



**ШКОЛА
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ**

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

Львів – 2022

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

Відповідальний редактор – В. Засадко.

Цей збірник підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки за підтримки Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цього збірника, який необов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UK aid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту №72012118C00001.

ЗМІСТ

Передмова	4
Миколайчук М. Одеський Compass у бурхливому морі сучасності	5
Навчальний кейс	5
Нотатки для викладача	20
Рябцева Н., Хренов М. Лідерство під час кризи: південний медичний фронт.....	23
Навчальний кейс.....	23
Нотатки для викладача	32
Заставний І., Возниця М. Обласна дитяча лікарня, яка мала змінитись....	37
Навчальний кейс.....	37
Нотатки для викладача	46
Радь О. Реалізація бізнес-проектів у рамках Програми медичних гарантій України з первинної медичної допомоги: виклики воєнного часу.....	52
Навчальний кейс.....	52
Нотатки для викладача	65
Чех М., Кушнір Т. Взаємодія Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та Міжнародного медичного корпусу в рамках проекту з покращення умов перебування працівників центру в місцях компактного проживання ВПО	72
Навчальний кейс.....	72
Нотатки для викладача	79
Гура Л., Сініцина О. Косово: політика повоєнної відбудови	83
Навчальний кейс.....	83
Нотатки для викладача	97
Заставний І., Власенко О. Управління в час війни. Ризики та менеджмент.....	100
Навчальний кейс.....	100
Нотатки для викладача	108
Рожественський А., Костюк О. Робота Комунікаційного центру при МОЗ в умовах війни. «Війна наближає хвороби до ваших дітей»	113
Навчальний кейс.....	113
Нотатки для викладача	119

ПЕРЕДМОВА

Війна, спричинена повномасштабним вторгненням російських військ в Україну, принесла багато втрат, жертв і руйнувань, у тому числі в системі охорони здоров'я. Лікарям, медсестрам і управлінцям доводиться шукати рішення, відповіді на численні виклики в умовах невизначеності, нестачі ресурсів і системних ворожих обстрілів. Це дуже непростий і цінний досвід, бо за нього заплачено найвищу ціну – людські життя. Про нього варто розповідати, на ньому варто вчитися.

Саме тому в Школі публічного управління Українського католицького університету, де навчаються медики-управлінці, виникла ідея створити збірник кейсів про управління в сфері охорони в умовах війни. Авторський колектив мав сміливість спробувати змодельовати деякі ситуації, варіанти рішень і для повоєнного періоду відбудови медичних закладів та трансформації системи охорони здоров'я.

Задум з розробки цих кейсів підтримав Проєкт USAID “Підтримка реформи охорони здоров'я”. Це сприяння мало критичне значення для створення збірника, за що – величезна подяка усьому колективу Проєкту USAID “Підтримка реформи охорони здоров'я”.

До збірника увійшли кейси, які ілюструють вітчизняний і закордонний досвід управління. Як реалізуються бізнес-проєкти в рамках Програми медичних гарантій України з первинної медичної допомоги в час війни? Які виклики і проблеми має Комунікаційний центр при МОЗ в умовах війни? Якою була політика повоєнної відбудови системи охорони здоров'я в Косові, і що з цього може запозичити Україна? Ці та інші комплексні управлінські ситуації описані в кейсах збірника.

До кожного кейса автори розробили нотатки для викладача, що додає практичної цінності збірнику. В них коротко описано, як кейс можна використовувати на занятті, запропоновано тригерні запитання для обговорення кейсу, описані ідеї для самостійної і групової роботи, а також рекомендації для різних форматів викладання.

Цей збірник буде корисним в роботі передусім для викладачів, тренерів, працівників освітніх закладів, які залучені до створення і проведення навчальних програм з управління в сфері охорони здоров'я. Без сумніву, з кейсами збірника варто попрацювати тим, хто навчається управлінню в охороні здоров'я, зокрема студентам і учасникам відповідних короткострокових програм.

Валентина Засадко,

директорка Школи публічного управління

Українського католицького університету

**МИКОЛАЙЧУК М.
ОДЕСЬКИЙ COMPASS У БУРХЛИВОМУ МОРІ СУЧАСНОСТІ**

Навчальний кейс

«Капітанський місток» Compassa

Директора Дитячої міської поліклініки № 6 міста Одеси, лікаря-нейрохірурга вищої категорії, кандидата медичних наук Сергія Горіщика цілком справедливо можна вважати успішною людиною. Серед його персональних здобутків: почесний титул «Найкращий головний лікар 2018 року в номінації “Вибір народу”»; ступінь магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»; державна нагорода від Президента України – Орден “За Заслуги” III ступеням (2021). Це можна вважати безпосереднім наслідком його життєвої позиції *ставитися до людей так, як би ти хотів, щоб вони ставилися до тебе*. До того ж основною метою своєї управлінської діяльності він вважає досягнення такого рівня розвитку комунального підприємства, щоб воно ні в чому не поступалося приватним медичним установам.

Саме тому дитяча поліклініка, яку він очолює від грудня 2018 року й досі, є першим медичним закладом в Одесі, у якому було реалізовано проєкт «Поліклініка без черг». Окрім цього, на базі цього підприємства вперше в Україні було відкрито навчально-методичний Центр раннього втручання, який нині успішно функціонує.

Жага керівника закладу до інновацій сприяла тому, що поліклініка має сучасний освітній простір Compass Education. Створено навчально-тренінговий Центр з надання навичок паліативної допомоги «Підтримка поруч!».

Загалом сучасні умови вимагали створення символічного бренду. Так виник КОМПАС (Compass), який є акронімом від основних принципів роботи поліклініки: Комуникативність, Оперативність, Мотивація, Профілактика, Автентичність, Сучасність.

Скілла і Харібда медичної сфери

Мабуть, визначаючи два найбільші виклики в медичній сфері, більшість погодиться, що це фінансування та кадри. Питання кадрового забезпечення медичної сфери полягає не тільки в якісній підготовці фахівців у навчальних закладах, а й у необхідності постійно підвищувати кваліфікацію та навички (skills).

Фінансова проблема полягає у складності спрогнозувати витрати, що особливо характерно для бюджетних установ, кошторис яких затверджують на поточний рік. В економічній теорії таку ситуацію називають Павутиноподібна модель ціноутворення.

Основа такої моделі – процес динаміки цін, що передбачає взаємодію трьох підсистем, які можна умовно назвати «надавач медичних послуг», «пацієнт» і «риннок». Неприємною особливістю Павутиноподібної моделі ціноутворення є те, що досягнення стану ринкової рівноваги найчастіше перетворюється на довготривалий процес. Така ситуація виникає внаслідок того, що надавачі медичних послуг випрацьовують свою цінову стратегію, ґрунтуючись на минулому досвіді. При цьому коригувати обсяг надходжень протягом бюджетного року, змінюючи цін, неможливо. Подоланню можливої фінансової «вирви» (Харібди) може сприяти лише наявність «рятувальної подушки» у вигляді гарантованих доходів. Окрім того, саме негативний фінансовий клімат є головною причиною іншої проблеми – плинності медичних кадрів.

Тому основна мета реформи медичної сфери в Україні – створити умови для фінансової самозабезпеченості закладів, які надають медичні послуги. Суттєвим кроком на шляху до реалізації цього завдання є те, що набув чинності Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі Закон). Зокрема, цей Закон запровадив поняття «програма державних гарантій медичного обслуговування населення» (Програма медичних гарантій).

Програма медичних гарантій «визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами» [2, с. 1].

Відповідно до зазначеного вище Закону Державний бюджет України є джерелом фінансування медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних із наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) спеціалізованої медичної допомоги;
- 4) паліативної медичної допомоги;
- 5) реабілітації у сфері охорони здоров'я;
- 6) медичної допомоги дітям до 16 років;

7) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами [2, с. 4].

Першим етапом змін у сфері надання медичних послуг стала реформа первинної медичної допомоги. Її революційність відзначилася наданням пацієнтам права самостійно вибирати лікаря незалежно від місця адресної реєстрації. А кількість пацієнтів, які уклали договори на обслуговування, стала своєрідним показником якості роботи лікаря. Міністерство охорони здоров'я України визначило такий оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра [3].

Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги запрацювала в Україні від 1 квітня 2020 року. Згідно з цією Програмою заклади охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) [4]. НСЗУ – центральний орган виконавчої влади, який реалізовує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовує і координує Кабінет Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Отже, на вторинному рівні медичної допомоги (робота спеціалістів за окремими напрямками) НСЗУ закуповує у медичних закладів конкретні медичні послуги (групи послуг) відповідно до умов Програми медичних гарантій, яку щорічно переглядають. Умови закупівлі однакові і для закладів охорони здоров'я, які вже надавали медичні послуги за Програмою медичних гарантій, і для закладів охорони здоров'я, які бажають укласти договір із НСЗУ вперше [5].

В Одесі підготовка до старту реформи спеціалізованого рівня медичної допомоги почалася з лютого 2020 року низкою семінарів, у яких взяли участь представники департаменту охорони здоров'я Одеської міськради та керівники міських закладів охорони здоров'я. Основними питаннями стали практичні аспекти комплексних змін системи охорони здоров'я на регіональному рівні; можливі перепони процесу реалізації програми медичних гарантій на вторинній ланці медичної допомоги; забезпечення дієвості механізму взаємодії між медичними закладами, НСЗУ та органами місцевого самоврядування.

Особливу увагу під час таких семінарів було приділено питанням економічної діяльності медичних закладів, зокрема можливостям збільшити фінансові надходження і оптимізувати витрати медичних закладів вторинного рівня. Вирішення і наявних, і можливих економічних питань, на думку учасників

семінарів, дало б змогу підвищити якість медичних послуг та ефективно використовувати бюджетне фінансування.

Забезпечити міські медичні заклади сучасним обладнанням та комп'ютерною технікою, щоб виконати вимоги НСЗУ, поліпшити якість і доступність медичної допомоги для одеситів – головне завдання Міського департаменту охорони здоров'я [6].

Compass пореформений

У рамках проведення реформи вторинного рівня медичної допомоги Одеська міська рада стала засновником комунального некомерційного підприємства «Дитяча міська поліклініка № 6 Compass».

Новоутворене комунальне підприємство стало правонаступником комунальної установи «Дитяча міська поліклініка № 6», яке створене, щоб здійснювати некомерційну господарську діяльність відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», Господарського кодексу України, Цивільного кодексу України. Координатором діяльності Compass є уповноважений орган – департамент охорони здоров'я Одеської міської ради. Отже, КНП – неприбуткове, оскільки здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів, не маючи на меті одержати прибуток.

У Статуті установи зазначено, що вона створена, щоб реалізовувати державну політику у сфері охорони здоров'я, надаючи первинну медичну (медико-санітарну) та вторинну (спеціалізовану) допомоги в амбулаторних умовах дитячому населенню, а також вживати заходи із профілактики захворювань та підтримувати громадське здоров'я (див. Додаток 1).

До другого етапу реформи медичної сфери поліклініка підійшла з вагомими здобутками. Зокрема, цей заклад став першим комунальним некомерційним підприємством в Одесі, де було укладено максимальну кількість декларацій (49 тисяч дітей). Цілком можливо, що цьому сприяло те, що 2017 року капітально відремонтували філії Compass'у, реконструювали їх та закупили сучасне обладнання. Того ж року було реалізовано два соціальні проекти: «Енергоефективна поліклініка» та «Парковка».

Наявність сучасного обладнання, створення комфортних умов для відвідувачів та бажання колективу поліклініки постійно розвиватися вдало були підкріплені новими фінансовими горизонтами, які відкрила реформа медичної сфери. У 2018 році бюджетне фінансування за рахунок субвенції становило 22

млн гривень. Перейшовши на фінансування за Програмою медичних гарантій НСЗУ, вже 2019 року сума бюджетних надходжень зросла до 37 млн гривень. Наступні роки (2020-й та 2021-й) такі надходження становили 69 та 91 млн гривень, відповідно. На 2022 рік було закладено 134 млн гривень доходу.

Такі фінансові успіхи дали змогу сміливо закласти в Трудовий колективний договір можливість мотивувати персонал на доволі пристойному рівні, до якого керівництво країни лише обіцяє підтягнути в майбутньому.

Проте НСЗУ – не єдине джерело доходів поліклініки. Колектив закладу успішно впроваджує низку масштабних проєктів, таких як «На хвилях медсестринства», «#7_42», «Compass of Vaccination» та інші. Активно розвивається напрям мобільної паліативної допомоги.

Мета проєкту «Підтримка поруч» – обговорити з фахівцями медичної сфери актуальність паліативної та реабілітаційної допомоги, ролі мультидисциплінарної команди в забезпеченні координування, доступності, планування, неперервності та наступності паліативної допомоги відповідно до побажань пацієнта. Основними темами для дискусії обрано такі питання:

- Чи залежить якість життя паліативного пацієнта від якості надання паліативної та реабілітаційної допомоги мобільними бригадами за місцем постійного перебування пацієнта та/або у стаціонарних умовах?
- Медичні та немедичні аспекти, доказовість підходу до паліативної та реабілітаційної допомоги тощо.

Реалізація проєкту передбачає проводити щорічні всеукраїнські науково-практичні конференції з питань паліативної та реабілітаційної допомоги, які стануть майданчиком для фахового спілкування. Провідні фахівці України матимуть можливість поділитись своїм досвідом, науковими та практичними здобутками з колегами. Щоб забезпечити інформаційний супровід, у фейсбуці створена сторінка проєкту «Мобільна паліативна допомога дітям».

Одним із найважливіших напрямів діяльності закладу обрано професійний розвиток медичних працівників. Реалізації цього завдання сприяє вже відомий підписникам у соцмережах та пацієнтам поліклініки пілотний проєкт #7_42.

Головна мета цього проєкту – надати сучасні знання та практичні навички щодо медичного супроводу дітей у закладі охорони здоров'я первинного рівня. Щоб реалізувати зазначену вище мету, Дитяча поліклініка № 6 Compass готує інтернів. Таким чином колектив закладу допомагає здобути освіту та необхідні навички молодим колегам, щоб через два роки їх хотіли бачити у своїй команді найкращі медичні заклади регіону.

До програми підготовки входить широкий спектр освітніх продуктів: починаючи від роботи у контакт-центрі, знань медично-інформаційних систем, принципів роботи НСЗУ та колективного договору, закінчуючи відточенням навичок роботи з вузькими спеціалістами. Інтерни дізнаються все, що стосується роботи з педіатрами, сімейними лікарями та вузькими спеціалістами закладу на умовах партнерства. Зокрема:

- ознайомлюються з документообігом закладів охорони здоров'я первинного рівня;
- вивчають сучасні протоколи діагностики та лікування захворювань у дітей різного віку, що входять до кваліфікаційних вимог лікаря-педіатра закладу охорони здоров'я первинного рівня (лікар-педіатр; лікар-окуліст; лікар-невролог; лікар-отоларинголог; лікар-інфекціоніст; лікар-фтизіопульмонолог, лікар-хірург);
- опановують сучасні практичні компетенції, що належать до кваліфікаційних вимог лікаря – педіатра закладу охорони здоров'я первинного рівня (лікар-педіатр; лікар-окуліст; лікар-невролог; лікар-отоларинголог; лікар-інфекціоніст; лікар-фтизіопульмонолог, лікар-хірург).

Програма має контрактну та бюджетну форми. На кожну з них є конкурс (приблизно 5 осіб на місце), адже кількість місць обмежена (від 1 до 5 осіб).

Кандидатів добирають за допомогою онлайн-тестування із загальних питань у сфері охорони здоров'я та медичної реформи. Але найголовніше – знання та вміння.

Оскільки реалізація амбітних планів потребує наявності амбітної та злагодженої команди, Сергій Горіщак здійснив доволі сміливий крок та доклав багато зусиль, щоб ввести до штату закладу відділ управління якості, сервісу й комунікацій. Непрофільний з погляду медичної сфери підрозділ взяв на себе досить вагому ділянку стосовно цифровізації діяльності закладу, пошуку партнерів та фінансових донорів, технічного забезпечення освітнього та комунікаційного процесів тощо.

Заклад постійно удосконалює та покращує якість надання медичних послуг. Від травня 2022 року Дитяча міська поліклініка 6 Compass працює у новій медичній інформаційній системі. Це сучасна, зручна та надійна електронна медична система, створена для зручності і персоналу медичного закладу, і його клієнтів. Її можливості допомагають клієнтам легко знайти та обрати свого лікаря; швидко записати на прийом себе та членів своєї родини в режимі онлайн;

мати доступ до своєї електронної медичної картки; миттєво отримати результати аналізів та діагностики в кабінеті пацієнта; мати доступ до призначень лікаря та плану лікування тощо.

Узагальнюючи зазначене вище, можемо виокремити такі фінансові джерела для поліклініки:

1. Кошти від НСЗУ;
2. Гранти;
3. Проєкти;
4. Міський бюджет;
5. Платні послуги.

Проте аналізування їхньої доступності та вагомості дає змогу зробити такі висновки:

Платні послуги – лише додаткове джерело, оскільки їх можна застосовувати лише для тих громадян, які не уклали договорів з фахівцями поліклініки, та для тих послуг, які не входять до пакетів НСЗУ. Кошти з міського бюджету поліклініка вже отримувала в рамках конкурсів проєктів «Громадського бюджету». Оскільки голосування за проєкти відбувається на порталі «Соціально активний громадянин» Одеської міської ради, охоплення поліклінікою 21 загальноосвітньої школи та 32 дитячих дошкільних установ надає можливість забезпечити необхідну підтримку. Однак таке фінансування доступне лише для інфраструктурних потреб (опалення, паркування тощо) та за окремими цільовими програмами. Надходженню коштів від грантів та проєктів сприяє наявність потужної групи партнерів (див. Додаток 2), однак гроші переважно спрямовують на управлінську структуру. Тому головним джерелом надходження коштів для поліклініки є Програма медичних гарантій НСЗУ. До того ж серед трьох основних напрямів (первинна допомога, спеціалізована та як база професійного розвитку) саме надходження за рахунок спеціалізованого рівня медичної допомоги допомагає закладу створювати «фінансову подушку».

Compass у бурхливому морі подій

Епідемія вірусу COVID-19 стала першим штормовим випробуванням для закладу. Сухі цифри звіту (див. Додаток 3) за 2020 рік свідчать про те, що, попри зростання доходів на 12,2 відсотка, зростання витрат було приголомшливим (особливо за статтею «Інші непередбачувані витрати»). Загалом собівартість послуг зросла приблизно на третину (31,8 відсотка) порівняно з попереднім роком. У підсумку, прибуток зменшився майже вдвічі (48,9 відсотка) порівняно

з попереднім роком. Проте наявність прибутку взагалі свідчить про достатню стійкість закладу до зовнішніх викликів. На думку директора Сергія Горіщака, уникнути ще більших витрат допомогло попереднє проведення аудиту з інфекційного контролю. Завдяки проведенню цього аудиту (готувалися до епідемії грипу) вдалося зекономити приблизно 2,5 млн гривень, тоді як витрати на проведення аудиту – лише 60 тис. гривень.

Повномасштабне вторгнення Росії стало перевіркою закладу не тільки на стійкість до зовнішніх загроз, а й до внутрішніх. Аналізування даних звіту установи свідчить про те, що попри значне зростання витрат (85,1 відсотка) та собівартості реалізованих послуг (43,9 відсотка), зростання прибутку майже на третину (35,8 відсотка) дало змогу утримати суму чистого прибутку на рівні 92,9 відсотка від рівня за аналогічний період попереднього року.

При цьому фінансовий план витрат на 2022 року, на думку директора, має забезпечити необхідну стійкість підприємства за умови забезпечення дохідної частини. Адже ґрунтовна підготовка до боротьби з епідемією коронавірусу дає змогу почуватися більш-менш впевнено у плані забезпечення медичними препаратами та матеріалами.

Щодо кадрових питань, то навіть виїзд за кордон значної частини персоналу (приблизно 25 %) не вплинув катастрофічно, адже також зменшилася і кількість пацієнтів, оскільки саме маленьких дітей вивезли в безпечні регіони. До того ж у Колективному трудовому договорі завбачливо було закладено можливість мотивувати тих, хто залишився працювати.

Однак затягування воєнних дій дає підстави до виникнення деяких побоювань через певні негативні рішення. Головним джерелом занепокоєння є проекти вимог Програми медичних гарантій (ПМГ) на 2023 рік, які представлені до обговорення на сайті НСЗУ. По-перше, скорочено кількість ПМГ із 37 до 34. По-друге, невідомо на якому рівні відносно 2022 року відбуватиметься фінансування програм. Отже, питання майбутнього наповнення доходної частини поставили під сумнів не тільки реалізацію відтермінованих внаслідок війни проєктів, а й доцільність підтримки існуючих. Крім того, оскільки поліклініка та її філії розташовані в густонаселених «спальних» районах, це не тільки забезпечує заклад пацієнтами, а робить його «ласим шматком» для усіяких рейдерських атак. Проте директор поліклініки Сергій Горіщак впевнено дивиться в майбутнє та збирається доводити свою думку щодо неприпустимості скорочення пакетів Програми медичних гарантій (навіть за рахунок їх укрупнення) на всіх рівнях публічного управління.

Список джерел:

1. Мікроекономіка і макроекономіка: За заг. ред. С. Будаговської. – К. : Основи, 1998. – 518 с.
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19/print> .
3. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf.
4. Медична реформа. Урядовий портал. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.
5. Національна служба здоров'я України. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/>.
6. Медична реформа. Єдиний медичний портал Одеси [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medportal.odessa.ua/infocenter/reforms>.
7. Compass. Офіційний сайт [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.compass-hub.com.ua/pro-nas/>.

Додатки

Додаток 1.

Предмет діяльності КНП «Дитяча міська поліклініка № 6» згідно зі Статутом:

- Медична практика з надання первинної та інших видів медичної допомоги дитячому населенню.
- Забезпечення реалізації права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги.
- Надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу здоров'я дітям, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) стаціонарної або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
- Надання консультацій щодо профілактики, діагностики, лікування хвороби, травм, отруєнь, патологічних станів, а також щодо ведення здорового способу життя.
- Забезпечення умов щодо дотримання стандартів та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги дитячому населенню.
- Забезпечення наступності та послідовності медичного обстеження, лікування та реабілітації пацієнтів шляхом взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я відповідно до медичного маршруту пацієнта, а також направлення пацієнтів для отримання інших видів медичної допомоги.
- Проведення експертизи тимчасової втрати працездатності.
- Проведення експертизи та встановлення інвалідності дітям, заповнення та подальше ведення індивідуальних програм реабілітації дітей з інвалідністю, направлення медичних документів для отримання державної соціальної допомоги, підготовка медичної документації для направлення підлітків з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та медико-соціальну реабілітацію.
- Проведення профілактичних щеплень.
- Планування, організація та участь у проведенні профілактичних оглядів та диспансеризації дитячого населення, здійснення

профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів.

Партнери КНП ДМП № 6 Compass



Одеський Compass у бурхливому морі сучасності

Додаток 3.

Звіт про фінансові результати за 2020 р. (тис. грн) [7]

Форма № 2-м. Код за ДКУД 1801007

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	56748,5	42494,0
Інші операційні доходи	2120	11105,6	18963,0
Інші доходи	2240	1535,7	405,0
Разом доходи (2000 + 2120 + 2240)	2280	69389,8	61862,0
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	51300,2	38918,0
Інші операційні витрати	2180	14632,7	12,0
Інші витрати	2270	548,2	17243,0
Разом витрати (2050 + 2180 + 2270)	2285	66481,1	56173,0
Фінансовий результат до оподаткування (2280 – 2285)	2290	2 908,7	5 689,0
Податок на прибуток	2300	–	–
Чистий прибуток (збиток) (2290 – 2300)	2350	2908,7	5689,0

Миколайчук М.
Навчальний кейс

Звіт про фінансові результати за I Квартал 2022 р. (тис. грн) [7]

Форма № 2-м Код за ДКУД 1801007

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	22257,7	16789,7
Інші операційні доходи	2120	2201,6	1442,9
Інші доходи	2240	673,3	349,4
Разом доходи (2000 + 2120 + 2240)	2280	25132,6	18582,0
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	17216,5	11967,8
Інші операційні витрати	2180	7137,6	3172,0
Інші витрати	2270	3872,8	111,1
Разом витрати (2050 + 2180 + 2270)	2285	28226,9	15250,9
Фінансовий результат до оподаткування (2280 – 2285)	2290	3094,3	3331,1
Податок на прибуток	2300	–	–
Чистий прибуток (збиток) (2290 – 2300)	2350	3094,3	3331,1

Фінансовий план
Комунального некомерційного підприємства
«Дитяча міська поліклініка № 6» Одеської міської ради

тис. грн

№ з/п	Показники	Факт 2020 року	Факт 2021 року	Плановий 2022 рік
I. Надходження та використання грошових коштів				
1.	Залишок невикористаних грошових коштів на початок планового року	5088,6	1466,6	26493,9
2.	Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) всього, у тому числі:	65689,7	99427,3	143 502,0
2.1.	Від основної діяльності, у т. ч. за рахунок:	63525,1	96688,2	140 102,0
2.1.1.	– коштів від медичного обслуговування населення за договорами з Національною службою здоров'я України згідно з державною програмою медичних гарантій	56748,4	91215,6	134 538,5
2.1.2.	– коштів бюджету міста Одеси за цільовими програмами та централізованими заходами, у тому числі:	4819,6	5472,6	5 563,5
2.2.	Інші надходження (доходи), у тому числі:	2164,6	2739,1	3 400,0
	– за оренду приміщень	397,1	467,7	455,0
	– від надання платних послуг	196,9	369,0	420,0
	– благодійна, спонсорська допомога, гранти та дарунки		51,1	0,0
	– дохід від безоплатно одержаних активів (амортизація)	1424,8	1541,8	1 800,0
	– банківський депозит	134,9	306,1	715,0
	– інші надходження	10,9	3,4	10,0
3.	Видатки всього, у тому числі:	60653,3	69437,9	113 834,0
3.1.	Операційні витрати:	50161,3	57700,0	93 334,0
3.2.	Адміністративні витрати:	10492,0	11737,9	20 500,0
4.	Капітальні інвестиції – всього:	8559,7	4789,5	18 525,5
5.	Обов'язкові платежі підприємства до бюджету	98,7	172,6	180,0

Нотатки для викладача

Кейс написано на підставі реальних даних, отриманих із джерел з відкритим доступом та інтерв'ю з головним героєм, Сергієм Горіщакком.

Головна мета кейса – з допомогою аудиторії випрацювати пропозиції щодо шляхів формування «фінансової подушки» для поліклініки та кадрового менеджменту.

Потенційна аудиторія – здобувачі другого освітнього рівня (магістр) за напрямом Публічне управління та адміністрування.

Попередня підготовка передбачає базові знання з менеджменту, бажано ознайомлення з повноваженнями Національної служби здоров'я України (НСЗУ)

Можливі питання до обговорення:

1. Що впливало/визначало стиль управління? Завдяки чому керівнику вдалося реалізувати всі свої проекти?
2. Які управлінські рішення ви би запропонували для виживання закладу у воєнний час?
3. Які виклики будуть стояти перед закладом у повоєнний час і що би ви порадили для їх подолання?

Орієнтовний план заняття (90 хвилин)

1.	Вступ	5–10 хвилин
2.	Опис завдання	10–15 хвилин
3.	Визначення стейкхолдерів	10–15 хвилин
4.	Робота в групах	20–25 хвилин
5.	Презентація результатів	20–25 хвилин
6.	Підбиття підсумків	10–15 хвилин

Що відбулося далі?

1. Фінансові перспективи

Усвідомлюючи можливі загрози в разі затвердження проектів ПМГ НСЗУ, Сергій Горіщак почав активно брати участь в обговоренні проектів, доводячи на всіх рівнях управління, що такий підхід призведе до суттєвого скорочення фінансування його закладу. Окрім цього, триває робота щодо залучення донорів та пошук нових проектів.

2. Кадрова ситуація

Залишається статус-кво (без суттєвих змін). Адже усім додалося роботи. Проте фінансова ситуація дає змогу не тільки підтримувати довоєнний рівень

виплат, а й компенсувати понаднормову роботу, зважаючи на відсутність чверті персоналу, яка виїхала за кордон.

