

– план поведінки у режимі кризової ситуації має бути відомий максимально широкому колу працівників організації, а не лише її окремим представникам;

– для усіх працівників повинні бути розроблені відповідні процедури, що описують належну поведінку в умовах кризи.

Таким чином, крім методичних аспектів, в управлінні комунікаціями важливу роль відіграє успішне залучення працівників до антикризового управління. У кризових ситуаціях механізми залучення персоналу можна і необхідно застосовувати ширше, так як подібні ситуації несуть у собі, окрім негативного ефекту, ще й інтегративний потенціал, дозволяючи співробітникам діяти однією згуртованою командою, об'єднуватись навколо однієї спільної ідеї. І оскільки цей процес має бути підконтрольним та цілеспрямованим, ефективне управління цим процесом залежить від грамотних дій керівництва організації.

Стратегія успішних комунікацій має бути розроблена задовго до появи ознак виникнення загроз та кризових явищ. Формування порядку денного боротьби з кризами має відбуватися в рамках міждисциплінарного дискурсу та участю однодумців у сфері інтересів. Адже те, як організація поводить себе під час криз, говорить про її здатність ефективно їх долати, про рівень професійної майстерності менеджерів та про ступінь її відповідальності перед суспільством.

Список використаних джерел:

1. Roux-Dufort C. Is crisis management (only) a management of exceptions? *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 2007;15(2). P. 105–114.
2. Вовк Н. П., Мохнар Л. І. Комунікативна складова організації та здійснення антикризового управління. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. No 1(59). С. 63–71.

Андрій КОТУЗА

д.м.н., професор,

здобувач освітньо-професійної програми

«Менеджмент закладів охорони здоров'я», ЗУНУ

**УПРАВЛІННЯ ЛОГІСТИЧНОЮ СИСТЕМОЮ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Побудувати ефективну систему управління закладом охорони здоров'я в умовах воєнного стану є складним завданням для сучасних керівників медичних закладів. Тут потрібно вдало поєднати досвід та так стандартизувати управлінський процес, щоб можна було забезпечити високий рівень якості медичної допомоги, максимальний рівень безпеки

працівників та пацієнтів, встановити та підтримувати сучасні корпоративні цінності, своєчасно застосовувати інструменти ризик-менеджменту, забезпечити безперебійну систему матеріально-технічного супроводу відпрацювати необхідні логістичні потоки тощо.

Сучасна система безпеки базується на трьох підходах. Перший полягає у створенні системи оповіщення про можливі ризики, щоб з'ясувати слабкі місця і в подальшому стабілізувати їх або визначити прийнятний рівень безпеки на рівні закладу і на рівні структурних підрозділів.

Другий підхід стосується ресурсного забезпечення та управління ним. Якщо проводити паралель між системою управління та якістю, то треба сказати, що часто найголовніші проблеми виникають не на рівні запуску чи виконання будь-яких процесів, а на рівні їхньої організації та планування.

І третя позиція – це побудова максимально ефективної внутріорганізаційної та зовнішньої систем комунікаційного супроводу управління закладом охорони здоров'я.

Ризики неможливо визначити без знання процесів. Для цього дослідники в галузі безпеки розробили низку моделей, які допомагають розумінню процесів та подальшому керуванню ними. Серед них на увагу заслуговує модель ідентифікації ризиків Донабедіана (від імені Аведіса Донабедіана), що стосується: якості технологій; якості результату; якості структури.

У 1982 році було розроблено так звану модель SEIPS (Safety Engineering Initiative for Patient Safety, або Ініціатива системної інженерії для безпеки пацієнтів). Вона посилює тріаду Донабедіана ще чотирма позиціями: додає результати співробітників; визначає можливі взаємозв'язки, тобто передбачає комунікаційну складову; вмикає інші процеси, окрім лікувальних; пропонує більш широке та повне визначення поняття «структура».

Як можна побачити, акцент тут робиться на процесному та проектному підходах. Ця модель допомагає управляти організацією надання медичної допомоги. Далі йдуть процеси — клінічні, допоміжні, інформаційні, а також результати.

Треба додати, що модель SEIPS не є сталою, а змінною відповідно до вимог часу. Так, початкова модель SEIPS розглядає ізольовані процеси, тільки лікувально-діагностичні. SEIPS 3.0 уже розглядає логістичну систему надання медичної допомоги, включаючи локальні маршрути пацієнтів. А SEIPS 5.0 – 7.0 — це модель робочої системи та безпеки пацієнтів, яка передбачає лікування, управління та матеріальне забезпечення. Тобто, якщо керівництво сучасного закладу бажає, згідно

із міжнародним золотим стандартом якості надання медичної допомоги, не підкорятися умовам, а керувати ними, то воно буде використовувати саме останні за часом моделі: 5.0 і 7.0. А для цього перш за все треба поміняти систему цінностей, цілевизначення і доведення до персоналу.

