви розв'язували питання із поширенням туберкульозу в області?

Після того, як студенти обговорили кейс та знайшли відповіді на питання, роздають частину Б. У цій частині представлена відповідь на одне з питань частини А (Про стратегію розвитку закладу). Студенти можуть порівняти свою відповідь та стратегію закладу. Також до частини Б є декілька питань:

1. Які пріоритетні напрями Ви б могли ще додати? Чи всі перелічені вище напрями, на Вашу думку, є необхідними?

2. Які заходи із покращення фінансової стійкості запропонували б Ви?

3. Яким чином, на Вашу думку, можна масштабувати надання послуг закладом?

Також Ви можете ставити додаткові питання для студентів: розширити наявні або запропонувати свої. Після розгляду кейса важливо підбити підсумки та обговорити отримані рішення.

ВОВК С.
АЛЬТЕРНАТИВНІ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ, АБО АЛХІМІЯ ІДЕЙ У
МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Навчальний кейс

*«Протилежне до гарної ідеї теж може бути гарною ідеєю»
I Правило алхімії від РОPI Сазерленда*

Трансформаційні зміни системи охорони здоров'я України мотивують керівників лікувальних закладів на всіх рівнях надавати медичну допомогу, місцеву владу розробляти локальні медичні стратегії, впроваджувати сучасні підходи до змін в управлінні закладами, нові інструменти для покращення медичної допомоги населенню, аби максимально ефективно використовувати наявні ресурси лікарні.^{1, 2} Адже саме управління, незалежно від галузі, або інакше менеджмент (англ. – *management*), може стати найпотужнішим стимулом до вдосконалення роботи та розвитку конкретної лікарні, медичних послуг, які вона надає населенню і загалом позитивно впливає на здоров'я суспільства.

Це підтверджують всебічні підходи, які оцінюють країни світу, наприклад, за Індексом процвітання (англ. *The Legatum Prosperity Index*) (лідерами за розвитком охорони здоров'я є Сінгапур, Японія, Швейцарія)³ або Глобальним індексом безпеки здоров'я (англ. *Global Health Security Index, GHSI*) (лідери США, Велика Британія, Нідерланди, Австралія)⁴.

Розгляньмо історію, що лежить в основі моделювання механізмів управління медичним закладом. З етичних міркувань не вказуватимемо, у якому місті це відбувалося. Залишимо його як місто N.

Отже, лікарка з багаторічним досвідом, назвімо її Марія Степанівна, призначена на нову посаду директора Комунального неприбуткового підприємства, яке надає вторинну спеціалізовану медичну допомогу дитячому та дорослому населенню 2020 року. Досвід Марії Степанівні з управління

¹ Леган, І. М., & Крикун, О. (2020). «Ринок приватної медицини України: особливості регулювання та напрями розвитку», *Галицький економічний вісник Тернопільського національного технічного університету*, 64 (3), 192–197.

² Друкер, П. (1998). «Эффективное управление. Экономические задачи и оптимальные решения». М. : Фаир-пресс. 288 с.

³ Аналітичний центр *Legatum Institute*. URL: <https://li.com/>.

⁴ *Economist Intelligence Unit*. URL : <https://www.eiu.com/n/>.

медичним закладом на первинному рівні 5 років та ще недавно вона отримала диплом із публічного управління та адміністрування.

Лікарня створена 2019 року в результаті реорганізації Комунальної лікувально-профілактичної установи міста В згідно з розпорядженням голови Облдержадміністрації «Про реорганізацію закладів охорони здоров'я, які знаходяться у спільній власності територіальних громад і сіл, селищ, міст, що перебуває в управлінні N обласної ради» через перетворення у Комунальне некомерційне підприємство (КНП). Мета створення – необхідність спеціалізованої медичної допомоги дитячому та дорослому населенню через надання медичних послуг, у порядку та обсязі, що встановило законодавство України.

У статуті КНП визначено, що воно є юридичною особою публічного права. Медичне підприємство здійснює некомерційну лікувально-профілактичну та господарську діяльність, відповідно до фінансового плану, затвердженого у встановленому законодавством порядку, самостійно організовує надання послуг та виконання робіт, які не суперечать чинному законодавству України. КНП є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Обласній адміністрації та Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації.

Першим кроком Марії Степанівні стало формування управлінської команди, до якої увійшли: медичні директори (з медичної та амбулаторної допомоги), заступник директора з економічних питань, головна медична сестра, бухгалтер та керівник відділу кадрів.

Було вирішено провести SWOT-аналіз⁵ підпорядкованого закладу. Але спочатку було сформовано місію та бачення розвитку медичного підприємства, що позначилося на Стратегії Комунального некомерційного підприємства А саме так: місія – піклуватися про збереження здоров'я людини, а у разі потреби – забезпечити доступну та якісну медичну допомогу, формуючи дружні взаємини, що ґрунтуються на взаємодовірі та повазі, комфортних умовах та професійності працівників; бачення – бути лідером з надання якісних медичних послуг та комфорту для клієнтів у межах територіальної громади міста, орієнтиром з інноваційного розвитку. Наступний етап – провести SWOT-аналізу роботи закладу (Таблиця 1).

⁵ SWOT-аналіз. URL : https://www.zoda.gov.ua/files/WP_Article_File/original/000045/45878.pdf.

Таблиця 1

SWOT-аналіз діяльності Комунального неприбуткового підприємства
вторинного рівня (на 2020 р.)

<i>Strengths</i> (Сильні сторони КНП)	<i>Weaknesses</i> (Слабкі сторони КНП)
<p>1. Сформована спеціалізація відділень для надання медичних послуг у лікарні.</p> <p>2. Достатній рівень діагностичного обладнання (потребує вивчення).</p> <p>3. Наявність потенціалу для розширення медичних послуг.</p> <p>4. Впроваджено МІС та АРМ, мережу Інтернет.</p>	<p>1. 75 % лікарів – передпенсійного та пенсійного віку.</p> <p>2. Відсутня фінансова система мотивації персоналу.</p> <p>3. Відтік професійних кадрів до приватних лікарень.</p> <p>4. Помірний рівень клієнтського сервісу.</p> <p>5. Помірний ступінь кваліфікації персоналу.</p> <p>5. Недостатній рівень знань медичних фахівців з використання телемедичних технологій.</p> <p>6. Матеріально-технічне обладнання та устаткування застарілі, і фізично, і морально.</p>
<i>Opportunities</i> (Зовнішні можливості КНП)	<i>Threats</i> (Зовнішні загрози для КНП)
<p>1. Активна позиція і зацікавленість у розвитку медицини місцевої влади.</p> <p>2. Позитивне ставлення населення до сімейних лікарів.</p> <p>3. 100 % покриття Internet в громаді.</p> <p>4. Задовільний стан шляхів до лікарні.</p> <p>5. Підтримка місцевої влади.</p>	<p>1. Конкуренція з боку приватних центрів у місті.</p> <p>2. Частина населення залишиться пасивна до вибору лікаря через недовіру до первинної ланки.</p> <p>3. Молоді фахівці не бажають працювати сімейними лікарями.</p>

За результатами попереднього SWOT-аналізу з'ясовано, що за рік роботи у КНП було створено: відділення – терапевтичне; хірургічні (урологічне, хірургія, травматологія, гінекологія); лікувально-діагностичні підрозділи;

Вовк С.
Навчальний кейс

анестезіологічне відділення та палати інтенсивної терапії (ПІТ); операційний блок, приймальне відділення. Також амбулаторні відділення первинної та вторинної медичної допомоги, реєстратура, господарча служба, харчоблок, гараж, пральня, склади, ІТ-відділення та майстерні. Рух кадрів КНП лікарні за 3 роки подано в Таблиці 2.

Таблиця 2

Рух кадрів КНП за 2017–2019 рр.

№	Показник	Рік		
		2017	2018	2019
1	Середньооблікова кількість працівників	236	327	345
2	Кількість прийнятих працівників	81	91	198
3	Кількість звільнених працівників	118	169	104
4	Коефіцієнт плинності кадрів (КПІ, %)	5 %	5,1 %	5,7 %

Матеріально-технічне обладнання та устаткування застарілі, і фізично, і морально. Кадрове забезпечення лікарями, медичними сестрами недостатнє. Медичні статистичні дані збирає одна людина, що унеможливорює вчасний процес аналізування надання медичних послуг. Архів для зберігання медичної документації у дуже поганому стані. ІТ-відділ не має необхідного устаткування.

Наступним етапом аналізу стало оцінювання форми управління медичним закладом та наявної Стратегії розвитку КНП. Аналіз проводили за допомогою моделі збалансованої системи показників (BSC)⁶. Збалансована система показників допомогла оцінити управління медичним закладом з чотирьох різних позицій, а висновком стало те, що повної взаємодії між його складовими на сьогодні немає. Оцінювання Стратегії розвитку лікарні (на 3 роки) довела, що мета – сформулювати практичне розуміння у медичного персоналу важливості ролі взаємодії між структурними підрозділами, комунікувати з пацієнтами та стати прикладом сервісу для інших закладів міста завдяки лідерству – не виконана.

Проаналізувавши збалансовану систему показників (BSC), управлінська ланка КНП виокремила завдання, які необхідно вирішити: створити цінність здоров'я для населення, що зацентрує на єдності командної роботи для того, щоб

⁶ Збалансована система показників (Balanced Scorecard — BSC) URL : [HTTPS://MSD.IN.UA/ZBALANSOVANA-SISTEMA-POKAZNIKIV-BALANCED-SCORECARD-BSC/](https://msd.in.ua/zbalansovana-sistema-pokaznikiv-balanced-scorecard-bsc/).

всі бачили та відчували спільні цілі та гордість за роботу закладу; пошук зон зростання та розвитку медичних послуг, покращення процесів комунікацій, які впливають на їхню якість; формування певної структури довіри населення та створення єдиного стандарту комунікації із пацієнтами в лікарні.

До того ж все ускладнила нарада, яка відбулась у Департаменті охорони здоров'я, де всі керівники медичних закладів отримали завдання: надати плани стратегічного розвитку лікарень за усіма видами діяльності, враховуючи вже існуючі зміни у системі охорони здоров'я країни й відокремлюючи унікальні пропозиції медичних послуг для населення. Також медичний заклад має закуповувати ВСЕ ТАК??? нові послуги Національної служби здоров'я, за умови дотримання необхідних умов їх надання та специфікації на конкретні послуги або групи послуг, згідно з укладеними з нею угодами.

Термін для виконання завдань дуже стислий. Ще два тижні тому керівниця, медичні директори (з медичної та амбулаторної допомоги), заступник директора з економічних питань, головна медична сестра, бухгалтер та керівник кадрів були впевнені, що встигнуть зробити все, але вони дуже відхилилися від термінів.

За міркуваннями Марії Степанівни, причина збою така: попри те, що ніяких проблем зі складанням необхідних документів немає, вони постійно відволікаються на інші проблеми, які виникають у медичному закладі. До того ж скласти Стратегію розвитку закладу заради стратегії не дуже хотілось.

Ще одна нарада керівного складу КНП завдяки обговоренню поточних питань із приводу змін в управлінні прийшла до висновку, що колектив лікарні не до кінця розуміє, для кого створює цінність медичної послуги, які пацієнти (споживачі) найбільш важливі для лікарні, які головні характеристики споживачів, що звертаються по допомогу. Проговорюючи питання щодо медичних послуг, які надають інші лікарні, з'ясували, що нема повного осмислення як відокремлювати сегменти для конкретної групи споживачів. Більшість вважала, що надавати треба всі послуги, тобто дублювати за іншими рівнями надання медичної допомоги.

Заступника директора з економічних питань та бухгалтера хвилювало те, як структурувати витрати на медичну послугу і як генерувати та розподіляти прибуток (якщо з'явиться) під час укладання угод з НСЗУ⁷.

⁷ НСЗУ (Національна служба здоров'я України). URL : <https://nszu.gov.ua/>.

Головна медична сестра з медичними директорами (з медичної та амбулаторної допомоги) наголосили на відсутності мети для прийняття рішень, не завжди наявності певної інформації для цього, інформації щодо альтернатив та наслідків реалізації, системи впорядкування за ступенями важливості, чітких (вимірюваних) результатів від діяльності лікарні.

Перед Марією Степанівною постало нелегке завдання, з одного боку, маючи певний досвід з управління та необхідні знання, з іншого, треба знайти рішення і створити нові дієві механізми управління в лікарні, які ускладнюються дуже стислим періодом реорганізації підприємства. Перед нею виникла дилема: як підійти до розвитку лікарні, щоб стати найсучаснішим закладом у місті? (Сьогодні заклад не в найліпшому стані. Медичний ринок міста перенасичено різноманітними послугами). Щоб ви порадили керівнику? Які б моделі управління йому запропонували?

Розмірковуючи над цим, у керівниці виникли ідеї щодо впровадження змін. Вона запропонувала команді скористатися можливістю впровадити альтернативні моделі управління завдяки їх алхімії та покращити механізми управління для покрокової відбудови роботи медичної організації.

Додаток 1

ІДЕЇ⁸

Ідея 1. Модель «Стратегічний діалог» – це універсальна восьмиступенева модель, яку використовують для формування стратегії та її впровадження у практичну діяльність організації, установи, підприємства або власного бізнесу. Головна ідея цієї моделі – вказати напрям роботи, інакше – дії становлять низку розрізнених, нескоординованих та контрпродуктивних активностей.

Ідея 2. Модель «Канвас бізнес-моделі» (*Lean Canvas, англ.*) – використовують для розроблення нових або альтернативних моделей управління. Її запропонували 2010 року Олександр Остервальдер та Іва Піньє. Найчастіше до неї звертаються приватні організації, не пов'язані з охороною здоров'я. У ній можна побачити те, як організація веде свій бізнес і заробляє гроші завдяки опису, візуалізації, розвитку та дослідження використаних ділових моделей управління підрозділами.

Питання, на які відповідає «Канвас»: як лікарня може створити та поширити цінності здоров'я та яка найкраща модель управління для закладу.

⁸ Гербен Ван ден Берг (2020). «25 ключових моделей управління», Харків, Фабула, 208 с.

Ідея 3. Модель дев'яти командних ролей за Белбіном. Реймонд Мередит Белбін (*Raymond Meredith Belbin*), ще 1985 року у книзі «Management Teams» на основі досліджень у коледжі менеджменту Генлі довів, що ефективною є команда, у якій взаємодіють дев'ять головних ролей, та як вона виконує свою роботу.

Ідея 4. Бенчмаркінг. Бенчмаркінг використовують, щоб підвищити ефективність і навчитися на досвіді конкурентів, що допомагає організації стати кращою за них або встановити нові стандарти. Узагальнено це модель системного зіставлення організаційних процесів та ефективності діяльності при обраних заздалегідь показниках. Мета – визначити розрив між кращими результатами й поточними, щоб покращити процеси і/та розробити нові стандарти.

Ідея 5. Ланцюжок створення цінності. Ця модель спонукає до корисної думки про ефективність ланцюжка заходів, які забезпечують послугу закладу. Вона поділяє загальну діяльність медичного закладу, спрямовану на додавання цінності, на первинну і вторинну. Перевага чи недолік можуть бути визначені в межах будь-якого відділення.

Нотатки для викладача

Анотація

Деякі управлінські моделі керування медичними організаціями ніколи не втрачають своєї актуальності, інші – розраховані лише на один раз, але через багато років вони знову заявляють про себе на тлі нових ринкових умов. Виникає запитання: чому зараз, коли триває воєнна агресія, ми звернули на це увагу? Це пов'язано насамперед з тим, що війна закінчиться, а медична система постане перед питанням відбудови моделей і механізмів управління, створення нових підходів та умов в наданні медичних послуг. Утім цей кейс орієнтовано передовсім на те, щоб висвітлити моделі управління, які можна впроваджувати у практику керівника, а не дати рецепт «доброї» моделі з механізмами управління в лікарні. Він є антологією, яка демонструє можливість втілити моделі в медичні практики та політики організацій, підприємств, установ охорони здоров'я, є корисними для них і які довели свою практичну цінність під час розв'язання викликів сучасності.

Мета кейса – розглянути альтернативні моделі механізмів управління у медичних закладах, щоб розв'язати проблеми й завдання, мати можливість втілити їх у медичні практики та політики організацій, підприємств, установ охорони здоров'я й показати, що втілення альтернатив через перетинання різних підходів наприкінці має єдиний результат – якість здоров'я населення.

Стейкголдерами (зацікавленими сторонами) в цьому процесі будуть населення, керівники лікарень всіх форм власності та за рівнями надання медичної допомоги, спільнота медичних фахівців та органів влади, громадські організації, а також всі ті, хто готує фахівців для закладів охорони здоров'я України.

Чому потрібна модель управління у медичному закладі

Моделювання механізмів управління в закладах охорони здоров'я, концепція моделювання, стало головним визначенням періоду становлення та розвитку приватних медичних закладів в Україні. Від 1990-х років, на думку ІМ*Я ПОВНІСТЮ Леган⁹, його використовували, щоб «прикрити напів сирі плани» у приватному бізнесі. Медичному закладу не було потрібно ані стратегії,

⁹ Леган, І. М., & Крикун, О. (2020), «Ринок приватної медицини України: особливості регулювання та напрями розвитку, *Галицький економічний вісник Тернопільського національного технічного університету*, 64 (3), 192–197.

ані унікальних пропозицій: усе, що було потрібно, – це модель, заснована на залученні фахівців з певним досвідом роботи та своїми пацієнтами, які йшли за ним із державних установ, і що обіцяло величезні прибутки в невизначеному майбутньому. Багато інвесторів, підприємців і керівників купилися на цю казку й майже прогадали. А коли неминуче настало прозріння, концепція моделювання вийшла з моди майже так само швидко, як луснула бульбашка.

А шкода! Ніхто не сперечається з тим, що на фінансування непрацевдатних моделей управління було витрачено чимало грошей, але проблема не в самій концепції, а в її спотворенні та неправильному використанні. Хороша модель управління є важливою для кожної успішної організації, чи то нове підприємство, чи визнаний гравець на ринку. Але перш ніж застосовувати цю концепцію на практиці, потрібно дати їй просте наявне визначення, яке розставить усе на свої місця.

При слові «модель» з'являється образ шкільної дошки, списаної загадковими математичними формулами. Але жодних загадок у моделях управління немає. По суті, це звичайні історії, які пояснюють, як працюють медичні підприємства. Ефективна модель управління лікарнею відповідає на класичні запитання Пітера Друкера: Хто наш клієнт? Що він цінує?^{10, 11}. Вона також дає відповіді на фундаментальні запитання, які має поставити собі кожен директор лікувального закладу: Як заробити гроші? «Яка економічна логіка, що пояснює процес створення цінності для клієнтів за відповідних витрат?

Цільова аудиторія

Цей кейс буде корисним для викладання здобувачам рівня магістр, аспірантам, докторантам спеціальностей публічне управління та адміністрування, менеджмент в охороні здоров'я, учасникам програм підвищення кваліфікації, тренінгів, що стосуються питань управління.

Цілі навчання

Аналізуючи кейс та відповідаючи на запропоновані запитання, учасники зможуть:

¹⁰ Drucker, P. F., Christensen, C. M., Goleman, D., & Porter, M. E. (2014). *HBR's 10 Must Reads Collection (12 Books)*. Harvard Business Review Press.

¹¹ Tennent, K. D. (2020). The age of strategy: from drucker and design to planning and porter. In *The Palgrave Handbook of Management History* (pp. 781-800). Palgrave Macmillan, Cham.

- пояснити, як керівник медичного закладу може використовувати альтернативні моделі управління, аби бути рушієм організаційних змін для розвитку медичного закладу;
- описати взаємозалежність між прагненням, залученістю і моделями управління та пояснити, як вони взаємопов'язані з ефективністю роботи медичного закладу на різних рівнях у ринковому середовищі;
- обрати альтернативні моделі управління на різних етапах розвитку лікарні, щоб впровадити в політику медичного закладу та практику керівника.

Стратегія викладання

Сфера охорони здоров'я є складним конгломератом установ, закладів та програм, які мають розв'язувати різноманітні завдання: від профілактики до лікування важких захворювань; від первинної допомоги до стаціонарного лікування, і вузькоспеціалізовані також; індивідуального захисту здоров'я людини до заходів, що охоплюють усе населення країни. Тому ми пропонуємо розбирати кейс крок за кроком (*step by step*), використовуючи підхід



Крок 1. Загальна дискусія. Цей крок передбачає, що викладач надає «Інформації для роздумів»: запитання, на які немає однозначної відповіді. Вона покликана стимулювати думку учасників і дати простір для подальшого управлінського мислення. *До неї належить інформація кейса.* Учасники мають дослідити запропоновану ситуацію. Зібрати та проаналізувати інформацію, якої бракує для всебічного дослідження проблеми кейсу.

Навчальна мета – розвивати аналітичне мислення та здатність виокремлювати найсуттєвіші та найважливіші чинники, що спонукать використати альтернативні моделі управління.

Запитання:

1. Перед вами дилема: як підійти до розвитку лікарні, щоб вона стала найсучаснішим закладом у місті? (Сьогодні заклад – не в найліпшому стані. Медичний ринок міста перенасичено різноманітними послугами). Щоб ви порадили керівнику? Які б моделі управління йому запропонували?

2. Чи потрібно, на вашу думку, було вносити зміни в управління медичного закладу?

3. Як ви вважаєте, чи можливо альтернативні моделі управління практично реалізувати в медичному закладі?

Крок 2. Розподіл на групи. Всіх учасників розділити на підгрупи по 3–5 осіб, але не більше 7.

Навчальна мета – спрямувати учасників на творчий пошук та формування власної думки та/або вміння формувати команду.

Крок 3. Обговорення. Цей крок передбачає пошук можливих варіантів вирішення проблеми. Викладач може вносити зміни до процесу обговорення, застосовуючи власний досвід щодо потреб підгруп, з якими працює, та перетворюючи дискусію на процес взаємодії.

Навчальна мета – формувати вміння опанувати інформацією і думками учасників роботи в команді.

Кожна підгрупа на цьому кроці має обговорити та знайти відповіді на запитання:

1. Чи були для Комунального неприбуткового підприємства необхідні умови, щоб внести певні зміни у роботу? Чому так або чому ні? Скористайтесь фактами кейса, щоб аргументувати відповідь.

2. Як ви вважаєте, керівник медичного закладу може бути рушієм організаційних змін у своєму медичному закладі? Як насправді у вас оцінюють необхідні зміни в управлінні?

4. Як обрати альтернативні моделі управління на різних етапах розвитку лікарні, щоб впровадити їх у політику медичного закладу та практику керівника? Як вам бачаться перспективи розвитку цього Комунального неприбуткового підприємства?

5. Опишіть взаємозалежність між прагненням, залученістю і моделями управління та поясніть, як вони взаємопов'язані з ефективністю роботи медичного закладу? Скористайтесь фактами кейса, щоб аргументувати відповідь.

6. Чи вплине взаємозалежність між прагненням, залученістю і моделями управління на створення цінності здоров'я для населення міста? Чи вплинуть вони на поліпшення розвитку медичного закладу?

7. Які очікування пов'язує директор медичного закладу, відповідно до кейса, з алхімією ідей у медичному закладі? Що ви про це думаєте?

8. Що зміниться, на вашу думку, у закладі? Хто буде відповідати за успіх чи поразку?

Крок 4. Формулювання висновків.

Навчальна мета – усвідомити, що власний досвід і «рішення» не можна застосовувати постійно та незмінно.

Додаткова інформація для викладача.

«Не забувайте, що навчання – це процес, а не результат!»

Викладач може розділити обговорення кейса на три частини, кожна з яких матиме точку рішення або план дій. *Наприклад*, перша – механізми реформування охорони здоров'я що стали передумовою використання різноманітних моделей управління; друга – аналіз стану політик управління Комунальним неприбутковим підприємством і причин пошуку альтернативних моделей; третя – висновки, які із запропонованих моделей знайшли відгук у медичному закладі. Роль викладача – сприяти плідним дискусіям і обговорюванням, що допоможе поглибити початкові знання, розвинути навички та змінити мислення до рівня усвідомлення тривалого процесу змін у керуванні лікарнями.

Рекомендуємо перейти від обговорення більш традиційних моделей управління до альтернативних, також зважаючи на ті, які найбільше підходять до конкретного закладу. Відтак викладач може використати організаційну модель структури (наприклад, модель «Цикл Демінга»), щоб продемонструвати взаємозв'язок між способами структурування та ефективного управління, до яких керівники можуть вдатися, щоб розвинути організацію. Також можна в аудиторії спільно визначити кілька альтернативних варіантів розв'язання проблеми. Запропонувати кожній підгрупі один з альтернативних варіантів рішень. Вони обирають аргументи на користь «своєї алхімії» і презентують під час загального обговорення. Або можна поділити на доповідачів та слухачів, які обиратимуть той чи інший альтернативний варіант рішення.

Додаткові (follow-up) запитання:

1. Уявіть, що ви директор медичного закладу. Чи впровадили б ви альтернативні моделі управління? Чому так або чому ні?

2. Які ідеї Марії Степанівни будуть ефективні (або неефективні), щоб вплинути на роботу КНП, як це позначається на його успіхові?

3. Яким має бути фокус у майбутній Стратегії розвитку лікарні? Чи потрібно його спрямовувати на зовнішній фокус, а чи зосередити увагу на посиленні внутрішніх чинників?

Таймінг роботи з кейсом

№	Етапи роботи	Час, хвилин
1	Визначення рівня підготовки (вступ)	5
2	Загальна дискусія	40
3	Розподіл на групи	3
4	Обговорення	40
5	Формулювання висновків	20
6	Епілог	10
7	Закінчення роботи	3

Епілог

У 2021 році нарада в Департаменті охорони здоров'я, куди було запрошено всіх директорів медичних закладів міста N, і державних установ, і приватних, визнала роботу Марії Степанівні найкращою у місті В.

Завдяки впровадженню альтернативних моделей управління їй, як керівниці медичного закладу, вдалося виокремити декілька головних напрямів: попит населення на медичні послуги, який дав змогу сформувати напрями лікування для укладення договорів із НСЗУ; знайти донорів для додаткового фінансування лікарні, завдяки цьому покращено матеріально-технічний стан та придбано нове медичне обладнання, проведено капітальний ремонт; налагоджена співпраця із закладами вищої та передвищої освіти, були залучені кадри (лікарі та медичні сестри та брати).

Зміна Стратегії розвитку закладу та механізмів управління привело до упорядкування та деконцентрації, і ззовні, і в середині, тобто до незалежності (автономії) в управлінні Комунальним неприбутковим підприємством.

Додаткові джерела:

1. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021.

2. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. URL : <https://www.umj.com.ua/article/127584>.

3. Вовк С. М., Половян Н. С., Вовк Т. В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*, 2020, № 3 (26), с. 32–37.

4. Вовк С. М., Вовк Т. В. Формування механізму аутсорсингу в медичних закладах України // Економічна безпека національного енергетичного сектору в умовах глобалізації: монографія. Вид. : Класичний приватний університет, 2020, с. 249–261.

5. Goleman, D., Drucker, P. F., Christensen, C. M., & Porter, M. E. (2017). *HBR's 10 Must Reads Ultimate Boxed Set (14 Books)*. Harvard Business Press.

**ГОРОДИСЬКИЙ І.
ВІДШКОДУВАННЯ ВОЄННИХ ЗБИТКІВ УКРАЇНИ: ЯК ПІДВИЩИТИ
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ НА ПРИКЛАДІ ШКОДИ
МЕДИЧНІЙ СФЕРІ**

Навчальний кейс

Вступ

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну завдало величезної шкоди, серед іншого – інфраструктурі. Варварська тактика російських військ полягає у тому, щоб руйнувати мирні об'єкти, сіяти паніку й тероризувати людей. Однією із головних цілей від перших днів війни є заклади системи охорони здоров'я. [Обстріли пологового будинку в Маріуполі](#), [лікарні у Тростянці](#), [клініки у Вінниці](#) – лише невеликий перелік злочинних дій росіян щодо таких об'єктів. Це свідчить, що і державна, і приватна медична інфраструктура зазнає збитків та руйнувань.

Безумовно, величезних збитків завдано й іншим об'єктам соціальної інфраструктури. Однак шкода медичним закладам та її подальше усунення – надзвичайно чутлива емоційна тема з морального погляду. Те, що ця сфера перебуває в управлінні Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), Національної служби охорони здоров'я (НСЗУ) тощо, дає змогу застосувати уніфіковані підходи до облікування і оцінювання збитків та подальшого відшкодування. Також до самого процесу відшкодування збитків у цій сфері буде прикуто достатньо багато уваги і його успіх стане індикатором успіху відшкодування Україні воєнних збитків загалом.

Мета кейсу – на прикладі сфери охорони здоров'я дослідити державну політику щодо відшкодування, оцінити її ефективність та сформулювати рекомендації й альтернативні варіанти компенсації тих втрат, які зазнала медична система України. Наразі питанням відшкодування збитків практично повністю займаються органи державної влади, проте ми ставимо за мету не критикувати окремих особистостей чи політичних сил, а аналізувати якість рішень і ефективність публічної політики в цьому напрямі. Висновки з цього кейсу можуть бути використані для того, щоб випрацювати політику й ухвалювати рішення і в інших сферах, які зазнали збитків, наприклад – освітній, транспортній, адміністративній тощо.

Зацікавлені сторони (стейкхолдери) – інституції сфери охорони здоров'я (МОЗ, НСЗУ, лікарняні установи) як постраждалі; пацієнти та медпрацівники,

які повинні мати змогу отримувати й надавати якісні медичні послуг на рівні не нижчому ніж до 24 лютого; органи влади – Кабінет Міністрів, Верховна Рада, Офіс Президента та інші, як ті, хто розробляють та впроваджують відповідні політики в цій сфері; громадянське суспільство та експертна спільнота як представники громадського контролю (social watchdogs) і суспільство загалом, зокрема біженці в інших країнах, критерієм повернення для яких буде, серед іншого, і якість та доступність медичних послуг.

Хоча кейс присвячено саме відшкодуванню воєнних збитків, заподіяних системі охорони здоров'я України, головні висвітлені аспекти та проблеми, які тут порушені, – актуальні й щодо процесу відшкодування в інших сферах, секторах. Тому основні акценти, висновки та рекомендації можна використовувати й у кейсах, присвячених іншим напрямам та сферам відшкодування збитків.

До 24 лютого 2022 року

Що ми мали. Медична інфраструктура, яка існувала в Україні до 24 лютого 2022 року, переважно була збудована та введена в експлуатацію ще в радянський період до 1991-го або ж у перші роки Незалежності. Відтак відкриття нових закладів охорони здоров'я часто супроводжувалися скандалами, які були достатньо тривалими (наприклад, [«Дитяча лікарня майбутнього»](#), [перинатальний центр у Львові](#) та інші).

Оновлення медичної інфраструктури теж було достатньо тривалим процесом: до прикладу, 2021 року реконструйовано та збудовано лише [33 лікарні загальною площею 125 355 м²](#). Попри тенденцію до зростання кількості приватних медичних закладів (мереж лабораторій, пологових, поліклінік тощо), державні заклади в системі охорони здоров'я таки домінували, зокрема у випадку спеціальної медичної допомоги.

Однак рівень суспільної довіри до медичної системи не був катастрофічним. Згідно з опитуванням [«Оцінка медичної сфери в Україні»](#) соціологічної групи «Рейтинг» у березні 2021 року, 46 % українців високо оцінювали професіоналізм та компетентність лікарів в Україні, і цей показник зріс порівняно з липнем 2020 року. Це свідчить, що українська система охорони здоров'я до 24 лютого 2022 року перебувала на задовільному рівні.

Що ми втратили. Із початком повномасштабного вторгнення об'єкти медичної інфраструктури в Україні стали регулярним об'єктом атак з боку агресора. Це привернуло увагу й міжнародної спільноти, зокрема публікації, присвячені саме цьому аспектові вторгнення РФ в Україну, вийшли в [Atlantic](#)

Відшкодування воєнних збитків Україні: як підвищити ефективність державної політики на прикладі шкоди медичній сфері

[Council](#), [The Washington Post](#) та інших медіа, а Всесвітня організація охорони здоров'я, ЮНІСЕФ та Фонд народонаселення ООН [випустили спеціальне звернення, у якому](#) закликали припинити атаки на медичні об'єкти в Україні.

Якщо говорити в кількісному вимірі, то, [за даними Київської Школи Економіки](#), на 1 серпня 2022 року було зруйновано або пошкоджено 903 медзаклади, що завдало збитків на \$ 1,6 млрд доларів. Схожі цифри озвучував і Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко [у своєму інтерв'ю для «Телевізійної служби новин»](#) 8 липня 2022 року:

«Багато медичних закладів зараз знищені російськими окупантами. Статистика охоплює лише деокуповані райони, але і без того цифри вражають. Більше 770 закладів охорони здоров'я пошкоджені, 121 – повністю зруйновані. Для відбудови знищених лікарень необхідно 17 млрд грн, а для відновлення всіх – 30 млрд грн. Тут не враховані аптеки, автомобілі швидкої допомоги та інше».

Очевидно, що ці цифри не є остаточними й не враховують потреб додаткового інвестування в сучасне обладнання замість зруйнованого, залучення нових фахівців тощо. Однак уже зрозуміло, що відновлення медичної інфраструктури стане окремим важливим напрямом процесу відшкодування воєнних збитків.

Чинна державна політика щодо відшкодування збитків

Як побудована державна політика. Питання відшкодування є на порядку денному урядової політики ще від перших днів російського вторгнення. Українська влада систематично заявляє про неминучість відшкодування воєнних збитків, які заподіяли росіяни. Володимир Зеленський у своєму зверненні на початку повномасштабної російської агресії твердив, що:

«Ми відновимо кожний будинок, кожену вулицю, кожне місто. І говоримо Росії: вчіть слова “репарації” та “контрибуції”. Ви відшкодуєте усе, що зробили проти України. В повному обсязі».

Проте механізму автоматичного відшкодування жертвам і постраждалим за підсумками збройних конфліктів поки що немає. Тому, окрім політичних заяв, застосовують і практичні кроки, наприклад, було створено низку робочих груп щодо відшкодування воєнних збитків у рамках різних органів влади, зокрема Мін'юсту, Мінекономіки й інших, та на міжвідомчому рівні. Водночас ці групи створювали порізно й нескоординовано, що від початку ставило під сумнів ефективність їхніх висновків та напрацювань.

18 травня 2022 року за [Указом Президента України № 346/2022](#) було створено Робочу групу з розробки та впровадження міжнародно-правових механізмів відшкодування шкоди, завданої Україні внаслідок збройної агресії Російської Федерації. Вона стала найбільш представницькою робочою групою на цьому рівні, однак працює для того, щоб випрацювати загальні рамки відшкодування на міжнародному рівні. Однак робіт щодо випрацювання інституційних механізмів, які б стали дієвими стосовно відшкодуванням саме в Україні, поки що не проводять.

Міністерство охорони здоров'я усвідомлює обсяг руйнувань медичної інфраструктури й терористичне підґрунтя атак на неї. Заступник міністра Олексій Яременко у своєму коментарі в [червні 2022 року наголошував, що](#):

«Будівлі з червоним хрестом чи не щодня стають мішенями для російських терористів. Порушуючи всі можливі міжнародні конвенції, ворог продовжує руйнувати нашу медичну інфраструктуру, забираючи в українців право на медичну допомогу».

Однак наразі ані Міністерство охорони здоров'я, ані інші органи влади не повідомляли про роботу щодо відповідних напрацювань саме в частині відшкодування збитків медичній системі. Деякі думки з цього приводу висловлювали в інтерв'ю Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко та його [заступник Олексій Яременко](#), однак системної офіційної комунікації з цього приводу поки що не було.

Окремо варто зазначити, що відповідні процеси щодо формування усієї візії відшкодування воєнних збитків після 24 лютого відбуваються без залучення громадськості. Діяльність робочих груп, подекуди їхній склад та інше, часто є закритими, а єдиними каналами інформації є інтерв'ю і коментарі посадовців Офісу Президента та Міністерства юстиції. Така ситуація багато в чому є виправданою політичною чутливістю цього питання.

Одним із небагатьох прикладів публічних кроків є оприлюднення з метою подальшого обговорення [Проекту спільного наказу Міністерства економіки України та Фонду державного майна України «Про затвердження Методики визначення шкоди та обсягу збитків, завданих підприємствам, установам та організаціям усіх форм власності внаслідок знищення та пошкодження їх майна у зв'язку із збройною агресією Російської Федерації, а також упущеної вигоди від неможливості чи перешкод у провадженні господарської діяльності»](#) 4 серпня 2022 року. Такий підхід ускладнює суспільний контроль за ними, а також унеможливує отримати зворотний зв'язок та альтернативні варіанти розв'язання проблеми.

Які документи вже ухвалені. Брак суспільного контролю та неврахування думки громадськості відчутні й у документах щодо відшкодування збитків, які були підготовлені до цього часу. Наприклад, порядок визначення шкоди та збитків, завданих Україні внаслідок збройної агресії Російської Федерації, [затверджений Постановою Кабінету Міністрів від 20 березня 2022 р. № 326](#), є достатньо рамковим, містить узагальнені підходи й у ньому відсутні спеціальні положення щодо збитків, заподіяних медичній та освітній інфраструктурі.

Аналогічні зауваження є і до [Проекту спільного наказу Міністерства економіки України та Фонду державного майна України](#) «Про затвердження Методики визначення шкоди та обсягу збитків, завданих підприємствам, установам та організаціям усіх форм власності внаслідок знищення та пошкодження їх майна у зв'язку зі збройною агресією Російської Федерації, а також упущеної вигоди від неможливості чи перешкод у провадженні господарської діяльності», який опубліковано 4 серпня 2022 року. Його зміст – ширший, однак пропозиції, які містяться у ньому, є спільними незалежно від сфери чи типу майна, якому було заподіяно збитків.

Метрики, які застосовують, щоб оцінити збитки медичній інфраструктурі, на цьому етапі є застарілими і не відображають практичної картини. Наприклад, оцінюючи збитки інфраструктурі охорони здоров'я [часто наголошують, що йдеться про балансову вартість](#), а не про точні суми, які будуть необхідні для відновлення. Обґрунтованим є твердження, що точну вартість можна встановити лише на місці подій, що є неможливим у випадку тимчасово окупованих територій. Однак це не є перешкодою для того, щоб модернізувати відповідні методики оцінювання.

Дуже важливим недоліком існуючих підходів є зосередження насамперед на прямих матеріальних збитках, заподіяних медичній інфраструктурі. Ці методики не враховують непрямих негативних наслідків для системи охорони здоров'я, таких як:

- непостійний доступ населення до медичних послуг та зниження їхньої якості, що має негативний соціальний та демографічний ефект;
- зниження професійного рівня українських лікарів (деякі загинули або поранені), еміграція та неможливість проводити належне навчання в медичних школах;
- потреба суттєвих постконфліктних інвестицій у нове медичне обладнання, навчання медперсоналу тощо.

Ці наслідки мають довготерміновий ефект економічних витрат, хоч і не одразу можуть бути виміряні грошима.

Чинники, які впливають на державну політику

Брак основи для випрацювання рішень. Головним чинником, який впливає на державну політику щодо відшкодування, і загалом, і щодо медичної сфери, безумовно є безпрецедентність ситуації. Політичне тло найбільшої війни від часів Другої світової війни, відсутність усталених міжнародних підходів до відшкодування воєнних збитків, нерозуміння чи буде відшкодування в майбутньому здійснюватися добровільно чи примусово – усе це робить будь-які кроки в цій сфері попередніми і створює ймовірність для їх перегляду та зміни в майбутньому.

Особливо важливим є те, що у практиці публічної політики нема напрацювань того, як постраждала держава має підходити до вирішення питання відшкодування на національному рівні, зокрема методології оцінювання розміру шкоди, її документування, визначення черговості та пріоритетності здійснення тощо. Є питання, чи вони можуть бути універсальними, оскільки кожний такий випадок – достатньо унікальний. Попередні найсвіжіші прецеденти: відшкодування жертвам та потерпілим від вторгнення Іраку в Кувейт чи Еритреї в Ефіопію, мають свою специфіку врегулювання конфлікту й не в усіх аспектах можуть слугувати рольовими моделями для ситуації в Україні.

Внутрішні проблеми. Внутрішньою проблемою, яка характерна саме для України, є чинна політична система. До 24 лютого в Україні вона функціонувала в умовах так званої монобільшості із головною роллю Президента, яка виходила навіть за межі його конституційного статусу. Це призводило до закритості, ізоляції процесу ухвалення рішень серед невеликих груп впливу, недовіри до тих, хто критично відгукувався про ті чи інші рішення влади. Безвідносно до політичних оцінок, процес відшкодування є загальносуспільним питанням, і до напрацювання стратегії у цьому напрямі мають бути залучені широкі політичні, громадські та експертні кола.

Свою роль відіграє також ставлення професійної та експертної спільноти до проблематики відшкодування збитків медичній сфері – цієї проблеми поки що широко не порушують і не обговорюють. Це можна пояснити тим, що в Україні громадськість ввела неофіційне самообмеження щодо критики на адресу влади, однак це лише частина проблеми. Спільнота, яка є рушієм змін у медицині протягом останніх років, ще не до кінця усвідомлює того, що відшкодування не відбудеться автоматично, і необхідні кошти не з'являться гарантовано на казначейських рахунках, або ж сам процес буде проблемним. Щоб належно

забезпечити цей процес, потрібна активна участь громадськості вже на цьому, ранньому етапі.

Альтернативні варіанти державної політики

Відкрити «чорну скриньку». Головна хиба поточної державної політики щодо відшкодування воєнних збитків, заподіяних медичній системі, – це закритість процесу та відсутність його галузевого координування. Найоптимальніший шлях для забезпечення належного процесу відшкодування у цій сфері у майбутньому – створити спеціальну робочу групу у форматі task force під егідою МОЗ, залучивши експертів. Це дасть змогу розробити кастомізовані підходи до оцінювання збитків та принципів їхнього відшкодування щодо системи охорони здоров'я України; підвищити довіру до напрацювань, які будуть зроблені та опрозорити процес відшкодування в подальшому; залучити додаткові інтелектуальні ресурси.

Зрозуміло, що найбільш очевидним і переконливим поясненням тих закритих і швидких кроків, які вживають, будуть стислі терміни розроблення, зважаючи на війну, протягом яких неможливо випрацювати комплексні рішення за належною процедурою. Проте варто пам'ятати, що саме на цьому етапі важливо пропонувати спеціальні, кастомізовані підходи до різних типів шкоди. Це дасть змогу належно їх задокументувати, враховуючи специфіку тієї чи іншої сфери, якій було заподіяно збитків, серед інших і медичній, тоді, коли зафіксувати докази можна максимально швидко.

У майбутньому це може зекономити час і ресурси у процесі доведення та отримання відшкодування збитків, на чому ми вже наголошували вище. Знову ж таки, долучення широкого кола громадськості, зокрема із професійної та експертної сфер, дасть змогу залучити фахівців та посилити фахову спроможність у напрацюванні відповідних рішень, зробивши їх стійкішими та отримавши підтримку від цих середовищ.

Належно оцінити. Ще один важливий аспект – адекватно оцінити збитки системі охорони здоров'я України та випрацювати відповідну методологію. Як уже йшлося вище, вона має передбачати і оцінювання прямих втрат медичної інфраструктурі, і супутні збитки та додаткове навантаження на медичну систему України, зважаючи на наслідки війни. Наприклад, додаткове навантаження на українську медицину щодо фізичної та психологічної реабілітації ветеранів, жертв та потерпілих, зниження рівня здоров'я населення, зокрема в царинах кардіології, психології тощо, теж може бути предметом відшкодування.

Що системнішими та переконливішими будуть докази воєнних збитків, яких зазнала медична система України, то повнішим і всеохопнішим буде відшкодування в подальшому, а заявлені претензії не будуть оскарженими під час майбутнього розгляду. Водночас відшкодування має отримати високий мандат довіри не лише на міжнародному рівні, а й усередині українського суспільства. Для цього важливо відійти від закритості, розв'язуючи це питання, що є особливо важливим у випадку збитків українській медицині, якість відновлення якої буде одним із головних критеріїв оцінювання післявоєнного відновлення України загалом.

Змоделювати пропозиції. На цьому етапі дослідити можливості відшкодування на прикладі конкретного медичного закладу неможливо, оскільки в публічному доступі відсутні дані щодо обсягу заподіяної шкоди в конкретних випадках. Однак варто спробувати підходи, які можна застосовувати до оцінювання відшкодування при його здійсненні.

У практиці відшкодування збитків є два підходи щодо оцінювання збитків та присудження компенсації. За першого, так званого статичного підходу, відшкодовують просто суму доведених збитків. Реалізувати цей підхід буде відносно нескладно, оскільки практично все майно має так звану балансову вартість – вартість майна на певний момент.

Застосовуючи другий, так званий динамічний підхід, відшкодовують не лише безпосередню вартість майна, а й різницю між тим станом, який міг би існувати, якби не було заподіяно збитків. Цей підхід дає змогу забезпечити більш всеохопне відшкодування, спрямоване на вирішення не лише кількісних, а й якісних показників.

У разі воєнних збитків медичній системі України просте грошове відшкодування не буде достатнім. По-перше, балансова вартість не відображає фактичної вартості втраченого майна. По-друге, воно матиме на меті відновити той стан, який існував на момент руйнування, а не відшкодувати збитки комплексно.

Також збитки, заподіяні медичній системі, це не лише майнові втрати – негативні наслідки відчуває усе суспільство тривалий час. Головними чинниками, які можна врахувати у формулах розрахунків відшкодування збитків медичній системі, будуть:

- погіршення загального стану здоров'я в суспільстві чи окремих регіонах або громадах,
- зростання витрат домогосподарств та громадян на охорону здоров'я,
- доходи, які недоотримали медична система та медичні заклади.

Відшкодування воєнних збитків Україні: як підвищити ефективність державної політики на прикладі шкоди медичній сфері

Врахування цих показників може бути достатньо гнучким і залежати від того, наскільки постраждала система охорони здоров'я та медичні заклади в кожному конкретному випадку. Відповідно відшкодування в кожному окремому випадку (на рівні населених пунктів, громад, регіонів) та суспільства загалом має враховувати ці показники. Очевидно, це не означає величезним сум компенсації у кожному конкретному випадку, однак допоможе забезпечити більш всеохопне і якісне відшкодування.

Таким може бути не лише відновлення попереднього стану, а й модернізація і окремих медичних закладів, і системи загалом, щоб побудувати сучасніші споруди, закупити ефективніше обладнання, підвищити зарплати медичним працівникам. Це дасть змогу зосередити процес відшкодування у цій сфері не лише на ліквідуванні кількісних збитків системі охорони здоров'я, а й допоможе усунути шкоду суспільству, яка настала внаслідок цього.

Що далі

Попереду – довгий шлях. Ті оцінювання збитків медичній інфраструктурі, які ми подали вище, однозначно не є остаточними. Цьому сприятиме не тільки тривалість війни й інтенсивність воєнних дій, а й те, що ці дії – обстріли й руйнування медичної інфраструктури – свідомі дії російської армії та неофіційна частина її воєнної доктрини. Це [визнають і міжнародні оглядачі, зокрема з Центру стратегічних і міжнародних досліджень](#) (The Center for Strategic and International Studies), на підставі аналізування попередніх дій російських військових у Сирії та в інших конфліктах:

«Знищення цивільної інфраструктури, зокрема інфраструктури охорони здоров'я, є продуманою формою завоювання, метою якої є тероризувати та каталізувати втечу населення».

Щоб отримати відшкодування цих воєнних збитків, Україні ще слід пройти достатньо тривалий шлях. Заступниця Міністра юстиції України Ірина Мудра [в інтерв'ю 16 серпня 2022 року](#) зазначила, що потрібно приблизно рік, щоб лише запустити міжнародний механізм щодо компенсації воєнних збитків Україні. Тому перших практичних результатів відшкодування можна очікувати не раніше ніж за 2–3 роки, а щоб повністю отримати відшкодування та відновити медичну систему, потрібні довгі роки.

Це створює вікно можливостей для того, щоб випрацювати належні принципи здійснення такого відшкодування. Проте цей процес для того, щоб стати ефективним, не може бути одностороннім і здійсненим лише за участі уряду та представників, яких він делегуватиме. Професійна та експертна

спільнота має зайняти більш проактивну позицію у цьому процесі, зокрема вимагати в уряді активніше та прозоріше напрацьовувати підходи щодо відшкодування у цій сфері; моніторити та аналізувати напрацювання в цій сфері, які застосовуватимуть і щодо медичної сфери, вимагати долучення чільних експертів до відповідних робочих груп (task force), які створені чи будуть створені тощо.

Спершу – візія. Головним стимулом до роботи щодо відшкодування воєнних збитків для медичної сфери має бути усвідомлення важливості цього питання. Відновлена українська система охорони здоров'я має не лише бути на рівні тієї, що існувала до російського вторгнення, а й суттєво її перевищувати. Її якість буде одним із чинників, від якого залежатиме рішення українців залишитися за кордоном чи повернутися в Україну, а також зберегти здоров'я українців, що в довготерміновій перспективі є однією із головних передумов відновлення країни.

Ті заяви представників уряду щодо відновлення зруйнованої медичної системи внаслідок воєнних дій, які поки що озвучені, вказують на те, що вони розуміють цей аспект. До прикладу, заступник міністра охорони здоров'я Олексій Яременко в [інтерв'ю для «Інтерфакс Україна»](#) наголосив не лише на кількісному, а й на якісному відновленні:

«Ми не просто хочемо відновити лікарні – ми хочемо відновити ефективну і якісну медичну послугу в форматі, в якому рекомендує ВОЗ, на принципах, які впроваджують країни ЄС».

І це твердження, мабуть, основне. Той час, який залишається до запуску процесів відшкодування воєнних збитків Україні, медична сфера може витратити саме на випрацювання візії, якою має бути нова система охорони здоров'я для нової України та стратегії її відновлення і розбудови. Це може зробити державну політику відшкодування воєнних збитків в українській медицині справді ефективною: коли буде бачення не тільки «скільки потрібно», а й «навіщо» і «чому».

Нотатки для викладача

Предмет кейсу. У кейсі висвітлено принципи формування державної політики щодо відшкодування воєнних збитків на прикладі системи охорони здоров'я, зважаючи на їхню ефективність; подано висновки щодо прогалин такої політики; розглянено альтернативні сценарії її впровадження.

Завдання кейсу:

- Розглянути державну політику щодо відшкодування воєнних збитків Україні загалом;
- Визначити ті аспекти, які запроваджує держава, щоб відшкодувати воєнні збитки медичній сфері;
- Встановити проблеми і прогалини, які існують у державній політиці, та чинники, через які вони виникають;
- Запропонувати альтернативні сценарії державної політики в цьому напрямі та кроки, необхідні для цього.

Рекомендації щодо викладання кейсу. Кейс побудовано на аналізуванні державної політики у сфері відшкодування збитків, заподіяних війною, від березня до серпня 2022 року. Відтак підходи уряду до її здійснення / подальшого провадження можуть бути змінені, але головні проблеми, які ми виявили, є показовими, а висновки можна використовувати і на наступних етапах, і випрацьовуючи публічну політику в інших напрямках.

Статистичні дані, які подано в кейсі (про кількісні показники зруйнованої медичної інфраструктури; про оцінювання суми її відшкодування тощо) можуть бути уточнені й доповнені, посилаючись на верифіковані джерела.

Ці проблеми та сформульовані рекомендації не є вичерпними, і, працюючи з кейсом, варто заохочувати аудиторію висувати її бачення проблематики та розв'язання цих питань.

Запитання для обговорення:

1. Наскільки стислість термінів та екстремальність ситуації є обґрунтованим поясненням недоліків, які існують в державній політиці в цій сфері? Чи знаєте ви приклади, коли в умовах надзвичайної ситуації вдавалося випрацювати ефективні державні політики й успішно їх втілити?

2. Чи висновки цього кейсу є прикладними щодо інших сфер, які постраждали від російської агресії? Спробуйте змодельювати їх застосування в окремих з них (освіта, енергетика, комунальне господарство тощо).

3. Спроектуйте кілька принципів, на яких має ґрунтуватися стратегія відновлення медичної сфери України, і, зважаючи на це, сформулюйте чинники, які мають бути враховані при визначенні методології відшкодування воєнних збитків у ній?

4. (Етичне завдання.) Чи згодні ви звільнити винних в обстрілах медичної інфраструктури в обмін на відшкодування? Чому так або чому ні? (У разі групового заняття можна розділити на підгрупи для дебатів).

ЛЯШЕНКО О.
РОЗБУДОВА УПРАВЛІНСЬКОЇ КУЛЬТУРИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ (ПО)ВОЄННОГО РОЗВИТКУ

Навчальний кейс

Анотація

Модернізація української системи охорони здоров'я стала драйвером не лише структурних та процедурних змін, покликаних суттєво покращити якість та ефективність надання медичних послуг, але й рушійною силою розбудови корпоративної культури медичних установ. Відтак нові виклики передусім постали перед управлінською культурою, вимоги до якої зазнали суттєвих змін: розпочався процес переходу від зовнішнього (артефактного) формату до сутнісного й ціннісного. Однак повномасштабне вторгнення РФ в Україну стало не тільки випробуванням на міцність для національної стійкості, але й «дизайнером» нового культурного простору. «У світі паралельного існування сил смерті і примусу є ще одна величезна сила, що несе в собі впевненість, її ім'я – культура», – зазначав Альбер Камю. Саме такий наратив став одним із наріжних каменів розбудови системи цінностей управлінців закладів охорони здоров'я. Наслідки перебування у надзвичайно жорстких умовах воєнного часу спричинили низку нових моделей поведінки в різних верств населення, привели до появи нових організаційних форм надання медичних послуг, пришвидшили їх діджиталізацію, вивирили вимоги до етичності тощо. Усе це посприяло тому, що управлінська культура почала набувати статусу інтегральної м'якої сили, вплив якої формує адаптивний інтелект і самих управлінців, і зовнішніх (передусім пацієнтів) та внутрішніх (медичних працівників) стейкхолдерів. Отож цей кейс про розбудову управлінської культури в українських закладах охорони здоров'я, яка пережила редизайн в умовах війни Росії проти України, й ті її перетворення, що мають відбутися в умовах повоєнного розвитку.

Частина перша.

Не кодексом єдиним

У світі паралельного існування сил смерті і примусу є ще одна величезна сила, що несе в собі впевненість, її ім'я – культура.

Альбер Камю

Сповнена надіями на краще весна 2014-го насунула на Мирослава¹² зграєю давно забутих роздумів про те, навіщо він тут, чи варті його як він тоді думав «криваві битви» за команду (бо за «крісло керманіча» лікарні він ніколи не бився), чи слід нарешті хоч тепер повернутися до себе на Галичину і... Та весна вже була десятою, яку Мирослав зустрів, як тут жартували, «на далекому сході» України. Майже за власним бажанням він приїхав сюди після закінчення навчання в медуніверситеті, доволі швидко почав просуватися тими самими кар'єрними сходинками, хоча спеціальних зусиль до цього не докладав. Його попередник, старша людина, запримітив Мирослава майже відразу, але то не було якесь батьківське ставлення чи виокремлення його як «улюбленця» серед інших молодих фахівців і тому на завдання, до того ж складні та важкі, був аж занадто «щедрим». І Мирослав неодноразово навіть ображався на Ігоря Васильовича.

Ігор Васильович тим часом гнув свою лінію. Майже чверть століття він очолював одне з найкращих хірургічних відділень у лікарні Луганська і вже давно тихо мріяв про наступника. Завдання було непросте, бо, озвучивши своє бажання залишити посаду завідувача відділення, можна було швидко отримати пропозицію згори і навряд чи чогось хорошого від того можна було б чекати. А цього не хотілося, бо Ігор Васильович життя поклав на те, щоб не просто зібрати найкращих фахівців, але й створити з них команду. Задовго до того, коли на одній із конференцій за участі представників МОЗ України він почув, що модернізація вітчизняної системи охорони здоров'я стала драйвером не лише структурних та процедурних змін, покликаних суттєво покращити якість та ефективність надання медичних послуг, але й рушійною силою розбудови корпоративної культури медичних установ, у його відділенні вже був той самий кодекс корпоративної культури, який яскравою плямою прикрашав ретельно пофарбовану стіну у відділенні. «Хто ж чіплятиме таку красу в кабінеті? Нехай усі бачать!» – відповідав він відвідувачам, коли ті розглядали ту дивовижу.

¹² Тут і далі імена змінено.

Бачили усі, але чи читали? Значно пізніше старша медсестра Лариса зізналася, що коли кортіло «сказати усе, що думає» своїм підлеглим «дівчатам», деякі речення «затуляли рота, бо кололи очі». Щоправда, Лариса не те що говорила, але й, здавалося, мовчала російською. Ніхто не знав, як завідувачу спала на думку ідея не говорити щоразу, а написати (ще й великими літерами) якісь наче прості для розуміння, але почасти складні для виконання речення.

...Березневий ранок 2014-го був похмурим не лише через смог, що висів над Луганськом. Звістка про «захоплення» будівлі СБУ в самісінькому центрі міста давила як гідравлічний прес на мозок.

- Мирославе, зайти, – голос Ігоря Васильовича у слухавці був майже як завжди спокійним і виваженим.
- Добрий ранок... – осікся Мирослав, бо спокійним був лише голос завідувача.
- У жодному іншому разі Ігор Васильович не запропонував би Мирославу те, що сказав тепер. Розчулене «синку» (так він його ніколи не називав!) дотиснуло Мирослава: «Я нікуди не поїду! Це моя земля! І вас не залишу, і ... а мої пацієнти?!... а...». Але Ігор Васильович м'яко поклав руку на Мирославове плече й тихо промовив: «Це я нікуди не поїду, бо дружина ... Валя вже не може ходити. А тут, синку, їдь, бо тут буде спалена земля». Тупий страх висів у повітрі, але ж явних ознак війни не було. Однак Мирослав знав, бо бабуся свого часу пошепки розповідала про «добру Росію», що Ігорю Васильовичу не довіряти сенсу немає. Завідувач доручив Мирославу переговорити з усіма у відділенні, зібрати вже свою команду й очолити релоковане (хоча тоді цього слова ще не було в широкому вжитку) відділення.

– Мирославові закипав мозок. Найважче, як він думав, буде з Ларисою, і, відверто кажучи, на неї він і не розраховував. Але серед ночі після далеко не мотивуючої розмови з Мирославом Лариса надіслала повідомлення на вайбер: «В моем Воронеже меня никто не ждет, я уже давно там чужая. їду з тобою». Ларисин суржик навіть трохи потішив, але зміст меседжу засмутив.

– «Управлінська культура почала набувати статусу інтегральної м'якої сили» – звідкись виринуло й застукало в Мирославових скронях почуте на одному з недавніх семінарів речення. Та ще й навчання! Мирослав же хотів нарешті піти серйозно повчитися. А тепер?

– Вайбер знову булькнув повідомленням. Тато написав Мирославу: «Сину, там, де ти є, то Україна, але вона зараз трохи хвора, то аби її вилікувати – бери з собою усіх, хто за тобою піде й роби те, що, мабуть, вже сказав твій керівник». Його батько знав Ігоря Васильовича лише з розповідей.

– За місяць Мирослав очолив хірургічне відділення в іншому місті. З ним поїхала рівно половина команди. Інша половина також поділилася: хтось поїхав до Росії, хтось залишився на тимчасово окупованій території.

Частина друга

Довіра – наш антидот

Війна – велика енциклопедія людських характерів.

Андрій Любка

Ахтем стомленим рухом зіштовхнув окуляри з обличчя, вони злякано бемцнули, опинившись на столі. Зміна видалася важкою. Втім останнім часом інших не було. Якби хтось йому, кримському татарину, раніше сказав, що в лютому 2014 року він майже так само, як і його бабуся буде залишати Крим, а за декілька років перетне всю Україну й буде неподалік кордону з Польщею, а ще при цьому буде сотні людино-годин проводити не в кав'ярні, а в операційній польового шпиталю разом із новим колегою і другом Мирославом, Ахтем сказав би щось на кшталт «Як ви живете з такою уявою?». Однак це стало його реальністю.

Ахтем завжди був самотнім рейнджером, але після контузії його війна продовжилася так би мовити за фахом. Після реабілітації він вже не зміг повернутися «на нуль», та й далі від передової воювати йому його ж колеги заборонили, а от попрацювати в польовому шпиталі, що його свого часу zorganizували колеги з Ізраїлю практично на українсько-польському кордоні, йому пощастило. Той досвід був для нього неоціненним: він побачив, що ізраїльські колеги можуть набагато швидше приймати рішення, менше проводити (зайвих) нарад, лаконічні висловлювання роблять їх професійне (і не тільки) спілкування чітким і зрозумілим, але найголовніше, що впадало у вічі, вони зайвий раз не узгоджували своїх дій із керівником, бо мають більше свободи. Це дає більше гнучкості та маневреності, але й вимагає більше відповідальності.

Ахтем страшенно втомлювався, працюючи в тому шпиталі, бо контузія усе ще давалася взнаки, але він не хотів втрачати і крихітної можливості бути поруч з цією командою представників Землі обітованої. Йому бракувало вільнішої англійської і ставало зовсім сумно, коли нові колеги й уже майже друзі переходили на іврит, але бажання хоч частково належати до цієї команди було сильнішим за втому та біль. Понад усе Ахтем був зачарований тим, наскільки поважають і довіряють одне одному ізраїльські колеги. Його спостереження

навіть наштовхнули на думку, що ось ці їхні повага й довіра передаються пацієнтам ніби повітряно-крапельним шляхом. І він розумів, що ось у такій матриці хотів би працювати і міг би це робити якнайкраще. «Як вони дійшли до цього? Як їм це вдається?» – ці думки неодноразово строчили Ахтемів мозок.

Одного разу йому трапилася нагода побувати на нараді. Це дійство тривало пів години, але здавалося, що кількість вже наявних і потенційних проблем, що їх було вирішено під час наради, було надмірним. Втім найбільше Ахтема здивувало те, що керівник дуже мало говорив. Він ставив питання, уважно слухав, а потім кожного і кожну (висловитися мали усі!) перепитував: «Чи правильно я зрозумів?...», «Це припущення чи є докази?», «Я відчуваю, що сьогодні ти матимеш день відпочинку...»

А ще від них Ахтем дізнався про культурну компетентність у системі охорони здоров'я, що це здатність надавати допомогу пацієнтам з різними цінностями, переконаннями та поведінкою, а також відповідати їхнім соціальним, культурним та мовним потребам. Виявляється, що ще 2011 року Генеральний директор Міністерства охорони здоров'я Ізраїлю видав директиву про культурну компетентність для постачальників медичних послуг, щоб мінімізувати нерівність у збереженні здоров'я, спричинену культурними та мовними розривами. «Хтозна, може й нам таке вже треба?» – мимохіть подумав Ахтем.

Ахтемову роботу з ізраїльськими колегами Мирослав прирівняв до курсу підвищення кваліфікації і вирішив надати йому трохи більше повноважень. Однак відразу призначати його своїм заступником не ризикнув, а доручив йому попрацювати на волонтерському фронті. Познайомив із Ларисою, яка на той час вже стала завзятою волонтеркою і багато допомагала. Зробити пробне призначення було правильно, бо натхнення, отримане від співпраці з ізраїльськими колегами, помножене на фронтові звички віддавати накази й не завжди пояснювати, як саме треба виконати завдання, далось взнаки. Лариса запоролла декілька завдань, але не через те, що вони були важкими. Ахтем чітко ставив мету й навіть намагався тренувати глибинне слухання, але ніколи не вважав за потрібне відповідати на уточнювальні запитання Лариси. Мирослав усі ситуації розрулив, але Ахтема вирішив відправити на магістерку: бізнес-школа, яку свого часу закінчив Мирослав, не здалася, а під час війни оголосила набір. Про те, що на початку літа 2022 року ВООЗ радила забезпечити модульне навчання медпрацівників за програмами для потреб воєнного часу (ментальне здоров'я, сексуальне насильство та фізична реабілітація), він дізнався пізніше. «Добре, – подумав Мирослав, – ми це вже чи не від початку війни робимо».

Ахтем довіряв Мирославі та й ще повчитися давно хотів, отож подався на управлінську магістерку.

...Павло Ніфонтов, режисер телеканалу «Суспільне Донбас», звертався до переселенців з монітора увімкненого ноутбука саме тоді, коли Мирослав повернувся до кабінету, щоб дописати рекомендаційного листа Ахтему. Павло впевнено, але повільно від втоми, говорив: «Думайте, як облаштуватись заново. Навіть якщо завтра закінчиться війна, мине не один день, а можливо, місяці, поки відновлять комунікації, газові магістралі, стабільне водопостачання, роботу крамниць. Просто живіть тут і зараз». Мирослав відлунив це «тут і зараз» і ще раз переглянув останні рекомендації ВООЗ: «Попит на медичні послуги суттєво змінився в різних регіонах України з огляду на те, що третина українців була змушена покинути свої домівки з початком повномасштабної війни, що є найбільшою кризою переміщення людей у світі. 7 мільйонів українців стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО), тоді як по всій Європі зафіксовано 7 мільйонів біженців з України. Внаслідок війни 27 % населення та 32 % ВПО мають когось у домогосподарстві, хто припинив приймати призначені їм ліки. До 30 % ВПО мають проблеми з доступом до медичної допомоги порівняно з лише 9 % населення в цілому. Оскільки ВПО та біженці починають повертатися, важливо відновити та розширити надання послуг первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у процесі переходу від надання гуманітарної допомоги (де це актуально), паралельно покращуючи доступ до фармацевтичних препаратів, травматологічної, невідкладної допомоги та нагляду за громадським здоров'ям» [1].

«Це усе добре, – потер скроні Мирослав, – можливо, невдовзі знову доведеться рухатися на схід. А якщо і тут продовжувати працювати, то, мабуть, довіру з боку переселенців знов доведеться завойовувати? Як називається ця наука про цінності? Здається, аксіологія? От повернеться Ахтем, будемо міркувати разом, що робити...»

Частина третя

Пам'ятати про головне

*Єдиною межею наших завтрашніх звершень
стануть наші сьогоднішні сумніви.*

Франклін Д. Рузвельт

«Адаптивний інтелект наразі потрібен нам усім, – впевнено говорила спікерка відкритого онлайн-курсу, – і пацієнтам, і управлінцям, і вашим

підлеглим». Мирослав не любив слова «підлеглий», тому почав дослухатися. Він дочекався, поки Ахтем набрався хоч трохи знань і таки знову пішов вчитися, а згодом почав створювати свою приватну клініку. Лише батьки підтримали Мирослава.

Мирослав завжди дотримувався думки, що в будь-якій справі важливо пам'ятати таке: що і навіщо ми робимо. Тоді будь-які кроки можна перевірити на відповідність меті. Навіщо розпочалася і триває реформа системи охорони здоров'я? Її кінцева мета – покращити надання медичної допомоги. Моніторингу надання послуг, «гроші за пацієнтом», реформа медичної освіти – це кроки до того, щоб пацієнт міг отримати якісну і вчасну допомогу. Щоб українці все менше стикалися з вимогами дати хабар і з некомпетентними лікарями.

Війна завдала удару по всіх сферах життя, і не завжди вдається втримати встановлену раніше планку ані корпоративної, ані управлінської культури. З цього приводу Мирослав звертався і до колег з Польщі, Британії, Сполучених Штатів, Німеччини, Австрії, Франції. Вони готові і вчитися, і навчати наших медиків. Їхні відгуки свідчили про те, що насправді наші лікарі мають достатньо високий фаховий рівень підготовки. І це давало відповідь на питання, чи запрошувати до себе в команду Ахтема, Ларису.

Війна триває не тільки на фронті, але й в тилу. Для перемоги нам потрібні якісні зміни та ефективна держава. Відмовляючись від якісних змін, ми ставимо під удар серед інших і тих, хто б'ється на передовій, підвищуючи ціну, яку українці платять за перемогу. Бо тим, хто повернеться, доведеться не лише дивитися в очі і звітувати, що допоки ви захищали Україну, ми також зробили багато чого, але й продемонструвати свої досягнення.

Ми почали робити те, з чим раніше ніколи не мали справи, до прикладу, інтегрувати надання гуманітарної допомоги з наданням первинних послуг у закладах охорони здоров'я, проводити критично важливі короткотермінові ремонти в лікарнях, підвищувати енергоефективність лікарським приміщень, долучатися до ініціатив із залучення фінансування охорони здоров'я під час війни – наприклад, Multi-Donor Trust Fund та Ukraine Humanitarian Fund.

Мирослав зібрав нову потужну команду, створив свою приватну клініку, кілька разів стажувався за кордоном і почав вибудовувати принципово новий тип управлінської культури. Війна триває, але до перемоги й роботи в умовах нового миру готуватися треба вже. Отож Мирослав на два дні забрав команду на Закарпаття і запропонував провести стратегічну сесію. Ось що вони разом напрацювали, шукаючи відповіді на питання щодо розбудови управлінської

культури закладу охорони здоров'я в умовах (пост)воєнного розвитку. Що слід враховувати і на що бути скерованими:

Розбудова автономії закладу охорони здоров'я:

- Кросфункціональна специфікація лікарів і персоналу.
- Швидка і якісна адаптація до нових умов.
- Перегрупування ролей і взаємин у команді.
- Залучення громадян до прийняття рішень, які на них впливають.
- Посилення прозорості закладу охорони здоров'я.
- Чіткі і зрозумілі канали комунікацій.
- Неперервне навчання.
- Забезпечення кібербезпеки
- Керування заради відновлення і модернізації.

«То з чого почнемо? Якою буде наша дорожня карта?» – спокійно, але виразно наголошуючи на слові «наша» спитав у команди Мирослав.

Команда йому вірила, а тому була певна: з чого б не почали – зможемо. «Як там говорив Залужний: нам є дуже важко, але вже ніколи не буде соромно» – процитував головнокомандувача Мирослав, розуміючи, що на ньому наразі відповідальності не менше.

Нотатки для викладача

Шановні колеги! Насамперед щиро дякую за сміливий вибір цього кейсу. Контент кейсу є інтеграцією декількох історій успіху керівників різних закладів охорони здоров'я, чия скромність (і передусім міркування про безпеку) не дали змоги оприлюднити їхні імена. Основними протагоністами є представники «Консультативної поліклініки» Комунального некомерційного підприємства Луганської обласної ради «Луганська обласна клінічна лікарня» і Комунального закладу «Криворізька міська лікарня № 10».

Кейс є поліаспектним, тож за певних умов може бути трансформованим, до прикладу, у симуляцію, ділову або рольову гру, чи бути використаним поза межами вивчення суто управлінської культури. Однак якщо йдеться саме про вивчення особливостей управлінської культури, то у цьому кейсі ви знайдете достатньо того, що слугуватиме цілям розвитку інтегральних компетентностей керівників закладів охорони здоров'я на різних щаблях ієрархії.

Навчальні цілі кейсу спираються на вищі елементи шкали Блума й диференціюються залежно від обраного сценарію (обрати можна і будь-який один, і всі сценарії у послідовності 1–2–3):

- осмислення сутності управлінської культури, вміння аналізувати причиново-наслідкові зв'язки її створення, функціонування і розвитку (Сценарій 1);
- вміння оцінювати елементи управлінської культури, встановлювати взаємозв'язки між ними, ранжувати їх за значущістю, формулювати судження і умовиводи на основі визначених і самостійно створених критеріїв (Сценарій 2);
- вміння комбінувати елементи управлінської культури, щоб формувати її нові системні властивості в умовах невизначеності (по)воєнного розвитку (Сценарій 3).

Основним результатом застосування кейсу має бути формування, висловлювання і обговорення думок учасників/студентів/слухачів щодо прийняття важливих управлінських рішень, скерованих на комплексне створення і розвиток управлінської культури закладу охорони здоров'я в (по)воєнних умовах.

Перед тим, як безпосередньо розпочати роботу з кейсом, важливо продіагностувати ставлення студентів/слухачів до управлінської культури. Для цього (при роботі наживо) можна попросити коротко відповісти на запитання «Чи є на ваш погляд важливою управлінська культура?». Однак таке навіть блиц-опитування потребує часу. В умовах жорсткішого таймінгу можна попросити

візуалізувати відповіді в будь-який спосіб (на дошці або фліпчарті маркерами або стікерами). Для цього можна скористатися шкалою «так», «радіше так», «радіше ні», «ні». Уникайте відповіді «не знаю» чи «важко відповісти». Така попередня діагностика дає змогу швидше спровокувати дискусію. Обов'язково збережіть візуалізацію до закінчення роботи і застосуйте її для фінальної рефлексії, уточнюючи, чи змінилося ставлення студентів/слухачів до управлінської культури і чому. Якщо працюєте з кейсом онлайн, треба зробити те саме, здійснивши візуалізацію за допомогою інструментів гугл-форм, ментіметр тощо.

Щоб досягнути кращих результатів, застосовуючи кейс «Розбудова управлінської культури у закладах охорони здоров'я в умовах (по)воєнного розвитку», пропоную обрати будь-який із сценаріїв.

Стартові умови (для будь-якого сценарію). Якщо ви працюєте зі студентами/слухачами наживо й маєте достатньо часу, попереднє ознайомлення з текстом кейсу не є обов'язковим. Якщо часу бракує, можете заздалегідь надати текст для ознайомлення, але питання для обговорення можуть у такому разі залишитися «за лаштунками». При роботі онлайн може бути застосований такий самий підхід. Найкраще давати можливість відкривати кожен наступну частину кейсу (їх три) після обговорення попередньої.

Якою не була б форма роботи (офлайн чи онлайн), перед застосуванням кейсу слід переконатися, що студенти/слухачі розуміють сутність управлінської культури та її відмінність, але водночас і спорідненість з організаційною культурою. Обрати перелік ресурсів, щоб попередньо ознайомитись з теорією управлінської культури, ви можете на свій розсуд, але переконайтеся, що студенти/слухачі щонайменше ознайомлені з поглядами, викладеними у цьому ресурсі [3]. Водночас варто звернути увагу на головну тріаду управлінської культури, а саме її аксіологічний, технологічний і креативний компоненти.

Якщо загальний навчальний контекст курсу/програми, у якому застосовуватиме кейс, передбачає певну кроскультурність, то є сенс торкнутися проблематики культурної компетентності працівників закладів охорони здоров'я, тобто це здатності надавати допомогу пацієнтам з різними цінностями, віруваннями та поведінкою, а також адаптувати допомогу до їхніх соціальних, культурних та мовних потреб. Для мотивування ваших студентів/слухачів щодо розвитку цієї компетентності можна запропонувати ознайомитися з результатами цього дослідження [4].

Сценарій 1. «Дискусія». Кейс «Розбудова управлінської культури у закладах охорони здоров'я в умовах (по)воєнного розвитку» за своєю природою є гібридом кейсів двох типів: ретроспективного (де треба проаналізувати вже

ухвалені рішення, порядок дій та подій, які відбулися) і кейсу для ухвалення рішень (де головний герой повинен діяти, ухвалювати управлінські рішення, які впливатимуть на подальшу долю організації). Зважаючи на це, варто ставити питання для обговорення у групах студентів/слухачів. Головні питання ви знайдете в цих нотатках, але не варто обмежуватися лише ними.

Питання до Частини першої цього кейсу:

1. Чи дійсно створення автентичної, а не запозиченої корпоративної культури важливо? Чому? Чи був підхід Мирослава до формування корпоративної культури артефактним чи атрибутивним?

2. Як ви думаєте, якими були причини зародження і увиразнення управлінської культури, яку створював Мирославо? Чи було йому притаманне стратегічне бачення?

3. Якими були слабкі та сильні сторони управлінської культури, яку створював Мирослав? Як, на вашу думку, вплинула б відсутність навіть найпростіших спроб формування такої культури на адаптацію колективу відділення в умовах початку агресії Росії проти України?

Питання до Частини другої цього кейсу:

1. Які нові чинники (визначте їх якомога більше) почали впливати на формування управлінської культури у закладах охорони здоров'я під час війни Росії проти України?

2. Визначте, коли і яка управлінська культура може протидіяти негативному впливові таких чинників та/або нівелювати їх, а коли – навпаки, посилювати їх позитивний вплив?

3. Чим був корисним досвід ізраїльських колег для формування управлінської культури? Чому він миттєво не спрацював у випадку з Ахтемом? Чи є/буде корисним для вітчизняних фахівців ізраїльський підхід до розвитку культурної компетентності? Чому?

3. Як ви тепер вважаєте, чи має Мирослав стратегічне мислення? Чи правильно він зробив, відрядивши Ахтема на навчання? А чи правильно було відрядити його до тієї самої бізнес-школи, яку закінчив Мирослав? Як би вчинили ви?

5. Визначте і охарактеризуйте якомога більше особливостей, що стосуються поведінки ветеранів АТО, волонтерів, ВПО, постраждалих від насильства, з якими можуть стикатися керівники у вітчизняних закладах охорони здоров'я? Чи маєте пораду, якою має бути управлінська взаємодія з такими верствами населення? Якою є роль формування довіри в роботі з такими та іншими особливостями?

Питання до Частини третьої цього кейсу:

1. Яку управлінську культуру формував Мирослав як менеджер і, як ви думаєте, яку він формуватиме як приватний підприємець? Чи впорається він? Чому?

2. Спробуйте знайти власну відповідь на питання про розбудову управлінської культури закладу охорони здоров'я в умовах (пост)воєнного розвитку. Попрацюйте для цього з тими 10-ма чинниками, що їх настратегувала Мирославова команда. Презентуйте свої бачення. В ідеалі – напишіть, якими мають бути головні положення кодексу управлінської культури.

3. Накопиченими знаннями й досвідом раніше чи пізніше треба ділитися. Якщо б вам запропонували долучитися до розроблення онлайн-курсу для розміщення, до прикладу, ось тут [5] або на іншому майданчику, які основні ідеї ви б запропонували розкрити в темі про управлінську культуру? Поясніть чому?

Нагадаю, що ви можете ставити більше питань, або розширити коло наявних уточнювальними запитаннями. Також можна пропонувати студентам/слухачам й заохочувати їх ставити питання одне одному або у форматі «група–групи». Про те, що після обговорення можуть чи мають бути поставлені ще й такі питання, слід сказати перед початком роботи над кейсом. Це має повернути увагу до уважного і вдумливого слухання, а також слугувати цілям розвитку мистецтва формулювати і ставити питання. Для застосування елементів «змагань» між групами, можна оголосити «нагороду» за найкраще запитання, яке мають обрати самі студенти/учасники.

Таймінг: утворення команд – до 5 хвилин, робота з кожною із частин кейсу – 10–15 хвилин (на всі групи разом), презентація результатів роботи й дискусія після кожної частини обговорення кейсу – до 10 хвилин на кожну групу.

Сценарій 2. «Оцінювання»

Оцінювати управлінську культуру можна за різними формами. Пропоную двоетапний шлях досягнення цієї мети. Для цього слід нагадати учасникам/учасницям, що базовими компонентами управлінської культури є: когнітивно-операційні (система знань та вмінь, необхідних для професійного управління); особистісні (система професійних і особистісних якостей); мотиваційно-ціннісні (система мотивів і цінностей). Далі – запропонувати ознайомитися з текстом кейсу й попрацювати у групах над деталізацією цих компонент. Кожна група може працювати автономно або за Технологією світового кафе. Результати можуть бути представлені графічно, наприклад, як показано в Таблиці 1.

Розбудова управлінської культури у закладах охорони здоров'я в умовах
(по)воєнного розвитку

Таблиця 1.

Аналіз базових компонентів управлінської культури

Базові компоненти управлінської культури		
Когнітивно-операційні	Особистісні	Мотиваційно-ціннісні

Таймінг – утворення команд – до 5 хвилин, до 20 хвилин на роботу всіх груп одночасно (враховуючи прочитання кейсу) і до 5 хвилин – на презентацію результатів роботи кожної групи.

Цей етап дає змогу налаштувати подальшу роботу групи на синхронізацію термінологічного розуміння управлінської культури. Це важливий етап, оскільки подальше оцінювання елементів управлінської культури має спиратися саме на таке розуміння.

Далі слід запропонувати продовжити роботу у вже сформованих групах (за потреби можна зробити 5-хвилинну перерву). Апелюючи до тексту кейсу, скеруйте учасників/учасниць на оцінювання елементів управлінської культури. Результати аналізу запропонуйте також представити в таблиці (Таблиця 2).

Таблиця 2. Результати аналізу елементів управлінської культури¹³

Елементи управлінської культури	Сутність елемента	оцінка: 1 – min, 10 – max									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Екзогенний	Вміння налагоджувати зв'язки із зовнішніми стейкхолдерами, вибудовувати їх, свідомо спираючись на національні цінності, принципи демократії і свободи										
Правовий	Знання юридичних основ управління та вміння їх застосовувати										
Адміністративний	Планування, координування і забезпечення контролю якості діяльності										

¹³ Сформувала авторка кейсу.

Ляшенко О.
Нотатки для викладача

Елементи управлінської культури	Сутність елемента	оцінка: 1 – min, 10 – max									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Організаційний	Вміння формувати ефективну організаційну структуру й раціонально організувати діяльність										
Мотиваційний	Вміння добирати персонал, наймати, адаптовувати, оцінювати, будувати кар'єру і розвивати на підставі виявлення мотиваційних чинників										
Соціально-психологічний	Знання основ міжособистісних стосунків, вміння створювати сприятливий мікроклімат, володіти базовим інструментарієм бізнес-коучингу й медіації										
Інформаційний	Уміння створити ефективну систему інформаційного забезпечення бізнес-процесів, документообігу, кіберзахисту										
Комунікативний	Уміння створити ефективну, прозору і зрозумілу систему спілкування (вербальних і невербальних комунікацій)										
Soft Skills	Вимогливість, повага до особистості, толерантність, естетичність (особиста й корпоративна)										
Економічний	Планування, прогнозування, контролювання результатів фінансово-економічної діяльності, вміння залучати інвестиції, здійснювати фандрайзинг										
<i>Перелік елементів можна доповнювати, і пропонуючи варіанти, і заохочуючи учасників/учасниць робити це самостійно</i>	...										
Сума балів											

Дозвольте учасникам/учасницям презентувати результати оцінювання у довільній формі, але наполягаючи на тому, аби оцінка кожного елемента була обґрунтована й аргументована. Запропонуйте проранжувати аналізовані елементи за значущістю/важливістю (1-найвищий рівень) першочергового розвитку в умовах (по)воєнного розвитку. Будьте уважними, координуйте процес роботи так, щоб уникнути конфліктогенів, спричинених можливими проявами суб'єктивізму під час оцінювання.

Таймінг: утворення команд – до 5 хвилин, робота з кожною із частин кейсу – 10–15 хвилин (на всі групи разом), дискусія і презентація результатів роботи у групах після кожної частини обговорення кейсу – до 10 хвилин на кожену групу.

Сценарій 3. «Синтез»

Періодові (по)воєнного розвитку притаманні високий рівень невизначеності й низький рівень структурованості. Отже, цей кейс може бути застосований, щоб знизити негативний вплив цих чинників на формування і розвиток управлінської культури. Глибоке осмислення заявленої у назві кейсу проблематики спонукало авторку кейсу сконструювати методику головних квадрантів управлінської культури в умовах (по)воєнного розвитку. Графічна інтерпретація такої методики представлена на Рисунку 1.



Рисунок 1. Ключові квадранти управлінської культури в умовах (по)воєнного розвитку¹⁴

¹⁴ Сформувала авторка кейсу.

Пропоную застосувати її для побудови mind map під час роботи з кейсом у групах. Завдання полягає у створенні mind map, скерованої на ідентифікацію чинників розвитку управлінської культури з акцентом на розвиток закладу охорони здоров'я в умовах повоєнного розвитку. Не обмежуйте учасників/учасниць у виборі технології побудови mind map. Звісно, було би зручніше, щоб вони використали застосунки або електронні сервіси, але і в умовах воєнного стану, і повоєнного розвитку доступ до мережі інтернет та/або енергетичної мережі може бути ускладненим. Отож заздалегідь підготуйте паперові носії (будь-якого зручного для розміру) і відповідне канцелярське приладдя. Фрагмент зразка побудови mind map подано на Рисунку 2.

Перед початком роботи у групах нагадайте основні теоретичні положення, позначені в головних квадрантах управлінської культури в умовах (по)воєнного розвитку (див. Рисунок 1).

Ідеографічний (від грец. *idies* – власний) *квадрант* стосується ролі мистецтва керівництва у формуванні та розвитку управлінської культури закладу.

Номотетичний (від грец. *nomothetic* – законодавче мистецтво) *квадрант* поєднує екзогенний, правовий і адміністративний елементи управлінської культури.

Квадрант ERG потреб (від англ. *existence* – існування, *relatedness* – взаємозв'язки і *growth* – зростання) спирається на Теорію потреб К. Альдерфера, який, відповідно, виокремлює три групи потреб: існування, зв'язку, зростання. Потреби зв'язку впливають із соціальної природи людини й частково корелюють з потребами визнання і самоствердження в теорії А. Маслоу. Згідно з теорією К. Альдерфера, ієрархія потреб відбиває рух не тільки від нижнього до верхнього рівня (від існування до зростання), але й у зворотному порядку. Рух вгору вважають прогресивним (розвивальним) процесом задоволення потреб, тоді як рух униз, навпаки, процесом поразки. Зважаючи на особливості воєнного стану та перспективи повоєнного розвитку, варто звернути увагу на те, що пропрацювання мотиваційних чинників, пов'язаних із задоволенням потреб за напрямом руху униз, найближчим часом потребуватиме більшої уваги. Це можна метафорично порівняти з відродженням з попелу. Однак наявність саме такого «двостороннього» руху задоволення потреб відкриває додаткові способи мотивації праці.

Розбудова управлінської культури у закладах охорони здоров'я в умовах (по)воєнного розвитку

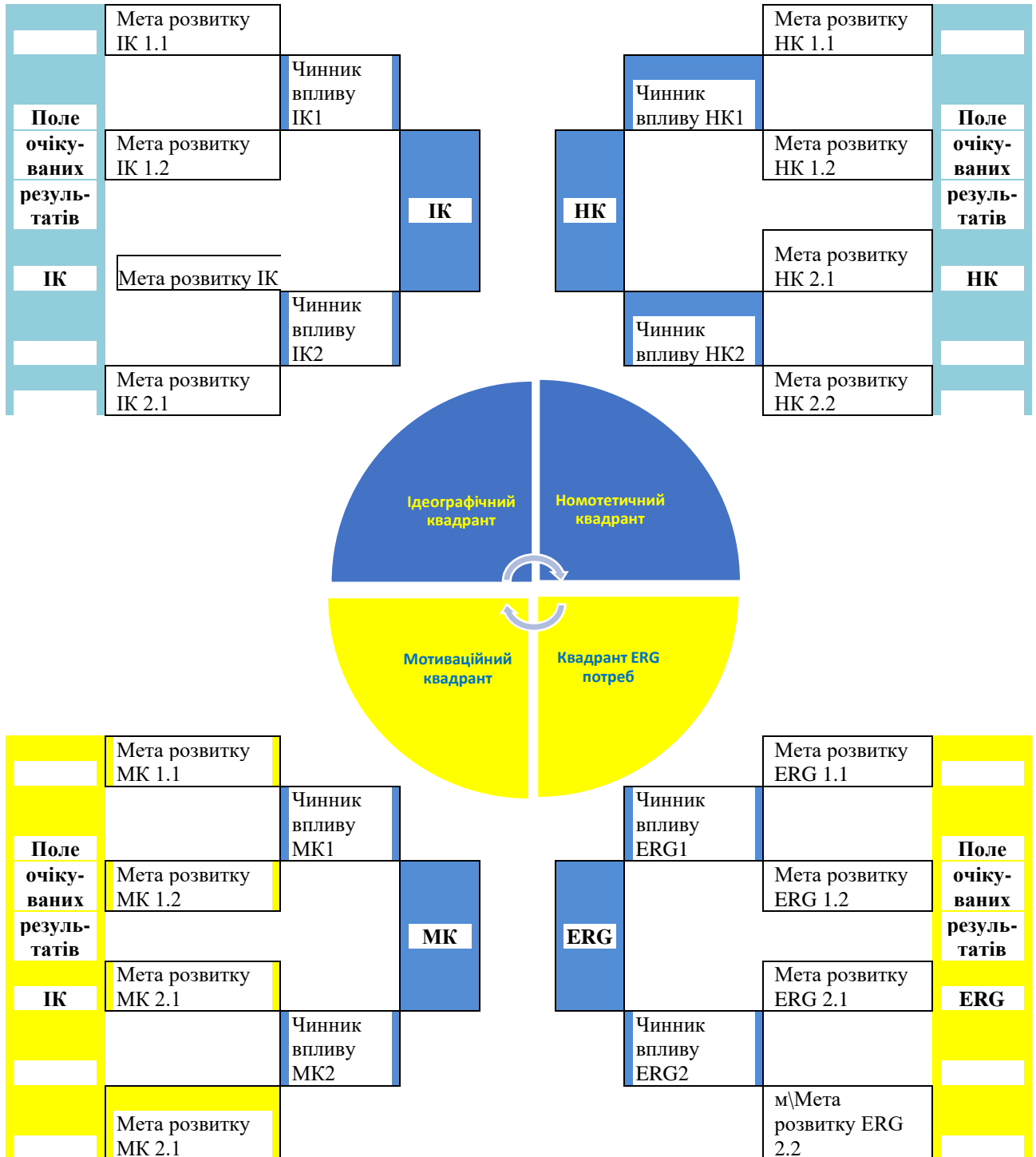


Рисунок 2. Фрагмент зразка побудови mind map за квадрантами управлінської культури в умовах (по)воєнного розвитку

Мотиваційний квадрант стосується поняття задоволеності діяльністю, для вивчення якої застосовують Метод збагачення праці Ф. Герцберга, побудований на припущенні, що працівники повинні бути особисто зацікавлені виконувати ту чи іншу роботу, і тому будь-яка виконувана робота має відповідати таким вимогам:

- робота має бути значущою (вимоги до роботи мають концентруватися на здібностях і бути скерованими на конкретний, зрозумілий, вимірюваний результат);

- відповідальність має бути чітко окресленою, але водночас у межах зони відповідальності має бути надана свобода дій, яка передбачає відсутність дріб'язкової опіки й жорсткого контролю з боку керівника;

- наявність оперативного і якісного зворотного зв'язку про результати діяльності.

Поясніть, будь ласка, учасникам/учасницям, що робота за цим сценарієм має не лише конкретно-прикладне значення, але й концептуальне, оскільки наразі практично відсутні узагальнення редизайну управлінської культури у вітчизняних закладах охорони здоров'я. Так ви можете заохотити учасників/учасниць провести наукові розвідки з аналізованого напрямку управлінської діяльності.

Щоб надати процесові роботи у групах вектору прогностичності, запропонуйте ознайомитися з матеріалом «Як війна змінює корпоративні культури» [6].

Таймінг: утворення команд – до 5 хвилин, робота з текстом кейсу і побудова mind map – до 30 хвилин (на всі групи разом), презентація результатів роботи і сесія Q&A – до 10 хвилин на кожену групу.

Фінальна рефлексія (частково описана на початку цих нотаток) є обов'язковою для усіх сценаріїв. Втім їй має передувати так би мовити зазирання у майбутнє. Для цього пропоную ознайомити учасників із частиною кейсу «Замість епілогу». Це можна зробити по-різному: або озвучити текст, або надати можливість учасникам/учасницям ознайомитися з текстом самостійно (в електронній, звуковій або паперовій формі).

Замість епілогу

*Культура — це характер і особистість вашої організації.
Це те, що робить вашу організацію унікальною
і є сумою її цінностей, традицій, переконань,
взаємодії, поведінки і взаємин.*

Workxo, платформа для вимірювання
внутрішньої культури на робочих місцях

Попри те, що війна тривала, протягом найближчих місяців приватна клініка, яку створила Ахтемова команда, запрацювала. Команда зростала й розвивалася не лише тому, що лідерський магнетизм Ахтема був потужним, але й тому, що цінність спільноти, яку він створив, була помітною. Приваблювало і стратегічне мислення засновника: у клініці енергетичного голоду майже не було, оскільки про енергоефективність подбали заздалегідь. Тут, до речі, дався взнаки досвід, яким поділилися колеги з Ізюма. Щоправда, досвід був дорогим. Один із новачків, який бадьоро доєднався до команди, пережив усі жахи окупації Ізюма [2], адаптуючись до нового життя, багато розповідав про пережите. Несвідомо він виконував роль такого собі прибульця з можливого майбутнього. Дорогим досвід був у багатьох сенсах: ізюмський юнак-інтерн був тим, про кого почали дбати всі у клініці (це згуртувало ще більше), його вміння і бажання вчитися підштовхувало й інших до свідомого професійного розвитку, але найвищою ціною було його життя – з поїздки до рідного Ізюма («бодай гляну, як там батьківська хата») він не повернувся, міна, що обірвала його життя, була надто непомітною і вельми підступною...

Ахтем згадував, як міг доволі довго слухати свого нового молодого колегу, розуміючи, що його глибинне слухання має психотерапевтичний загоювальний ефект, але, слухаючи, він водночас моделював і можливі ризики. Тому почав створювати нову групу, яку назвав ГЕП (Група енергетичної підтримки). Мета групи – випрацювати стратегії енергонезалежності клініки. Отож невдовзі (і як швидко з'ясувалося дуже доречно) клініка мала декілька різних генераторів, тепловий насос, купу безперебійників (тут стали в пригоді гранти звідусіль). Дбаючи в такий спосіб про клініку, власник постійно наголошував колегам, кількість яких потроху зростала, що «так ми дбаємо передусім про нас самих, бо інакше про пацієнтів подбати не зможемо».

Водночас питання повоєнних soft skills його також не відпускало, а саме відтоді, коли в етері телеканалу FREEDOM почув виступ політичного психолога

Валентина Кіма про те, що «в умовах несправедливої війни смертність учасників бойових дій після завершення воєнного конфлікту в 3–4 рази вища, ніж під час зіткнень на фронті». Пацієнтів з наслідками тяжких поранень вже було багато, і, зрозуміло, що надалі тих, хто втратив кінцівки, отримав потворні шрами або інші каліцтва, пережив не відразу помітні важкі втрати, ще додасться. Отож треба буде віднаходити нові формати емпатії...

Роботи буде більше, це Ахтем розумів, але не хвилювався, бо знав, що виплекана ним власноруч за особисто створеною формулою управлінська культура вже працює. Головне – команда (і запрошувати, і відпускати колег і колежанок він вже також вмів), але й інші позиції з наміченого «чек-ліста» не залишилися лише прописаними: автономія (бодай енергетична) є; троє колег (поки що лише жінки) вже вчать у різних країнах на курсах із кросфункціональності; знайомі з ІТ-компанії зголосилися pro-bono зробити чат-бот, щоб адаптувати нових працівників клініки; сайт ще не запрацював на повну, але перевірений війною Telegram забезпечував достатню на цей момент прозорість; створені канали внутрішньої комунікації нарешті знайшли своє призначення, не створювали плутанини і працювали за правилами (вайбер – для клієнтів (на їхню вимогу); телеграм – для «поміж собою», тобто для неформальних комунікацій, а корпоративна пошта – тільки для офіційного спілкування). З кібер-грамотністю питання було вирішене також цифровим способом, а клієнтів періодично запитували, чим вони не вдоволені.

Ахтем вже знав, що керувати своїм закладом заради повоєнного відновлення і модернізації без опертя на управлінську культуру неможливо, і тому не перестав думати про те, як її удосконалювати...

Під час фінальної рефлексії має сенс, до прикладу, спитати студентів/слухачів про те, що стало для них найважливішим за результатами роботи з кейсом, що кожен/кожна візьмуть з собою у майбутнє тощо. Таймінг проведення рефлексії складатиметься з часу на ознайомлення з епілогом (до 5 хвилин) і надалі залежатиме від кількості учасників/учасниць, тому слід розраховувати, що середній темп рефлексії становить приблизно 1 хвилини на людину при роботі офлайн і може бути іншим при роботі онлайн (менше, якщо рефлексування відбувається письмово, тобто в чаті, і більше, якщо відбувається розмова).

Вибір сценарію залежить від конкретних цілей, кількості осіб у групі й рівня їхньої обізнаності з тематикою, контекстних умов роботи (F2F, онлайн,

blended learning). Глибоке опрацювання проблематики передбачає послідовну реалізацію усіх сценаріїв.

Щоб глибше зануритись у проблематику управлінської культури, може бути застосоване завдання для самостійного виконання. Таким завданням може бути проведення діагностики управлінської культури реального закладу, складання власного кодексу управлінської культури тощо. Обсяг трудомісткості у кредитах ЄКТС залежатиме від типу завдання.

Щиро вірю в ефективність роботи з кейсом і результативність застосування зроблених висновків і отриманих інсайтів. Успіху!

Використані ресурси:

1. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/538376/Ukraine-health-system-rec-consult-eng.pdf
2. <https://www.bbc.com/ukrainian/features-63372273>
3. <https://medplatforma.com.ua/article/1419-kervnik-medzakladu-pdvishchumo-kulturu-upravlnstv>
4. <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-018-0255-7>
5. <https://academy.nszu.gov.ua/>
6. Як війна змінює корпоративні культури
<https://hrliga.com/index.php?module=news&op=view&id=24157>

Корисне читання (як до, так і після роботи з кейсом):

How to Build the Highest Performing Cultures Through the Science of Total Motivation By Neel Doshi, Lindsay McGregor (2015).