3. Ситуація навколо проєктів

Внутрішня стійкість закладу формується налагодженням комунікацій із клієнтами, створенням сприятливого психологічного клімату тощо.

Саме тому було продовжено роботу в рамках усіх проєктів у формі проведення різноманітних заходів із висвітленням цих подій на сайті закладу та надання консультацій.

Серед таких заходів варто виокремити серію навчальних тренінгів про бойові отруєння. Зокрема, у квітні 2022 року на базі Дитячої міської поліклініки № 6 Compass лікар-фтизіатр Оксана Молода провела низку тренінгів для працівників закладів освіти комунальної власності територіальної громади м. Одеси спільно з КУ «Одеський центр професійного розвитку педагогічних працівників» на тему «Бойові отруйні речовини: розвіємо міфи». Під час тренінгів спікерка зупинилась на відмінностях фосфорорганічних отруйних речовин від фосфорних боєприпасів; методах захисту дихальної системи від ураження бойовими отруйними речовинами (БОР); видах БОР нервово-паралітичної дії та захисту від них.

27 квітня 2022 року на базі Комунального неприбуткового підприємства «Дитяча міська поліклініка № 6» Одеської міської ради організовано «Зустріч у часи війни» в рамках проєкту «На хвилях медсестринства». Цей проєкт започатковано в рамках освітнього простору Compass Education 2020-го, який в Україні було означено роком медсестринства (<https://www.compass-hub.com.ua/projects/na-khvylyakh-medsestrynstva/>).

Зустріч відбувалася в режимі онлайн. Головував куратор проєкту. Розглянули питання щодо засобів підтримки медичних сестер у воєнний час, нові виклики, які постали перед нами внаслідок війни. До зустрічі долучилося понад 50 учасників.

Окремо варто згадати про семінар «Профілактика правця при бойових пораненнях». Презентація розміщена на сайті поліклініки Compass.

На початку травня на сайті поліклініки розміщено інформацію щодо надання першої медичної допомоги дітям у разі надзвичайних ситуацій (<https://www.compass-hub.com.ua/перша-медична-допомога-дітям-при-неві/>).

У серпні 2022 року Дитячу міську поліклініку № 6 Compass відвідали представники Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ). Колектив закладу сподівається, що спільні зусилля будуть спрямовані на те, щоб діти якомога менше відчували на собі згубний вплив війни.

4. Повоєнні плани

Після Перемоги обладнати нову конференцзалу та реалізувати інші амбітні проєкти.

РЯБЦЕВА Н., ХРЕНОВ М.
ЛІДЕРСТВО ПІД ЧАС КРИЗИ: ПІВДЕННИЙ МЕДИЧНИЙ ФРОНТ

Навчальний кейс

Зачин

На початку березня 2022 року Володимир дивився з вікна лікарні на інший берег міста Вознесенськ – там точилися бої. Незабаром 1/3 міста була окупована, а два залізничні та один автомобільний мости між берегами були підірвані. Як керівник лікарні Володимир мав вирішити, що робити, не маючи жодних початкових дороговказів «із центру» щодо його дій як керівника в разі повної окупації міста і лікарень. Як громадянин він також не мав повного уявлення, що може очікувати містян, включно з командою лікарні, у випадку повної окупації – про звірства російської армії на окупованих територіях світ дізнався значно пізніше.

Коли до Володимира звернулися колеги з питанням, що робити в разі повторного наступу на місто, перед ним знову постала болюча дилема: місто, полишене без медичної допомоги, або ж ризику для життя колег. Від ДСНС Володимир чув загальну вказівку для інших об'єктів критичної інфраструктури: рятувати особовий склад і техніку. Володимир неодноразово запитував провладні структури, що робити лікарні, але чітких вказівок не було.

Не сприяв визначеності й досвід інших закладів: Володимир чув про випадки, коли керівники медичних закладів ухвалювали рішення залишатися працювати під окупацією, щоб надавати допомогу жителям, а натомість отримували підозри у співпраці з окупантами (що накладає на керівника адміністративну й організаційну відповідальність). Лише згодом вийшов наказ управління охорони здоров'я Миколаївської області, який зазначив перелік лікарень, що мають функціонувати під час окупації – і Вознесенська багатопрофільна лікарня увійшла в цей перелік.

«Врешті-решт нам дали вказівку, що ми залишаємось до кінця», – Володимир Красьоха, директор Вознесенської багатопрофільної лікарні (Миколаївська обл.).

Окупація частини міста тривала від 2 до 15 березня 2022 року.

Коротко про керівника та лікарню

Володимир Красьоха очолював Вознесенську багатопрофільну лікарню від жовтня 2015 року. До того від 2003 року він був заступником головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності та консультативно-діагностичної поліклініки (докладніше професійний шлях викладено в Додатку).

Лікар-хірург за освітою швидко став прихильником ідей реформування системи фінансування охорони здоров'я та одним із найуспішніших керівників в Україні. Володимир активно готував заклад до укладення першого договору з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) 2020 року, долучався до різних міжнародних проєктів, не втрачав жодної нагоди здобути нові знання та навички. На 2022 рік Вознесенська лікарня, у якій працювало понад 500 осіб, отримала один із найбільших за обсягом послуг і сумою договорів пакет у Миколаївській області. Саме ця лікарня була так званим опорним закладом, а також єдиним інсультним центром на півночі Миколаївської області.

Підготовка лікарні та управління нею під час війни

Підготовка та перші рішення

Володимир мав надію, що повномасштабного вторгнення не буде, але попри все готувався. Через своє географічне розташування (за 30 км на північ розташована Південноукраїнська АЕС), лікарня мала підземне протирадіаційне укриття – сучасне, з тепловим вузлом, з усіма необхідними зручностями, включно із санвузлами та душовими, розраховане на одночасне перебування 100 пацієнтів. Володимир також завчасно подбав про запаси води (кілька тонн різної води, питної та технічної), дизель генератори, а також про кисень для медичних потреб. Це дало змогу лікарні функціонувати автономно, коли, зокрема, були перебої з електроенергією на день-два.

У перші дні повномасштабного вторгнення команда підготувала бомбосховище (протирадіаційне укриття): розчистили місця у приміщеннях, які були захаращені різним реманентом, доукомплектували укриття додатковими ємностями з водою, туалетним папером, продуктами з довготривалим терміном зберігання, перемістили ліжка в бомбосховище. Цей процес відбувся без публічного висвітлення та доволі швидко, що допомогло уникнути загальної паніки. Згодом пацієнтів почали спускати в облаштоване бомбосховище.

Усвідомлюючи потенційну загрозу атак на медичні заклади, Володимир одразу заборонив будь-які зйомки на території лікарні та іншу комунікацію та

популяризацію діяльності закладу (Facebook, Instagram), що могла привернути зайву увагу та підтвердити географічне розташування закладу. І хоча до початку повномасштабного вторгнення Володимир особисто та лікарня були активними в зовнішніх комунікаціях, на вересень 2022 року заборона на висвітлення діяльності закладу триває, адже негативний досвід колег, які висвітлювали діяльність своїх лікарень, а згодом зазнавали обстрілів, змушує пам'ятати про питання безпеки.

24 лютого 2022 року Володимир зрозумів, що варто подбати про життєво важливі ліки. Насамперед постало питання про інсулін. У Вознесенську була єдина аптека, що забезпечувала інсуліном весь регіон. Через ризик бойових дій власниця аптеки з фармацевтами ухвалила рішення виїхати й закрити аптеку. Це означало, що пацієнти залишаться без життєво необхідних ліків. Тому Володимир, не зволікаючи, забрав увесь інсулін до лікарні – під особисте письмове зобов'язання, що він гарантує післяоплату. Видачу інсуліну пацієнтам організували на території лікарні. За півтора місяця Володимир виконав своє зобов'язання та розрахувався з аптекою (майже 0,5 млн грн).

Окрім інсуліну, були й інші важливі ліки, наприклад, гормональні препарати, перебої з поставками яких за кілька днів відчували по всій країні. У Вознесенську теж. Щоби якнайшвидше відновити доступ до ліків, Володимир задіяв усі свої професійні контакти. Його досвід активної участі в різних освітніх і проєктних подіях зіграв тут важливу роль.

Дізнавшись про наступ російських військ на сусіднє місто, Володимир 1 березня 2022 року ухвалив рішення закрити амбулаторний прийом у закладі, щоби надалі зосередити всі зусилля на наданні невідкладної та стаціонарної допомоги. Він також розумів, що не всім пацієнтам зможе надавати допомогу, якщо їх доведеться перевести в укриття. Саме тому 8 хворих на COVID-19 він завчасно перевів в лікарню подалі від лінії боїв, щоби не наражати на небезпеку інших пацієнтів.

Організація роботи та підтримка команди

Володимир не розглядав для себе варіанта поїхати, навіть попри те, що не мав для себе відповіді: коли настає момент рішення про евакуацію? Володимирова дружина (медична сестра діагностично-консультативної поліклініки), діти й батьки також залишилися у Вознесенську. Але водночас Володимир не хотів тиснути на персонал. Хоча докладав усіх зусиль, щоби підтримати моральний дух команди. Наприклад, щовечора збирав людей, щоби

поділитися новинами, надихнути, наголосити на позитивних моментах. У результаті, більшість команди залишилася з ним. З міста виїхали переважно працівники лікарні, які мали маленьких дітей, але також і деякі працівники, які прийняли таке рішення (наприклад, заступник Володимира, та деякі особи поважного віку).

Однак надавати допомогу залишилася велика команда: зокрема 8 хірургів, 8 реаніматологів, 2 травматологи, кілька анестезіологів, уролог, офтальмолог і навіть психіатр. Завдяки закриттю амбулаторного прийому лікарні вдалося збільшити кількість ургентних фахівців у декілька разів: чергувало по 2–3 лікарі, а 8 хірургів, 2 травматологи та уролог постійно перебували на роботі і проживали в лікарні. Володимир зазначає, що завдячує своєму давнішому рішення – для кожного спеціаліста мати обов'язкову «заміну», тому всі фахівці, які мали б надавати невідкладну медичну допомогу, були представлені, як мінімум, у кількості однієї особи.

Усі, хто залишилися працювати в лікарні, на час окупації частини міста та активних бойових дій поряд фактично жили в закладі. Власного харчоблоку в лікарні не було – вже кілька років вона замовляла харчування назовні (як послугу аутсорсу). Однак ресторани та кав'ярні Вознесенська згуртувалися та понад місяць безкоштовно годували команду медиків. Такі продукти, як борошно, цукор, крупи, які волонтери та благодійники привозили в лікарню, Володимир просто віддавав цим закладам як вдячність за підтримку.

Із початком воєнних дій поряд і в самому місті команді довелося опанувати нові знання та навички. Адже лише за перший місяць повномасштабного вторгнення до лікарні привезли 260 поранених. А на вересень 2022 року команда надала допомогу понад 1000 евакуйованих поранених; у лікарні постійно перебувають понад 100 хворих та поранених.

Із таким потоком пацієнтів та з такими травмами (мінно-вибухові, вогнепальні поранення тощо) медики лікарні раніше не стикалися, але швидко опанували навички. Щоби підтримати колег, Володимир знайшов і замовив навчання з військової медицини.

Впоратися із новими професійними викликами допомагали й військові медики, підрозділ яких був розташований у лікарні. Вони долучалися до корекції методів і тактики лікування, а поза тим відзначали гарні результати роботи команди. Пізніше своє навчання лікарям Вознесенської багатопрофільної лікарні запропонували й «Лікарі без кордонів».

Володимир заохочував персонал і до онлайн-занять (зокрема, які надавали управління охорони здоров'я та МОЗ), які допомогли призвичаїтися до

різноманітних викликів і нових методів лікування: працівники не лише швидко навчилися робити тріаж (визначення пріоритетності надання допомоги у випадку великого напливу пацієнтів), але й змогли надавати специфічну хірургічну, офтальмологічну та психіатричну допомогу. А керівниця сервісного центру налагодила такий – неочевидний на перший погляд – процес, як сортування особистих речей поранених. Адже їх треба було не просто роздягнути перед наданням допомоги, але й зняти амуніцію та коректно зберігати одяг, засоби захисту, зброю та навіть гранати, які часом випадали з кишень і сумок. На вересень 2022 року керівниця сервісного центру зосередилася на комунікації з військовими, реалізації волонтерської та гуманітарної допомоги, ургентних госпіталізацій.

Заняття й постійний зв'язок з військовими медиками дійсно допомогли давати раду в надзвичайних ситуаціях: якось до лікарні привезли десантника, який пролежав на морозі два дні з вогнепальним пораненням голови. Прогнози в таких випадках зазвичай є невтішними, але персонал зробив майже неможливе, щоби врятувати хлопцеві життя – військовий вижив, був повторно прооперований у шпиталі, а наразі вчиться заново ходити й обмінюється повідомленнями й фотографіями з Володимиром.

Гуманітарка як виклик

Володимир розмістив на базі лікарні підрозділи медичного забезпечення 80-ї окремої десантно-штурмової бригади. Вони жили й харчувалися там від початку повномасштабного вторгнення. Поранених із поля бою також везли до лікарні Володимира – і в цей непростий момент важливу роль відіграли і запаси ліків лікарні, і значна кількість ліків з-за кордону військовим підрозділам. Володимир зумів організувати спільний хаб (базу) ліків та витратних матеріалів, звідки і лікарня, і підрозділи медичного забезпечення отримали змогу використовувати необхідні препарати у своїй діяльності.

Неочікувано, але наплив закордонної гуманітарної допомоги також потребував швидких управлінських рішень. Адже більшість ліків не були посортовані та не мали інструкцій українською мовою. Тому Володимир призначив педіатра приймального відділення відповідальним за сортування і переклад назв і схем прийому ліків імпортного виробництва. Для цієї роботи облаштували спеціальну кімнату, де педіатр сортував ліки, підписував назви та короткі інструкції, а згодом видавав їх і медикам, і людям, які приходили із проханням дати хоч щось, адже всі приватні запаси скінчилися. Така організація

злагодженої роботи педіатра, психіатра (для надання ліків психічно хворим із загостреннями) та наявність необхідних ліків і доступ до них відіграли надзвичайну роль у наданні допомоги жителям Вознесенська не лише під час окупації, але й після.

По той берег річки...

Окремим викликом для лікарні стало надавати допомогу пацієнтам, які залишилися на тому березі міста. Не лише через окупацію в березні, але й через підірвані мости. Добре знаючи місцевість, команда знайшла можливість передати досвідченому колезі-фельдшеру, який залишився на іншому березі, необхідні ліки та засоби для надання невідкладної допомоги. Болгарка (район, що простягається в бік Миколаєва, звідки заходили російські військові) виявилась відрізана від основної частини міста, але фельдшер продовжував надавати допомогу тим, хто постраждав від дій загарбників. Поранені люди лежали просто посеред вулиць; ті, хто мав змогу переміститись у безпечніше місце, стикалися з проблемою зараження ран. Фельдшер склав перелік необхідних інструментів і ліків, Володимир зумів оперативно зібрати все необхідне, а військові медики під час операції під мостом, коли перевозили хворих, передали необхідне фельдшеру, який не побоявся ризикувати своїм життям і продовжив допомагати постраждалим не тільки вдома, а й на вулицях.

«Звичайні» пацієнти

Окрім допомоги пораненим, від лютого 2022 року лікарня продовжувала надавати допомогу іншим пацієнтам у повному обсязі – зокрема вагітним, породіллям і новонародженим, а також іншим пацієнтам у гострих станах – пацієнтам з інсультами, інфарктами, виразками тощо. Володимир зауважив, що кількість звернень хронічних хворих із серцевими та легеневими патологіями зменшилась – на противагу гострим станам.

На півночі Миколаївської області Вознесенська багатопрофільна лікарня є єдиним інсультним центром, адже цілодобова робота комп'ютерного томографа та проведення тромболізису було можливим лише в цьому закладі. Володимир зізнається, що від березня надати допомогу пацієнтам із підозрою на інсульт вдавалось навіть швидше, ніж зазвичай. Попри це Володимир визнає, що очікує зростання захворюваності, особливо серед людей поважного віку, через перебої з ліками від хронічних хвороб і несвоєчасні госпіталізації.

Пологове відділення, переміщене в протирадіаційне укриття, продовжувало надавати допомогу жінкам, що не встигли виїхати. Коли закінчилися активні фази боїв, породіль, на їхнє прохання, перемістили до палат основного відділення.

У лікарні також перебували діти з епілептичним синдромом – Володимиру вдалося забезпечити для них протисудомні ліки.

Взаємодтримка

Протягом часткової окупації Вознесенська та після деокупації Володимир і команда лікарні відчули значну підтримку – від містян, волонтерів і закордонних колег. Та й самі вони всіляко допомагали тим, хто цього потребував: чи то передавали медичні пакунки воєнним медикам, чи то сортували гуманітарну допомогу.

Для Володимира надзвичайним відкриттям стало бажання людей допомагати лікарні. Хоча ні він, ні лікарня нікого й ні про що не прохали. Проте у найстрашніші часи, окрім допомоги від ресторанів, до Вознесенської багатопрофільної лікарні завітали 5 хлопців, яких Володимир раніше зустрічав на тренуваннях і які ініціювали транспортування пацієнтів на ношах в операційну в разі відімкнення ліфта або певних технічних несправностей. Хлопці постійно переносили важкопоранених на руках на третій та четвертий поверхи й декілька днів жили в лікарні. Звичайні містяни добровільно зносили і звозили до лікарні їжу, одяг.

«Підїжджає до нас здоровенний вантажний автомобіль. З нього виходить дядько і просто мовчки виставляє 10 мішків борошна, цукру, олію в коробках... Я кажу йому, що ми самі не готуємо їжу, а він каже, що нам це знадобиться. Побажав удачі і поїхав геть. Ресторани привозили в піддонах їжу. А скільки всього домашнього, закуток, скільки смаколиків, речей для хлопців... А ми нічого не просили, це неймовірно», – Володимир Красьоха, директор Вознесенської багатопрофільної лікарні (Миколаївська обл.).

Але й Володимир не стояв осторонь. Так, лікарня мала великі запаси дитячого харчування та засобів гігієни. Володимир разом з відповідальною особою при міській раді вирішив зберігати під охороною ці запаси в лікарні, надаючи містянам необхідну кількість. Також Володимир налагодив постачання ліків із гуманітарної допомоги, яку отримував на лікарню, до військових частин: медики військової частини приїжджали зі списком і отримували від Володимира

ту кількість ліків, яку вони потребували та яку було можливо надати. Коли фази активних боїв минули, ліки стали оформлювати через офіційні запити.

Майбутнє як воно є

Виклики на вересень 2022 року

Наразі перед Володимиром, як керівником, є кілька викликів:

6. Як остаточно повернути команду та пацієнтів з укриття в основне приміщення, адже укриття розраховано лише на 100 пацієнтів, а запит є більшим. Поки що повернутися в основні приміщення наважилося лише пологове відділення.
7. Як підготувати лікарню до зимового періоду, який потенційно буде складним. Тож ще влітку 2022 року Володимир склав план і розпочав його виконання (див. нижче).
8. Як під час війни реалізувати амбітні плани, спрямовані на розвиток лікарні.

Плани на вересень 2022 року

Короткотермінові:

1. Утеплення закладу: вже розпочато заміну 96 звичайних вікон на енергоефективні, а також закриття частини покрівлі.
2. Частковий ремонт лікарні: облаштування додаткових пандусів, косметичний ремонт у частині приміщень.

Довготермінові:

1. Розвиток інсультного центру: покращення умов перебування для пацієнтів.
2. Розвиток нефрологічного відділення: закупівля відсутнього наразі обладнання, у якому зросла потреба, зокрема лазерного літотриптору, щоб дробити каміння в сечоводі та нирках.
3. Закупівля іншого обладнання для лікарні, як-от операційних столів, ламп, утероскопів тощо.
4. Підготуватися до роботи після перемоги України, насамперед у 2023 році та надалі.

І про мрії

Володимир мріє про перемогу України й подальший невпинний розвиток Вознесенської багатопрофільної лікарні. Тому вже тепер активно планує діяльність лікарні й облаштовує заклад, попри наявні ризики.

Додатки до навчального кейса

- Коротка інформація про КП «КНП Вознесенська багатопрофільна лікарня» Вознесенської міської ради: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php/raionni-68902/voznemenska> (з міркувань безпеки керівник тимчасово відмовився надати звіт / презентацію про діяльність організації за 2021 рік та договір із НСЗУ на 2022 рік).
- Сторінка лікарні у Facebook: <https://www.facebook.com/voznemensk.BL>.
- Автобіографія Володимира Красьохи за 2021 рік (окремий файл).
- Опис російської окупації Миколаївської області, що містить також [мапу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Російська_окупація_Миколаївської_області](https://uk.wikipedia.org/wiki/Російська_окупація_Миколаївської_області).
- Матеріал від LB.ua з історією міста, де видно підірвані мости: Вознесенськ: як місто закрило ворогу шлях на Одесу та Южно-Українську АЕС – https://lb.ua/society/2022/04/15/513539_voznesensk_yak_misto_zakrilo_vorogu.html.

Нотатки для викладача

Цільова аудиторія: слухачі навчальних програм у царині публічного управління, управління на рівні закладу в сфері охорони здоров'я, програм з лідерства.

Анотація

Кейс описує досвід керівника Вознесенської лікарні під час повномасштабного російського вторгнення від лютого до вересня 2022 року. Герой кейса, Володимир Красьоха, мусить ухвалювати складні рішення, пов'язані, зокрема, з підготовкою лікарні та її команди до можливої агресії, а також роботи під час тимчасової окупації частини міста. Володимирові довелося вирішувати суперечності щодо професійних зобов'язань та особистої безпеки, передбачити можливі загрози для пацієнтів і медперсоналу (як-от відсутність ліків або небезпеку пересування містом), налагодити абсолютно нові процеси та взаємодії (як-от розподіл гуманітарної допомоги). Герой врахував не лише інфраструктурні та матеріальні потреби й виклики (облаштування укриття, запаси води, ліків тощо), але й нематеріальні (мотивація та навчання для команди, рішення щодо зовнішніх комунікацій тощо). Попри продовження війни, Володимир не лише мріє про майбутнє, але й практично розвиває лікарню далі згідно з планом, який випрацював. Кейс описує Володимира як лідера, компетенції якого яскраво проявилися у кризовій ситуації. Водночас мета кейса – спровокувати дискусію, чи дійсно герой є лідером відповідно до концепції «Leadership based on character».

Навчальні цілі:

- 1) проаналізувати, чи героя кейса можна вважати лідером, застосовуючи концепцію «Leadership based on character»;
- 2) операціоналізувати, як герой кейса реалізував складові лідерства;
- 3) оцінити, чи були визначальними ті чи інші складові лідерства та, зокрема, компетенції лідера в описаній кризовій ситуації.

Тип кейса: ілюстративний ретроспективний кейс.

Навчальні питання

1. На Вашу думку, чи героя кейса можна вважати лідером, спираючись на концепцію «Leadership based on character»? Будь ласка, аргументуйте свою думку, підтверджуючи її кількома даними й фактами, поданими в кейсі.
2. Якщо на перше питання Ви відповіли ствердно, деталізуйте, як саме герой реалізував / проявив складові лідерства. Якщо Ваша відповідь на перше питання є заперечувальною, будь ласка, наведіть аргументи, яких саме складових лідерства бракувало герою, щоби проявити себе лідером?
3. На Вашу думку, герой кейса проявив лідерство чи окремих його складових достатньо / замало / забагато? Чи була роль тих чи інших складових або компетенцій (чи їх відсутність) визначальною? Будь ласка, аргументуйте, застосовуючи поняття з концепції «Leadership based on character».
4. Уявіть описану в кейсі ситуацію, але за відсутності героя. Що могло би скластися інакше? Наведіть кілька прикладів.

Додаткові матеріали

Окрім опису кейса, слухачі отримують також низку додаткових матеріалів, пов'язаних із героєм, лікарнею та містом, ознайомлення з якими допоможе їм глибше зрозуміти контекст і героя.

У разі, якщо слухачі не ознайомлені з концепцією «Leadership based on character», необхідно надати їм разом із кейсом посилання на джерела, де вони можуть ознайомитися із концепцією, а також коротко презентувати її головні складові на початку заняття в аудиторії.

Концепція «Leadership based on character» містить три головні складові: компетенції, характер, відданість. Компетенції відображають те, що лідер може зробити; відданість співвідноситься з кількістю зусиль, які лідер готовий докладати; а характер впливає на ті рішення, які лідер ухвалює. Відповідно до концепції, характер лідера передбачає 11 елементів: критичне судження, візійність, драйв, співпрацю, гуманність, смиренність, цілісність, зваженість, підзвітність, справедливість, хоробрість.

Поради для викладача

Особливості опрацювання кейса в групі залежать від розміру групи та наявного часу на викладання. Мінімумально необхідний час на опрацювання кейса – самостійне ознайомлення слухачів із кейсом до заняття в аудиторії та одна академічна пара (1 год. 20 хв) для дискусії в аудиторії.

Відповідно, **стандартний часовий план** матиме такий вигляд:

Самостійне ознайомлення слухачів із кейсом і додатковими матеріалами (до заняття в аудиторії)	
Вступна частина: коротко нагадати концепцію «Leadership based on character», навчальні питання кейса та визначити формат подальшої дискусії (див. нижче 3 варіанти)	10 хв
Час на обдумування питань і підготовку відповідей (залежить від формату дискусії – найменше для варіанта 1, найбільше для варіанта 3)	5–20 хв
Дискусія з питання 1 (залежить від формату дискусії)	5–10 хв
Дискусія з питання 2 (залежить від формату дискусії)	10-15 хв
Дискусія з питання 3 (залежить від формату дискусії)	15-20 хв
Дискусія з питання 4 (залежить від формату дискусії)	10-15 хв
Підсумки дискусії, головні висновки	10 хв

Залежно від розміру групи та наявного часу на опрацювання кейса можливі такі варіанти організації дискусії в аудиторії після самостійного вивчення кейса слухачами:

- 1) надати можливість кожному слухачу висловити власну думку; такий підхід можливий за умови невеликої групи слухачів;
- 2) поділити учасників на групи (довільний способом, на розсуд викладача), дати час на дискусію в межах групи, заслухати думки кожної групи, дати час на дискусію груп між собою;
- 3) коли кількість слухачів є оптимальною для поділу на 2 групи: поділити учасників на групи (довільний способом, на розсуд викладача), визначити кожній групі наперед відповідь на перше питання (чи є герой лідером), а після дискусії в межах групи змодерувати дискусію на кшталт дебатів.

Аналізування навчальних питань

Загальна теоретична рамка для роботи над питаннями – концепція «Leadership based on character». Вона містить три головні складові: компетенції, характер, відданість. Компетенції відображають, що лідер може зробити; відданість співвідноситься з кількістю зусиль, які лідер готовий докладати; а характер впливає на ті рішення, які лідер ухвалює. Відповідно до концепції, характер лідера передбачає 11 елементів: критичне судження, візійність, драйв, співпрацю, гуманність, смиренність, цілісність, зваженість, підзвітність, справедливість, хоробрість.

1. На Вашу думку, чи героя кейса можна вважати лідером, спираючись на концепцію «Leadership based on character»? Будь ласка, аргументуйте свою думку, підтверджуючи її кількома даними й фактами, поданими в кейсі.

Поради викладачу:

Важливо, щоби студенти аргументували свою відповідь, співвідносячи певні рішення та дії героя з тими чи іншими складовими лідерства або ж конкретними компетенціями. При обговоренні першого питання не потрібно аналізувати всі складові або ж компетенції; достатньо кількох прикладів на підтвердження думки / позиції.

Для візуалізації бажано вивести на слайд схематичне зображення концепції «Leadership based on character». Під час відповідей варто фіксувати головні моменти на дошці або іншому засобі, щоби слухачі бачили підсумок. Можна поділити простір дошки на дві умовні частини, відповідно до головної відповіді (так або ні), а далі в кожній частині фіксувати відповідні аргументи.

Якщо всі слухачі та групи (окрім формату дискусії № 3) схилиються до думки, що герой є лідером, можна додати провокативні питання, щоби стимулювати дискусію, зокрема:

- А чи мав право медик, керівник лікарні, взагалі розглядати варіант евакуації закладу? Як, на Вашу думку, він би діяв, якби мав дозвіл або ж наказ на евакуацію?
- Як Ви оцінюєте рішення забрати інсулін з аптеки до лікарні?
- Чи доцільно наразі наполягати на поверненні відділень з укриття в основні приміщення?

2. Якщо на перше питання Ви відповіли ствердно, деталізуйте, як саме герой проявив / реалізував складові лідерства? Якщо Ваша відповідь на перше питання є заперечувальною, будь ласка, наведіть аргументи, яких саме складових лідерства бракувало герою, щоби проявити себе лідером?

Поради викладачу:

Це питання деталізує перше, і дискусія може самостійно перейти з відповіді на перше питання до другого. Водночас якщо під час обговорення першого питання слухачі не достатньо чітко пов'язують свої аргументи з концепцією, варто повернути їх до слайду зі схемою та поставити низку уточнювальних питань на кшталт:

- Якими прикладами з кейса Ви можете підтвердити проявлену (або ні) відданість героя?
- Як би Ви описали характер героя з огляду на його рішення (або їх відсутність)?

- Проаналізуйте дії героя з точки зору хоча би 5 компетенцій лідера (на Ваш вибір).

Відповіді слухачів варто фіксувати на дошці. Якщо можливо, там само, де й перша відповідь, або ж на новому аркуші / новій площині.

3. На Вашу думку, герой кейса проявив лідерство або окремі його складові достатньо / замало / забагато? Чи була роль тих чи інших складових або компетенцій (або їх відсутність) визначальною? Будь ласка, аргументуйте, застосовуючи поняття з концепції «Leadership based on character».

Поради викладачу:

Під час обговорення цього питання важливо не лише отримати загальну оцінку, але й проранжувати важливість або силу тих чи інших елементів лідерства. Використовуючи подані складові й компетенції з перших двох питань, можна попросити слухачів:

- оцінити силу прояву героєм кожної із трьох складових лідерства (де 0 – це відсутній прояв, 5 – максимальна сила прояву);
- залежно від попередньої дискусії, можна також аналогічно оцінити компетенції лідера;
- проранжувати, у порядку важливості, компетенції лідера на різних етапах кейса – підготовка до можливого вторгнення, під час тимчасової окупації, після звільнення міста (де 1 – це найважливіша, а 11 – це найменш важлива).

Відповідно занотуйте на дошці відповіді. Якщо слухачі по-різному проранжують компетенції на різних етапах, спонукайте їх до роздумів, чи важливість тих чи інших компетенцій залежить від ситуації (ці роздуми можна обговорити в аудиторії, якщо дозволяє час, або ж залишити на самостійне обдумування чи написання короткого есею).

4. Уявіть описану в кейсі ситуацію, але за відсутності героя. Що могло би скластися інакше? Наведіть кілька прикладів.

Поради викладачу:

Можна підштовхнути слухачів до роздумів, спитавши, чи вони знають про подібну історію, але яка мала інший розвиток подій через особу керівника закладу. Або ж обговорити, як розгорталася би підготовка до вторгнення, робота команди, логістика ліків, допомога пацієнтам, взаємодія з підрозділами медичного забезпечення тощо.

Наприкінці обговорення варто підсумувати дискусію, наголосивши на найцікавіших моментах, а також спитати слухачів, які головні уроки / висновки вони забирають із собою.

**ЗАСТАВНИЙ І., ВОЗНИЦЯ М.
ОБЛАСНА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ, ЯКА МАЛА ЗМІНИТИСЬ**

Навчальний кейс

Частина А.

Вступ

Після Революції Гідності та початку війни з Росією відчуття того, що Україна вже ніколи не буде такою, як була, не покидало думок тисяч висококваліфікованих людей, які прагнули змін. Надто багато жертв було віддано за це. Ніхто не міг до кінця зрозуміти, куди ми рухаємось у деталях розвитку, проте загальний вектор був доволі чітким. Стало зрозуміло, що ми маємо рухатись до європейських цінностей рівності, дестигматизації, мінімізації корупції, прозорості, здорової конкуренції, розвитку, реформ, професіоналізму та змін заради кращого життя людей і розвитку країни. У контексті цих змін головною ідеєю було те, що ми маємо змінитись усі, а певний відсоток людей – взяти на себе відповідальність за ці зміни, хоч якими б непопулярними й важкими вони були. Відповідальність та зміни є неможливими без знань і розуміння векторів розвитку, а ці знання переважно вже були створені через досвід інших країн чи різних царин.

Я завжди дуже любила медицину загалом, дитячу неврологію зокрема та цікаві виклики. Поєднання цих трьох аспектів часто змушувало мене працювати в кількох місцях одночасно та часто понаднормово. Я завжди вірила, що всі ці зусилля – заради людей. Мала численні контакти з людьми з інших країн і помітила, що в деяких з них все робиться заради людей. Я дуже мріяла, що і в нас так буде. Можливо, частково це була ілюзія щодо інших країн, але я на своєму місці дитячого невролога розуміла, що саме так і треба працювати.

Від 1999 року я переважно працювала в Обласній дитячій лікарні. А окрім того, консультувала ще в кількох клініках. У процесі своєї роботи я зрозуміла важливу річ: дуже потрібно якісно працювати для людей, а для системних змін необхідні якісь більші кроки та зусилля. Свою другу декретну відпустку я однозначно, у контексті цього розуміння, використовувала з користю. Я почала опановувати т. зв. soft (м'які) та hard (тверді) навички, які стосуються не лише медицини, а й мають бути компонентою навчання кожного управлінця або активіста. Мушу сказати, що здобуті знання мені допомагали і в клінічній

діяльності після повернення до лікарні, але, як виявилось пізніше, знадобилися мені і в зовсім інших умовах.

Опис передумов

У серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. Це була далеко не єдина стратегія реформ на той час, проте вона точно була однією із головних. На той складний момент здавалося практично неможливим змінити ту систему, яка існувала десятиліттями, а міністри охорони здоров'я змінювались найчастіше з усіх міністрів в Україні. Численні фахівці, і з України, і з інших країн, були залучені до створення цієї стратегії. Очікували, що за допомогою нових стратегічних підходів слід було сподіватися підвищення якості та доступності допомоги та зменшення фінансових ризиків для людей. Створення та написання цієї Стратегії збіглося із важкими та одночасно обнадійливими подіями для країни. Україна тільки-но пройшла через трагічні і славетні події Революції Гідності та взялася до нової революції, метою якої стала побудова міцних державних інститутів та процвітання суспільства. Старт створення цієї Стратегії і дав перше розуміння того, що попереду є надія, яка супроводжуватиметься важкою роботою, великою кількістю спротиву та відповідальності.

У грудні 2014 року Верховною Радою Олександра Квіташвілі було призначено на посаду Міністра охорони здоров'я. Це було другим знаком того, що змін не уникнути, оскільки саме Квіташвілі був у групі, яка писала Стратегію реформування.

Зважаючи на те, що я вже здобула різні важливі навички, ухвалила рішення креативно волонтерити. Я організовувала благодійні аукціони, щоб зібрати кошти на різні потреби. Одного разу в Полтаві ми провели захід для дітей, де вони розмальовували ящики з-під боєприпасів. Пізніше ми повторили такий захід і у Львові. Потім був стоматологічний проєкт для мобілізованих хлопців і дівчат.

Водночас у нашій Обласній дитячій лікарні не було постійного головного лікаря і часто змінювались виконувачі обов'язків. Конкурси на цю посаду не проводили довгий час із різних причин, а виконувачі обов'язків часто не були готові до такої відповідальності, чи просто не бачили себе на такій посаді або інколи не розуміли своєї ролі в нових умовах. Враховуючи те, що ми завжди дуже вболівали за цю установу, у якій працювали дуже багато років, а сталося та

ефективного управління не мали, я напевно підсвідомо, хотіла чогось більшого саме для рідної лікарні.

Чому ж ми завжди так вболівали за нашу лікарню? По-перше, за ці десятки років в лікарні сформувався унікальний досвід медичної допомоги діткам та команда фахівців, які поєднували знання старших колег та новий сучасний досвід. Лікарні мають працювати якісно власне для пацієнтів. По-друге, Обласна дитяча лікарня – це найдавніша лікарня для діток на заході України. Вона була заснована 1950 року й відтоді в ній одужало сотні тисяч дітей. Через неї пройшли сотні чи тисячі професіоналів із добрим іменем та великими досягненнями, і директори також. Сама лікарня пройшла десятки випробувань – від змін керівництва області чи країни до надзвичайних ситуацій і взагалі загрози своєму фізичному існуванню. Одного разу через підтоплення будівлі наша лікарня була на межі руйнування, але і з цим вдалось впоратися завдяки вчасним управлінським рішенням та командній роботі. По-третє, на мою думку, в окремих лікарнях формується така собі медична сім'я, коли старші вчать молодших, і багато людей намагаються допомогти одні одним, хоча завжди бувають і винятки.

Чого бракувало нашій лікарні на той момент – це чіткого лідерства, змін і грошей, як я тоді думала. Керівники лікарні змінювалися, перебуваючи у статусі «виконувач обов'язки». Однією з основних ідей реформи було те, що лікарні мають перейти від чітко вертикального методу управління, коли накази спускали із Міністерства або від керівництва області, до незалежної діяльності, коли вони самі мали обирати вектор розвитку. У той час, коли країна змінювалась, колектив стояв на роздоріжжі й не знав до кінця, що робити далі. Деякі члени команди навіть не знали про ті зміни, які мали відбутись. Деякі люди не вірили в них, бо такі зміни декларували вже неодноразово і до цього, проте до реальних дій ще ні разу не доходило. Попри те, що багато членів команди дуже хотіли покращень та реформ, у лікарні існував комфорт стабільності, хоча і поганої, але все ж стабільності. Людям часто дуже складно виходити із зони комфорту, навіть заради покращення життя. Ще одним чинником опору чи нерозуміння змін у колективі було застаріле уявлення, що лікарні працюють для лікарів, а не для пацієнтів. Все це означало, що реформи в лікарні необхідні, але процес їх втілення буде вкрай складним.

У лікарні завжди існувала певна кількість членів команди, які готові були працювати та перенести складнощі заради кращого майбутнього – і я належала до таких. Впевненості в наших переконаннях нам додавали ті зміни, які поступово відбувалися у країні.

Наратив

Остаточне розуміння того, що разом із загальноукраїнськими змінами зміни в нашій лікарні є критично необхідними, настало після історії з Юлею.

До нас у лікарню потрапила дівчинка-сирота Юля. Вона нічого не мала зі собою, навіть зубної щітки, і на якомусь етапі ми ухвалили неординарне рішення. Моя колега, дитяча лікарка-кардіологиня Андріана, яка працювала в лікарні й робила дуже багато для неї, написала пост у фейсбуці із проханням до всіх небайдужих допомогти дівчинці. Я перепостила його й лягла спати. Прокинувшись, я почала отримувати велику кількість дзвінків від знайомих і не дуже людей. Суть цих звернень полягала в тому, що в нашій лікарні зчинився скандал: там, за їхніми словами, знехтували наміри волонтерів та їхнє бажання допомогти, і взагалі всіх, хто намагався це зробити, персонал виганяв з лікарні. Я здивувалась і не дуже розуміла, що робити далі. Нас точно могли звільнити за це, і керівник відділу кадрів так і сказав моїй колезі: «Все, це ж заява! Це звільнення!». Того ж ранку під лікарнею вже зібрались журналісти, щоб висвітлити цю ситуацію, але до них ніхто так і не вийшов. Це створило суттєву напругу. Виходу не було, оскільки той, хто створив цю ситуацію, той і мав її вирішити. Ми з колегою, хоч і невміло, але постарались відповісти на запитання журналістів та волонтерів. Виявилось, що коли волонтери приносили Юлі їжу або інші речі, деяких членів персоналу про це не повідомили, і очікувано, що вони не могли допустити чужих людей до дитини, оскільки несли за неї відповідальність. Власне тому й виникла така ситуація. Думаю, що ця ситуація стала останньою краплею розуміння того, що слід брати на себе відповідальність за зміни.

Одного дня, коли я була у відпустці, мені зателефонували з лікарні зі словами: «У нас знов немає головного лікаря. Ми тут собі думаємо, може, ти спробуєш?». Особливо не вагаючись я подалась на конкурс і виграла його. У квітні 2016 року я стала першою директоркою Обласної дитячої лікарні, яку обрали на конкурсній основі.

Дилема

Прийшовши на посаду директорки лікарні, у якій я стільки років пропрацювала лікаркою, проблеми нашої установи відкрились із зовсім іншого боку. Я виокремила головні:

1. Відсутність розуміння потреб закладу. Ніхто не знав, що саме потрібно лікарні. Бухгалтери надали мені аналітичну довідку фінансових потреб. Такі

- довідки слід було щороку подавати в Обласну раду, щоб там могли виділити певний бюджет для покриття потреб. Часто якщо не відстоювати цієї довідки та не обговорювати її із власником лікарні (Обласною радою), то і гроші виділяли за залишковим принципом. Окрім інформації щодо необхідного обладнання та розхідників, одним із пунктів довідки, яку мені підготувати, була необхідність виділити певну суму на стажування лікарів в інших країнах. Я запитала, чому саме ці гроші потрібні. Отримала відповідь, що просто хтось із лікарів сказав: «Було би добре, якби ми поїхали повчитись за кордоном».
2. Застарілість приміщень та обладнання. Візуально приміщення виглядали охайними, але вкрай зношеними. Часто приходили члени команди із запитом на якесь нове обладнання або витратні матеріали. Всі хотіли відповідати найвищим стандартам, хоча не завжди розуміли як і для чого це робити. Водночас не було розуміння, що ці найвищі стандарти мають працювати для пацієнта.
 3. Гроші. Лікарня фінансувалась із Казначейських рахунків, тому були прописані чіткі суми на зарплати та мінімальну операційну діяльність. Додаткових коштів на розвиток добитись було важко.
 4. Персоналоцентричність. Лікарня виглядала зосередженою на персоналі. Ординаторські лікарів часто ремонтували, хоча й за їхні кошти, і виглядали вони доволі зручними. А от палати пацієнтів були незручними та візуально в поганому стані, а щоб потрапити до лікаря, часто треба було довго чекати в незручних умовах. Реанімації були закриті для відвідувачів. Коли я уточнила «чому так?», то почула, що родичі можуть заважати медикам надавати допомогу в реанімаціях. Батьки чекали під реанімацією стоячи. Часто на запитання, чому щось у лікарні саме так працює, я у відповідь чула, що так зручно лікарям. До того ж ліфт не працював уже кілька років, бо на це ніколи не було коштів.
 5. Люди. Велика частина колективу працювала відчайдушно та відповідально, водночас значна частина виконувала роботу неохоче та недбало. Я виявила, що не існує оновлених документів із функціональними обов'язками працівників, і всі користувались застарілими зразками. Одного разу я помітила, що вночі в частині одного з коридорів, який починався із великих скляних дверей постійно вимкнене світло. Коли я його вмикала, то хтось завжди його вимикав. Ніхто не вказував причини, але для себе я помітила, що у світлі лампи дуже добре видно, наскільки недосконало помитими є ті скляні двері. Думаю, що в цьому й була причина вимикання світла. Також не було членів команди, які б відповідали за комунікацію у закладі.

6. Благодійні проекти. Ще до історії із Юлею, але особливо після неї до нас почали надходити пропозиції щодо різних благодійних проектів та щодо допомоги від волонтерів. Нам купували різні речі – від ліжок до фарби для приміщень. Ми робили багато різновекторних активностей із волонтерами, проте це не приводило до генеральних великих змін у лікарні.
7. Ми втрачали пацієнтів. Поступово, з роками, як виявилось, кількість пацієнтів, які приходили до нас, зменшувалась. Враховуючи модель фінансування, ніхто цим не переймався, оскільки, не зважаючи на кількість пацієнтів, зарплату платили і гроші виділяли. Враховуючи, що зарплата була мізерна, люди не були мотивовані працювати віддано. Поряд було багато конкурентів, і приватних, і державних, які приймали більшу кількість пацієнтів. Загроза того, що в нових умовах реформи ми виявимося непотрібними та нецікавими, збільшувалась.

Якщо підсумувати мої враження та дилему, яка виникла переді мною, то можна сказати, що працюючи лікаркою, я завжди думала, що основна проблема – брак грошей і власне з цього слід починати, а потім все інше. Після мого призначення я зрозуміла, що є інші дуже важливі речі, які не завжди й не зовсім пов'язані з грошима та в багатьох випадках не потребують великих капіталовкладень.

Відповідно в мене на той момент було кілька дилем:

1. Як саме впроваджувати зміни та в якій послідовності, як зібрати команду для цього і що в цьому важливо?
2. Як переконати персонал, Обласну раду, пацієнтів та всіх стейкхолдерів у необхідності та важливості непростих змін?
3. Які компетенції потрібні мені для цього?

Частина Б.

1. Зміни.

Після мого призначення директоркою Обласної дитячої лікарні для мене важливо було знайти команду однодумців. Їх виявилось менше, ніж я очікувала, але ці люди були готовими пройти всі складні етапи. Досить багато перешкод створювали люди, які в лікарні перебували у своїй зоні комфорту. Щоб подолати ці перешкоди, я ухвалила рішення, що буду говорити з усіма, нікого не принижуючи, не відсторонюючи, – шукатиму підхід. З кимось це вдалось, а з

кимось не дуже, але остаточне рішення щодо векторів, проєктів чи змін ми все ж ухвалювали спільно з командою змін.

Далі, як я вже згадувала, ми отримували пропозиції і впроваджували проєкти, які змінювали відділення, коридори, їдальні та інші приміщення лікарні. До нас приходили благодійники із пропозиціями – ми їх разом втілювали. Таких проєктів було дуже багато. Ми займались практично всім та одночасно.

Один із перших проєктів, які ми реалізували, – ремонт ліфту. Щодо бюджету лікарні, то такий проєкт коштував небагато, проте це дало можливість забезпечити невеликі та швидкі перемоги. Це дало відчуття того, що зміни на краще таки будуть.

Після того, як з'явилось відчуття пройдених перших кроків, ми з деякими членами команди та благодійниками лікарні зрозуміли, що багато проєктів – це важливо, але вони не складаються в якийсь один вектор. Власне тоді я зрозуміла, що створення стратегії підприємства – це ще одна компетенція, яка є важливою для директора чи директорки лікарні. Перша наша стратегія була доволі простою і не структурною, але зрозумілою. Ми прийшли до висновку, що насамперед хочемо повернути пацієнта в лікарню. Ми домовились, що будемо брати більше складніших пацієнтів, робити більше складних хірургічних втручань і не боятись такої відповідальності.

У контексті такої стратегії нам потрібна була дуже компетентна хірургія та реанімація, сучасна стерилізація та нове приймальне відділення. Власне після цього ми зосередились на наступних проєктах. За сприяння Фонду Кличків створили нове потужне стерилізаційне відділення. Ми ініціювали та створили нове сучасне приймальне відділення лікарні замість старого підвалу, куди змогли простіше та швидше заїжджати машини «швидкої», а навігація в ньому була зрозуміла та інтуїтивна. Перед нами постала проблема закритих реанімацій, а в нашій стратегії було лікування пацієнтів зі складнішими діагнозами. Відповідно, ми працювали у двох напрямках. Перший – відкрити реанімації для батьків діток, які там перебувають. Другий напрям «знайшов» нас сам. Ідеться про відкриття Кімнати Рональда МакДональда в лікарні, у якій батьки чи опікуни діток могли відпочити чи поїсти, поки чекають на новини з реанімації або хірургії. Відтоді й на 2022 рік цю кімнату відвідало 23 000 батьків.

Також нам був потрібний новий досвід з інших країн, щоб допомагати більшій кількості дітей. Тому завдяки закордонним благодійникам ми запрошували лікарів з інших країн, які радо ділились своїм досвідом.

Іншими словами, окрім лікувального процесу, ми розбили діяльність лікарні на проекти і крок за кроком рухались до мети. Після створення стратегії лікарні були і проекти, від яких ми змушені були відмовитись, оскільки вони не вписувались у нашу стратегію. Тобто наші кроки стали структурнішими та зрозумілішими.

Звичайно, що ми рухались сумбурно та непослідовно, приходили до висновків у процесі та вчилися на своїх помилках. На той момент бракувало знань, як впроваджувати структурні зміни. Якби ми їх мали, то процес можна було би зробити ефективнішим.

2. Стейкхолдери.

У процесі роботи я зрозуміла ще одну важливу річ: директор чи директорка лікарні має вміти взаємодіяти із стейкхолдерами лікарні, тому що така взаємодія та комунікація дає більше сили, ресурсу та можливостей лікарні. Після того, як ми сформували стратегію та почали чітко описувати запити, наш власник (Обласна рада) почав виділяти нам більше ресурсу на втілення ідей, а всі благодійники та журналісти чітко зрозуміли, що ми робимо та куди рухаємось. Таким чином, підтримка стала більш скоординованою.

Ще одним чи не найбільшим стейкхолдером лікарні були наші пацієнти та їхні сім'ї. Головним викликом для нас було зрозуміти, які ефективні канали комунікації можна використовувати. Ми обрали соціальні мережі та засоби масової інформації. У контексті стратегії готували дописи про складні втручання наших лікарів, про персонал та успішно проліковані випадки. Журналісти часто приходили на допомогу і брали в членів команди інтерв'ю, описували ці історії успіху, проліковані складні випадки та зміни, які відбуваються.

Знову ж таки, ми вчилися на наших помилках, хоча структуровані знання дали би можливість зрозуміти, що стейкхолдерів є значно більше, що слід будувати мапи стейкхолдерів та каналів взаємодії із ними є значно більше. Також інтенсивність, тривалість та характер цієї взаємодії теж можна обирати, зважаючи на цю мапу.

3. Компетенції.

Обговорюючи історію з Юлею, з якої все почалось, даючи коментарі журналістам та волонтерам, ми намагались бути максимально відвертими. Загалом відвертість не є поширеною в українській медицині. Ми, можливо, комунікували невміло, але відверто. У нашому випадку це зіграло позитивну

роль, тому що після цього ми почали отримувати пропозиції про допомогу та підтримку, а волонтери та журналісти стали добрими друзями лікарні. Власне тому, на мою думку, **комунікація та кризова комунікація** – це перша та одна з найважливіших компетенцій, якою має володіти директор або директорка клініки.

Реалізуючи різні проекти ми зрозуміли, що вони мають перебувати в межах стратегії, тому і створили стратегію та відмовились від низки проектів. Це ще одна компетенція директора або директорки лікарні – участь і лідерство у **створенні стратегії**.

Врешті у процесі всіх проектів та активностей я багато навчалась. На різних конференціях, школах, тренінгах, воркшопах та інших ініціативах. Це і є ще одна компетенція – **вміння вчитись** та робити свої компетенції гібридними. Директор чи директорка не має у лікарні займатись всім, а має розуміти, як все працює, і вміти **делегувати** обов'язки.

Знову ж таки, більш структурований підхід до створення планів розвитку менеджера дав би змогу отримувати знання ефективніше.

У підсумку ми, можливо, і не стали б найкращою лікарнею в Україні, але такої мети й не було. Ми стали зрозумілими, прозорими та з нашим вектором. Розвиток триває і триватиме завжди.

Нотатки для викладача

Загальна інформація.

Цей кейс є цілісним, проте його можна використовувати для викладання у трьох темах. Викладач/викладачка може обрати відповідне завдання для студентів, щоб досягнути відповідних навчальних цілей.

Тем.

- I. Управління змінами.
- II. Взаємодія із стейкхолдерами.
- III. Формування навчальних компетенцій менеджера.

Навчальні цілі.

I. Управління змінами.

Ціль 1. Використовувати структурні інструменти для впровадження змін.

Ціль 2. Розуміти зміну підходів, які має прийняти керівник перед запровадженням реформ.

Ціль 3. Чому багато змін провалюються та які основні перешкоди до їх впровадження?

II. Взаємодія із стейкхолдерами.

Ціль 1. Вміння будувати мапу стейкхолдерів та описувати силу впливу та зацікавленість кожного.

Ціль 2. Розробити та використовувати мапу стейкхолдерів, щоб вибрати частоту та інтенсивність комунікації із кожним.

Ціль 3. Вибрати канали комунікації для кожної групи стейкхолдерів.

III. Компетенції.

Ціль 1. Вміти складати план розвитку менеджера медичного підприємства.

Ціль 2. Використовувати модель компетенцій менеджера охорони здоров'я для складання плану розвитку.

Ціль 3. Змінити підхід до навчання від емпіричного до структурного.

Методика виконання кейса.

Крок 1. Визначення контексту.

На цьому етапі викладач спільно із студентами має розібрати контекст кейса. Основною ідеєю цієї частини розв'язання кейса є реформа системи охорони здоров'я, яка спровокувала перехід від чітко вертикальної моделі управління до децентралізованої моделі та незалежності підприємств. Також важливо дати розуміння того, що керівниками лікарень у нових умовах не народжуються, а стають, серед іншого і на основі громадянської позиції та бажання змін, але цього не достатньо.

Крок 2. Визначення проблеми.

Основні завдання цієї частини розв'язання кейсу відрізняються залежно від теми, у контексті якої його викладають.

I. Управління змінами. Основне завдання – дати студентам можливість виокремити проблеми, з якими може стикнутись директорка у процесі впровадження змін. Зазвичай це нерозуміння персоналу, неструктурованість змін, відсутність стратегії та інші. Проблема в тому, що директорці потрібні знання, щоб впроваджувати зміни ефективно.

II. Взаємодія зі стейкхолдерами. Основне завдання – дати студентам розуміння, що лікарня має дуже велику кількість стейкхолдерів. На цьому етапі з ними мало взаємодіють і в них відрізняється сила впливу, роль та стилі комунікації. Зі всіма стейкхолдерами слід взаємодіяти ефективно та правильно.

III. Компетенції. Основне завдання – дати студентам розуміння, що на цьому етапі директорка лікарні не завжди володіє компетенціями, необхідними в нових умовах, та їх потрібно отримати структуровано, щоб впроваджувати зміни. Як це зробити?

Крок 3. Завдання.

I. Управління змінами.

1. Як структурно пройти шлях змін і впровадити їх із мінімальними ризиками та втратами?
2. Опишіть етапи впровадження змін.

II. Взаємодія із стейкхолдерами.

1. Опишіть мапу стейкхолдерів лікарні за силою впливу та зацікавленістю.

2. Опишіть стиль, інтенсивність та канали комунікації із кожною групою стейкхолдерів.

III. Компетенції.

1. Опишіть основні компетенції, якими має володіти директорка лікарні, щоб впроваджувати зміни.
2. Опишіть план розвитку директорки лікарні, сформувавши почерговість отримання компетенцій, які ви описали, відповідно до проблем лікарні та реформи.

Крок 4. Визначення можливих рішень та компетенцій, які для цього потрібні.

На цьому етапі студенти мають вирішити поставлені завдання залежно від теми, у контексті якої викладено кейс. Щоб розв'язати завдання, можна (проте не обов'язково) використовувати такі інструменти:

I. Управління змінами.

- Модель 8 кроків змін Коттера (Додаток 1).

II. Взаємодія із стейкхолдерами.

- Мапу стейкхолдерів за силою впливу та зацікавленістю (Додаток 2).

III. Компетенції.

- Модель компетенцій лідерів в охороні здоров'я Healthcare Leadership Alliance (Додаток 3).

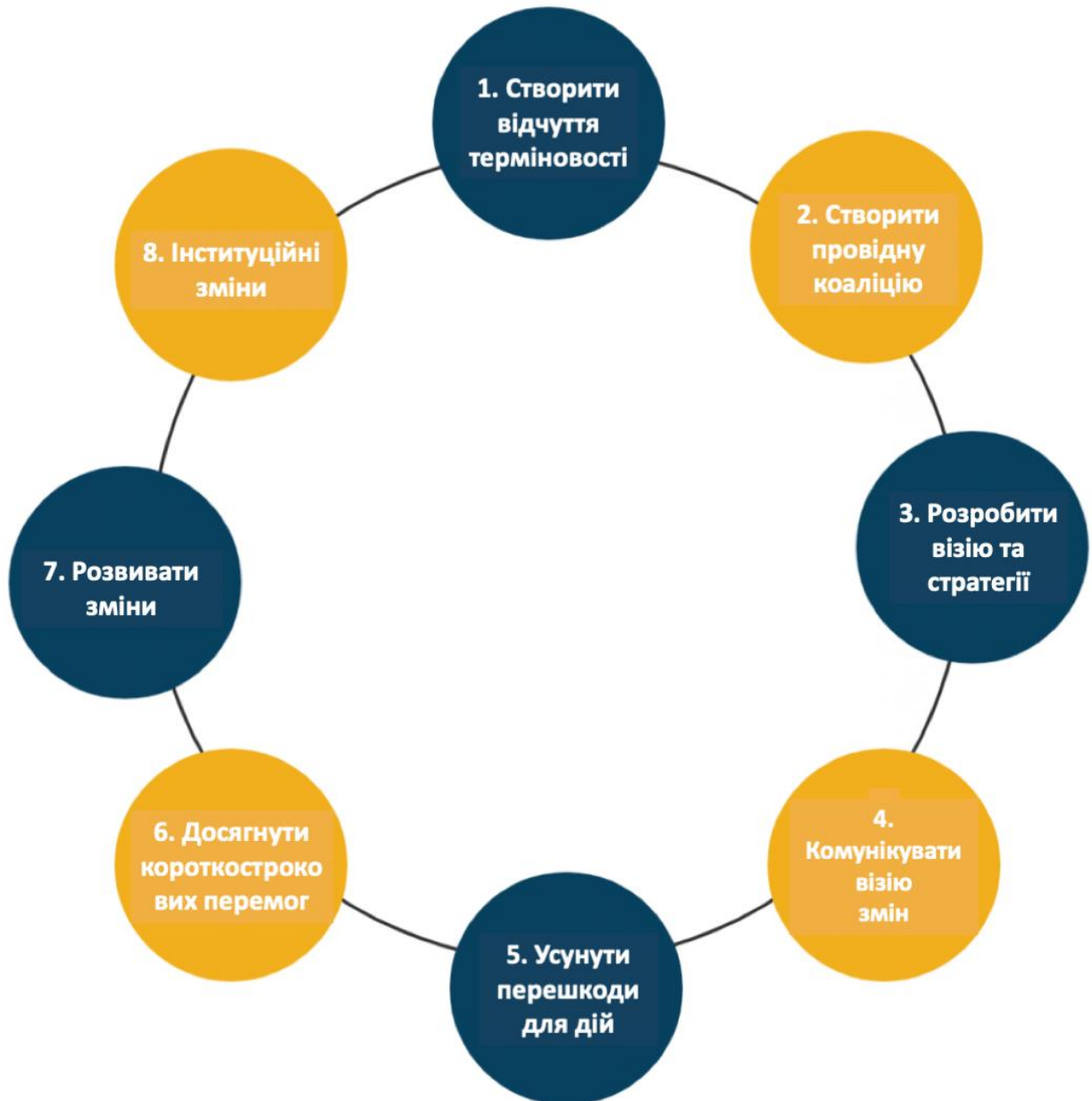
Крок 5. Загальний опис рішень, які застосовували.

На цьому етапі не слід вказувати на правильність обраного рішення та давати чітких рекомендацій. Наприкінці слід обговорити, що можна було би зробити краще в контексті відповіді до кейса та відповідей, які описали студенти.

Додатки

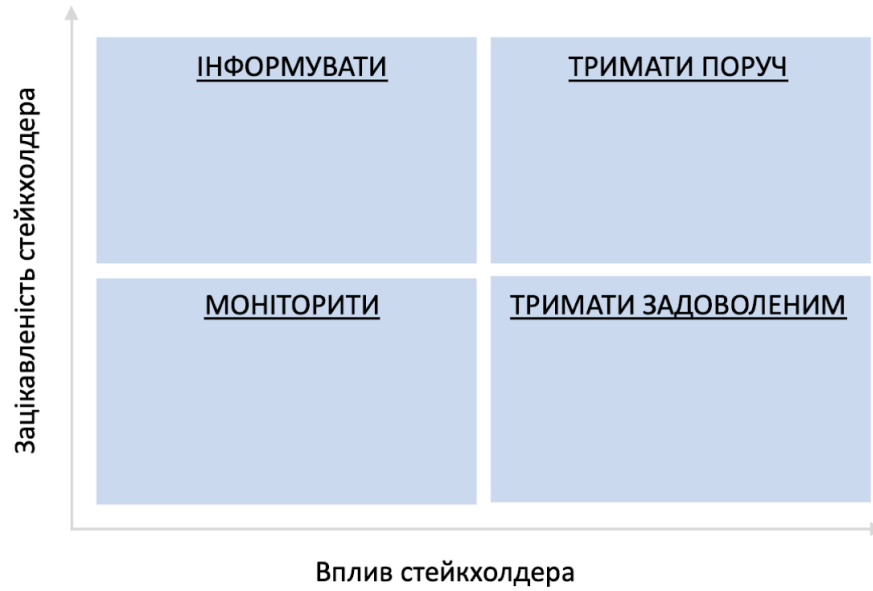
Додаток 1.

Графічне зображення Моделі 8 кроків змін Коттера



Джерело: <https://creately.com/blog/diagrams/kotters-8-step-change-model/> .

Графічне зображення мапи стейкхолдерів



Джерело: <https://www.playbookux.com/stakeholder-map-template/>.

Графічне зображення Моделі компетенцій Healthcare Leadership Alliance



Джерело: Stefl, M. E. (2008). Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model. *Journal of healthcare management*, 53 (6).

**РАДЬ О.
РЕАЛІЗАЦІЯ БІЗНЕС-ПРОЄКТІВ У РАМКАХ ПРОГРАМИ
МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ УКРАЇНИ З ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ: ВИКЛИКИ ВОЄННОГО ЧАСУ**

Навчальний кейс

Вступ

«Любов, повага та доказова медицина, щоб Ви були здорові.»

Саме на таких цінностях 2019 року у Львові зародилася Сімейна амбулаторія «Вулик», яка під однією торговельною маркою об'єднує кількох суб'єктів господарювання в різних локаціях. Визначальною умовою участі у «Вулику» є праця на таких засадах:

- Людина – найвища цінність. І пацієнти, і працівники;
- Повне дотримання принципів доказової медицини;
- Кожен відповідальний за те, що робить: і лікар, і медсестра, і пацієнт. Всі працюють на позитивний результат спільної роботи – здоров'я;
- Якісна комунікація = довіра. «Вулик» – це простір для чесної і відкритої комунікації;
- Інклюзивність;
- Супровід. «Вулик» супроводжує пацієнта на етапах діагностики, профілактики, лікування і не залишає сам на сам із медичною чи соціальною проблемою, що виходить за межі безпосередньої компетенції;
- Холістичний підхід: враховуємо всі чинники, що впливають на фізичне та психологічне здоров'я пацієнта;
- Соціально-орієнтована приватна медична практика, де стан громадського здоров'я є чи не найважливішим вектором розвитку практики;
- Постійний професійний розвиток працівників, колегіальність та взаємоповага. «Вулик» – це соціально та екологічно відповідальний бізнес!

Чітке формулювання принципів діяльності, які ґрунтуються на таких жаданих для України та очікуваних у суспільстві засадах гідності й поваги, швидко привели до бажаних результатів. Від 2019-го до 2021 року одна з

сімейних амбулаторій «Вулика» на вул. Тичини у Львові, що працювала на базі ФОП Пікулицька Я. В., вийшла за рамки первинної медичної допомоги, об'єднала в собі працю 17 працівників для понад 5 тисяч задекларованих пацієнтів. Відтак приміщення амбулаторії на вул. Тичини стало затісним і вже не могло задовольнити все більший запит на співпрацю і від пацієнтів, і від медиків, які мріяли працювати в такому закладі.

Закономірно, що наприкінці 2021 року в Ярини Пікулицької, співзасновниці бренду Сімейної амбулаторії «Вулик», виникла потреба розвивати справу свого життя – дилема, вирішуючи яку, необхідно було враховувати і зміни в реформі охорони здоров'я, і фінансовий потенціал, і, як з'ясувалося 24 лютого 2022 року, повномасштабну війну...

Опис передумов

19 жовтня 2017 року Верховна Рада України (надалі ВРУ) ухвалила Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>. За умовами цього закону в Україні почали запроваджувати Програму державних гарантій медичного обслуговування населення (Програма медичних гарантій). Вона визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Надавачами медичних послуг, а відповідно й одержувачами коштів з державного бюджету України можуть бути заклади охорони здоров'я всіх форм власності та фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з Уповноваженим органом. Таким Уповноваженим органом визначено Національну службу здоров'я України (надалі НСЗУ), яка діє на підставі Постанови Кабінету Міністрів України (надалі КМУ) від 27 грудня 2017 року № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я» України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.

Фактично з ухваленням цього закону в Україні розпочали впроваджувати медичну реформу, зокрема систему фінансування охорони здоров'я, з основоположним принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Пацієнт здобув право вибрати лікаря, який надаватиме йому безоплатну медичну послугу, у будь-

якому медичному закладі України, незалежно від форми власності та місця проживання. Єдиною передумовою цьому має бути підтримка закладом програми медичних гарантій населенню, тобто укладення договору з НСЗУ. Водночас надавачі медичних послуг не повинні входити в систему державних чи комунальних медичних закладів, щоб претендувати на отримання коштів з Держбюджету, тим самим ринок безкоштовних для пацієнта медичних послуг доповнився приватними закладами, що неминуче привело до здорової конкуренції на ринку та покращило якість надання медичних послуг.

Вибір лікаря первинної медичної допомоги документується шляхом подання пацієнтом (або його законним представником) декларації, що підтверджує волевиявлення пацієнта (його законного представника) про вибір лікаря, який надаватиме йому первинну медичну допомогу (далі – ПМД). Форма такої декларації та порядок надання на її підставі ПМД визначено в Наказі Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗУ) від 19.03.2018 року № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n22>.

Оплату здійснює НСЗУ з коштів Державного бюджету України безпосередньо медичним закладам в рамках договору про медичне обслуговування населення, укладеного з НСЗУ за єдиними тарифами на всій території України. Тарифи розробляють і затверджують в порядку, передбаченому для програми медичних гарантій, та є її невід'ємною частиною.

Тарифи можуть встановлювати як:

- 1) глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;
- 2) капітаційні ставки, які встановлюють як фіксовану суму за кожного пацієнта;
- 3) ставки на пролікований випадок;
- 4) ставки на медичну послугу;
- 5) ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг.

Зазначені ставки можна використовувати і разом, і окремо. До тарифів можуть застосовувати коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є єдиними для всієї території України. Підставою для оплати тарифу, що здійснює НСЗУ, є звіт, який створюють в електронній системі охорони здоров'я на підставі інформації та документів, що вніс надавач медичних послуг до цієї системи. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

Реалізація бізнес-проектів у рамках Програми медичних гарантій України з первинної медичної допомоги: виклики воєнного часу

До оплати медичних послуг за надання ПМД застосовують тариф у вигляді капітаційної ставки з визначеними корегуючими коефіцієнтами залежно від віку пацієнта. Цей тариф щорічно затверджує КМУ залежно від обсягів фінансування програми медичних гарантій, закладених у Державному бюджеті України. У 2022 році тариф на ПМД становить:

Вікова категорія	За одного задекларованого пацієнта	Період, протягом якого особа має бути задекларована в лікаря для отримання повної вартості
від 0 до 5 років	2465 грн	з 1.01.2022 по 31.12.2022
від 6 до 17 років	1 356 грн	з 1.01.2022 по 31.12.2022
від 18 до 39 років	616 грн	з 1.01.2022 по 31.12.2022
від 40 до 64 років	739 грн	з 1.01.2022 по 31.12.2022
понад 65 років	1 232 грн	з 1.01.2022 по 31.12.2022

* Тарифи затверджено Постановою КМУ від 29 грудня 2021 р. № 1440 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році».

Фізична особа-підприємець Ярина Пікулицька у квітні 2019 року отримала ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики за спеціальностями загальна практика – сімейна медицина, терапія, педіатрія, сестринська справа. У липні 2019 року уклала договір з Національною службою здоров'я України про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога». У рамках цього договору взяла на себе обов'язок надавати усім задекларованим пацієнтам медичні послуги в обсязі, визначеному в додатку-специфікації «Обсяг медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта/пацієнтки» (Додаток 1).

За 2019 рік до ФОП Пікулицької Я. В. приєдналися 2 лікарів, 1 медична сестра, 1 адміністратор, яких було прийнято на роботу. А також задекларовано 250 пацієнтів від 0 до 18 років. У 2020 році кількість працівників збільшилась до 8, доєдналися 2 лікарів-педіатрів, 1 сімейний лікар та 1 терапевт. Приріст задекларованих пацієнтів становив понад 700 % (було 250 пацієнтів, а наприкінці 2020 року стало 1987 пацієнтів). На зовнішнє обслуговування повністю була передана кадрова, бухгалтерська та юридична робота. У 2021 році, відповідаючи на запит і потреби пацієнтів, розширено види надання медичних послуг та в команду «Вулика» прийнято дитячого лікаря-невролога та лікаря з ультразвукової діагностики. Наприкінці 2021 року кількість працівників

становила 14 осіб: 9 лікарів, 2 медичні сестри, 3 адміністратори. Кількість пацієнтів збільшилася до 4500 осіб, з них 4123 особи задекларовані та 377 пацієнтів, які отримували медичні послуги за межами Програми державних медичних гарантій, тобто самі сплатили за отримані послуги.

Щоб забезпечити повноту послуг, у «Вулику» постійно оновлюють та збільшують медичне устаткування, є і дороговартісна апаратура.

Велике значення надається комунікації між надавачем та споживачем медичних послуг, працівників між собою. Від 2020 року у «Вулику» на вул. Тичини функціонує кол-центр, який комунікує з пацієнтами через телефонний зв'язок, сайт, усі можливі месенджери. Завдяки впровадженню кол-центру було суттєво розвантажено адміністраторів, які, окрім іншого, зустрічають та розраховують пацієнтів, реєструють аналізи, розділяють потоки пацієнтів, облікують фінансову, медичну та витратну документацію, підтримують чистоту та дезінфікують поверхні. У «Вулику» використовують десктопну версію медичної інформаційної системи. Завдяки їй вся документація – в електронному режимі. Кожний пацієнт і кожна пацієнтка мають свою медичну картку з історією візитів, записами лікаря, фінансовими операціями. Це дає можливість аналізувати всі операційні процеси у «Вулику» та впорядковувати всю медичну облікову документацію пацієнта.

«Вулик» постійно вдосконалює свою роботу на базі медичної інформаційної системи, яка є не лише доступом до загальнодержавної програми eHealth, а й допомагає максимально організувати процеси надання медичних послуг. Крім зазначених вище процесів, «Вулик» запускає Додаток лікаря і пацієнта, який дасть пацієнтові змогу мати доступ до всіх своїх медичних записів, самостійно реєструватись на прийом та скасовувати візит. Для лікаря цей додаток допоможе спланувати робочий графік та полегшить доступ до документів пацієнта. Також запроваджено нагадування про візит, яке надсилають пацієнтові за день до візиту. Ця медична інформаційна система дає змогу повністю вести облік всіх витратних матеріалів, зокрема вакцин. Важливо зазначити, що ця система є інструментом для обрахування заробітної плати для лікарів. Усі дані про візити, кількість і вартість наданих послуг можна згенерувати і, відповідно до цих даних, розрахувати лікарю заробітну плату за відповідний період. Фактично МІС виконує роль внутрішньої CRM-системи (customer relationship management – система управління взаєминами з клієнтами), яка дає змогу вести облік всіх медичних адміністративних та фінансових процесів.

Ці обставини безпосередньо не пов'язані з наданням медичної послуги, однак суттєво покращують її якість та доступність. Їх впровадження та

розвиток – результат правильних управлінських рішень, що ґрунтуються на постійному моніторингу задоволеності пацієнта наданими послугами, вивченням потреб ринку медичних послуг і правильному реагуванню на скарги та незадоволеність пацієнта.

Доцільно зазначити, що пік розвитку «Вулика» збігається з періодом боротьби з пандемією COVID-19, що свідчить про високу здатність управлінця прийняти виклики, перетворити їх на можливості та швидко дати відповідь: надати послугу такої якості й у такому обсязі, якого найбільше потребує суспільство.

У частині фінансування «Вулик» на вул. Тичини, що працює на базі ФОП Пікулицька Я. В., є прибутковим медичним закладом. У 2021 році значну частку надходжень (46 %) становлять кошти, які перераховує НСЗУ згідно з Договором про медичне обслуговування населення за надану первинну медичну допомогу. Решта – прибуток від надання медичних послуг, за які сплачують самі пацієнти та які не входять до медичних послуг, які надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта / пацієнтки (Додаток 1). Як видно з поданого вище, за умови правильного управління процесами бюджетних коштів є достатньо, щоб надати якісну та повну первинну медичну допомогу на рівні, що гарантує держава, та, відповідно, забезпечити самоокупну діяльність медичного закладу з найманими працівниками. Що надважливо, такі кошти є прогнозованою та доволі стабільною величиною, яка дає змогу проаналізувати перспективи розвитку та динаміки реалізації цілей.

Восени 2021 року Ярина Пікулицька, ґрунтуючись на досвіді успішної співпраці з НСЗУ як ФОП, вивчивши попит на отримання медичних послуг у «Вулику» та запит від колег-лікарів щодо роботи у «Вулику», ухвалила рішення розширити діяльність. У січні 2022 року вона зареєструвала новий суб'єкт господарювання – ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ», щоб здійснювати господарську діяльність з медичної практики у приміщенні площею 197 кв. м на 9 кабінетів з орієнтовно 40 працівниками. У лютому 2022 року укладено договір довгострокової оренди на приміщення в новозведеному будинку. Визначено потребу у значних фінансових затратах на проведення капітального ремонту з облаштуванням приміщення за вимогами Державних будівельних норм та санітарних норм і правил до медичних закладів. Розпочато процедуру кредитування в державному банку України за програмою 5/7/9. Заплановано надання медичної допомоги за 27 медичними спеціальностями, зокрема педіатрія, терапія, загальна практика – сімейна медицина, неврологія, дитяча неврологія, кардіологія, дитяча кардіологія, дитяча кардіоревматологія,

ревматологія, гастроентерологія, дитяча гастроентерологія, алергологія, дитяча алергологія, імунологія, ендокринологія, дитяча ендокринологія, нефрологія, дієтологія, пульмонологія, дитяча пульмонологія, офтальмологія, дитяча офтальмологія, отоларингологія, дитяча отоларингологія, ультразвукова діагностика, функціональна діагностика, сестринська справа. Реалізація передбачає підготовчий та три основні етапи:

Підготовчий етап: залучення кредитних коштів, закінчення ремонту, закупівля необхідного медичного обладнання, отримання ліцензії на здійснення господарської діяльності з медичної практики, працевлаштування персоналу, укладення договору з НСЗУ.

I етап. Оскільки «Вулик» є сімейною амбулаторією, покликаною бути доступною першою точкою входу пацієнта в систему охорони здоров'я, ухвалено рішення про відкриття медичного центру «Сімейна амбулаторія ВУЛИК-ЛЬВІВ», щоб надавати первинну медичну допомогу пацієнтам за деклараціями в рамках договору з НСЗУ. Також заплановано надавати медичні послуги зі спеціалізованої допомоги за спеціальностями: ультразвукова діагностика, функціональна діагностика, неврологія, дитяча неврологія. Ці послуги надаватимуть за договором з пацієнтом, а не НСЗУ. Запланований штат працівників: 18 осіб, із них 14 лікарів, 2 медичні сестри, 2 працівники іншого персоналу. Джерела фінансування: 50 % надходжень від НСЗУ, 50 % – від пацієнтів. Час реалізації червень-жовтень 2022 року;

II етап. Впровадження медичних послуг спеціалізованої медичної допомоги з ½ запланованих лікарських спеціальностей. Введення 10 додаткових штатних лікарських посад, збільшення адміністративного персоналу на 2 працівники. Джерела фінансування: 60 % – заощадження з I етапу, 40 % – надходження від договорів з пацієнтами. Час реалізації листопад-грудень 2022;

III етап. Впровадження медичних послуг за рештою спеціальностей. Ймовірно, укладення договору з НСЗУ за пакетом послуг з надання спеціалізованої амбулаторної допомоги, щоб зробити доступнішою якісну медичну допомогу більшій кількості пацієнтів. Збільшення штату працівників до 30–35 лікарів, до 4–6 медичних сестер та до 4 осіб адмінперсоналу. Джерела фінансування: 55 % – заощадження з попередніх етапів, 45 % – надходження від пацієнтів, а також ймовірні надходження від НСЗУ в разі укладення договору на 2023 рік. Час реалізації січень 2022-го – березень 2023 року.

І так станом на 24 лютого 2022 року в Ярини Пікулицької було зареєстровано нове ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ», укладено договір оренди на приміщення (з умовою про виплату орендної плати з початком діяльності

медичного центру, але не пізніше вересня 2022 року), у якому вже розпочався дороговартісний капітальний ремонт за її заощадження, подано заяву, однак банк не прийняв рішення щодо надання кредиту. Рішення про надання банком кредиту залишається на розгляді, хоч виконано всі умови кредитування за державною програмою.

Наратив

Повномасштабне вторгнення російських військ 24 лютого 2022 року докорінно змінює життя всіх суб'єктів господарювання, і ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» також. Вирішивши нагальні базові потреби безпеки, постало питання «А що робити далі?», адже процес запущено й необхідно ухвалювати надскладні управлінські рішення.

Договір оренди передбачає можливість його дострокового розірвання, особливо враховуючи форс-мажорні обставини війни. Однак у такому випадку доведеться втратити всі вкладення у капітальний ремонт, які є безповоротними, власник приміщення їх не відшкодуватиме.

У перший місяць воєнного стану КМУ ухвалив рішення про тимчасову зміну політики й реалізацію програми медичних гарантій в Україні на цей період. У Постанові КМУ від 20 березня 2022 р. № 325 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення» зазначено:

- на період дії воєнного стану вимоги Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій не застосовуються. Тобто НСЗУ повністю припиняє укладення договорів до закінчення воєнного стану в Україні;
- на період дії воєнного стану вимоги Порядку опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я, затвердженому цією постановою, не застосовуються;
- вимоги Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення щодо звітів надавачів медичних послуг про надані медичні послуги не застосовуються. Тобто подача звітів є не обов'язковою і не впливає на нарахування оплати;

- протягом часу воєнного стану для надавачів медичних послуг із ПМД фактична вартість медичних послуг на місяць розраховується на рівні фактичної вартості медичних послуг, наданих за таким пакетом медичних послуг (тобто кількості декларацій) у березні 2022 року;
- протягом часу воєнного стану для надавачів медичних послуг положення щодо розрахунку фактичної вартості медичних послуг для всіх пакетів медичних послуг не застосовуються. Тобто оплата за всіма пакетами медичних послуг, крім ПМД, здійснюється за тарифом глобального бюджету.

1 липня 2022 року КМУ ухвалив нову Постанову № 741 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення», відповідно до якої:

- для надавачів медичних послуг ПМД протягом дії воєнного стану фактична вартість медичних послуг, передбачених пакетом медичних послуг «Первинна медична допомога» на місяць розраховується на рівні фактичної вартості медичних послуг, наданих за таким пакетом медичних послуг (тобто кількості укладених декларацій), на 1 липня 2022 року.

На сайті НСЗУ розміщено оголошення про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога» від 18 липня 2022 року. У ньому визначено, що термін подання пропозицій про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога» минає о 18 годині 00 хвилин за київським часом 29 липня 2022 року. Таким чином, у новоутворених суб'єктів господарювання з медичної практики, які мали намір надавати пацієнтам первинну медичну допомогу в рамках Програми державних медичних гарантій 2022 року, виникло право лише протягом 11 днів зголоситися на укладення такого договору. До того ж передумовою подання заяви є отримання ліцензії на медичну практику та працевлаштування працівників. Розгляд заяв на отримання ліцензії щодо здійснення господарської діяльності з медичної практики МОЗ України відновило теж у ті дні: 13 липня 2022 року було змінено правове регулювання порядку здійснення підліцензійних видів господарської діяльності у воєнний час,

згідно з яким медична практика вилучена з тих, що можна здійснювати без ліцензії.

Підсумовуючи, ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» від 24 лютого 2022 року до 20 березня 2022 року перебувало у повній невизначеності через закриття усіх доступів до джерел інформації щодо подальшого правового регулювання державної програми медичних гарантій. Від 20 березня до 1 липня 2022 року – неможливість почати господарську діяльність, яка базується на співпраці з НСЗУ, оскільки така невідомо наскільки часу зупинила укладення договорів. 01 липня 2022 року зміна правового регулювання, згідно з яким щомісячно, незалежно від об'ємів наданої медичної допомоги та укладення нових декларацій, суб'єкт господарювання отримуватиме кошти на рівні декларацій станом на 01 липня 2022 року і до кінця воєнного стану. При цьому це лише той суб'єкт, що має вже договір з НСЗУ або ж той, що встигне подати заяву на такий договір протягом 18–29 липня 2022 року. І наостанок, новоутворений суб'єкт господарювання, який таки бажає укласти договір з НСЗУ та згоден почати декларувати пацієнтів і надавати їм медичну допомогу до кінця воєнного стану безкоштовно (адже на 01 липня 2022 року у нього об'єктивно не було задекларованих пацієнтів) 13 липня 2022 року дізнається, що до договірного вікна НСЗУ 18–29 липня йому треба отримати ліцензію МОЗ України, розгляд документів яким займає найменше два тижні – місяць. Крім того, згідно з Постановою КМУ від 02.03.2016 року № 285 «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» поданню заяви на отримання ліцензії на медичну практику передують завершення ремонтних робіт та отримання акту санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта, чого в ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» на цей час ще не було.

Додатки

Додаток 1

Обсяг медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта / пацієнтки (специфікація)

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених інфекційних та неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.
3. Проведення діагностичних обстежень, лікувальних заходів, а також динамічного спостереження за пацієнтами із хронічними захворюваннями відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
4. Проведення лабораторної діагностики, зокрема:
 - a) загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою (еритроцити, гемоглобін, гематокрит, тромбоцити, лейкоцити, базофіли, еозинофіли, сегментоядерні нейтрофіли, паличкоядерні нейтрофіли, лімфоцити, моноцити);
 - b) загальний аналіз сечі (колір, прозорість, реакція (рН), відносна щільність, білок, глюкоза, еритроцити, лейкоцити, епітеліальні клітини, циліндри, солі, бактерії, ацетон (кетонові тіла));
 - c) глюкоза в цільній крові;
 - d) холестерин загальний;
 - e) швидкі тести на вагітність, тропонін, ВІЛ, вірусні гепатити;
 - f) проведення тесту на антиген SARS-CoV-2.
5. Проведення інструментальної діагностики, зокрема електрокардіографії, пікфлуометрії, отоофтальмоскопії, вимірювання гостроти зору.
6. Проведення скринінгу на наявність розладів психіки та поведінки у пацієнтів, зокрема таких, що виникають в результаті вживання психоактивних речовин (у разі звернення пацієнтів в межах графіку роботи надавача). Перенаправлення та взаємодія з лікарем-психіатром та/або лікарем-психіатром дитячим, та/або лікарем-наркологом щодо лікування пацієнтів з розладами психіки та поведінки.
7. Надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з розладами фізичного чи психічного здоров'я, які сталися під час прийому у лікаря ПМД і які не

- потребують надання екстреної, вторинної (спеціалізованої) та/або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
8. Виявлення індивідуального ризику виникнення інфекційних захворювань (туберкульозу, ВІЛ, вірусних гепатитів тощо) та неінфекційних (серцево-судинних, хронічних респіраторних, онкологічних, діабету тощо), зокрема, шляхом проведення скринінгових анкетувань, оцінювання загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE, індексу маси тіла, окружності талії тощо.
 9. Проведення профілактичних заходів, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень (вакцинація за віком, вакцинація за станом здоров'я, вакцинація за епідемічними показаннями), екстреної імунпрофілактики.
 10. Проведення забору зразків матеріалу для тестування на SARS-CoV-2 (за місцем надання ПМД або за місцем проживання (перебування) пацієнта/пацієнтки в разі такої необхідності) у пацієнтів з підозрою на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, незалежно від наявності у пацієнта / пацієнтки поданої декларації про вибір лікаря, який надає ПМД.
 11. Ознайомлення контактних осіб, а також осіб з підозрою або підтвердженим діагнозом гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, із карантинними заходами і важливістю самоізоляції.
 12. Лікування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
 13. Профілактика, діагностика та раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом тощо). Обстеження контактних щодо туберкульозу осіб та видача направлення для надання вторинної (спеціалізованої) та/або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Взаємодія з лікарем-фтизіатром та/або лікарем-фтизіатром дитячим щодо діагностики та лікування пацієнтів із туберкульозом.
 14. Надання консультативної допомоги населенню щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості відмови від куріння та ризиків зловживання алкоголем, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації.

15. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря-акушера-гінеколога.
16. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною та надання рекомендацій батькам / опікунам щодо необхідності грудного вигодовування, правильного харчування та догляду за здоровою дитиною відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
17. Надання окремих послуг паліативної допомоги дорослим та дітям, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта / пацієнтки та визначення його / її потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; виписка рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом / пацієнткою; координацію та співпрацю з іншими установами для забезпечення медичних, психологічних, соціальних та інших потреб пацієнта / пацієнтки.
18. Призначення лікарських засобів та визначення потреби медичних виробів, технічних засобів реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.
19. Виписка рецептів для отримання лікарських засобів, які передбачені програмою реімбурсації та для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення за певними категоріями захворювань відповідно до чинного законодавства.
20. Видача електронних направлень для проведення всіх необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, консультацій лікаря та інших послуг на рівні вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
21. Виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта / пацієнтки, який / яка перебувають у загрозливому для життя стані, та надання йому / їй відповідної медичної допомоги до її прибуття.
22. Видача довідок, медичних висновків про тимчасову непрацездатність, направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть та інших документів встановленого зразка, які необхідні пацієнту / пацієнтці згідно з вимогами чинного законодавства.

Нотатки для викладача

Місце в курсі / цільова аудиторія

Цей кейс можна використовувати для магістрів спеціальностей управлінського напрямку, особливо у сфері охорони здоров'я. Також його можна використовувати як навчальне завдання для здобувачів медичної спеціальності «Організація та управління охороною здоров'я».

Короткий зміст

У всіх країнах із високим рівнем ефективності систем охорони здоров'я первинна медична допомога займає пріоритетне місце серед медичних послуг, які забезпечує держава. Саме щоб підвищити рівень здоров'я нації, задовольнити потреби пацієнтів та раціонально використовувати бюджетні кошти, спрямовані на охорону здоров'я, в Україні запроваджено медичну реформу за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». На рівні первинної медичної допомоги цей принцип реалізований за механізмом укладення декларації з сімейним лікарем (терапевтом / педіатром), якому в рамках договору з НСЗУ перераховують кошти за надання допомоги конкретному пацієнту. Важливим також є той аспект, що до ринку надання медичних послуг отримали доступ заклади охорони здоров'я приватної форми власності. Це суттєво підвищило якість медичних послуг та задоволеність ними з боку пацієнтів. Закономірно, що такі заклади, серед яких і герой нашого кейса – Сімейна амбулаторія «ВУЛИК-ЛЬВІВ», почали швидко розвиватися. У цьому кейсі описано ситуацію, з якою зіткнулася засновниця ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» у процесі розвитку свого медичного бізнесу в час війни та реактивних змін у законодавстві. Адже з початком повномасштабного вторгнення російських військ та оголошення в Україні воєнного стану програма медичних гарантій, зокрема умови її фінансування суб'єктам господарювання, зазнала змін. Призупинено доступ до укладення договорів для суб'єктів господарювання у сфері медичної практики, оплата за первинну медичну допомогу здійснюється за кількістю укладених декларацій з пацієнтами на 01.07.2022 року.

Навчальні цілі

Цей кейс присвячено докладному аналізу правового регулювання Програми медичних гарантій у частині первинної медичної допомоги з накладенням на реалію Сімейної амбулаторії «ВУЛИК-ЛЬВІВ», розвиток якої був запланований

на час, що став часом війни. Аудиторії подано значний обсяг інформації, законодавства, опрацювання яких допоможе випрацювати дієві управлінські рішення, що є метою цього навчального завдання. Розглянувши його, здобувачі / студенти:

- поглиблять знання у сфері Програми державних медичних гарантій України;
- ознайомляться із законодавством, яке регулює порядок надання первинної медичної допомоги та порядок організації відносин із НСЗУ;
- покращать аналітичні здібності завдяки оцінці реальних обставин та формування щодо них стратегічних та тактичних завдань;
- розроблять проекти управлінських рішень та плану дій / заходів для їх реалізації.

Навчальні запитання:

1. Як Ви зрозуміли сутність принципу реформи системи охорони здоров'я «гроші йдуть за пацієнтом»? Чи відповідає йому чинне у воєнний час законодавство? Як ви думаєте, чому на початку війни були прийняті рішення, пов'язані зі зміною підходів до фінансування закладів? Які були переваги і недоліки таких рішень?
2. Якими є перспективи розвитку ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» у воєнний час?
3. Які дії ви би запровадили, щоб сімейна амбулаторія «ВУЛИК-ЛЬВІВ» була успішним бізнес-проектом в умовах воєнного часу?

Допоміжна література

Законодавство:

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
- Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> .

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 року № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n22>.
- Постанова КМУ від 29 грудня 2021 року № 1440 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>
- Специфікація до пакету Первинна медична допомога «Обсяг медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта / пацієнтки» (Додаток 1) // <https://contracting.nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>
- Постанова КМУ від 20 березня 2022 року № 325 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення» // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/325-2022-%D0%BF#Text>
- Постанова КМУ від 01 липня 2022 року № 741 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення» // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/741-2022-%D0%BF#Text>
- Постанова КМУ від 02.03.2016 року № 285 «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text>

Обговорення навчальних запитань

1. Як Ви зрозуміли сутність принципу реформи системи охорони здоров'я «гроші йдуть за пацієнтом»? Чи відповідає йому чинне у воєнний час законодавство?

Це означає, що система охорони здоров'я повинна бути пацієнтоцентричною, а фінансування гарантовано надійде тому, хто виконав умови договору. Тобто пацієнт вирішує, який саме лікар надаватиме йому медичну допомогу в рамках гарантованого державою обсягу медичної допомоги,

а за результатами цього вибору держава перерахує кошти за надану послугу саме обраному лікареві (закладу, у якому він працює). Головні аспекти, які мають прозвучати в аудиторії:

- медицина – для пацієнта, а не для утримання мережі закладів охорони здоров'я;
- державні кошти надійдуть тому, хто надав послугу;
- більше пацієнтів, бюджетних коштів отримає той, хто надає якіснішу допомогу;
- відкритий ринок підвищує конкуренцію між надавачами та, як наслідок, якість послуги.

Пропозиції щодо організації навчання

Здобувачі / студенти опрацьовують запропоновані закони. Це можна виконати як попереднє домашнє завдання або ж переглянути в аудиторії, якщо рівень вузькоспеціалізованих знань студентами предмета обговорення дає змогу це зробити. Викладач заслуховує думки аудиторії, ставить уточнювальні запитання, скеровує до конкретних норм законодавства, які допоможуть викристалізувати головні аспекти.

2. Що передбачає поняття первинної медичної допомоги та який механізм входження в систему державних медичних гарантій для надавачів цих послуг?

Первинна медична допомога є точкою входу пацієнта в систему охорони здоров'я, а тому критично важливо, щоб пацієнт обрав саме того лікаря (заклад, у якому він працює), до якого є найвища довіра та комфорт, доступність та, звісно ж, якість наданої послуги. Пацієнту гарантовано право на отримання первинної медичної допомоги за кошти державного бюджету. Таким чином переважна більшість пацієнтів України шукатиме свого лікаря саме в закладах, які зголосилися відповідати вимогам законодавства та надавати первинну допомогу для пацієнтів безкоштовно. Стати надавачем послуги з первинної медичної допомоги може заклад охорони здоров'я (юридична особа) чи ФОП, які уклали договір із НСЗУ. КМУ, МОЗ та НСЗУ у своїх нормативних та розпорядчих актах визначають вимоги до надавачів та порядок укладення, виконання договірних відносин, тобто фактично йдеться про прийняття публічної оферти без права впливати на умови цього договору. Натомість надавачам послуг гарантується оплата наданих на цих умовах послуг.

Пропозиції щодо організації навчання

Здобувачі / студенти опрацьовують запропоновані закони. Це можна виконати як попереднє домашнє завдання або ж переглянути в аудиторії, якщо рівень вузькоспеціалізованих знань студентами предмета обговорення дає змогу це зробити. Викладач заслуховує думки аудиторії, ставить уточнювальні запитання, скеровує до конкретних норм законодавства, які допоможуть викристалізувати головні аспекти. Серед підзапитань може бути:

- чи змінились і як саме умови співпраці між державою та надавачами у сфері програми медичних гарантій?
- як це впливає на пацієнтів? Чи є така політика державних органів пацієнтоорієнтованою?
- чи варто у воєнний час вступати надавачам послуг у відносини на засадах фінансування з Державного бюджету України: договори з НСЗУ, виконання замовлень у рамках тендерних державних закупівель PROZORO тощо?

3. Чи доцільно Ярні Пікулицькій розвивати ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» у воєнний час?

Перед засновницею та директоркою ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» Яриною Пікулицькою постав складний вибір:

- діяти та змінювати стратегію і тактику залежно від обставин;
- відмовитись від ідеї розвитку, оскільки обставини зовсім не залежать від неї та змінюються настільки швидко, що неможливо нічого спрогнозувати. При цьому втратити, що витратила, але зупинитися і не створювати кредитної заборгованості перед банком;
- відкласти розвиток (поки триває війна), відмовитись від кредиту, у міру надходжень робити ремонт, платити орендну плату, а там «час покаже». Треба вирішувати проблеми в міру їх надходження, особливо у воєнний час ризикувати недоцільно.

Саме такі три стратегічні напрями розглядала героїня у березні 2022 року.

Пропозиції щодо організації навчання

Залежно від формату навчання, кількості здобувачів / студентів та часу можна поділити аудиторію для виконання цієї частини завдання на підгрупи.

Бажана кількість учасників підгрупи – 5–7 осіб. На опрацювання поставити такі підзапитання:

- Який стратегічний напрям виходу з ситуації можна запропонувати ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» у цій ситуації? Можливо, є ще варіанти, окрім трьох сформульованих?
- Які тактичні управлінські рішення має ухвалити Ярина Пікулицька, щоб вийти з ситуації?
- Чи допустила, на Вашу думку, Ярина Пікулицька управлінські помилки? Які саме і як би діяли Ви, щоб запобігти їм?

Після закінчення обговорення в підгрупах організувати доповіді представників перед усією аудиторією. Запропонувати можливість обміну запитаннями / відповідями. Після доповідей усіх підгруп можлива дискусія.

4. Чи може Сімейна амбулаторія «ВУЛИК-ЛЬВІВ» бути успішним бізнес-проектом в умовах воєнного часу?

Сімейна амбулаторія «ВУЛИК-ЛЬВІВ» визначила людину як найвищу цінність. Таким чином основними принципами діяльності є повага до вибору пацієнтом лікаря, якість наданих послуг, доступність медичної послуги всім верствам населення незалежно від соціального та майнового становища. Саме з цією метою первинно ухвалено рішення про співпрацю з НСЗУ та отримання коштів, щоб забезпечити діяльність закладу насамперед з держбюджету, а не за рахунок пацієнтів. При цьому доступні додаткові оплатні послуги, що не входять до гарантованого державою обсягу ПМД, однак є затребуваними та підвищують якість здоров'я пацієнтів. До 2022 року надходження від НСЗУ та пацієнтів орієнтовно співвідносяться як 50 / 50 %. За відсутності надходжень від НСЗУ доходи ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» різко скорочуються та змушують обирати між соціальною доступністю медичних послуг для усіх та підприємництвом, щоб отримати прибуток із власної справи.

Пропозиції щодо організації навчання

Це дискусійне питання пропонуємо обговорити в загальній аудиторії всіх слухачів / студентів. Воно є підсумковою ціннісною дилемою, яка в час війни постає перед більшістю українців. Викладачеві пропонуємо заслухати думку аудиторії. Як підзапитання можна уточнити:

- Чим є Сімейна амбулаторія «ВУЛИК-ЛЬВІВ»? Це бізнес-модель чи радше соціально спрямоване підприємництво?

- Чи взагалі можливо реалізувати обидві цілі в одному проєкті та ще й у час війни?

Епілог і головні висновки

Викладач оголошує підсумок дискусії та реальні рішення, які ухвалила Ярина Пікулицька. ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ» вирішило розвиватися. Відкриття нової амбулаторії було заплановано на 27 вересня 2022 року. Ремонтні роботи завершено за власні кошти та особисті запозичення, адже бюрократична процедура отримання державного кредитування для розвитку підприємництва в Україні все ще триває. На базі нової амбулаторії буде працювати два суб'єкти господарювання: ФОП Пікулицька Я. В., яка має чинний договір із НСЗУ та продовжує декларувати пацієнтів в рамках Програми державних медичних гарантій, а також ТОВ «ВУЛИК-ЛЬВІВ». Останній надаватиме медичні послуги за кошти пацієнтів на засадах договору. Надважливими елементами цього договору є ціна послуги (яка визначена на рівні тієї ж державної капітаційної ставки з віковим коефіцієнтом), а також умова про перехід на безоплатне медичне обслуговування від моменту укладення договору з НСЗУ (ця подія залежить від правового регулювання в Україні та повернення до принципу «гроші йдуть за пацієнтом»).

**ЧЕХ М., КУШНІР Т.
ВЗАЄМОДІЯ ЛЬВІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО ЦЕНТРУ ЕКСТРЕНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО
КОРПУСУ В РАМКАХ ПРОЄКТУ З ПОКРАЩЕННЯ УМОВ
ПЕРЕБУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ЦЕНТРУ В МІСЦЯХ КОМПАКТНОГО
ПРОЖИВАННЯ ВПО**

Навчальний кейс

Вступ

Адміністрація Станції ЕМД «Стрий» завжди мала багато різноманітної складної роботи. Однак гострі кути на всіх проблемних пунктах вдалося згладити й попереду сподівалися перемог, досягнень та розвитку. Зважаючи на те, що Центр екстреної медичної допомоги Львова отримував достатнє фінансування від НСЗУ, то можна було задіяти бригаду робітників і поточно реконструювати та ремонтувати всі пункти базування. Працівники станції навіть жартували, що в горах побудують триповерхову резиденцію, щоб персонал там відпочивав!

У травні 2021 року Тараса Кушніра було призначено на посаду завідувача Станції ЕМД «Стрий» Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Ця станція – одна з найбільших у Львівському обласному центрі ЕМД і охоплює такі підстанції та пункти базування, як Стрий, Миколаїв, Новий Розділ, Жидачів, Ходорів, Журавно, Моршин, Верхнє Синьовидне, Сколе, Орява, Славське та Завадка. Відстань між двома крайніми пунктами становить 120 кілометрів! Тобто навіть за наявності службового транспорту за день об'їхати всі пункти неможливо. Рельєф теж дуже різний – гори на Сколівщині та болота на Жидачівщині, – що дуже дається взнаки за погіршення погодних умов.

Серед усіх закладів керівник успадкував надзвичайно проблемний пункт ЕМД у Новому Роздолі. Відсутність мотивації у працівників цього підрозділу поєднувалася із за давним конфліктом у самому колективі. Перше знайомство з адміністрацією місцевої громади звелося до претензій у бік служби ЕМД. Річ у тім, що до об'єднання 2012 року доволі молодий та злагоджений колектив, перейшовши під централізоване керівництво, почав оскаржувати доволі базові речі: неправильний графік роботи, упереджене ставлення тощо. Конфліктуючі сторони шукали підтримки у Львові, а центр ухвалення рішень нагнітав ситуацію, а не залагоджував конфлікти. Кожна наступна адміністрація

споряджала перевірку в Новий Розділ, кожна наступна перевірка ставала на бік певної групи і сприяла продовженню конфлікту.

Попри резонанс на всю область, новороздільський конфлікт почав затихати лише після грамотної та реактивної кадрової політики в Центрі. Протягом року проведено роботу щодо вирішення конфлікту, зокрема змінено керівництво підрозділу та перепідпорядковано його безпосередньо адміністрації станції. За стабільного колективу почали готувати додаткову бригаду на цей пункт.

З оптимістичним настроєм завідувач Станції ЕМД «Стрий» розпочав переговори з адміністрацією КНП «Новороздільська міська лікарня» щодо виділення нових приміщень для перебування персоналу місцевого пункту ЕМД. Планували суттєві зміни зі збільшення штатів та введення додаткових бригад! Для цього були потрібні великі площі, які вдалося знайти. Дарма що на стінах поріс грибок, санвузол – геть розбитий, а стеля обвалилась – у них же своя бригада й вони багата організація! У середині лютого закінчили оформляти папери й подали заявку на розгляд місцевих органів влади. А вже 24 лютого війна внесла корективи в усі сфери.

1. Опис передумов

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну справді зупинило всі стандартні процеси, а переконання про багатство організації стали спогадами. За березень 2022 року припинено всі розрахунки, що не є критичними для функціонування Центру, бригаду робітників розпустили, будь-які капітальні витрати заборонили. Завідувач станції і не згадував про попередні плани, а наприкінці травня 2022 року відбулася сесія Новороздільської ОТГ, за рішеннями якої, доволі неочікувано для адміністрації станції, слід було переселитися у нові приміщення: з грибком, розбитим санвузлом та обваленими стелями. Найгірше те, що адміністрація лікарні вже встигла запланувати перебудову із залученням приміщень, які розраховував залучити ЕМД, щоб розмістити бригади, і не погоджувалася повернути все так, «як було». Єдине, що вдалося завідувачу Тарасові Кушніру, – це відтермінувати відселення до 1 вересня 2022 року, адже розміщувати людей у жахливих умовах неприпустимо для керівника. У вересні адміністрація КНП «Новороздільська міська лікарня» незаконно розпочала роботу у приймальному покої, де перебувають працівники КНП ЛОР «Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» (ЛОЦ ЕМД МК). Попри все, перед керівником постала амбітна мета – провести капітальний ремонт жахливого приміщення за умов

відсутності фінансування, жорстких часових рамок та все це здійснити в таких турбулентних і непередбачуваних умовах війни. Успіх у досягненні цієї мети означатиме покращення медичної допомоги для громади із 38 тисяч осіб, значне збільшення потенціалу місцевої служби ЕМД і, що не менш важливо, прекрасну графу в портфоліо молодого й перспективного керівника місцевої станції ЕМД. Крах же прирече працівників пункту на жахливі дні і ночі, адже там працівники перебувають цілодобово. Такі ж неналежні побутові умови обслуговування очікують і на пацієнтів підстанції.

Загальна кількість населення у Новороздільській громаді – понад 38 тисяч, а після початку війни 2022 року за рахунок внутрішньо переміщених людей зросло майже на 25 %. Однієї бригади, водія та двох медиків, щоб обслуговувати таку кількість населення, недостатньо. Варто наголосити, що Новий Розділ географічно є досить віддаленим від інших великих міст, тому коли транспортують пацієнта на далеку відстань (наприклад, до Львова), Новороздільська громада на 3–4 години взагалі залишається без екстреної медицини.

Держава встановила низку КПЕ для служби ЕМД. Наприклад, щоб доїхати в межах міста на критичні та екстрені виклики, потрібно 10 хвилин! За цей час із людиною у загрозливому стані може статися непоправне. Якщо локальна бригада зайнята іншим викликом чи (що частіше) перебуває у Львові, транспортуючи хворого, на виклик до Нового Роздолу їде бригада з інших міст й оптимальні 10 хвилин стають зовсім нереальними. Відповідно до Кодексу законів про працю України, для цілодобового перебування працівників на роботі необхідні умови праці та відпочинку. Цього неможливо досягти без розширення площі та покращення умов перебування персоналу. Тому введення додаткової бригади неможливе без реалізації цього проєкту, а саме це може зменшити запізнення на критичні виклики.

2. Наратив

Налагодження співпраці в ІМС

Співпраця з організацією International Medical Corps (ІМС, Міжнародний медичний корпус) виникла для молодого завідувача Станції ЕМД досить спонтанно. У перші тижні війни до нього звернулися представники Стрийської РДА з проханням супроводжувати делегацію представників міжнародної організації, що є громадянами США і прибули «на розвідку» у район, який

прихистив велику кількість внутрішньо переміщених осіб. Тарас Кушнір, щоб принести користь своїй громаді й мати цікавий досвід спілкування з носіями англійської мови, зголосився. На той момент ІМС не мала чіткого плану, які проекти з їхніх підрозділів слід запускати у Стрию. Переважно виконуючи роль перекладача, протягом трьох днів постійної комунікації Тарас швидко збагнув, що можна пропонувати людям із США і з якими запитамі можна звертатися до них, розглядаючи таку співпрацю як умовний win-win (коли реалізація прохань керівника вкладеться у парадигму можливостей іноземних партнерів). Перше прохання стосувалося навчання та тренінгів для його персоналу, можливості обміну досвідом і круглі столи – Soft Skills. Коли ж виникла неочікувана проблема з приміщеннями, Тарас у розпачі звернувся до місцевої влади Новороздільської ОТГ. Зважаючи на обставини, представники місцевої влади відмовили у прямій допомозі, проте порадили звернутися до міжнародних донорів. Маючи чітке уявлення про стейкхолдера (ІМС) і доволі дружні на той час стосунки з цією організацією, він почав думати, до якого з підрозділів ІМС найбільше пасуватиме цей проєкт. Тим паче, що альтернативи молодий керівник тоді не мав, оскільки до того часу тісно контактував лише з цією міжнародною організацією.

International Medical Corps – відносно невелика та молода організація, портфель якої містить дуже мало проєктів із будівництва. Переважно вона закриває базові потреби ВПО, постачаючи засоби гігієни, прості продукти чи спеціальні ваучери для отримання таких продуктів в існуючій мережі крамниць. Інший напрям роботи – психологічне здоров'я та допомога постраждалим від гендерного насилля у середовищі ВПО. Очевидно, залучити таку організацію до фінансування ремонту дуже важко.

З допомогою представників місцевої адміністрації було визначено кількість ВПО у громаді, місця їхнього компактного розміщення, кількість та якість викликів бригад ЕМД до ВПО. Встановлено пряму залежність кількості випадків харчових інфекцій та отруєнь до кількості ВПО у громаді. Оскільки ЕМД надає допомогу усім незалежно від місця реєстрації, а вчасне виявлення та лікування соціально важливих нозологій (гострий мозковий інсульт, інфаркт міокарда, інфекційні захворювання тощо) завжди має соціальний компонент, вдалося створити рамку, що реалізація цього проєкту відповідає інтересам ВПО, а сама актуальність проєкту пов'язана також з агресією Росії проти нашої держави.

Кроки керівника щодо залучення ІМС до проєкту

Тарас Кушнір організував перші проєкти співпраці Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з ІМС. Зокрема, комунікуючи проєкт «Першої психологічної допомоги», на рівні Станції ЕМД «Стрий» залучено до взаємодії з ІМС управління ЛОЦ ЕМД МК. Таким чином, ознайомившись із загальноукраїнською структурою ЕМД, її особливостями та основними функціями, ІМС почала розглядати цю установу як важливого стейкхолдера у взаємодії із ВПО.

Також заслугою керівника Станції ЕМД «Стрий» є первинна адвокація проєкту. Завдяки горизонтальним зв'язкам Тарас Кушнір розпочав співпрацю із підрозділом ІМС WASH (водопостачання / санітарія/ гігієна). Переконаючи партнерів у незначному впливі попередніх проєктів підрозділу на громаду та ВПО, Тарасові вдалося перемкнути увагу на власний проєкт.

Відвідуючи Новороздільську громаду спільно з представниками ІМС, молодий керівник зустрічався з адміністрацією лікарні, органами місцевої влади та відвідав пункти перебування ВПО. Це значною мірою вплинуло на стратегію адвокації проєкту. Основними постулатами стратегії стали такі наративи:

1. В Україні не лише війна, але й епідемія Covid19. Поширення інфекційних захворювань у місцях компактного розміщення ВПО – додаткова загроза.
2. Підрозділ WASH запобігає поширенню інфекційних захворювань.
3. Бригади ЕМД безпосередньо залучені до реагування не лише на Covid, але й на харчові інфекції. Таким чином, вони єдині, хто може надати медичну допомогу там, де її потребують. Крім того, бригади ЕМД працюють екстериторіально (на відміну від первинної ланки).
4. Реалізація цього проєкту значно посилить спроможності ЕМД у Новому Роздолі, оскільки дасть можливість розмістити додаткову бригаду в межах ОТГ.
5. Статистичні дані щодо виїздів бригади ЕМД (і з розбивкою на інфекційні захворювання) до і після прибуття ВПО свідчать про їх приріст до 25 %.

Сумніви керівника

Вагання були дуже значними. Передусім тому, що Тарас Кушнір розумів свою наближеність до керівників офісу й мав внутрішні переживання, що незаслужено послуговуватиметься прямими дружніми взаєминами, щоб лобювати свої інтереси. Проте ці вагання зникли після того, як ІМС закупила в одну організацію господарський інвентар (швабри) на суму 172 тисяч гривень. Зі

свого боку молодий керівник вважав це марнотратством, оскільки такі кошти слід було спрямувати на інші, на його думку, важливіші потреби.

Розуміючи, що роботи з будівництва не дуже вкладаються у роботу з ВПО, Тарас Кушнір довго опрацьовував стратегію щодо того, як пов'язати роботу екстреної медичної допомоги громади та потреби біженців у межах одного проекту. Тут значною мірою допомогли хороші взаємини з тодішнім керівником офісу ІМС і керівником підрозділу WASH. Разом із Тарасом вони провели кілька презентацій для донорів. У результаті їм все ж таки вдалося переконати донорів, що саме цей проект матиме реальний вплив.

Труднощі

Після схвалення проекту сумніви молодого керівника станції ЕМД непокоїли, оскільки відчув брак компетенцій. Він легко обговорював проєкт із донорами, місцевою владою, самою ІМС. Проте на етапі планування ремонту, складання кошторису, залагодження інженерних питань виявилось, що досвіду з виконання таких робіт занадто мало. На жаль, це спричинило подальший конфлікт із підрядниками, бо залучення доброго будівельника для експертизи переросло в конфлікт інтересів і перегляд всього кошторису вже після затвердження проєкту. Крім того, залишався ризик висвітлення інформації про проєкт як такий, що не відповідає цілям ІМС.

Додатки

Додаток А

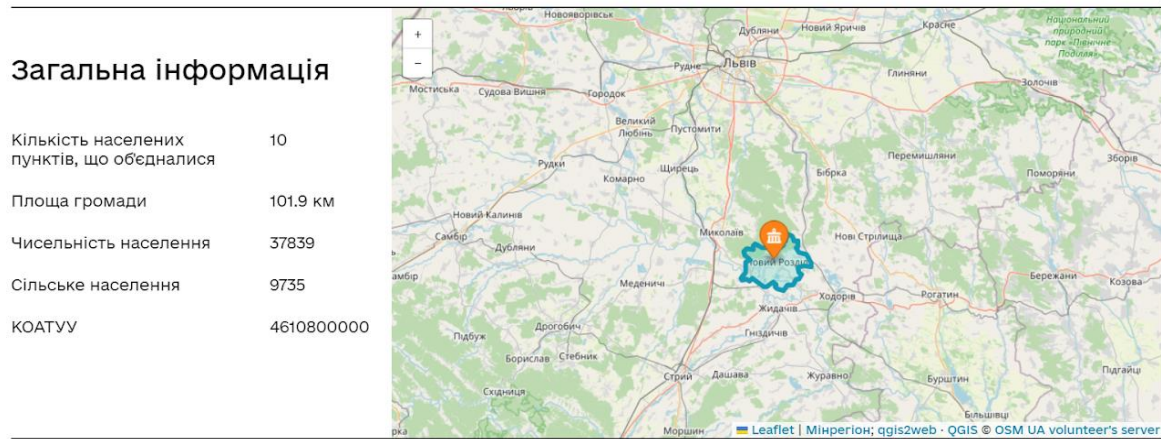


Рис. А1. Новороздільська територіальна громада: загальна інформація

Нотатки для викладача

1. Вид кейсу, узагальнення, головні теми

Вид кейсу: ретроспективний.

Протагоніст: Тарас Кушнір керівник Станції ЕМД «Стрий» Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Місце подій: Стрийський район, Львівська область, Україна.

Часовий проміжок: 2022 рік.

Кейс сформований на основі реальної дилеми, що постала перед керівником Станції ЕМД «Стрий» Тарасом Кушніром. Усі назви установ, імена учасників, використаний статистичний матеріал в кейсі – реальні.

Сучасна структура Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – неоднорідна й доволі молода. До 2012 року кожна окрема лікарня мала власний підрозділ ЕМД із гаражами, диспетчерами та телефоном 103. Така система працювала точно не на користь пацієнта. Адже, до прикладу, несправність автомобіля – це невіїзд бригади на виклик. Тому об'єднання всіх станцій швидкої допомоги області водну, добре скоординовану структуру оптимізувало час і ресурс. Проте таке об'єднання привело до того, що багато дрібних пунктів із власною організаційною та корпоративною культурами повинні взаємодіяти в незвичний для них спосіб.

Станція ЕМД «Стрий» розташована в межах великого Стрийського району, її працівники надають медичну допомогу жителям Стрийщини. Нова структура станції сформована 2021 року на хвилі реформування управлінської вертикалі. До реформування кожен пункт (а їх на станції 13) мав власне керівництво, але підпорядковувався Львівському обласному центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Щомісяця представники з пунктів їздили звітувати в центр прийняття рішень, який очевидно не міг одномоментно опрацювати всю облікову документацію, тому функції дублювали, що надавало владу різним групам впливу. Крім того, одні групи організували діяльність «васальних» підрозділів без відома інших груп, тому, попри гучні розмови щодо покращення координування, про жодне координування на місцях не йшлося. Створення станції змінило формат підзвітності. Тепер підрозділи звітують тільки завідувачу станції та старшому фельдшеру станції, відтак вони з пакетом документів вирушають звітувати за усю станцію до Львова. Центральній керівній структурі на рівні області легко розглянути ситуацію на 7 станціях (а не на багатьох пунктах), а отже, ліквідовано надмірну залежність кожного периферійного

пункту від адміністративного ресурсу в обласному центрі. Важливо, що спільні цінності всіх управлінців вертикалі, а також універсальні (прості і прозорі) правила дали значний результат: економія ресурсів (особливо пального, використання якого було найбільшою корупційною схемою за всіх попередніх керівників), спокійні умови праці, скоординовані графіки суміжних пунктів. Адміністрація станції також є «інформаційним фільтром», адже важлива інформація залишається на рівні завідувача станції або передається тільки генеральному директорові.

Завдання для студентів: проаналізувати середовище прийняття та зміст рішення протагоніста; випрацювати рекомендації, щоб оптимізувати досягнення цілей; запропонувати альтернативні управлінські рішення.

Головні теми: ухвалення управлінських рішень в умовах невизначеності, управління проєктами, міжнародна співпраця, лобіювання інтересів працівників установи та пацієнтів.

2. Навчальні цілі та цільові групи

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

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

Курси, на яких можна викладати: «Проектний менеджмент», «Лобіювання та адвокація», «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 абстрактно мислити, аналізувати й синтезувати.
2. Здатність працювати в команді, мотивувати людей та рухатись до спільної мети, бути лідером, діяти етично, зважаючи на соціальну відповідальність та на громадську свідомість.
3. Здатність розробляти проєкти та керувати ними на різних рівнях публічного управління та адміністрування.

4. Здатність генерувати нові ідеї (креативність).

Фахові компетентності:

1. Здатність налагоджувати соціальну взаємодію, співпрацю, запобігати конфліктам та розв'язувати їх.
2. Здатність представляти органи публічного управління у відносинах з іншими державними органами й органами місцевого самоврядування, громадськими об'єднаннями, підприємствами, установами та організаціями незалежно від форм власності, громадянами й налагоджувати ефективні комунікації з ними.
3. Здатність ухвалювати обґрунтовані управлінські рішення, враховуючи питання європейської та євроатлантичної інтеграції.

Основні результати навчання:

1. Ефективно управляти інноваціями, ресурсами, ризиками, проектами, змінами, якістю; застосовувати сучасні моделі, підходи та технології, міжнародний досвід при проектуванні та реорганізації управлінських та загальноорганізаційних структур.
2. Результативно комунікувати, аргументувати свою позицію, використовувати сучасні інформаційні та комунікаційні технології у сфері публічного управління й 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. Розробляти обґрунтовані управлінські рішення, враховуючи питання європейської та євроатлантичної інтеграції, зважати на цілі, наявні законодавчі, часові та ресурсні обмеження, оцінювати політичні, соціальні, економічні й екологічні наслідки варіантів рішень.

Запитання до кейсу:

1. Хто є головними стейкхолдерами і як з ними працювати? Побудуйте матрицю стейкхолдерів, використовуючи запропонований шаблон (Таблиця А.1).
2. Як би ви оцінили шлях, який обрав керівник, для досягнення цілей, які він перед собою ставив? Які альтернативні рішення ви вважаєте реалістичними в цій ситуації?
3. Здійсніть SWOT-аналіз рішення, яке ухвалив керівник.

4. Проведіть PEST-аналіз макросередовища щодо прийнятого рішення.
5. Як протагоніст, які аргументи та канали, щоб переконати донора, ви б обрали?
Запропонуйте головні меседжі.

Додатки

Додаток А
Таблиця А1.

Матриця стейкхолдерів

		Рівень інтересу	
		Низький	Високий
Рівень впливу	Низький		
	Високий		

**ГУРА Л., СІНЦИНА О.
КОСОВО: ПОЛІТИКА ПОВОЄННОЇ ВІДБУДОВИ**

Навчальний кейс

Передумови

У 1998 році тліючий політичний конфлікт між Пріштиною та Белградом, що тривав уже десяток років, врешті розгорівся і спричинив війну. Півтора року збройного протистояння забрало тисячі життів, зруйнувало цивільну інфраструктуру та залишило Косово в дуже скрутному фінансовому становищі. Після укладення миру Косово стало міжнародним протекторатом. Країна потребувала не лише фізичного відновлення: перед нею постало завдання побудувати власну систему державного управління, адже попередня – сербська – фактично не функціонувала. У таких обставинах почалася робота з відновлення, серед іншого і сфери охорони здоров'я [1, с. 150].

Стан системи охорони здоров'я до збройного конфлікту

Система охорони здоров'я у Косові, як і в багатьох інших країнах Східної Європи (і в Україні також), була побудована за принципом системи Семашка, що означало централізованість ухвалення рішень та акцентування на спеціалізації послуг. Після Другої світової війни Югославія прийняла за основу систему Семашка й адаптувала її на свій лад: акцентування на спеціалізації послуг залишилося, однак право прийняття управлінських рішень стосовно охорони здоров'я було передане «на місця». Завдяки цьому місцевій владі Косова вдалося більшій кількості населення надавати медичні послуги і значно покращити показники здоров'я (рівень смертності знизився від 46 на 1000 осіб 1956 року до 29 на 1000 осіб 1990 року) [2, с. 3].

Ще до початку воєнних дій система охорони здоров'я Косова мала низку проблем: низький рівень менеджменту, відсторонення етнічних албанців від посад в охороні здоров'я та розвиток паралельних систем надання медичних послуг і системи медичної освіти тощо [1, с. 152]:

– *Нерівність.*

Попри те, що у 1990-х роках етнічні албанці становили більшість (приблизно 80 %) населення Косова, доступ до медичних послуг був вражаюче нерівномірним. Це сталося внаслідок політики Белграда стосовно місцевого населення.

Після 1989 року багато албанців втратили роботу і, як наслідок – страхування здоров'я. Протягом 1990-х років понад 50 % албанців не мали картки соціального страхування, необхідної для доступу до системи охорони здоров'я. Окрім того, лікарі-серби спілкувалися сербською мовою, що обмежувало доступ до послуг і ускладнювало комунікацію з албанцями [3, с. 440].

У 1991 році албанські лікарі заснували громадську організацію – Товариство Матері Терези (ТМТ), яка була покликана покращити доступ албанців до різних соціальних послуг, і медичних також. За підтримки ТМТ, іноземних громадських організацій та албанців за кордоном, албанські лікарі в Косові відкрили 96 власних амбулаторій та майже 120 невеликих приватних аптек. Так з'явилася паралельна система надання медичних послуг, від якої врешті залежала більшість населення Косова [1, с. 151].

– *Недоступність послуг через їхню вартість.*

За даними Світового банку, одним з основних бар'єрів у доступі до охорони здоров'я в Косові була ціна медичних послуг, попри те, що медична допомога мала бути безкоштовною. Одразу після закінчення збройного конфлікту 28 % опитаних повідомили, що не можуть отримати медичні послуги через їх дорожнечу. Понад 95 % албанців ствердили, що оплачують медичні послуги, серед іншого і «подяки» медичним працівникам [4, с. 11].

– *Відсутність достовірної інформації про здоров'я.*

Централізованої інформаційної системи охорони здоров'я не існувало. Заклади вели свою первинну звітність, на основі якої за запитом органів влади формували зведену. У 1991 році сербський уряд заборонив послуговуватися албанською мовою для цих цілей, що, з одного боку, погіршило доступ пацієнтів-албанців до медичних послуг, з іншого – унеможливило отримати достовірну інформацію про стан здоров'я населення, вести статистику тощо. Таким чином, на момент початку збройного конфлікту в Косові інформація про показники здоров'я населення була фрагментарною (наявна лише щодо сербської частини населення), застарілою або ж взагалі відсутньою, що значно ускладнило планування процесу відновлення.

Показники здоров'я до початку конфлікту

Успіхи в покращенні здоров'я населення, досягнуті на 1990-й рік, почали втрачатися після того, як сербський уряд перебрав на себе повноваження у сфері охорони здоров'я.

Рівень захворюваності на інфекційні хвороби поступово зростає, рівень імунізації знижувався – Косово стало країною з одним із найнижчих рівнів імунізації в Європі [2, с. 4].

Гостро постали проблеми жіночого репродуктивного здоров'я та малюкової смертності – 1999 року Косово стало країною з найвищим рівнем смертності новонароджених у Європі (серед причин – і низький рівень якості медичної допомоги, і соціо-економічні проблеми: бідність і недоїдання) [5, с. 6].

Вплив війни на систему охорони здоров'я

Війна суттєво вплинула на сектор охорони здоров'я, особливо на албанців, які становили більшість населення Косова. Етнічні чистки, які організував сербський уряд, спричинили низку викликів, на які потрібно було відповісти у процесі відновлення:

- Понад 1,5 мільйона албанців були змушені залишити свої домівки (частина з них стала біженцями, частина – внутрішньо переміщеними особами);
- Понад 800 000 осіб стали біженцями;
- Значна частина цивільної інфраструктури була зруйнована (серед інших і заклади охорони здоров'я);
- Вбито щонайменше 12 000 цивільних, серед них – 12 лікарів [6, с. 19];
- Представники сербського уряду систематично позбавляли косовських албанців документів (про персональні дані, власність тощо); наприкінці конфлікту майже 50 % населення не мали документів, які б містили історію надання медичної допомоги, інформацію про імунізацію тощо [1, с. 155].

За період активного збройного конфлікту (від лютого 1998-го до червня 1999 року) смертність зросла у 2,3 рази. Найпоширенішою причиною смертності були травми, пов'язані з війною, на другому місці – хронічні хвороби. Варто зазначити, що за період конфлікту кількість смертей, що не стосувались насилля, також зросла; це могло бути пов'язано з ускладненим доступом до медичної допомоги (зокрема для пацієнтів із важкими хронічними захворюваннями) [7].

Основні виклики для здоров'я в результаті війни

- Мінно-вибухові травми.
Сербські війська замінували території Косова протягом усієї

весни 1999 року; упродовж місяця після припинення вогню кількість поранень від мін та інших вибухових пристроїв становила 10 поранень на 100 000 населення [5, с. 7];

– Ментальне здоров'я

Конфлікт суттєво вплинув на ментальне здоров'я населення, зважаючи на величезні сплески насилля. Сербські військові використовували біженців як щит у вуличних боях; внутрішньо переміщені особи страждали від тортур та викрадень [8].

– Сексуальне насильство.

Від 10 до 20 % косовських жінок та дівчат зазнали зґвалтувань за досить короткий період конфлікту [1, с. 160].

Відновлення

Після закінчення війни Косово зіткнулося з величезною кількістю проблем у сфері охорони здоров'я. Окрім викликів, пов'язаних зі здоров'ям населення (травми, ускладнення хронічних хвороб тощо), потрібно було розв'язувати проблеми з міграцією, з відтоком медичних кадрів, із зруйнованими та пограбованими лікарнями, також знизилась якість надання медичних послуг. Обрання підходу щодо політики відновлення та пріоритетності напрямів були першими важливими кроками в післявоєнній відбудові системи охорони здоров'я Косова. Це завдання значно ускладнилося через відсутність власного уряду, нечітко окреслені ролі та обсяг обов'язків головних стейкхолдерів. Окрім того, бюджет Косова практично не мав власних доходів, тому щоб фінансувати проекти відбудови, потрібно було залучити міжнародних донорів.

Зважаючи на той факт, що і до війни систему охорони здоров'я Косова вважали малоефективною, серед іншого і через існування паралельних систем надання медичних послуг – «офіційної» для сербів та «паралельної» для албанців – ВООЗ ухвалила рішення не відновлювати ситуації в охороні здоров'я до того стану, яким він був до війни, а реформувати стару, погано функціонуючу систему охорони здоров'я, децентралізувавши її та надавши пріоритет первинній медичній допомозі [3, с. 442]. Тут також варто зазначити, що формування порядку денного реформ не відбувалося безпроблемно. Напруга виникла між представниками міжнародної спільноти та місцевими експертами (зокрема представниками медичної спільноти) із двох причин:

1. Косовські албанці (представники НГО та медичної спільноти) вважали, що порядок денний уже сформований на вищому (міжнародному) рівні, а консультації – лише формальність;
2. Місцеві експерти схилилися до необхідності відбудувати систему охорони здоров'я, а реформи, які запропонувала ВООЗ, називали занадто амбітними, особливо враховуючи відсутність сформованих місцевих органів влади, відповідно – низької інституційної спроможності для імплементації; натомість представники міжнародної спільноти вважали, що місцеві експерти не проявляють достатнього ентузіазму та залученості до процесів [13, с. 16].

Врешті ВООЗ розкритикували через неінклюзивність процесу планування, адже організація не долучила до процесу обговорення численні місцеві НГО та представників медичної спільноти, які краще знали про місцевий контекст і потреби населення.

Одразу після закінчення збройного конфлікту виникла дилема щодо пріоритетності напрямів відбудови: кошти та зусилля можна було спрямувати на закриття потреб біженців, ремонт пошкоджених лікарень і придбання обладнання; інший варіант – зацентувати на якості послуг, які в майбутньому могли б задовольняти потреби населення.

ВООЗ більше була зорієнтована на перший етап Плану – закриття базових потреб під час та одразу після конфлікту (розгортання польових шпиталів, лікування травм, ремонт лікарень, забезпечення базовими ліками), – а не на середньо- чи довготермінові цілі [12, с. 17]. Після виборів та формування Міністерства охорони здоров'я Косова 2001 року ситуація практично не змінилася. Міністерство не комунікувало свого бачення того, як реформувати систему охорони здоров'я. Обговорення реформ із медичною спільнотою було спорадичним. Окрім того, Міністерство потерпало від політичної турбулентності, пов'язаної із призначеннями високопосадовців та набором на державну службу. Загалом присутність великої кількості донорів відіграло не найкращу роль у впровадженні реформ у післявоєнному Косові. Донори мали короткий часовий горизонт і розпорошили більшість своїх програмних коштів у перші два роки місії (1999–2001). Це розв'язало нагальні гуманітарні потреби, але підірвало зусилля щодо досягнення довготермінових цілей розвитку. Короткі часові горизонти зробили донорів не схильними до ризику, оскільки вони повинні були досягти конкретних цілей за обмежений час. Підтвердження цього – зосередження на кількісних результатах, таких як кількість переобладнаних лікарень та кількість перепідготовлених медичних працівників. Структурні реформи (реформа медичної освіти, менеджменту, системи якості тощо) не

стояли на порядку денному, хоча вони могли б закласти фундамент для розбудови спроможності на майбутнє.

Надання медичних послуг

Збройний конфлікт суттєво послабив можливості системи забезпечити надання медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, пацієнти та медичні працівники піддавалися постійним нападам, обстрілам та бомбардуванням. Сербські війська знищили та пошкодили щонайменше 100 різних клінік, медичних центрів та аптек. Таким чином, після закінчення конфлікту перед міжнародною спільнотою, під протекторат якої потрапило Косово, постало три основні завдання:

- Задовольнити невідкладні потреби: харчування, житло, питна вода, базові медичні послуги, безпечне повернення біженців та ВПО додому;
- Вирішити проблеми надання медичних послуг, спричинені конфліктом;
- Відновити/реформувати систему охорони здоров'я Косова [9].

Координування гуманітарної допомоги

Короткотерміновою метою Плану дій для Косова було координування надання гуманітарної допомоги, щоб покрити невідкладні потреби населення [5, с. 7]. Під час активної фази війни значну частину гуманітарної допомоги направляли на покриття потреб біженців і ВПО, а після підписання мирної угоди – на забезпечення їх повернення до своїх домівок. Ця частина Плану була досить успішною, адже більшість косовських албанців повернулася додому [10].

Первинна медична допомога

Первинна медична допомога (ПМД) у Косові до війни була досить слабо розвинена, адже пріоритет надавали спеціалізованій допомозі.

Цілями реформи первинної ланки були: навчання медичних працівників, планування мережі закладів ПМД відповідно до кількості населення, розроблення рекомендованих штатних нормативів і визначення базового пакету медичних послуг. Планували, що команди, які працюватимуть у центрах первинної медичної допомоги (лікарі та медсестри), забезпечуватимуть первинну діагностику та надаватимуть медичну допомогу у 80–90 % звернень;

пацієнти зможуть вільно обирати сімейного лікаря. Розбудови додаткових закладів охорони здоров'я у цьому напрямі не передбачали [5, с. 10–32].

Планували, що команда ПМД спочатку складатиметься із сімейних лікарів та медсестер. Поступово до них мали би приєднатися інші фахівці: акушерки, фізичні терапевти, ерготерапевти, соціальні працівники та психологи, адже потреби людей змінилися після війни: необхідною стала реабілітація – і фізична, і психологічна.

Професійний шлях і становище медсестер мали змінити – вони повинні були здобути освіту рівня коледжу, згідно зі стандартами Європейського Союзу. Медсестринська справа мала стати незалежною медичною професією [11, с. 227].

Міністерство охорони здоров'я поставило собі за мету сприяти розвитку послуг на рівні громади, особливо в контексті ведення вагітності, післяпологового догляду, реабілітації та психічного здоров'я, а також для лікування багатьох хронічних захворювань, таких як діабет і гіпертонія.

Переорієнтація системи на ПМД була амбітною метою, що вимагала, серед іншого, управління процесом децентралізації, щоб це підвищило рівень реагування на потреби місцевого населення, а не погіршило якість медичних послуг.

Прогрес був неоднозначним. Поняття сімейної медицини стало частиною системи охорони здоров'я. Пізніше закон закріпив сімейну медицину як основну форму надання медичної допомоги на рівні ПМД для окремих осіб та сімей. Найвдаліше реформа відбулася у тих провінціях, де місцева влада брала активну участь у реформах і підтримувала їх.

ВООЗ спільно з місцевими НГО започаткувала освітні програми із сімейної медицини та провела перепідготовку лікарів загальної практики (особливо представників «паралельної» системи охорони здоров'я), які в результаті змогли практикувати як сімейні лікарі у громадах. Окрему увагу в освітніх програмах приділили питанням, які були пріоритетними для Косова: здоров'я матері та дитини; профілактика захворювань серця і легень, туберкульоз, психічне здоров'я тощо [1].

З іншого боку, роль сімейної медицини як основної форми надання медичних послуг не закріпилася в культурі. Для багатьох пацієнтів сімейний лікар став лише проміжним етапом дорогою до лікаря-спеціаліста. Окрім того, впровадження реформи супроводжувалося напругою між представниками ПМД та спеціалізованої медичної допомоги, оскільки лікарі-спеціалісти вважали, що сімейна медицина зменшує потоки їхніх пацієнтів (і, відповідно, – неформальні платежі) [2].

Сімейні лікарі отримали осучаснені посадові інструкції. Водночас стейкхолдери не надали достатньої уваги реформі медсестринства. Медсестри, які закінчили навчання у сфері сімейної медицини, не отримали просування по роботі, розширених повноважень чи підвищення зарплатні, тому часто поверталися на стару роботу у клініки без будь-якої можливості застосувати свої нові навички [11, с. 229]. Це поглибило і без того значну кадрову кризу системи охорони здоров'я.

Спеціалізована медична допомога

Ще одним пріоритетом у реформуванні системи було розмежувати первинну, вторинну та третинну допомогу; змістити акцент зі спеціалізованої на первинну допомогу; усунути географічні нерівності в наданні медичних послуг; розвинути спроможності менеджменту закладів охорони здоров'я [5].

Реформа вторинної і третинної ланок передбачала, що спеціалізовану допомогу та шпиталізацію пацієнти зможуть отримати лише за направленням, за винятком невідкладних випадків. Шість районних лікарень надаватимуть вторинну медичну допомогу, а третинну пацієнти зможуть отримати в лікарні Пріштини.

Лікарні в Косово були економічно неефективними, заповнюваність зазвичай була нижчою за 75 % із невиправдано тривалим перебуванням пацієнтів. У більшості лікарень хотіли скоротити кількість ліжок. Крім того, планували, що майбутні бюджетні асигнування лікарням будуть ґрунтуватися відповідно до обсягу наданих послуг [2].

Випрацьовуючи План дій для Косова, ВООЗ багато уваги приділила реформі ПМД, але при цьому лише загально описала політики, необхідні щоб покращити надання послуг на вторинній і третинній ланках (а ще мало уваги приділено загальному дизайну системи послуг, їх поєднанню та критеріям якості). Окрім того, ВООЗ наголосила на боротьбі з інфекційними хворобами, тоді як блокові неінфекційних хвороб, які були основними причинами смертності населення Косова, приділено дуже мало уваги. Утім надання пріоритету ПМД перед іншими видами інтервенцій є поширеною практикою серед міжнародних стейкхолдерів [12, с. 23].

Зважаючи на те, що план впровадження політики не був докладним і не було інституції, яка очолила б цей процес (ВООЗ взяла на себе лише технічну підтримку), усі проєкти (і ті, які очолювали інші донори), що стосувалися спеціалізованої медичної допомоги, були точковими, а більшість рішень –

інструментальними, а не стратегічними. У зв'язку з цим протягом кількох років після закінчення бойових дій більшість зусиль стейкхолдерів були спрямовані на відбудову та ремонт наявної інфраструктури і значно менше уваги приділяли покращенню якості медичних послуг [11, с. 217].

Система скерувань належно не запрацювала. Попри те, що населення продовжувало звертатися до лікарень по спеціалізовану допомогу, а не до сімейного лікаря, бюджет охорони здоров'я Косова був рівномірно розподілений між послугами первинної та вторинної медичної допомоги, хоча вторинна та третинна допомоги були набагато дорожчими. У результаті цього лікарні постійно залишались недофінансованими [2].

Таким чином, сфера надання спеціалізованої допомоги не зазнала значних покращень у процесі реалізації проєктів відновлення.

Ментальне здоров'я

До війни в Косові не було стратегії щодо піклування про ментальне здоров'я, не було закладів охорони здоров'я, які б надавали стаціонарну психіатричну допомогу, а кількість медичних спеціалістів у цій сфері була дуже обмеженою.

Під час активної фази бойових дій та одразу після закінчення війни з'явилося кілька ініціатив під егідою різних НГО та донорів, які переважно зосереджувались на консультуванні пацієнтів у стресових ситуаціях. Водночас пацієнти з психіатричними розладами залишалися поза увагою. Поточна ситуація свідчила про те, що, щоб подолати наслідки війни, для ментального здоров'я потрібні довготермінові рішення.

Проблему вирішили так:

- До освітніх програм із сімейної медицини (і для лікарів, і для медсестер) були долучені блоки про ментальне здоров'я з метою раннього виявлення проблем та здійснення інтервенцій таким чином, базові послуги могли надавати у громадах, а не лише у великих містах;
- Для пацієнтів із хронічними станами була організована мережа захищених притулків під егідою Doctors of the World (будувати окремі заклади, а потім їх утримувати, за оцінкою ВООЗ, було недоцільно) [5, 40–41].

Окремою великою проблемою у післявоєнному відновленні був захист і медична допомога жертвам гендерно-зумовленого та сексуального насильства.

Сербські війська скоїли численні воєнні злочини, серед іншого гвалтували косовських дівчат і жінок. Метою ВООЗ було випрацювати протоколи, які допомогли б медичним працівникам надавати медичну допомогу жертвам сексуального насильства; їхнє розроблення передбачало й довготерміновий ефект – для роботи із жертвами домашнього насильства. Окрім того, до реалізації цього проєкту ВООЗ залучила інших стейкхолдерів, зокрема щоб надавати медичну допомогу на різних рівнях (спеціалізована допомога, реабілітація) та її інтеграції з іншими соціальними сервісами, адже часто жертви насильства потребували житла, фінансової підтримки тощо. Так у Косові почали використовувати мультидисциплінарний підхід щодо надання медичної допомоги [5, с. 43].

Інфраструктура

ПМД у Косові надавали медичні працівники в закладах охорони здоров'я різного рівня у містах, лікарі загальної практики в амбулаторіях та в менших медичних центрах у селах.

Спеціалізовану допомогу надавали в п'яти районних лікарнях, а також у лікарні третинного рівня у Пріштині, загальною кількістю 5500 ліжок. Заповнюваність лікарень зазвичай була нижчою за 75 відсотків. Пацієнти могли самостійно звернутися по спеціалізовану медичну допомогу без скерування лікаря загальної практики [1, с. 151].

При цьому ефективність інфраструктури була мінімальною. Лікарні зазвичай склалися з кількох окремих будівель, які містили окремі клініки із власними лабораторіями, відділеннями інтенсивної терапії та операційними. Послуги між різними будівлями не координували, що призвело до дублювання та неефективності [2].

Система охорони здоров'я була дуже ослаблена роками політичних та економічних потрясінь, що переросли в кілька місяців збройного конфлікту. Понад 90 % клінік паралельної мережі ТМТ були пошкоджені або зруйновані під час війни, як і багато приватних албанських клінік.

Державні заклади охорони здоров'я не зазнали значних руйнувань: оскільки лікарями та пацієнтами в цих закладах були серби, вони не були цілком умисних обстрілів. Однак переважна більшість державних закладів була пограбована – вивезено запаси лікарських засобів та обладнання. Сама ж інфраструктура закладів відображала роки недбалого ставлення. Загальний крах цивільної інфраструктури, зокрема водопостачання та електроенергії, значно вплинув на

сектор охорони здоров'я. У багатьох лікарнях було відсутнє цілодобове водопостачання.

Оскільки процес відбудови інфраструктури відбувався переважно за кошти донорів, стратегічні документи ВООЗ містили застереження, що розмір і розташування закладів охорони здоров'я, які повинні ввійти до нової мережі, будуть визначені, враховуючи потреби населення та компактність його проживання. Це означало, що деякі об'єкти будуть закриті, а обсяг послуг в інших зменшать. Однак у процесі імплементації проєкту відновлення виявилось, що стейкхолдери не спроможні реалізувати усіх запланованих реформ (зокрема довготермінової реформи спеціалізованої ланки, реформи якості послуг), тому закладені кошти витрачали на інфраструктуру, а не на покращення якості послуг [11, с. 229]. У результаті Косово отримало таку саму малоефективну, не орієнтовану на пацієнта мережу закладів, хоча й з оновленим обладнанням. Не було враховано міграції населення, зміни вікових патернів тощо – деякі відремонтовані лікарні містились у населених пунктах, у яких кількість пацієнтів була значно нижчою, ніж до війни. Через кілька років управлінці закладів зіткнулися з проблемою, що ці лікарні потрібно було утримувати вже без фінансування донорів, при цьому місцеві доходи суттєво не покращилися. Тобто знову відбувався відтік фінансування на комунальні послуги та ремонт, а не на підтримку якості медичної допомоги.

Кадри в охороні здоров'я

Коли Белград 1989 року відкликав автономний статус Косова, Міністерство охорони здоров'я Югославії взяло на себе контроль над системою охорони здоров'я Косова. Це означало, що керівники закладів охорони здоров'я та члени їхніх наглядових рад були змушені підпорядковуватись безпосередньо Белграду і фактично втратили можливість ухвалювати необхідні на місцях управлінські рішення. Більшість албанців на керівних посадах змістили серби.

64 % медичних працівників – етнічних албанців (приблизно 2400 осіб) – втратили роботу: деякі були звільнені, інші під тиском звільнилися «за власним бажанням». 440 із них були лікарями-спеціалістами. Особливо постраждали гінекологічні та пологові відділення: усі албанські лікарі покинули свої посади. Ті медичні працівники, які залишилися в системі, повинні були розмовляти сербською та писати кирилицею.

У 1991 році медичний факультет Приштинського університету закрили, навчання більшості його студентів було перервано. Оскільки доступ косовських

албанців до освіти був обмежений, з часом албанська медична спільнота започаткувала паралельну систему медичної освіти під егідою ТМТ. За 10 років існування «паралельну» медичну освіту здобули 700 лікарів та 1200 медичних сестер. ВООЗ поставила під сумнів якість їхньої підготовки: попри те, що освітні програми забезпечували високий рівень теоретичної підготовки, доступ до практичної був обмежений (через обмеженість доступу до закладів охорони здоров'я). Як результат – ціле покоління медичних працівників-албанців мали сумнівну підготовку й офіційно невизнану кваліфікацію.

Після закінчення війни «паралельна» система охорони здоров'я була практично занедбана. Медичні працівники-албанці повернулися до державних медичних закладів, тоді як більшість сербських медичних працівників втекли з Косова у результаті хвилі насильства проти сербів у післявоєнний період. У червні 1999 року більшість персоналу та пацієнтів лікарні Приштини були сербами; до серпня 1999 року персонал та пацієнти лікарні – майже виключно албанцями.

Після закінчення конфлікту медичні працівники – косовські албанці потребували реінтеграції в існуючу систему охорони здоров'я (частина з них не практикувала через дискримінацію) та перепідготовки (частина мала недостатній рівень підготовки, яку вони отримали в «паралельній» системі освіти від ТМТ). Розв'язком цієї проблеми стало забезпечення закладів охорони здоров'я технічними експертами, що спеціалізувалися у різних сферах медицини та могли проводити тренінги і навчати персонал.

Косово також зіткнулося з нестачею лікарів. Їхня кількість становила менше 2500 – у середньому 13 лікарів на кожні 10 000 жителів (у середньому по Європі приблизно 35 лікарів на 10 000 жителів). Відтік сербських лікарів 1999 року посилив цю нестачу. Кількість лікарів, охочих працювати в сільській місцевості, була мінімальною, а сільським жителям часто доводилося їздити на великі відстані, щоб отримати допомогу. Ця проблема не була вирішена, тому що Косово не було спроможне запропонувати привабливі умови праці для медичних працівників, які залишили країну і влаштували своє життя деінде, а зважаючи на війну, низький рівень заробітних плат та загальний післявоєнний економічний спад привабити молодих спеціалістів у професію ставало дедалі складніше [11, с. 226–230].

Під егідою ВООЗ у дуже стислі терміни після закінчення конфлікту був розроблений стратегічний документ із реформування системи охорони здоров'я; проект був спрямований на реформування сектору, а не на відбудову старої системи з усіма її прогалинами й недоліками; такий підхід дав змогу досягти

успіхів у деяких сферах завдяки зосередженню на пріоритетності потреб населення (наприклад, у сімейній медицині). При цьому обрані політики радше відображали цілі міжнародної спільноти й не завжди місцевого населення. Як приклад – провалена реформа спеціалізованої допомоги (донори відбудовували інфраструктуру, а не інвестували в покращення якості медичних послуг). Ця проблема поглиблювалася короткотерміновістю місій донорських організацій (необхідність звітувати про впровадженій проєкт переважала над довготерміновими завданнями, що не передбачали quick wins). Ні донори, ні новопризначений уряд не вирішили питання дизайну системи фінансування та надання медичних послуг охорони здоров'я, зважаючи на нові умови (міграція, зниження ВВП). Це базове питання, яке повинно було стати головним, адже інакше вся система охорони здоров'я узалежнилась від донорських траншів.

Україна: уроки для сьогодення

Україна вже стикається з тими самими проблемами, що й Косово 20 років тому, але в значно більших масштабах. На листопад 2022 року Росія здійснила 258 атак на систему охорони здоров'я. 196 закладів охорони здоров'я по всій Україні пошкоджено, 29 – зруйновано. На думку Міністерства охорони здоров'я, повномасштабна війна матиме критичні наслідки для психічного здоров'я українців; через війну професійна допомога знадобиться майже 15 мільйонам громадян, до того ж 3–4 мільйонам потрібно буде призначати медикаментозне лікування. Ситуація погіршиться із поширенням серцево-судинних захворювань, діабету, артриту, астми, онкологічних захворювань: через пандемію, а тепер і через війну, українці почали рідше звертатися до лікарів із профілактичною метою. Внаслідок пошкоджень медичної інфраструктури, відсутності води й електрики українцям загрожують також інфекційні захворювання. Найбільшу загрозу становлять холера, COVID-19, кір, поліомієліт, дифтерія та гепатит А.

Щоб подолати наслідки війни, Уряд випрацював План відновлення України, який серед іншого передбачає проєкти в охороні здоров'я.

Список використаних джерел

1. Jones, S. G., Hilborne, L. H., Anthony, C. R., Davis, L. M., Giroi, F., Benard, C., Swanger, R. M., Garten, A. D., & Timilsina, A. (2006). *Securing Health: Lessons from Nation-Building Missions* (1st ed.). RAND Corporation.
2. Percival, V., & Sondorp, E. (2010). *A case study of health sector reform in Kosovo*. *Conflict and health*, 4, 7. // <https://doi.org/10.1186/1752-1505-4-7>.

3. Morkiawa, M. J., *Primary Care Training in Kosovo, International Family Medicine*, Vol. 35, No. 6, June 2003, pp. 440–444.
4. World Bank: World Bank Poverty Study – Kosovo. 2001, Washington: World Bank.
5. World Health Organization, Operations in Kosovo, Action Plan 2000.
6. Briody, C., Rubenstein, L., Roberts, L. et al. *Review of attacks on health care facilities in six conflicts of the past three decades*. *Confl Health* 12 (2018).
7. Spiegel P, Salama P: War and Mortality in Kosovo, 1998–1999: An Epidemiological Testimony. *The Lancet*. 2000, 355: 2204–2209. 10.1016/S0140-6736(00)02404-1.
8. Iacopino, V., Frank, M. W., Bauer, H. M., Keller, A. S., Fink, S. L., Ford, D., Pallin, D. J., & Waldman, R. (2001). *A population-based assessment of human rights abuses committed against ethnic Albanian refugees from Kosovo*. *American journal of public health*, 91(12), 2013–2018.
9. United States Department of State, Ethnic Cleansing in Kosovo: An Accounting, Washington, D.C.: DoS, December 1999.
10. Tarnoff, Curt, *Kosovo: Reconstruction and Development Assistance*, CRS Report for Congress, Updated June 7, 2001.
11. Dragudi Buwa, Hannu Vuori, *Rebuilding a health care system: war, reconstruction and health care reforms in Kosovo*, *European Journal of Public Health*, Volume 17, Issue 2, April 2007, pp. 226–230.
12. De Ville de Goyet, C., and E. Sondorp, *Internal Evaluation of WHO Response in Kosovo*, June–December 1999, WHO/EHA, May 2001.
13. Bornemisza, O., and E. Sondorp, *Health Policy Formulation in Complex Political Emergencies and Post-Conflict Countries: A Literature Review*, *London School of Hygiene & Tropical Medicine, London*: University of London, Department of Public Health and Policy, November 7, 2002.

Нотатки для викладача

Цільова аудиторія: слухачі навчальних програм у сфері публічного управління та адміністрування, менеджменту у сфері охорони здоров'я.

Навчальні цілі:

1. Проаналізувати, як відбувається пріоритетність проектів відновлення та що впливає на їхню успішність;
2. Обрати (розробити) варіанти рішення для України на основі міжнародного досвіду.

Додаткові матеріали

Окрім опису кейсу, слухачі отримають також низку додаткових матеріалів, пов'язаних з війною в Україні, ознайомлення з якими допоможе їм глибше зрозуміти поточну ситуацію:

1. Massive. Brutal. Deliberate. Attacks on Hospitals in the Russia-Ukraine War during the First Phase of the Invasion (February 24-April 7, 2022). A Report by the Ukrainian Healthcare Center.
2. Health financing in Ukraine: resilience in the context of war. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. План відновлення України, який розробив Уряд (розділ «Охорона здоров'я»).

Рекомендації для викладача

Рекомендований **час для роботи над кейсом:** самостійне ознайомлення слухачів із текстом кейсу та додатковими матеріалами до заняття; одна академічна пара (1 год. 20 хв) для дискусії в аудиторії.

Також рекомендуємо надати слухачам **завдання для виконання вдома** до заняття:

1. Знайти інформацію (у мережі Інтернет, публікаціях, інтерв'ю тощо) щодо проблем, з якими стикається система охорони здоров'я через війну (здоров'я населення, надання послуг, управління, фінансування, прогнози на майбутнє тощо).
2. Ознайомитися із проектами в охороні здоров'я із Плану відновлення України, який розробив Уряд.

Дискусія в аудиторії складається з двох частин – спільного обговорення та обговорення в групах.

1. **Спільне обговорення** (кожен слухач висловлює власну думку).

Навчальні питання:

1. У якому стані була система охорони здоров'я Косова до війни? Як ці чинники вплинули на втрати системи й на подальше відновлення? Чи стикалася зі схожими проблемами українська система охорони здоров'я? Як вони впливають (можуть вплинути в майбутньому) на процес відновлення?
 2. Які політики були імplementовані успішно і що сприяло їхньому успіхові? Які політики зазнали невдачі й чому?
 3. Які партнерства були успішними у процесі повоєнного відновлення і чому? Які партнерства можуть бути успішними в Україні?
2. **Обговорення в групах.** Викладач ділить слухачів на групи (не більше чотирьох). Рекомендовано поділити слухачів за профілем їхньої роботи (державні службовці, управлінці, лікарі), сформувавши «прототипи» груп інтересів.

Групам дається **завдання:**

1. Обрати (почергово) проєкти із Плану відновлення України (1–5, залежно від кількості груп), які група вважає за необхідне реалізувати в Україні; група також може придумати (коротко окреслити) власний проєкт, якщо вважає за потрібне; викладач стежить за тим, щоб проєкти різних груп не повторювалися;
2. Дискусія в малій групі:
 - Поділитися **інформацією** з іншими членами групи щодо проблематики сфери охорони здоров'я, що спричинила війна.
 - Обговорити **аргументацію**. Чому ви підтримуєте саме цей проєкт? Які факти з міжнародного досвіду підтверджують, що цей проєкт необхідний? Що допоможе його реалізувати? Кого потрібно залучити до його обговорення / реалізації і чому?
 - Для керівників закладів охорони здоров'я можуть бути актуальне питання: які внутрішні політики можна ініціювати (зокрема щоб подолати кадрову кризу)?
 - Для викладачів закладів медичної освіти можуть бути актуальне питання: на які новації в освітніх програмах варто звернути увагу?
3. **Представлення проєктів:** один представник групи розповідає про проєкти, які обрала група, аргументуючи свою думку фактами з міжнародного досвіду.

4. **Спільна дискусія:** групи мають можливість поставити питання, апелювати до аргументів одне одного; викладач модерує дискусію.
5. Викладач підсумовує дискусії.

Часовий план виглядатиме так:

Самостійне ознайомлення слухачів із кейсом і додатковими матеріалами (до заняття в аудиторії), пошук необхідної інформації про систему охорони здоров'я України під час війни.	
Спільне обговорення.	15 хв
Обговорення в групах.	60 хв
– Дискусія в малій групі.	15 хв
– Представлення проєктів (час ділимо на всі групи).	25 хв
– Спільна дискусія.	20 хв
Підсумки дискусії, висновки.	5 хв

**ЗАСТАВНИЙ І., ВЛАСЕНКО О.
УПРАВЛІННЯ В ЧАС ВІЙНИ.
РИЗИКИ ТА МЕНЕДЖМЕНТ**

Навчальний кейс

Частина А. Пролог

Вступ

Війна – це одна з найбільш кризових та неочікуваних ситуацій у житті кожної людини. До умов війни майже неможливо підготуватись на всі сто відсотків, оскільки кількість змінних є надто великою. Цивільні люди, які перебувають у зоні бойових дій, мають низку складних виборів, які варто зробити для себе – виїжджати в безпечніше місце чи ні; де знайти їжу, тепло, дах над головою; де перебувати під час обстрілів чи окупації; як зберегти життя собі та своїм близьким; як не потрапити в полон та дуже багато інших. Виборів та рішень, які варто зробити та ухвалити, в керівників всіх рівнів є значно більше, оскільки вони відповідають за життя та здоров'я не лише своє і своїх рідних, але й за безпеку, роботу працівників та часто цілих підприємств і навіть галузей. Кажучи про керівників сфери охорони здоров'я, то обсяг їхніх завдань, рішень та відповідальності часто навіть складно описати словами. Вперше з цими викликами керівники в сфері охорони здоров'я України стикнулись 2014 року, хоча їх ніхто не готував до цього.

У 2014 році Російська Федерація анексувала український Крим і почала воєнне вторгнення на території Донецької та Луганської областей. На той момент українці поділялись на кілька категорій: ті, хто думав, що Україну окупує, оскільки ми недостатньо сильні, щоб протистояти настільки сильній армії противника; ті, хто вірив, що українців не зламати, і ми будемо битись до останнього й ті, хто думав, що це швидко закінчиться і росіянам потрібні лише ці дві області, а потім вони зупиняться. Були й такі, які чекали на «руській мір», проте їх було відносно небагато й вони боялись піднімати голову. Частина українців пішла воювати в армію, частина – добровольцями, частина волонтерила та забезпечувала фронт, а частина намагалась адаптуватись до нових умов та працювати і сплачувати податки, попри всі небезпеки.

У 2014 році війна на українських Донеччині та Луганщині почалась 12 квітня із захоплення російськими військами та місцевими колаборантами

Слов'янська, Краматорська та Дружківки. У цих трьох доволі великих міських агломераціях окупанти захоплювали будівлі МВС, крали зброю та роздавали її місцевим колаборантам. Кількість таких людей була не дуже великою, проте вони були озброєні та відносно добре підготовлені.

У найбільшому з тимчасово окупованих міст – Краматорську – на момент тимчасової окупації проживало приблизно 160 000 людей. Зі слів очевидців, усе відбулось вкрай неочікувано, і мало хто розумів, що діється, що робити далі і як працювати. Після початку окупації багато людей встигли виїхати з міста, а ті, які залишилися, намагалися пристосуватись до нових умов. У державних установах, і в медичних також, було заблоковане фінансування, і люди продовжували виконувати свою роботу виключно на ентузіазмі та розумінні того, що життєво важливі напрями міста мають працювати, не зважаючи ні на що. Враховуючи напруженість ситуації у країні загалом та активні дії із захисту країни підрозділів Збройних сил України, добровольців та всіх інституцій, які обороняли Україну, місцева тимчасова окупаційна влада Краматорська не звертала надто багато уваги на ситуацію в місті й не перешкоджала місцевим установам забезпечувати базові потреби жителів.

5 липня 2014 року сили оборони України остаточно витіснили окупантів із Краматорська та Слов'янська і над містами підняли український прапор. Оскільки окупанти захопили обласний центр – Донецьк – , 2014 року Краматорськ став новим центром Донецької області, і багато обласних установ перенесли саме туди.

Одночасно із військовими діями в Донецькій та Луганській областях почались заворушення і мітинги в деяких інших містах України, які очолювали профінансовані Росією «активісти» і групи людей. М'яко кажучи, ситуація була вкрай нестабільною та небезпечною і великою мірою Україна втрималась завдяки адекватним діям військових та добровольців, активістів, завдяки органам влади та управлінням різних рівнів, волонтерам і багатьом простим українцям.

Протягом 8 років війна на сході України переходила в різні стадії – від загострень до поступового тимчасового зменшення активності, і за цей час відбулось дуже багато і трагічних, і знакових подій, що сформували тимчасово окуповані окремі райони Донецької та Луганської областей, які не були визнані ані в Україні, ані в інших країнах, без зрозумілого статусу та генеральною ідеєю того, що всі ці регіони мають бути раніше чи пізніше деокуповані та реінтегровані до складу України. Був обраний процес переговорів, який мав

тривати дуже довго, і про чіткі цілі якого дискутували на різних рівнях, проте інтенсивність війни значно зменшилась.

24 лютого 2022 року змінило все. Російська Федерація розпочала повномасштабні військові дії та напала на Україну з кількох напрямків, застосовуючи багато засобів ураження. Російська армія показала себе як брутальна, погано контрольована маса, яка не дотримується правил війни, катує і вбиває українців, розграбовує країну та хоче знищити українців як націю. Цього разу війну на собі відчули не лише східні області, а й із різною інтенсивністю вся Україна. Мільйони українців змушені були покинути свій дім, виявлено тисячі закатованих та убитих. Краматорськ знову став однією із цілей загарбників, як і 2014 року, за винятком того, що українці цього разу були більш готові відстояти і саме місто, і всю Україну.

Ця історія про героїв, про яких ви рідко прочитаєте в новинах чи побачите по телебаченню, але вони існують і від їхніх дій та рішень залежать життя великої кількості людей. Майже ніколи вони не можуть виїхати в безпечніші місця до останнього й залишаються на своїх робочих місцях, попри всі загрози.

Опис передумов

До 2012 року в Краматорську існувала так звана дільнична служба. Це медичний підрозділ міста, який функціонував у складі міських лікарень, забезпечував первинну медичну допомогу та фінансувався за залишковим принципом, оскільки кошти переважно витрачали на утримання спеціалізованої медичної допомоги. У 2012 році, за часів міністерки охорони здоров'я Богатирьової, яка втекла з країни під час Революції Гідності 2013 року, була спроба одних із перших змін у системі охорони здоров'я. Суть полягала в тому, що по всій країні загалом і у Краматорську зокрема були створені окремі центри первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД). Вони були відокремлені від спеціалізованої медичної допомоги, мали окремий юридичний статус та окремо фінансувались із Державного бюджету. Проблема полягала в тому, що утворення таких центрів було примусовим, чітко картографованим та із врахуванням поділу на області, райони та міста чи села. Логіки бізнес-процесів та ринку послуг не враховували та не брали до уваги. У Краматорську було створено два таких міських центри – 1 та 2.

У 2016 році стартувала нова реформа охорони здоров'я і 2018 року було створено єдиного закупівельника медичних послуг – Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Два ЦПМСД Краматорська перейшли від оплати за

державними субвенціями із рахунків Казни до оплат за підписані декларації із пацієнтами на банківські рахунки підприємства від НСЗУ. Одночасно із цим відбувалась реформа децентралізації, яка передбачала більше повноважень, ролей та грошей в органах місцевого самоврядування. Краматорськ став центром громади, яка налічувала приблизно 180 тисяч жителів.

Після реформування, і в Краматорську також, виникло питання лідерства, і в новій громаді, і в її підприємствах, установах та інституціях. Міським головою жителі громади обрали Олександра Гончаренка. Щодо ЦПМСД 1, то від 2012 року його очолював Олександр Власенко, а після реформи охорони здоров'я 2016 року він був переобраний директором цього центру в нових умовах функціонування та оплати послуг.

Герой цієї історії – Олександр Власенко – 2000 року закінчив Донецький державний медичний університет та отримав спеціальність сімейного лікаря. Одразу після університету та інтернатури почав працювати в Краматорську сімейним лікарем. Від 2003 року став завідувачем відділення сімейної медицини при лікарні № 2 міста Краматорська. Від 2012 року Олександр очолив новостворений міський ЦПМСД Краматорська й почав організовувати роботу цієї установи з нуля. Під час тимчасової окупації 2014 року продовжував виконувати обов'язки директора центру та організовувати допомогу жителям у надскладних умовах – без зарплат та розуміння того, як розвиватиметься ситуація в місті.

Після початку реформи охорони здоров'я 2018 року Краматорський ЦПМСД 1 був реорганізований із комунальної установи в комунальне підприємство. Організація не лише змінила назву, але й кардинально вдосконалила підходи до роботи – від оплати праці з Казни до оплати послуг від НСЗУ на рахунок у банку, від просто виконання своєї роботи до бізнесового планування, розвитку, аналізування процесів та багатьох інших звичних для бізнесу речей.

У 2021 році два ЦПМСД об'єднали рішенням міського голови для кращої та ефективнішої організації послуг та використання ресурсів в одному центрі. Організація праці підприємства вимагала від Олександра робити дуже багато речей – від пояснювання реформ пацієнтам та команді до організації комфортних кабінетів для лікарів і пацієнтів, формування і обрахування зарплат, навчання персоналу, розвитку Call-центру.

Після об'єднання двох підприємств та до 24 лютого 2022 року у Краматорському ЦПМСД було задекларовано приблизно 140 000 пацієнтів (майже 80 % від загальної кількості жителів громади, відповідно до статистики).

Підприємство заробляло приблизно 10–11 млн грн на місяць. Заробітна плата працівників поступово зростала. На 80 % центр забезпечував свої фінансові потреби самостійно, включно із частиною ресурсів на розвиток. На 20 % фінансовий та матеріальний ресурс надходив від власника підприємства (Міської ради), переважно ресурси для оплати комунальних послуг та дороговартісних ремонтів чи закупівель. Цікаво, що в більшості інших центрів в Україні цей показник був значно нижчим. До того ж Краматорський ЦПМСД був великим платником податків у місцевий бюджет за рахунок податків на доволі високі зарплати працівників. У центрі працювало приблизно 600 людей.

Якщо сказати простіше, Краматорський міський ЦПМСД вважали дуже успішним медичним підприємством в Україні. Про нього часто журналісти знімали репортажі, різні інституції ставили в приклад щодо ефективності роботи.

Наратив

Ранок 24 лютого 2022 року Олександр Власенко зустрів на медичній конференції у Трускавці, куди його запросили задовго до повномасштабного вторгнення військ Росії в Україну. Перше, що він зробив, – зателефонував сім'ї та своїм заступникам. Також купив квитки на найближчий потяг до Краматорська. Маршрут пролягав через Львів. Маючи кілька годин між потягами у Львові, його зустріло абсолютно порожнє місто, яке завжди до того було переповнене життям та туристами. На вулицях періодично лунали сирени, нагадуючи про небезпеку авіаційних ударів. Він чітко зрозумів, що війна фізично охопила всю Україну. Найважливіше, Олександр ще раз зрозумів, що має якомога швидше повертатись до Краматорська, щоб втримати команду та надавати жителям медичну допомогу в складний період. Ситуація була непередбачувана, і розуміння того, скільки протримається місто перед наступом окупантів, не було. Поки він повертався до міста, мав численні дзвінки від мера та владців. Отримував інструкції та давав пропозиції колективу, що робити та як організувати роботу. Мер одразу чітко сказав, що буде в місті й нікуди не поїде. Це додавало впевненості та спокою.

Повертаючись додому, Олександр побачив, що дуже багато людей виїжджають зі сходу України. Потяг до Краматорська був майже порожнім.

Дилема

Масовий виїзд людей, суцільний хаос та страх. Це перше враження, яке склалось в Олександра, коли він приїхав до рідного Краматорська. Після приїзду

він одразу зробив кілька речей: відвідав мера, органи місцевого самоврядування та зустрівся з командою. Після цього сформувався чітке розуміння, що громада перебуває під управлінням, критична міська інфраструктура продовжує працювати, і життя у громаді продовжується.

Перед Олександром виникло кілька дилем.

Однією із найважчих дилем та проблем була суцільна паніка, страх у місті.

Уже до середини березня стало зрозуміло, що кожного дня в середньому на столі в Олександра з'являються по 2 нові заяви на безоплатну відпустку. До того ж більшість людей повідомляла про це постфактум без якихось обговорень. Приблизно 90–95 % працівників – це жінки з дітьми. Цей процес був доволі очікуваним, але масштаб перевершив усі очікування. У кінцевому результаті на початок квітня із 120 лікарів залишилось 18, а із 330 медичних сестер – 94. Також слід врахувати, що і жителів громади стало значно менше. Із 160 тисяч залишилось 60 тисяч.

А російська армія підходила все ближче до міста і вже через деякий час захопила Ізюм (70 км від Краматорська). Ледь не щодня до міста прилітали ворожі ракети. Ситуація все більше ускладнювалась.

Також бракувало всього – від засобів гігієни до продуктів та медикаментів. Аптечні пункти закривали, працювала лише одна аптека, і асортимент там був доволі обмежений. Волонтери привозили багато речей, проте повністю забезпечити всі потреби їхніми зусиллями було нереально.

Ще однією проблемою були раніше згадані, постійні обстріли, які не сприяли безпеці персоналу та його бажанню продовжувати роботу.

Ще одним ускладнювальним чинником було те, що всі обласні медичні підприємства, які після 2014 року перенесли в місто з Донецька, були евакуйовані в інші області України, включно із перинатальним центром, у якому приймали пологи. Міські лікарні та центри залишились, проте не всі види допомоги в них надавали.

Частина Б. Епілог

До війни неможливо підготуватись на всі сто відсотків. Відповідно, Краматорський ЦПМСД теж не зовсім був готовий до умов, у яких довелося працювати після 24 лютого 2022 року.

Враховуючи всі умови, ухвалили рішення застосовувати кризове управління і в центрі зокрема, і в місті загалом. Мер Краматорська заявив публічно й підтвердив це на зустрічах із керівниками комунальних підприємств, що весь

менеджмент залишається на місці. Попри велику кількість людей, які виїжджали з міста, значна кількість усе ще залишалась. Щоб підвищити почуття безпеки та контрольованості ситуації, навіть найдрібніші дії, які виконували у відносно мирному місті, були дуже важливими. Комунальні служби косили газони й латали дороги після обстрілів, лікарі приймали пацієнтів, попри зменшення їх кількості, вулиці прибирали. Це дало можливість створити не лише в містян, але й у місцевих менеджерів відчуття, що все під контролем.

Перше, що зробив Олександр, – забезпечив перевезення та безпечно зберігання всіх критично важливих документів, статуту та інших речей, втрата яких могла би вплинути на функціонування підприємства. Так само було перенесено бухгалтерський відділ у безпечніше місце.

Відтак він зібрав всіх керівників відділень та з часом всю команду й обговорив усе, що буде відбуватись. Олександр дав їм чіткий план. Він пообіцяв, що якщо польова артилерія діставатиме до міста в неперервному режимі та буде на околицях, то він забезпечить виїзд всіх членів команди, які залишаться. Він мотивував їх словами про важливість їхнього перебування у громаді та опіку й допомогу містянам.

Наступним важливим кроком було те, що, враховуючи кількість членів команди, які виїхали, Олександр зміг підвищити заробітні плати всім, хто залишився, приблизно вдвічі. Також він вплинув на те, щоб членів колективу, які працюють, не мобілізували, оскільки вони і так працювали де-факто на лінії фронту.

Наступне із погляду гострого кризового управління, що забезпечив Олександр, – це безпека членів команди, наскільки це можливо було. Укріплення вікон та будівель загалом, службовий транспорт можна було використовувати, щоб возити лікарів додому і з дому. Також скоротили години прийому і вони навіть певною мірою орієнтувались на «графіки» обстрілів, які мали певну закономірність.

Ще одним важливим кроком було створення за підтримки закордонних партнерів гуманітарного та саме фармацевтичного хабу в ЦПМСД, куди всі волонтери чи організації могли звозити й накопичувати необхідні ліки та розхідники. Їх пацієнти отримували безоплатно після огляду сімейного лікаря в кожній амбулаторії.

Після цих кроків відтік людей зменшився, ситуація дещо стабілізувалась. Усі члени колективу почали розуміти, що вони важливі і що є план у випадку погіршення ситуації. Олександр також дав їм розуміння, що в майбутньому вкрай важливо, щоб сімейні лікарі центру опановували якомога більше навичок,

оскільки через виїзд багатьох лікарів їм доводилось радити собі із дуже різними ситуаціями.

Це не вирішувало проблеми генерально, але гострі дилеми були мінімізовані.

Після цього Олександр із командою вирішив зрозуміти, як можна допомогти жителям Краматорська та членам своєї команди за межами міста.

Для цього колектив ЦПМСД проаналізував та наніс на карту України дані про те, де перебувають пацієнти та медичний персонал центру. Виявилось, що скупчення і перших, і других збігається. Це, до прикладу, Дніпропетровська, Київська, Львівська, Закарпатська та ще кілька областей і громад.

Після цього картографування Олександр ухвалив два рішення. Перше – слід відкривати віддалені підрозділи центру в цих областях. Друге – за підтримки донорів важливо організувати роботу пересувних амбулаторій для жителів Краматорська та всіх охочих у місцях цих скупчень.

На жовтень 2022 року перша амбулаторія в місті Києві вже відкрита і функціонує, відкрити кабінети прийому лікарів Центру в Дніпрі. Планується відкриття таких самих амбулаторій у Львові та ще в кількох містах. Організація пересувних амбулаторій перебуває на фінальному етапі та від грудня заплановано охопити Кіровоградську область. Незабаром буде готовий графік виїздів, але вже на цьому етапі краматорці з різних областей пишуть, що чекають своїх лікарів, своїх медичних сестер і свій Краматорський центр первинної медико-санітарної допомоги.

Нотатки для викладача

Загальна інформація

Цей кейс має на меті дати студентам розуміння того, що до криз варто готуватись. Якщо підготуватись до кризи, то значно легше впроваджувати процес управління та мінімізувати ризики.

Навчальні цілі

Ціль 1. Студенти мають вміти використовувати методiku оцінювання та мінімізування ризиків.

Ціль 2. Студенти мають вміти використовувати модель кризового управління.

Ціль 3. Студенти мають розуміти важливість планування ризиків для ефективного кризового управління.

Методика виконання кейсу

Крок 1. Визначення контексту.

На цьому етапі викладач спільно із студентами має розібрати контекст кейсу. Основною ідеєю цієї частини розв'язання кейсу є дати розуміння, що війна – це одна із найважчих криз у житті громади та підприємств. Також слід дати розуміння того, що Краматорський ЦПМСД мав досвід управління в час окупації.

Крок 2. Визначення проблеми.

Основне завдання – дати студентам можливість виокремити проблеми, з якими стикнувся директор центру 2014-го та 2022 року. І чи було підприємство готове до 2022 року.

Крок 3. Завдання.

Основна мета цієї частини – покрокове, а не довільне виконання. Дуже важливо дати учасникам можливість пройти етапи кризового управління без оцінювання та мінімізування ризиків, а потім – із ними.

Крок 4. Визначення можливих рішень.

Крок 5. Загальний опис рішень, які застосовували.

На цьому етапі не слід вказувати правильність обраного рішення та давати чіткі рекомендації. Наприкінці слід обговорити, що можна було би зробити краще в контексті відповіді до кейсу та відповідей, які описали студенти.

Завдання

1. Уявіть, що ви є директором Краматорського ЦПМСД. Опишіть, як би ви проводили процес кризового управління на початок березня 2022 року. Пам'ятайте про всі дилеми, які вже виникли та виникнуть. Ви можете використовувати лише стовпці II та III, описані в Додатку 1 або методологію, яку запропонував викладач.
2. Враховуючи всі попередні умови, за яких працював Краматорський ЦПМСД, оцініть ризики та їхню мінімізацію чи нівелювання на 20 лютого 2022 року. Ви можете використовувати кроки, описані в Додатку 2, або методологію, яку запропонував викладач.
3. Уявіть, що ви є директором Краматорського ЦПМСД. Опишіть, як би ви проводили процес кризового управління на початок березня 2022 року. Змодельуйте це, враховуючи проведене раніше оцінювання та стратегію зменшення ризиків. Ви можете використовувати всю таблицю в Додатку 1.

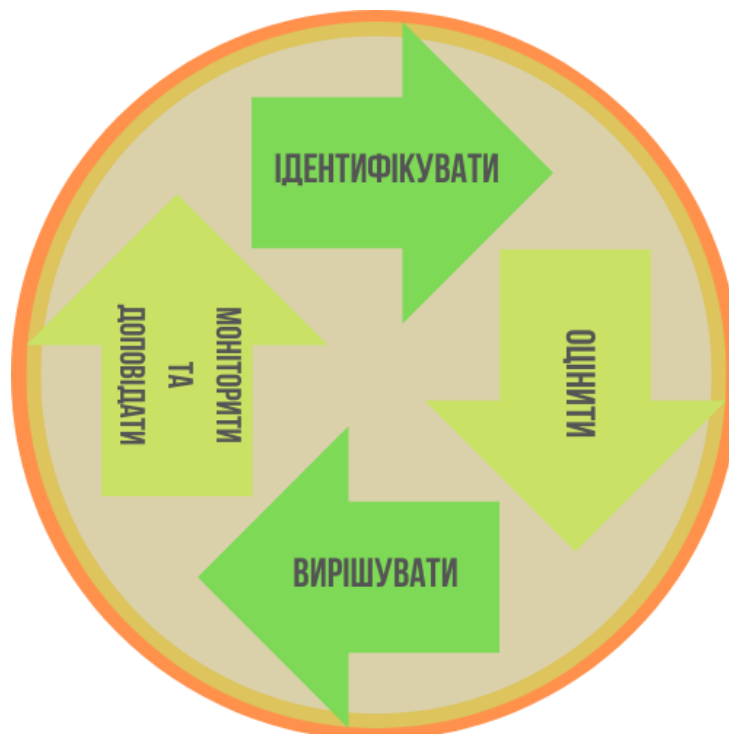
Додатки

Додаток 1

Етапи кризового менеджменту



Джерело:
<https://www.techtarget.com/whatis/definition/crisis-management> .



1. <https://www.migso-pcubed.com/blog/pmo-project-delivery/four-step-risk-management-process/>
2. <https://safetyculture.com/topics/risk-assessment/5x5-risk-matrix/>

Ідентифіковувати. На цьому етапі варто визначити всі чинники, які впливатимуть на діяльність чи стратегію підприємства.

Оцінювати. На цьому етапі слід кількісно та / чи якісно проаналізувати ризики. Якісний аналіз проводять, оцінюючи ймовірності та впливи ризику, а кількісний – оцінюючи фінансові або інші кількісні впливи. Для оцінювання можна використовувати матрицю ризиків.

СИЛА ВПЛИВУ
Наскільки значними будуть наслідки, якщо цей ризик матиме місце? →

ВІРОГІДНІСТЬ
Яка вірогідність того, що ризик може мати місце? ↑

	Вкрай незначний 1	Незначний 2	Помірний 3	Значний 4	Вкрай значний 5
Майже точно 5	Помірний 5	Високий 10	Дуже високий 15	Екстремальний 20	Екстремальний 25
Висока вірогідність 4	Помірний 4	Помірний 8	Високий 12	Дуже високий 16	Екстремальний 20
Помірна вірогідність 3	Низький 3	Помірний 6	Помірний 9	Високий 12	Дуже високий 15
Низька вірогідність 2	Дуже низький 2	Низький 4	Помірний 6	Помірний 8	Високий 10
Майже точно ні 1	Дуже низький 1	Дуже низький 2	Низький 3	Помірний 4	Помірний 5

Вирішувати. На цьому етапі слід розглянути стратегії вирішення.

Шкала ризиків:

1–4 Прийнятні. Значні дії не потрібні.

5–9 Адекватні. Можна проаналізувати.

10–16 Середні. Мають бути розглянуті протягом певного часу та слід запровадити стратегії подолання.

17–25 Неприйнятні. Необхідно розробити плани нівелювання ризиків та негайно почати їх запроваджувати.

Моніторити та доповідати. На цьому етапі важливо відстежувати ефективність запропонованих стратегій та доповідати про них.

**РОЖДЕСТВЕНСЬКИЙ А., КОСТЮК О.
РОБОТА КОМУНІКАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ ПРИ МОЗ В УМОВАХ ВІЙНИ.
«ВІЙНА НАБЛИЖАЄ ХВОРОБИ ДО ВАШИХ ДІТЕЙ»**

Навчальний кейс

Яніна Нестерчук, 34 роки, м. Київ – від листопада 2021 року керівниця Комунікаційного центру (проект ЮНІСЕФ при МОЗ). Консультантка зі стратегічних комунікацій Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ). Має 10-річний досвід роботи в комунікаціях: спочатку як журналістка економічних видань «Інвестгазета» та «Forbes Україна», потім як провідна PR-спеціалістка в компанії «Київстар», керівниця департаменту корпоративних комунікацій у «Нова пошта», викладачка курсів з PR.

На початку пандемії COVID-19 Яніна пішла в декретну відпустку. «Це був дуже корисний етап – я була змушена шукати безліч інформації про здоров'я дітей та дорослих, розбиратися в тому, як краще захистити життя в умовах пандемії та дізнаватися моторошні історії людей, які нехтували щеплення і мали дуже негативні наслідки від серйозних хвороб. Таке заглиблення в тему здоров'я та вакцинації стало слухним, коли ми зустрілися із колегами з ЮНІСЕФ та вони запропонували очолити один з їхніх проєктів – Комунікаційний центр з питань вакцинації від COVID-19 при МОЗ», – розповідає Яніна Нестерчук.

Передісторія

Комунікаційний центр з питань вакцинації від COVID-19 працював з лютого 2021 року та вже мав в активі успішні рекламні кампанії: «Вакциновані – захищені», «Бабусю, вакцинуйся» тощо, та налагоджену систему створення та дистрибуції контенту для медичних працівників, освітян, людей із груп ризику з приводу ковіду через державні та офіційні канали. Основне завдання, яке постало перед командою – зберегти та збільшити темпи вакцинації від ковіду серед пріоритетних груп населення у тісній співпраці з МОЗ.

Для цього Яніна з командою випрацювала стратегію, у січні 2022 року погодила її зі стейкхолдерами та 24 лютого мала запускати ще одну рекламну кампанію «Зроби бустер – продовжи захист» у діджитал- та офлайн-каналах. Але війна все змінила. Команді знадобилося майже два тижні, щоб дістатися до безпечних місць, оговтатись та продовжити роботу.

Робота під час війни

«Ми від початку створення Комунікаційного центру працювали віддалено – з різних міст і країн. Тому хтось з колег одразу долучився до допомоги військовим чи переселенцям, а хтось мав спочатку дістатися до місця, де можна було б жити та працювати. Кожен день починався і закінчувався перекличкою в чатах», – згадує ті дні Яніна.

Коли керівниця дісталася до маленького міста в Туреччині, яке обрала собі за базу на найближчий час, з'явився ресурс не тільки взятися до роботи, але й обговорити з Людмилою Паламар, Social and Behaviour Change Officer UNICEF, кураторкою Комцентру, подальшу стратегію роботи команди. «Ми і раніше обговорювали, що ковід може відійти на другий план будь-якої миті, тому орієнтували команду так, щоб вони могли працювати над будь-якими темами. Це стало в нагоді з початку війни. Першим значущим проєктом вже в березні 2022 року стала брошура “Поради батькам під час війни”. Її загальний наклад – понад 100 000 екземплярів. Запит був настільки великий, що доводилося додруковувати», – розповідає Яніна.

Від березня Коментр зосереджений на комунікуванні тем рутинної вакцинації – її рівень у країні недостатній, щоб сформувати колективний імунітет, а війна сприяє поширенню інфекційних хвороб; грудного вигодовування – адже материнське молоко – це їжа, яка завжди з мамою, воно рятує життя в ситуаціях, коли людям доводиться тижнями сидіти в підвалах та голодувати; вакцинації від коронавірусу – адже ковід нікуди не зник, і люди досі помирають від важких наслідків цієї хвороби.

Фактично Комунікаційний центр перетворився на агенцію повного циклу: від збирання суспільних запитів через пабліки, Social listening від ЮНІСЕФ та запити в Google до розроблення креативних кампаній разом із підрядниками та поширення комунікаційних матеріалів. Була створена система найрізноманітніших каналів комунікацій – від офіційних сторінок МОЗ, ЮНІСЕФ та партнерів – державних органів та громадських організацій – до пабліків найменших сіл, аптек, комунальних автобусів чи маршруток у маленьких містах, медіа та лідерів громадської думки. Окремий блок роботи – створення простого небрендованого контенту, який простими словами і влучними віжуалами доносить важливу інформацію до людей, максимально далеких від медицини. Це давало змогу поширювати різний контент – від постів

у соцмережах, відео до бордів та сюжетів на регіональному телебаченні – максимально ефективно.

Один із проєктів, втілений нещодавно, був присвячений рутинній та ковідній вакцинації. Він мав на меті підвищити обізнаність населення семи областей: Рівненської, Чернігівської, Волинської, Львівської, Одеської, Івано-Франківської, Закарпатської, та стимулювати попит на вакцинацію. Ці регіони були обрані серед інших з двох причин: традиційно низький рівень вакцинації та значна кількість внутрішньо переміщених осіб. Проєкт тривав від липня до вересня і передбачав 86 публікацій на різних місцевих телеканалах, радіо та в онлайн-медіа. Публікації містили інформацію про вакцинокеровані захворювання та їхні наслідки, типи вакцин, які є в Україні, важливість вакцинації для груп ризику, вплив вакцинації на вагітність і лактацію та практичні поради для внутрішньо переміщених осіб, батьків, освітян тощо. Загальне охоплення перевищило 7,5 млн контактів та збільшило кількість звернень щодо отримання вакцин і для дорослих, і для дітей.

Завдання 1. Зберегти команду під час війни

Звісно, коли ти прокидаєшся від вибухів, гинуть люди та розвалюється звичне життя, про роботу навіть не думаєш, але вже досить швидко усвідомлюєш, що, з одного боку, треба заробляти гроші, щоб максимально донатити, з другого – що твоя робота може врятувати життя, з третього – що більше ти зайнятий корисними справами, то менше часу лишається на деструктив. Зважаючи на ці три постулати, працювала й команда Комцентру.

«Було дуже важко втримати увагу колег: хтось із членів команди опинився в окупації, хтось – в Харкові під жахливими обстрілами, хтось – з маленькими дітьми в ненайбезпечнішому місці, хтось день і ніч розміщував вимушених переселенців у спортзалах, а хтось змітав із полиць товари військового призначення, щоб допомогти нашим бійцям», – згадує Яніна Нестерчук.

Перше, що потрібно зробити в ситуації цілковитого хаосу – відступити й дати собі та іншим час, щоб отямитись та облаштувати нове життя, переконана Яніна. Друге – запропонувати допомогу. Організували консультації спеціаліста із ПТСР для тих, хто цього потребував, шукали можливості евакуації з окупованих територій, вели багато розмов та, що теж важливо, – ставили конкретні завдання, які допомагали людям концентруватися на роботі.

«Далі керівник має стати не просто людиною, яка менеджить процеси.»

Яніна завжди була прихильницею того, що професійне й особисте життя не можна поєднувати. Усі приходять на роботу працювати. Але під час війни люди потребують значно більше емпатії, значно більше людяності та розуміння. І це має відобразитися в комунікаціях. Наприклад, одна з працівниць Комцентру випала з робочого процесу на кілька днів, бо в неї помер пес. Яніна розуміла, що в іншій ситуації смерть собаки була б, звісно, трагічною, але вона не так потужно вплинула б на людину, як під час війни тому, що це було ніби «ні, ще й це», ніби остання крапля перед зливом. Вона мусила дати їй час, щоб відновитись, та простір для відновлення.

«Як керівник ти опікуєшся ресурсом своїх людей, ти шукаєш можливості, як цей ресурс підвищити.»

Іноді Яніні доводилось заходити на територію особистого. Коли вона бачила, як люди виявляли реакції, які не збігаються з нормою, вона мусила втрутитись та сказати, що цій людині негайно потрібно звернутись до лікаря! У ситуації стресу багато людей ігнорують свої інші проблеми та потреби, поки не настає край. У мирний час Яніна б ніколи не дозволила собі вказувати співробітникам, що їм слід робити зі своїм здоров'ям.

Команда Комунікаційного центру мала традицію проводити одну зустрічі на тиждень, і ця традиція не змінилась навіть у воєнний час. Однак упродовж першого місяця після повномасштабного вторгнення Росії щоранку, а іноді вдень та ввечері вони спілкувались у загальному чаті. Це переважно звучало так: «Як ти почувашся? Як твій настрій? Чи потрібна якась допомога?». Кілька тижнів нарад не було через брак інтернету, а пізніше всі повернулися до звичних зустрічей. Вони відбувались значно важче через емоційний дисонанс у співробітників. Коли Яніна бачила, що хтось на зустрічі нетипово поведився, вона проводила додаткові зустрічі, розмовляла з людьми про те, що відбувається, що їх турбує і запитувала, що вона могла б для них зробити.

«У ситуації, коли команда розкидана по різних куточках, найгірше, що може робити керівник, – це трекати час.»

Яніна була прихильницею того, що завдання мають бути виконані, а вже як їх виконують упродовж доби, її це не хвилювало. Є правило, що коли людина в робочий час випадає зі зв'язку чи відходить від робочого місця, про це варто попередити. Це дає людям змогу гнучко планувати свій час, дотримуватися балансу роботи й життя. Але цей формат спрацьовує тільки в командах із

високим рівнем самоорганізації, відповідальності та довіри. Люди з іншими цінностями просто б не прижилися.

«Люди мають робити те, що їм вдається найкраще!»

Команда зробила ще одну важливу річ, вони здійснили деякі ротації, нікого не звільняли, просто поставили людей на ті проекти, які були їм ближчими, з якими їм було комфортніше працювати. Наприклад, у Комцентрі була людина, яка фанатично любила навчання, вона працювала з Міністерством освіти й тепер повернулась до цієї роботи, бо це для неї було відомим та комфортним. Або людину, яка краще почувалась у соціальних мережах, перевели суто на роботу із соцмережами. Були ті, кому тема була просто нецікавою або важкою, керівництво дібрало людям функціонал так, щоб їм було комфортно, щоб робота не ставала цим додатковим тягарем, який би вибивав їх із колії. У результаті це підвищило коефіцієнт корисної дії, дало команді можливість краще й ефективніше працювати, тому що працівники були спокійні, бо заробітна плата приходить вчасно, вони розуміли, що навчаються чогось нового і це була їхня зона комфорту. Тобто робота мала бути зоною комфорту, бо інших зон комфорту не було.

Завдання 2

Вакцинація/комунікація

Крім очевидних бід, які принесла війна, є не такі помітні. Міграція людей всередині країни та за кордон, руйнування медичної інфраструктури й ускладнений доступ до медичних послуг провокують спалахи інфекційних хвороб. І на людей покладено більше відповідальності за власне здоров'я, ніж у мирні часи. Це означає, що комунікація має зосередитися на трьох напрямках: профілактика (бо краще запобігти хворобі, аніж лікувати її), самодіагностика, якщо немає доступу до лікаря, та зрозуміле інформування про зміни.

Що для цього робив Комунікаційний центр? Покроково: 1) Відновили традицію брифінгів, коли виходив начальник департаменту охорони здоров'я чи головний епідеміолог, або головний санітарний лікар області й доповідав для громадськості та медіа, що відбувається в області; 2) Центр почав збирати соціальний запит, що шукали люди, якої інформації вони потребували, а отже, дуже швидко створювали відповідний контент та максимально поширювати його всіма способами. Коли контенту назбирувалось багато, вони формували більші брошури, щоб все необхідне можна було знайти в одному матеріалі. Багато

інформації подавали через реальні історії людей, бо люди найбільше довіряють своїм знайомим та близьким. Були добірки історій щеплень людей із хронічними хворобами, онкохворих, діток із вадами розвитку, людей, які важко перехворіли, бо не були вакциновані вчасно тощо. «Маємо приблизно 400 каналів поширення інформації – від крихітних пабліків та чатів у вайбері до телемарафону», – пояснює Яніна Нестерчук. Тому інформація від Комцентру набирає потрібного поширення в цільових групах.

Нотатки для викладача

Опис:

Комунікаційний центр при МОЗ України – самостійна структурна одиниця, яка вибудовує комунікацію з питань вакцинації населення для МОЗ України, не є частиною Міністерства та здійснює свою діяльність за кошти донорських організацій. Кейс описує складнощі, з якими стикнулися працівники Центру загалом, та їхня керівниця Яніна Нестерчук зокрема в перші місяці гарячої фази війни України з Росією.

Цілі навчання:

1. Зрозуміти, з якими основними викликами в частині психічного здоров'я та особистого добробуту працівників стикаються керівники організацій, що проходять через кризові періоди.
2. Ознайомитись з підходами в організації щодо дистанційної роботи працівників.
3. Ознайомитись із принципами комунікації у кризовий період.

Місце в курсі

Кейс може викладати для студентів бакалаврату, магістратури, на управлінських програмах розвитку (зокрема – Публічне адміністрування) в частині дисциплін «Лідерство та менеджмент», «Ментальне здоров'я» та «Комунікації»

Метод дослідження

Кейс розроблений як результат якісного дослідження методом інтерв'ю із працівниками та колишніми працівниками Центру, зокрема керівницею (станом на написання кейсу) Яніною Нестерчук.

Рекомендована література

1. Achieving Effective Remote Working During the COVID-19 Pandemic: A Work Design Perspective – (Bin Wang, Yukun Liu, Jing Qian, Sharon K. Parker).
2. The measurement and utility of adult subjective well-being (Keyes & Magyar-Moe, 2004).

Робочі питання:

1. Якими можуть бути системні кроки в організації, щоб підтримати суб'єктивний добробут працівників?
2. Як забезпечувати активність команди, якщо доводиться працювати віддалено?

Навчальний план

Активність	Час на активність	Загальний час
Вступ до кейса – коротке нагадування контексту перших місяців війни. Вправа «Криголам»: дискусія з аудиторією. Питання до дискусії: Як ви знаєте, Яніна завжди була прихильницею того, що професійне та особисте життя не можна змішувати. Такий підхід має свої плюси та мінуси у стабільні часи. Перерахуймо їх. Викладач/Викладачка ділить дошку (аркуш фліпчарта) навпіл з позначками «+» та «-» та фіксує відповіді з аудиторії.	10 хв	10 хв
Групове завдання: Викладач/викладачка: «Як ви знаєте з кейса, Яніна дійшла до висновку, що у кризові часи в роботі неможливо не враховувати «особистого» працівників. Ви бачите життєві приклади в кейсі, зараз ви маєте 15 хв на обговорення в групах: яке системне рішення може бути в організації, щоб підтримати суб'єктивний добробут працівників та психічне здоров'я? Кожна команда матиме 5 хв на презентацію. Поділити учасників на три команди.	15 хв	25 хв
Презентація напрацювань. До 5 хв на команду. Викладач/викладачка під час презентацій ставить, якщо потрібно, уточнювальні запитання. Уважно слухає.	15 хв	40 хв
Викладач/викладачка презентує аналіз кейса (див. розділ Аналізування) .	10 хв	50 хв
Презентація викладача/викладачки щодо роботи віддалено та принципів комунікації у кризовий період.	15 хв	65 хв

Робота Комунікаційного центру при МОЗ в умовах війни.
«Війна наближає хвороби до ваших дітей»

Активність	Час на активність	Загальний час
У трьох командах, у яких студенти працювали з кейсом, попросити підготувати висновки щодо кейса (мінімум по три).	5 хв	70 хв
Підбиття підсумків та закінчення заняття. Викладач/викладачка фіксує на дошці висновки команд щодо кейса	10 хв	80 хв



Аналізування (можливий варіант)

1. Суб'єктивний добробут працівників та психічне здоров'я

Організування позитивного впливу на чинники, які впливають на психічне здоров'я працівників. (Див. Діаграму. Джерело – CIPD)

Можливі варіанти дій:

1. Відновлення робочих зустрічей.
2. Гігієна праці – управління стресом та страхами (через персональні та групові розмови).
3. Добір відповідного стилю управління.
4. Управління вигоранням та відпочинком.
5. Відстежування знаків щодо погіршення психічного здоров'я працівників.

- б. Сприяння доступу до медичної допомоги та боротьба зі стигматизацією людей із захворюваннями нервової системи / психіки.

2. Віддалена робота команди

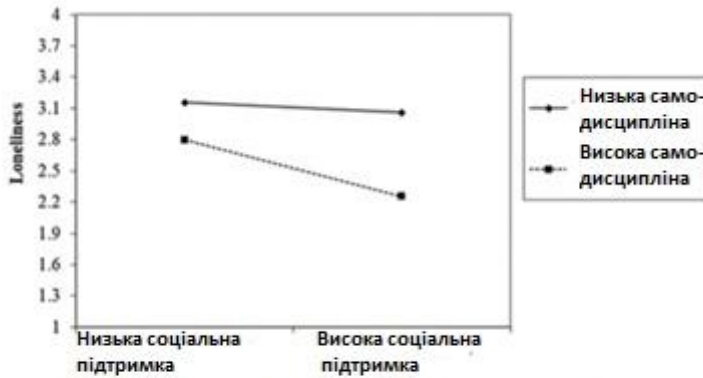
Згідно з дослідженням *Achieving Effective Remote Working During the COVID-19 Pandemic: A Work Design Perspective* – Bin Wang, Yukun Liu, Jing Qian, Sharon K. Parker, можемо побачити, що головною у роботі віддалено з боку працівника є самодисципліна. А з боку керівника – соціальна підтримка. Людям із низькою само-дисципліною постійний контакт із керівником допомагає уникати прокрастинації, а це позитивно впливає на результативність. Людям із високою само-дисципліною постійний контакт з керівником допомагає уникати почуття самотності, що позитивно впливає на суб'єктивний добробут працівників.



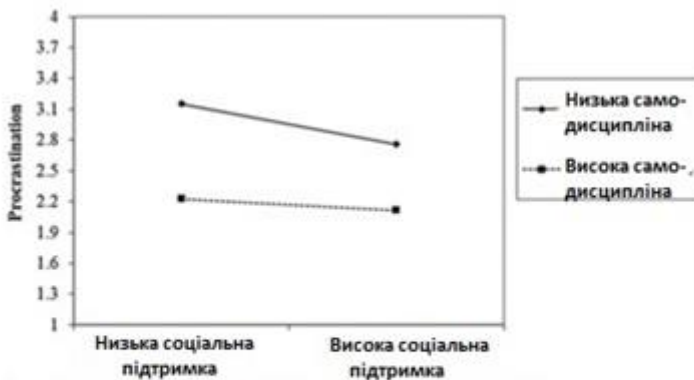
3. Принципи комунікації у кризовий період

- Прозорість – найважливіший принцип кризової комунікації.
- Створення резервних каналів комунікації.
- Визначення наявних ресурсів та їх розподіл між командами.
- Обов'язковий регулярний ВІДЕО зв'язок (з увімкненими камерами) членів команди, які працюють віддалено.
- Постійне спільне навчання працівників різних навичок, зокрема комунікативних.
- Готовність до діяльності в умовах чуток, страху, паніки.
- Об'єднання в альянси, групи тощо.

Робота Комунікаційного центру при МОЗ в умовах війни.
«Війна наближає хвороби до ваших дітей»



МАЛЮНОК 3. моделювання ролі само-дисципліни на зв'язок між соціальною підтримкою та самотністю



МАЛЮНОК 2. моделювання ролі само-дисципліни на зв'язок між соціальною підтримкою та прокрастинацією

Основні викладацькі (можливі) висновки:

1. Менеджерська парадигма – «особисті проблеми залишайте вдома» – потрохи відживає. На заміну їй приходить розуміння відповідальності організації за добробут та психічне здоров'я працівників. У кризові часи підхід соціальної підтримки працівника з боку керівника – єдино ефективний.
2. Робота із психічним здоров'ям працівника та суб'єктивним добробутом має системно відбуватись в організації.

Соціальна підтримка керівника надзвичайно важлива, особливо якщо команді доводиться працювати.