Також в управлінні медичним закладом в сучасних умовах посилення безпекових викликів та загроз важливе місце може зайняти модель організації високої надійності, яка передбачає ідентифікацію на можливих несприятливих подій. Головна мета цієї моделі — підвищити надійність системи безпеки пацієнта. Для цього використовують декілька підходів [1]:

1. Створення функціональних чи організаційних систем управління якість. Функціональна система — це коли, наприклад, керівництво призначає людину, яка контролює якість, на неї покладають додаткове функціональне навантаження і за це її преміюють, заохочуючи фінансово, чи дають їй якісь інші соціальні пільги. Організаційна система — це коли утворюється відділ контролю, забезпечення або стандартизації, який несе відповідальність за стандартизацію та регулярний перегляд чек-листів, алгоритмів, регламентів і стандартних операційних процедур.

2. Відмова від спрощення пояснень. Якщо трапилася помилка, передусім треба не шукати пояснення, а знайти корінну причину для усунення чи зменшення ризику її виникнення в майбутньому.

3. Акцент на конкретних виробничих процесах. Це не означає аналіз усього підряд, на що впаде око. Потрібно аналізувати все те, що дає додатковий прибуток або впливає на безпеку.

4. Стійкість до несприятливих впливів. Мається на увазі розроблення моделі діяльності закладу за умов виникнення надзвичайних ситуацій: природного, техногенного чи соціального характеру.

5. Повага до професійного досвіду і кваліфікації. Це вже побудова гуртків якості, якщо переходити на інший рівень розвитку, і так далі.

Через війну та знищення української медичної інфраструктури росією у перші дні та місяці були проблеми з логістикою та нестачею певних медпрепаратів та обладнання. Для вирішення даного питання були відкриті міжнародні логістичні медичні гуманітарні коридори.

«Так, за майже шість місяців війни Україна отримала 8500 тонн медичної гуманітарної допомоги на загальну суму понад 12 млрд. грн. Це і лікарські засоби, і медвироби, зокрема медичне обладнання, і витратні матеріали, і санітарний транспорт, медичні меблі, мобільні госпіталі тощо» [2].

Для обліку гуманітарної допомоги на регіональних складах та її розподілу відповідно до потреб закладів охорони здоров'я МОЗ створило інформаційно-аналітичну систему MedData. Через неї ж лікарні подають запити на потреби. Роблять медзаклади це й через фандрейзингову платформу United24, де переважно висвітлюють потреби в медобладнанні. Отримує медична галузь і пряму фінансову допомогу. Через платформу United 24 на рахунок МОЗ лише за останні тижні надійшло \$5 млн/ від державного фонду Катару та ще 200 млн грн було зібрано від благодійників на реанімобілі. [2].

Для оптимального розподілення ресурсу МОЗ та ДП «Медичні закупівлі України» впроваджують електронну систему e-Stock, яка містить дані про наявність лікарських засобів і медичних виробів у медичних закладах по Україні. Дані сервісу є публічними, та оновлюватимуться в режимі реального часу, міститимуть інформацію про централізовані закупівлі за бюджетні кошти, закупівлі міжнародних організацій, програму «Доступні ліки», закупівлі за регіональні бюджети тощо.

Не дивлячись на війну, реформа медичної галузі триває. На даний час відбувається формування конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я на регіональному рівні шляхом об'єднання мережі закладів охорони здоров'я в кожній області в госпітальний округ, який своєю чергою буде поділений на кластери. В цій ситуації логістика медичних закладів буде будуватися відповідно до потреб сформованих надкластерних, кластерних й загальних лікарень. Поряд з цим держава має створювати сприятливе інституційне середовище для впровадження нових цифрових технологій, штучного інтелекту та зручних інструментів медичних ІТ-ініціатив, які є також рушійною силою позитивних змін.

Список використаних джерел:

1. Котуза А. Безпека пацієнта як результат ціннісного підходу до управління медичним закладом. URL: <https://www.trush.com.ua/blog/bezpeka-pacienta-yak-rezultat-cinnis/>
2. Медицина в умовах війни. URL: <https://mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya>