

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ВНЗ «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет суспільних наук  
Кафедра управління та організаційного розвитку

Магістерська робота

на тему: Трансформація комунального підприємства у конкурентну  
бізнес-структуру (на прикладі поліклініки ЛОДКЛ «Охматдит»)

Виконали: студенти 2 курсу, групи СУП18м  
спеціальності 073 « Менеджмент»

Демченко О. М.,

Климів І. О.

Керівник к.п.н. Рождественський А.А.

Рецензент д.е.н. Борщевський В.В.

Львів 2020

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	4
<b>РОЗДІЛ I. МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ ЛАНКИ ЯК ЕЛЕМЕНТ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ</b>	8
1.1. Поліклініка ЛОДКЛ «Охматдит» в розрізі медичної реформи	8
1.2. Поліклініка як самостійна внутрішня система	14
1.3. Клієнтський досвід як індикатор організаційних проблем	21
Висновок	25
<b>РОЗДІЛ II. ІНСТАЛЮВАННЯ БІЗНЕС-ПІДХОДУ В ОСНОВУ РЕФОРМИ ПОЛІКЛІНІКИ</b>	26
2.1. Основні стейкхолдери та їхній вплив на реалізацію проекту	26
2.2. Побудова стратегії та моделювання рішення	33
2.2.1. Диференціація системи «комунальне підприємство – бізнес – соціальне підприємництво»	33
2.2.2. Воркшоп як метод розробки стратегічного вектора	36
2.3. Імплементация моделі змін та отримані результати	41
2.3.1. Формування прибутковості поліклініки	42
2.3.2. Побудова сервісної культури	46
2.3.3. Імідж поліклініки як засіб закріплення позитивних трансформацій	49
Висновок	51
<b>РОЗДІЛ III. ТРАНСФОРМАЦІЯ В УМОВАХ НЕВІДОМОСТІ</b>	52
3.1. Ризики та методи роботи з ними	52
3.2. Вирощування медичного управлінця через менторінг	56
3.3. Організаційний потенціал лікарні в контексті змін	61
Висновок	64
<b>РОЗДІЛ IV. РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ПРОЕКТУ</b>	66

4.1. Фінансове обґрунтування проекту	67
4.2. Вплив проекту на соціум	70
Висновок	73
<b>ВИСНОВКИ</b>	75
<b>ДОДАТКИ</b>	78
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	87

## ВСТУП

Якісна система охорони здоров'я – це невід'ємний елемент функціонування держави як соціального інституту. Основні принципи та підходи організації медичної системи у більшості держав різняться. Втім, ключове бачення відображає один із принципів статуту ВООЗ: «Здоров'я всіх народів як ключовий фактор досягнення миру та безпеки [2]».

До 2015 року в Україні діяла державна медична система за моделлю Семашка. Ключовими ознаками цієї системи є надзвичайно сильна функція держави як законодавчого, виконавчого та контролюючого органу у сфері охорони здоров'я. За Семашком саме держава є основним постачальником та закупівельником медичних послуг, власником закладів та джерелом фінансування. Система виникла у тогочасному СРСР після завершення першої світової війни та завдяки централізації влади сприяла подоланню епідемій холери та тифу, забезпечила підвищення рівня доступу громадян до медичних послуг.

Втім, зі стрімким розвитком та урбанізацією, а також катастрофічним недофінансуванням медичної галузі, модель почала перероджуватися у бюрократичну структуру. Попри задекларовану безоплатність, за даними The World Bank, понад 50% коштів, потрібних для лікування, українці покривають самостійно (близько 290\$). Крім того, Україна входить до європейської трійки-лідерів по природному скороченню населення. Аналітики ООН підрахували, що з нинішнім темпом, до 2050 року, населення України скоротиться майже на 36%.

Більше того, витрачаючи суттєву частку ВВП на галузь охорони здоров'я (а це близько 7,6%), на сьогодні ми є другим в Європі регіоном за рівнем смертності, яка виросла від початку 90-х років до 2012 року на 12,7%. Всі ці

дані свідчать про потребу оперативного та якісного реформування системи для покращення ситуації.

Адекватною відповіддю суспільним змінам стала розробка медичної реформи та медичної стратегії на 2015–2020 років. Реформа відбувається у три основні хвилі, і має виконувати базове завдання – дати людині право обирати заклад, лікаря, послугу. В основу трансформації ліг принцип «гроші йдуть за пацієнтом», що передбачає оплату наданої послуги закладові/лікареві, якого обрав сам клієнт. Подібні умови створюють здорову конкуренцію на ринку медичних послуг, мотивують працівників підвищувати свій рівень, дбати про свого клієнта.

Реформована система передбачає також вирішення більшості запитів пацієнтів на первинній ланці (у сімейного лікаря), в той час як Україна звикла сприймати дільничного лікаря як «механізм отримання листка непрацездатності». В розвинутих країнах понад 70% випадків вирішується на рівні первинної ланки. Це суттєво спрощує процес лікування для людини, здешевлює для держави, і стимулює до безперервного розвитку власне лікаря.

Ця студія є прикладним мультидисциплінарним дослідженням, яке базується на працях у сфері організаційного розвитку та управлінських моделей. Для забезпечення бачення розширеного управлінського контексту при підготовці студії були використані джерела з теорії організацій та управління змінами.

Також дослідження включає в себе аспект залучення клієнтів як ключового елемента в процесі трансформації. Окреслення цього напрямку базується на сучасних розробках у сфері сервіс-дизайну, поведінки споживача та співпраці зі стейкхолдерами. Законодавчий аспект тематики проаналізовано завдяки опрацюванню української правової бази у сфері охорони здоров'я.

Посутню роль у виявленні глибини та охопності проблематики відіграли моделі аналізу зовнішніх та внутрішніх факторів впливу на організацію, виявлення та окреслення культурного профілю та ціннісний аналіз. Допоміжну функцію в роботі над темою організаційної трансформації виконали дослідження стану сфери охорони здоров'я в Україні та глобальних трендів компанії Deloitte та програми ООН, що посутньо уточнили та допомогли теоретичні положення використаних джерел. Опрацювати стратегічний аспект реформування медичного закладу в рамках вектору руху країни вдалося завдяки залученню матеріалів Міністерства охорони здоров'я України.

Аналіз теоретичної частини продемонстрував наявність ґрунтовних підходів до ведення управлінської діяльності, упровадження змін та розуміння культурних аспектів організацій. Втім, очевидним є брак практичних концепцій реформування на українських теренах, зокрема, з акцентом на зміни в умовах невизначеності. Унікальним надбанням проекту є формування бачення поліклініки як соціального підприємства, та актуалізацію потреби створення новітньої ринкової культури із соціальним елементом.

*Актуальність* дослідження зумовлена потребою розробки унікальної моделі переходу медичного закладу вторинної ланки від керованої державою структури до самостійного бізнес-проекту із сучасним підходом до управління. Подібна трансформація торкається усіх аспектів функціонування медичного закладу, як-от оплати праці, організаційної структури, клієнтського навантаження на одного лікаря, навчання та розвитку персоналу тощо.

Зважаючи на вищезазначені пункти, критично важливо синтезувати міждисциплінарний підхід до реформування, використавши кращі зразки успішних управлінських рішень та новітні підходи до медицини. Наразі у світі не існує єдиного оптимального рішення, яке можна було би адаптувати під потреби держави чи органічно інсталювати як скерування до дії.

**Метою розвідки** є розробка та впровадження робочої перехідної концепції трансформації медичного закладу відповідно до прописаної української стратегії реформування охорони здоров'я.

Реалізація мети передбачає виконання низки **завдань**, як-от

- аналіз існуючої системи вторинного закладу охорони здоров'я та визначення ефективності його діяльності;
- ідентифікацію проблемних точок та їхню кластеризацію та ранжування;
- розробка та дизайн унікального рішення, що дасть змогу трансформувати підприємство у бізнес-проект;
- окреслення ключових ризиків та побудови стратегій їхньої мінімізації та нівелювання;
- імплементацію концептів на практиці та розробка комунікаційного циклу на всіх етапах реалізації проекту.

**Об'єктом** дослідження є функціонування медичного закладу вторинної ланки як невід'ємного елемента ефективної медичної системи держави.

**Предмет** дослідження полягає у вивченні трансформацій організаційних процесів для реалізації стратегії держави у сфері охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** Студія є результатом синкретичного наукового підходу, що дав змогу поєднати знання зі сфер організаційного розвитку, проектного менеджменту, маркетингу та юриспруденції. Для опрацювання теоретичної бази було застосовано загальнонаукові теоретичні методи аналізу та синтезу, описового та порівняльного методів. У роботі наявні елементи системного наукового підходу: тему проаналізовано на різних рівнях глобалізації та із залученням до процесу дослідження ключових стейкхолдерів впливу.

На етапі імплементації ми послуговувалися емпіричними методами дослідження, як от спостереженням, інтерв'юванням та анкетуванням.

Усебічний аналіз ризиків проекту є продуктом використання сценарного аналізу та гіпотези.

**Наукова новизна** розвідки полягає у розробці унікального поліаспектного рішення, яке дозволить оперативно та ефективно трансформувати заклад охорони здоров'я у самостійний бізнес. Завдяки синтезу міждисциплінарних знань та залученню новітніх підходів, модель є гнучкою та придатною для застосування в умовах невизначеності.

**Практичне значення** результатів роботи полягає у можливості використання розробленої моделі вторинними медичними закладами для трансформації у сучасне підприємство. Студія описує усі основні аспекти, які необхідно врахувати при реформуванні та визначає методи практичної реалізації.

Власне, дипломна робота є готовим функціональним рішенням, яке може суттєво підвищити рівень ефективності медичного закладу в умовах української системи охорони здоров'я.

**Структура дослідження.** Робота складається зі вступу, чотирьох розділів та дванадцяти підрозділів, висновків до розділів, загальних висновків, додатків і списку використаних джерел.



## РОЗДІЛ І

### МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ ЛАНКИ ЯК ЕЛЕМЕНТ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

#### 1.1. Поліклініка ЛОДКЛ «Охматдит» в розрізі медичної реформи

Поліклініка ЛОДКЛ «Охматдит» є одним із ключових підрозділів лікарні. Основне її завдання – надання якісних планових медичних послуг в амбулаторному режимі. Як елемент медичної реформи, вона підлягає трансформації в межах загальної стратегії змін.

Для визначення впливу медичної реформи на функціонування поліклініки ЛОДКЛ «Охматдит», вважаємо за доцільне сформулювати глобальне бачення системи охорони здоров'я в Україні. Проаналізувавши досвід різних підходів до побудови медичної системи, науковці виокремлюють три основних організаційних моделі. [33].

*Ринкова (приватна) модель.* Специфікою такого підходу є повністю приватне фінансування за рахунок страхових внесків. Роль держави тут мінімізована і зводиться до законодавчо-координаційної. Модель є саморегульованою, пропозиція формується попитом. Ця модель втілена у медичній системі США.

Позитивними рисами моделі є постійний розвиток медичних технологій та якості надання послуг, що підвищує ефективність системи. Здебільшого, це відбувається за рахунок конкуренції. Втім, попри високу якість модель вимагає фінансування від 14% ВВП, що робить її найдорожчою з-поміж усіх. Крім того, такий підхід передбачає нерівномірний доступ до медичних послуг різних верств населення та високу вартість.

*Страхова модель Бісмарка.* Суть цієї системи полягає у загальнообов'язковому соціальному страхуванні громадян. Фінансування медичної сфери здійснюється через кошти цільових податків спеціальними фондами та організаціями. Цієї моделі притримується більшість європейських країн, зокрема Франція, Німеччина, Австрія, Нідерланди. Ця система забезпечує охоплення усього населення медичною системою та забезпечує високу якість послуг. Серед недоліків – великий адміністративний апарат та високі видатки на утримання страхової інфраструктури.

*Бюджетна модель,* що існує у двох основних модифікаціях – системи Семашка та Бевериджа.

*Система Семашка,* що виникла на теренах СРСР визначає ключову роль у всіх медичних процесах державі. Саме держава є єдиним джерелом фінансування, а також єдиним замовником послуг, ліків тощо. За цією системою пацієнти практично не мають права вибору закладу чи лікаря, в моделі закладені уже пропрацьовані ланцюги рішень з будь-якого питання. Для моделі характерна розгалужена мережа медичних закладів та наявність великої кількості вузькоспеціалізованих лікарів.

Система надзвичайно ефективна для роботи в умовах епідемій а також у напрямку профілактики хвороб. Ця модель діяла в Україні до 2016 року і за низкою показників виявилася неефективною. Система Семашка передбачає доступність і безоплатність медичних послуг для усіх верств населення, однак на практиці задеклароване неможливо реалізувати в умовах обмежених бюджетів.

Система Бевериджа є другою модифікацією бюджетної моделі. Підхід також передбачає фінансування медичної сфери державою. Кошти для наповнення виділяються не з цільового податку, а із загального податкового бюджету. Очевидно, такий підхід є ефективним за умови сумлінної сплат усіх податків та

профіциту бюджету. Ця модифікація бюджетної моделі ефективно працює у Великобританії.

Згідно з даними Міністерства Охорони здоров'я [41] саме британська модель лягла в основу української трансформації. На початок 2020 року успішно закінчилася перша хвиля медичної реформи, що охоплює собою первинну ланку медичної допомоги. За аналогією до британської системи в Україні з'явився державний страхувальник і замовник медичних послуг – НСЗУ. Уряд ухвалив програму медичних гарантій, за якою визначено базове універсальне покриття медичних послуг для усіх громадян. Джерелом фінансування медичної галузі лишився загальний податковий фонд держави. Лікарі первинної ланки підписали контракти з НСЗУ та отримують винагороду відповідно до кількості клієнтів, яких вони обслуговують. Пацієнт отримав право самостійно обирати собі лікаря, незалежно від місця проживання чи реєстрації.

З квітня 2020 року розпочалася друга реформаторська хвиля. Вона охоплює спеціалізовані медичні заклади вторинної ланки надання медичних послуг. Одним із таких закладів є ЛОДКЛ «Охматдит».

Фундаментом цього етапу реформи є впровадження програми медичних гарантій та підписання пакетних договорів кожного окремого закладу з НСЗУ. Варто зауважити, що серед шістнадцяти пакетів, за якими контракується «Охматдит», є також амбулаторний пакет надання медичних послуг, згідно з яким відділ поліклініки може співпрацювати з НСЗУ.

На нашу думку, трансформація медичного закладу логічно ґрунтується на парадигмі теорії організаційних змін та управління цими змінами. Саме тому доречним є окреслення поняття організаційної зміни та основних факторів впливу на медичний заклад.

У науковому дискурсі існує понад сотню дефініцій поняття організаційної зміни. Українські дослідники Н. Мазур та І. Семенець у своїй праці зібрали найпоширеніші та найгрунтовніші визначення [27].

З-поміж них розуміння змін як

- «перетворення організації між двома моментами часу» (William P. Barnett),
- «процес переходу організації як системи з одного стійкого стану в інший з використанням існуючих ідей і концепцій» (Т. Щербакова),
- «це навмисні зміни в організації, спричинені зазвичай зовнішніми подіями. Організаційні зміни впроваджуються через проекти змін» (Бізнес Інжиніринг Груп).

Основою для нашого проекту слугує дефініція, окреслена американським професором університету Небраска Річардом Дафтом. Він розглядає організаційні зміни як «освоєння компанією нових ідей або моделей поведінки» [40]. Це визначення включає в себе розуміння підґрунтя для подальших змін, а також прямо вказує на виконавця трансформації, який є відповідальним за процес трансформації.

Базуючись на аналізі вищезгаданих пояснень, ми виокремили ключові характеристики, притаманні організаційним змінам в цілому.

*Організація до змін.* Відправною точкою зміни є усвідомлення місця, в якому компанія/організація перебуває наразі та факторів, які на неї впливають.

*Моделі або ідеї,* які мають бути впровадженими як суть зміни. Саме розробка такої моделі для медичного підприємства і є основним завданням нашої роботи.

*Організація після імплементації змін.* Зміна є успішною, якщо вдалося досягти результатів, закладених у моделях трансформації. Аудит поствпровадження та порівняння зі станом організації до змін є необхідним.

Ці характеристики перегукуються із базовою триступеневою моделлю організаційних змін К. Левіна [34]. За цим концептом, усі зміни проходять три основні етапи.

*Розморозжування.* Суть цього етапу полягає у діагностиці проблем, формування бажаного результату та актуалізації всередині організації потреби у змінах.

*Рух* – діяльність, спрямована на імплементацію напрацювань на практиці.

*Повторне заморожування* – закріплення змін в культурі та нормативних документах.

Етап розморозжування є чи не найскладнішим, оскільки передбачає глибинну та поліаспектну дослідницьку розвідку існуючого стану та об'єктивне представлення результатів.

У проведенні цього етапу для поліклініки ЛОДКЛ «Охматдит» ми використали сучасний підхід Олександра Остервальдера – окреслення бізнес-моделі підприємства [13]. Інструмент ґрунтується на дев'яти блоках внутрішніх та зовнішніх взаємодій організації. Ключовими блоками для розуміння поліклініки як потенційної бізнес-структури є фінансові потоки компанії, взаємодія з користувачами та цінність, яку бізнес надає споживачеві.

Стрижневим елементом моделі бізнесу поліклініки є **ціннісна пропозиція** організації. Поліклініка пропонує всеохопне якісне лікування для дітей до 18 років та не відмовляється надавати медичну допомогу навіть у найскладніших випадках. У вторинний медичний заклад найчастіше звертаються пацієнти із супутніми захворюваннями. Таким чином, висока кваліфікація по всіх напрямках дозволяє інтегровано пролікувати дитину. Очевидно, що існуюча ціннісна пропозиція є придатною для комунальної структури, однак неефективною для бізнесу, яким має стати поліклініка. Цінність, яку декларує поліклініка, не є конкурентноздатною, і потребує детального дослідження цільової аудиторії для деталізації.

Основний *клієнт* поліклініки – це сім'ї із дітьми до 18 років, які мають нижчі від середнього статки. В рамках розбудови лікарні у бізнес, одним із завдань є залучення заможних клієнтів.

*Взаємини із клієнтами* у поліклініки мінливі, і коливаються від доброзичливих до зверхніх. Здебільшого, подібна ситуація обумовлена індивідуальним підходом кожного лікаря, який безпосередньо надає послугу. В умовах реформування поліклініки пацієнт отримує право самостійно вирішувати, до якої лікарні звертатися і куди будуть перераховані кошти за здійснення лікування. За такої ситуації критично важливим є трансформування комунікації на клієнтськоцентричну.

Поліклініка *комунікує* з клієнтами через сторінку у соціальній мережі фейсбук, телефоном, а також через регіональні бригадні виїзди. Обрані канали засвідчують неадекватність ефективності, очевидним стає потреба пошуку нових способів підтримувати зв'язок із клієнтами.

Основним *видом діяльності* поліклініки є надання медичних консультацій в амбулаторному режимі для дітей до 18 років. Окрім консультацій поліклініка також надає послуги із проведення медичних досліджень та малоінвазивних втручань. Згідно з програмою медичних гарантій, фокусування на виконанні таких втручань дозволить залучити суттєве додаткове фінансування.

Як одна із підсистем лікарні, поліклініка також має *партнерські взаємини*. Матеріальну та інформаційну підтримку на добровільних засадах здійснюють благодійні фонди та спонсори. З ними налагоджені якісні комунікаційні зв'язки. Одним зі слабких місць в розрізі партнерства є відсутність постійної співпраці з місцевими та всеукраїнськими медіа та журналістами.

Усі ці блоки мають під собою фінансовий фундамент. В структурі бізнес моделі він поділяється на *дохідні та витратні потоки*. Дохід поліклініки до квітня 2020 року ґрунтувався на державному постатейному фінансуванні. З початку квітня зі стартом реформування дохідний потік стає багатовекторним і має наповнюватися з 3 основних джерел:

- винагорода від НСЗУ за кількість пролікованих випадків;
- дохід від наданих платних послуг;
- спонсорська допомога та дохід від грантів.

До видатків зараховується фонд оплати праці, ремонтні витрати, обладнання та закупівлі ліків та інших медичних матеріалів.

Результатом проведеної сесії із оформлення бізнес-моделі стала заповнена та візуалізована канва (*Дод 1*), яка стала в подальшому підґрунтям для стратегування. Пророблений аналіз чітко визначає потребу пропрацювати питання партнерських взаємин зі ЗМІ та каналів комунікації з клієнтами та потенційними клієнтами для підвищення ефективності бізнесу. Вважаємо за доцільне акцентувати увагу на збільшенні потенційних джерел отримання доходів для поліклініки з початком реформування закладу.

Отже, підсумовуючи проведений аналіз, можна сказати, що реформа медичної системи є глибинною і передбачає не тільки зміну типу адміністрування, але і перехід на кардинально іншу модель функціонування. Попри зарахування систем Бевериджа та Семашка до одного типу бюджетних моделей, їхні ключові відмінності потребують суттєвої видозміни медичних закладів як організацій. Нова система надає клієнтові свободу вибору закладу, лікаря та навіть медичної послуги. В таких умовах медичним закладам доведеться оперативно переорієнтоватися на задоволення потреб споживача.

Поліклініка ЛОДКЛ «Охматдит» як інтегрований елемент медичної системи потребує суттєвої модифікації моделі свого існування починаючи від цінності для клієнта і завершуючи формуванням нових грошових потоків.

## **1.2. Поліклініка ЛОДКЛ «Охматдит» як самостійна внутрішня система**

Втілення організаційних змін потребує всеохопного розуміння деталей функціонування структури, що піддається трансформації. Опрацювання наукових підходів до вивчення організації як цілого дало змогу актуалізувати системний підхід як найгрунтовніший для дослідження в українських реаліях.

Як органічна система поліклініка ЛОДКЛ «Охматдит» є

–відкритою, тобто такою, що взаємодіє із зовнішнім світом, та на яку впливають зовнішні позасистемні фактори;

–соціальною – системою, в якій людина є ключовим елементом.

Системне дослідження особливостей поліклініки ми проводили в розрізі її зовнішнього та внутрішнього середовищ та впливу кожного з них на систему в цілому. Внутрішнє середовище ґрунтується на певному наборі змінних, що робить систему динамічною та адаптивною.

Основні елементи цього середовища виокремлені в інтегральній концепції організації Д. Боді і Р. Пейтона, що описав у своїй праці український професор економічних наук Г. Монастирський [29]. Саме цей підхід, як комплексний, ми апробували в цьому дослідженні. Концепт передбачає сім основних елементів, які було проаналізовано для поліклініки для визначення слабких місць.

Перший елемент моделі – цілі організації. Аналіз документів та інтерв'ю з очільником поліклініки показали, що структура не має чіткого бачення свого існування і ключове її спрямування – це відсутність скарг від власників та



органів влади. Очевидно, що фокус потребує прояснення та узгодження із реформою як зовнішнім чинником, який провокує трансформацію.

Наступний елемент – *технології*. В умовах браку стратегічного фокусу в поліклініці та в самій лікарні, як системі вищої ланки, базисом для ідентифікації больових точок стали загальні цілі медичної реформи та вимоги НСЗУ до лікарень, з якими вона співпрацює. [20]. Аудит показав брак технічних засобів, а саме комп'ютерів та програмного забезпечення, що є суттєвою перепоною на шляху до реформи.

Третій опрацьований нами елемент підходу – люди, а саме персонал поліклініки. Для дослідження ми застосовували метод глибинного інтерв'ю та спостереження а також аналіз демографічних показників. Вікова та ціннісна структура персоналу поліклініки нерівномірна та має певну залежність. Проведені інтерв'ю показали, що працівників можна поділити на три ключові групи за трьома основними параметрами.

Перша група – «працівники-нейтралі». Частка таких працівників серед опитаних становить 66%. Ключові цінності – безпека та стабільність. Працівники цієї групи мають нейтрально-негативне ставлення до реформи і не розуміють її потрібність. Надзвичайно бояться змін, однак не здатні до активного опору.

Друга група – «опозиціонери». Сегмент цієї групи представлений 26% співробітників. Провідні цінності у представників цієї групи – визнання та влада. Працівники з цієї групи мають негативне ставлення до реформи, а також позиціонують себе як опозиція третій групі.

Третя група – «носії змін». Це найменш чисельна група серед працівників поліклініки. Її частка в загальному розрізі – всього 8%. Ключові цінності – розвиток та самореалізація. Представники цієї категорії готові

особисто докладати зусиль до реформування поліклініки, однак їм бракує розуміння правильних дій та інформації.

Результати глибокого інтерв'ювання, окреслені вище, передбачають розробку трьох різних глобальних рішень в контексті подальшої роботи з персоналом та детальне опрацювання ризиків, пов'язаних із працівниками.

Як окремий системний елемент, дослідники виокремлюють владу. Керівник поліклініки та працівники мають спільне неприязне ставлення одне до одного. Завідувач виконує роль менеджера і не має бажання бути лідером для своїх підлеглих. Однак, прагне до системних змін та підтримує трансформацію в межах реформи.

Наступні два елементи – бізнес-процеси та структуру поліклініки доречно розглядати в комплексі, оскільки вони пов'язані з операційною діяльністю організації. Ці елементи є поліаспектними та потребують кросфункційного дослідження та опрацювання. Сервісне креслення – інструмент який ми для цього використали з царини сервіс-дизайну. Він дозволяє визначити слабкі місця бізнесу та оцінити якість та ризикованість того чи іншого процесу [8].

Завдяки сервісному кресленню, вдалося інтегрувати складнощі клієнтів із проблемами окремих процесів, а також оцінити загальну картину функціонування поліклініки як системи. Заповнена діаграма чітко вказує на факт кризової ситуації у відносинах із клієнтами. Практично кожен процес має червону позначку, що свідчить про проблеми клієнта на тому чи іншому етапі. Краще зрозуміти діаграму дозволить деталізація кожного окремого підпроцесу з позиції клієнта (Дод 2).

*Потенційний клієнт обирає медичний заклад/лікаря, до якого він хоче звернутися. Провівши попереднє дослідження серед клієнтів, виокремлюємо ключові джерела, за даними з яких наші клієнти обирають лікаря та лікарню.*

Серед них – поради друзів/знайомих, відгуки на форумах, дані на сторонніх ресурсах (Likarni.ua, Doc.ua та ін.). Базова клієнтська проблема на цьому етапі – відсутність релевантної інформації про нашу поліклініку, зокрема, немає власного сайту. З операційного боку інтернет-ресурси поліклініки заповнює завідувач, що робить інформацію неоперативною та застарілою. Актуальність проблеми підсилюється також відсутністю працівника, який би мав виконувати цю роботу.

*Запис клієнта на прийом.* Запис здебільшого здійснюється по телефону, або очно. Комунікація реєстратора та потенційного клієнта часто не надто ввічлива, що зумовлює незадоволення обох сторін і впливає на подальше сприйняття клієнтом поліклініки і лікарем клієнта. Також на цьому етапі реєстратор заповнює паперовий журнал обліку, що ускладнює подання звітності та унеможлиблює її оперативне отримання.

*Клієнт у пошуку поліклініки.* 30% опитаних клієнтів звертають увагу на проблеми з навігацією, оскільки будівлі поліклініки та стаціонару розташовані одна над одною. Помилившись, необхідно витратити додаткові десять хвилин для переходу з однієї будівлі до іншої.

*Клієнт підтверджує свою присутність та отримує талон.* Понад 60% опитаних респондентів мали проблеми з пошуком реєстратури під час першого відвідування поліклініки. Також, зафіксовано скарги від клієнтів щодо незбігу реального часу прийому та часу, вказаного в талоні. З боку операційної діяльності лікарні медичні талони є підставою вважати пацієнта записаним та внести його до медичної звітності, що створює простір для зловживань.

*Лікар консультує клієнта та пацієнта.* На цьому етапі є скарги щодо неналежного стилю комунікації як від клієнта, так і від лікаря. Клієнти скаржаться на недостатні пояснення, нерелевантні призначення, підвищення

тону голосу, оцінні судження. Лікарі вказують на зневажливий стиль комунікації та завищені очікування клієнтів.

*Клієнт має бажання відвідати вбиральню.* Цей процес має суттєвий вплив на бачення сервісу в очах клієнтів (85% опитаних підтвердили). І найчастіше клієнти не можуть знайти вбиральню або там відсутні необхідне господарське приладдя.

*Клієнт має потребу підписати документи у завідувача відділення.* Цей процес ускладнюється тривалим часом очікування. Оскільки завідувач часто перебуває у стаціонарі для вирішення операційних завдань, клієнтам доводиться чекати.

*Є необхідність зробити на місці додаткові дослідження.* Процес ускладнюється потребою зробити дослідження терміново, поза чергою, або на прохання у неробочий час.

*Клієнт надає відгук щодо відвідування поліклініки.* На цьому етапі негативний зворотній зв'язок можна надати, заповнивши бланк у завідувача. Це відбирає час та вимагає додаткових комунікацій. Відсутній процес можливості подякувати лікарні за гарний сервіс, що створює базу для лікарських зловживань.

Усі вищезазначені процеси з визначеними на них больовими точками є оптимальним підґрунтям для розробки і втілення покращень та оптимізації організаційної структури. Також на основі сервісного креслення можливо розробити процес автоматизації процесу, або розгорнути кожен із них з позиції будь-якого стейкхолдера.

Останньою внутрішньою змінною концепту поліклініки як системи є *культура організації*. Нам імпонує загальна дефініція цього поняття як «певної ієрархії цінностей, правил, норм, традицій, церемоній та ритуалів, що прийняті в організації та дотримуються її членами» [25]. Культура є детермінантою

тривалих та глибинних змін і саме її відповідність очікуваним результатам сприяє швидкій та безболісній трансформації.

Спираючись на базову модель оцінки культури Квіна та Кемерона OCAI [1], ми поставили перед собою завдання проаналізувати бачення існуючої культури та очікування щодо оптимального її типу для поліклініки на всіх рівнях управління. Модель OCAI передбачає виокремлення за шістьма ключовими ознаками одного з чотирьох (або суміші) типів культур.

Перший тип – кланова культура, що характеризується сімейним типом взаємин в організації, дружніми комунікаціями та традиціями в основі правил поведінки. Лідер в такій організації надихає та виховує, менторить та спрямовує працівників.

Другий тип – культура адхократії. Ця культура побудована на інноваційності та підприємливості. В таких культурах лідер першим іде на ризик та експерименти. Такий тип культури поширений серед стартапів.

Третій тип культури – ієрархічний. В основі нього лежать правила та процедури. Лідерство тут полягає у вмінні координувати та організовувати. Культура спрямована на забезпечення стабільності та постійності. В таких культурах на кожен процес є регламент або політика, згідно з якою відбувається функціональна взаємодія на всіх організаційних рівнях.

Останній тип культури, передбачений підходом – ринковий. Ключовою характеристикою цього типу є спрямованість на досягнення результату за будь-яку ціну. Це культура цілей та кількісних показників. В цій культурі лідер досягає вершин та постійно конкурує як всередині організації, так і назовні.

Дослідження культури в поліклініці проводилося серед працівників та менеджменту всіх рівнів із застосуванням анкетування з елементами інтерв'ю.

Опрацьовані результати вказали на три чітко окреслені тенденції та спільне бачення у трьох різних груп працівників [Дод 3].

Думки працівників щодо існуючого типу культури поліклініки розділилися. Ринкова та ієрархічна культури отримали 47 і 45 балів зі 100. Подібна оцінка свідчить про високу кількість працівників, які визначають нинішній тип управління сфокусованим на результат та конкуренцію. Варто зауважити, що в бажаній проекції обидві групи окреслюють превалюючим клановий тип культури (85 балів зі 100), що вказує на брак довіри та теплих відносин в колективі.

Базуючись на розумінні культури як ціннісних імперативів, для команди, що підтримує медичну реформу, було проведене автономне дослідження. За результатами виявилось, що переважна більшість працівників цієї групи (86 балів зі 100) визначають нинішній тип культури як ієрархічний. Очікуваною в цій групі є ринкова культура (55 балів зі 100) та елементи кланової (32 бали зі 100). Отже, можна припустити, що реформатори відчують тиск правил та обмеження і потребують більше можливостей для роботи на результат.

В розрізі поліклініки як підсистеми лікарні, доцільним було також проаналізувати показники носіїв культури системи вищого порядку. Саме тому окреме опитування було здійснене для керівників усієї лікарні. Результати виявили, що переважна більшість управлінців визначає нинішню культуру як ієрархічну (78 балів зі 100), і більшість окреслює саме цей тип культури як оптимальний для організації (52 бали зі 100).

Отже, можна окреслити існуючий стан як неорганічне співжиття різних культурних блоків в одній організації. Також можна припустити наявність проблем у комунікації між керівництвом та персоналом, оскільки вони сповідують різне культурне бачення. Критично важливим також постає питання формування спільної організаційної культури, яка би підтримувала трансформаційний процес.

Підсумовуючи усебічний аналіз внутрішніх змінних поліклініки як системи, робимо висновок про неоднорідність ціннісних та культурних бачень колективу та потреби сформувати єдине цілісне бачення, що буде сприяти подальшому трансформаційному процесу. Завдяки сервісному кресленню вдалося виявити наявність слабких місць практично у кожному операційному процесі, що прямо впливає на низьку їхню ефективність. В цьому контексті цілком логічним та очевидним є відсутність чіткого бачення цілей організації та стратегії їх досягнення. Ключовою знахідкою проведеного аналізу стала наявність невеликої групи проактивних реформаторів із ключовими цінностями розвитку та самовдосконалення.

### **1.3. Клієнтський досвід як індикатор організаційних проблем**

Клієнтський досвід на сьогодні є стрижнем, на основі якого бізнеси розробляють та втілюють свої маркетингові стратегії. Це поняття виникло на стику переходу від концепції бренду, що є характерним для продуктового маркетингу, до поширеного нині концепту клієнтського капіталу.

Сучасна маркетингова наука розглядає клієнтський капітал як «здатність клієнтської бази генерувати вартість у довгостроковому періоді, тобто забезпечити стійкість, тривалість, сталість і високі обсяги грошових потоків» [32]. Отже, клієнт, як джерело потенційних доходів, переміщується у центр системи виробництва та збуту товарів і послуг. Висока ринкова конкуренція та стрімкі темпи технологічного розвитку актуалізують дослідження потреб та побажань споживача та пошуку способів його залучення та утримання.

Визначальним фактором в цьому процесі є враження клієнта, що виникають у процесі взаємодії з компанією, яка надає йому товар або послугу. За визначенням Gartner саме це і є клієнтським досвідом [7]. З дефініції

очевидно, що враження клієнта мінливі та суб'єктивні, що ускладнює їхнє визначення та прогнозування.

Найтрендовіші практики з царини клієнтського досвіду описали KPMG у своєму щорічному дослідженні Global Customer Experience Excellence report, 2019 [10]. Згідно з наведеними результатами, успішність у роботі з клієнтами здобувають компанії, що мають чітко окреслену *глобальну мету* свого існування. Це дає змогу клієнтам відчувати близькість та емпатію з компанією, яка сповідує схожі цінності. Такі компанії зазвичай мають три ключові ознаки, за якими їх можна розпізнати: ціннісне скерування на пряму від власника, відкритість та залученість клієнтів до змін у компанії. Набуває важливості також *швидкість визначення потреб* клієнтського сегменту та здатність оперативно запускати на ринок продукт/послугу [17]. Найуспішніші ринкові гравці вирізняються *передбаченням потреб споживача* заздалегідь, ще до їхньої появи завдяки активному використанню технологій предиктивної аналітики та великих даних. Актуальним лишається розбудова бізнесу довкола *орієнтованих на клієнта моделей підприємництва*. Саме така модель лягла в основу стратегічного бачення медичної реформи в Україні. Згідно з медичною стратегією, фокус на клієнта є одним із трьох основоположних її принципів, поруч зі спрямуванням на результат та втілення [31]. Таким чином одним із ключових аспектів нашого дослідження стало окреслення взаємовідносин між поліклінікою та її клієнтами, їхня оцінка та пошук способів покращення.

В основі побудови успішного клієнтського досвіду лежить постійна взаємодія зі своїми споживачами, що базується на двох процесах:

- Вивчення існуючого досвіду та виокремлення проблемних елементів;
- Розробки та імплементації покращень.



Основоположним аспектом успішної реалізації цих процесів є дотримання основного правила проективної Lean-методики – безперервного покращення розробленого рішення.

Фундаментальним недоліком роботи з клієнтським досвідом є суб'єктивізоване уявлення бізнесу про свого клієнта та його потреб в контексті взаємодії із компанією. Саме тому доцільним є використання методу персон [3], як архетипної моделі, яка виявляє ключові поведінкові патерни цільової аудиторії.

Розроблена нами персона клієнта поліклініки ЛОДКЛ «Охматдит» побудована на релевантному дослідженні шістдесяти різних клієнтів протягом двотижневого періоду. Вона включає п'ять основних елементів [Дод 13]

**Ім'я та історія.** Збірний та олюднений образ описує базове розуміння клієнта поліклініки. Здебільшого це категорія працюючих матерів із невисокими статками та браком часу. Базові цінності нашого клієнта – безпека, стабільність та сімейна відданість.

**Цілі.** Наш клієнт, відвідуючи поліклініку, має на меті оперативно діагностувати стан хворої дитини та максимально швидко та без наслідків вилікувати її. Додатково клієнти також звертаються з питань вакцинації та проведення профілактичних оглядів, хоча поліклініка є вторинною ланкою і таких послуг не надає.

**Страхи та переживання,** наявність яких негативно впливає на побудову довірливих відносин між лікарем та клієнтом. Основні побоювання батьків стосуються можливості неефективного чи вартісного лікування, можливості заразитися в лікарні інфекційною хворобою, чи мати проблеми на роботі через тривалу відсутність.

**Потреби** як кроки, які на думку клієнта, допоможуть йому досягти поставленої мети. Основна потреба – це релевантне лікування із поясненнями та індивідуальним підходом до дитини.

**Побажання.** Серед побажань фігурують очікування швидкого обслуговування без черг, комфорту в комунікації та наявність чіткого переліку послуг та цін на кожному з них.

Окреслена персона є оптимальним підґрунтям для брейнштормінг-сесії або фасилітаційного воркшопу. Ключові страхи та потреби персони потребують рішень для оптимізації існуючих процесів, в той час як побажання спрямовують компанію на обдумування стратегічних планів розвитку.

Опрацювання даних, окреслених персоною існуючих клієнтів дозволяє створити якісний дизайн рішення щодо утримання та підвищення задоволеності клієнтів послугами поліклініки. В розрізі планів подальшого розвитку в канву дослідження логічно вплітається також робота із залучення нових клієнтів, що зараз є потенційною цільовою аудиторією. Перспектива інтеграції в поліклініку платних послуг як додаткового джерела фінансування, спонукала дослідити групу потенційних клієнтів, що спроможні ними користуватися. В результаті була відібрана група із 40 осіб, які мають середні статки та не є на цей момент клієнтами лікарні.

Опрацювавши дані, отримані з інтерв'ю, ми побачили, що більшість респондентів знайомі із поліклінікою, і мають стійке переконання, що в ній лікують тільки надскладні захворювання. Серед потреб цієї групи викристалізувалися запити на онлайн-запис та швидкий перелік послуг із зазначенням вартості на онлайн-ресурсах. Респонденти цієї групи зазвичай звертаються до платних клінік у разі виникнення потреби, оскільки такі клініки гарантують вчасність, високу якість апаратури та комфорт у комунікації. Очевидно, для залучення таких клієнтів поліклініці необхідно здійснити

масштабні трансформації, що потребуватимуть великої кількості матеріальних та управлінських ресурсів.

Розробляючи дизайн базового підходу роботи поліклініки із досвідом клієнта, ми також проаналізували ключовий вектор, що спрямує подальшу роботу. Діагностичний опитник клієнтського капіталу, розроблений дослідниками К. Lemon та R.Rust [12], окреслює три провідні аспекти: ціннісний капітал, капітал бренду та капітал взаємин. Ціннісний капітал є ключовим в побудові клієнтського досвіду, якщо продукт чи послуга, що продукуються компанією, суттєво відрізняються від конкурентів. В основу такого підходу лягає унікальна ціннісна пропозиція і подальша стратегія взаємодії з клієнтами враховує її зміну чи доопрацювання. Капітал бренду – це продукт попередньої індустріальної епохи управління продуктом. В центрі цього аспекту не клієнт, а сам товар чи послуга. Оптимальним такий підхід є для бізнесів з відсутністю унікальної торгової пропозиції, продуктів преміум-сегментів. Капітал взаємин є оптимальним у сфері послуг, де ключовим є підвищення клієнтської лояльності. Він базується на формуванні спільного ціннісного континууму з клієнтом та залучення його до розробки і впровадження змін. Саме цей підхід, за результатами заповненого опитника, є оптимальним для поліклініки як самостійної організаційної структури.

Отже, трансформація медичної системи відбувається на засадах клієнторієнтованості, що, зважаючи на світові тренди, є прогресивним та ефективним підходом. Оскільки клієнтське бачення мінливе, ключовим є налагодження процесу постійного дослідження досвіду клієнта в розрізі отримуваних послуг. В основу взаємодії поліклініки з клієнтами необхідно інсталювати принцип побудови взаємовідносин на основі спільних ціннісних імперативів.

## **Висновок**

Друга хвиля реформи системи охорони здоров'я в Україні передбачає докорінну зміну не лише моделі медичної допомоги, але і принципів надання медичних послуг. Лікарні починають функціонувати як бізнес-структури, що виводить на перше місце клієнта та його потреби. Успішність діяльності в новому контексті базується на вмінні побудувати міцні довірливі відносини із клієнтом та оптимізувати операційні процеси задля покращення клієнтського досвіду. Мінливість клієнтського ставлення зумовлює необхідність підтримки сталого зворотнього зв'язку між клієнтом та організацією та використання новітніх методів дослідження клієнтського капіталу.

Викликом для медичних управлінців сьогодні є необхідність у зміні парадигми мислення та розбудови ринкової культури, орієнтованої на результат. Вирішення цього завдання є глобальним питанням, що потребує трансформації на всіх рівнях менеджменту та кожного аспекту функціонування медичного закладу. Втілення інновацій такого масштабу вимагає системного підходу з урахуванням особливостей кожного елемента та залучення великої кількості ресурсів.

## РОЗДІЛ II

### РОЗДІЛ II. ІНСТАЛЮВАННЯ БІЗНЕС-ПІДХОДУ В ОСНОВУ РЕФОРМИ ПОЛІКЛІНІКИ

#### 2.1. Основні стейкхолдери та їхній вплив на реалізацію проекту

Трансформаційні процеси в соціальній організації відбуваються під дією великої кількості зовнішніх та внутрішніх чинників. Ключовими серед них є стейкхолдери, як «особи і групи осіб, які впливають та/або на яких чинить вплив досягнення організацією поставленої мети» [6]. Це визначення, як і сама концепція управління стейкхолдерами відомі ще з ХХ століття під авторством Р. Фрідмана та, на нашу думку, найоптимальніші в контексті цього дослідження. Концепт менеджменту стейкхолдерів в розрізі управління організацією передбачає врахування їхніх суперечливих інтересів та балансу між ними і стратегічними потребами компанії. Послугуючись інтегрованою процедурою аналізу стейкхолдерів [38], сформованою українськими економістами, вдалося агрегувати низку відомих світових підходів та виокремити якісний вектор взаємодії із ключовими зацікавленими групами в роботі поліклініки. Процедура складається з етапів, описаних нижче.

Підготовчий етап включає залучення до аналізу експертів, вибір інструментів та розробку шкал, що будуть використані в ході дослідження. У межах етапу ми залучили до роботи над аналізом зовнішніх стейкхолдерів завідувача поліклініки, опрацювали теоретичний набуток моделей управління стейкхолдерами та опрацювали дані проведеного PESTEL-аналізу для оцінки факторів, що чинять зовнішній вплив на поліклініку як організацію.

Аналітичний етап передбачає формування списку стейкхолдерів, їхнє групування, визначення рівня впливу та можливості балансувати між різними

типами інтересів. Першим кроком аналітичного етапу є окреслення групи стейкхолдерів поліклініки. Для його виконання ми послуговувалися аналітичними запитаннями з праці «Розуміння стейкхолдерів» Ван Тора [5].

- Хто безпосередньо залучений?
- Хто опосередковано залучений?
- Хто виграє від реалізації проекту?
- На кого досягнення мети проекту може негативно вплинути?
- Хто може хотіти зупинити проект?
- Хто ухвалює рішення, які можуть вплинути на проект?

Результатом опрацювання цих запитань став такий список зацікавлених сторін: завідувач поліклініки, головний лікар, працівники поліклініки, профспілкові організації (дві на лікарню), клієнти, обласна рада, добродійні фонди та волонтери, топ-менеджмент лікарні, медична рада, конкуренти, НСЗУ, МОЗ, а також ЗМІ.

Окресливши дотичні до проекту сторони, доцільно врахувати ймовірність задоволення очікувань ключових груп стейкхолдерів, пріоритезувавши їхні інтереси. Для формування системного бачення виникає потреба інтегрувати дві ключові підходи ранжування: моделі Мітчела та Мендлоу. Модель Мітчелла (Silence model) – це практичний інструмент, що допомагає швидко і якісно проранжувати важливість стейкхолдерів та визначити тих, чиї інтереси варто задовольняти передусім. Підхід побудовано на аналізі зацікавлених груп через призму трьох основних атрибутів [5]. Атрибут влади визначає силу впливу групи стейкхолдерів на реалізацію проекту; легітимність – право стейкхолдера на вплив; терміновість – важливість якнайшвидше задовольнити потреби цього стейкхолдера для уникнення негативних наслідків.

Грунтуючись на аналізі рівня наявності та поєднання цих атрибутів у різних стейкхолдерів, групи інтересів розподілені за сімома різними групами та візуалізовані згідно із моделлю пріоритетності стейкхолдерів [Дод 4]. Найпріоритетніші стейкхолдери третього рівня, які належать до групи «категоричні» і мають усі три атрибути. До цієї групи в поліклініці зараховуємо завідувача поліклініки, головного лікаря, топ-менеджмент лікарні та обласну раду. Інтереси цих зацікавлених груп мають бути обов'язково враховані та розроблені якісні стратегії роботи з ними. Менш пріоритетними визначно нижчеподані групи, що мають два атрибути з трьох.

- «Домінуюча група» з високим рівнем влади та легітимності. До цієї категорії зараховуємо НСЗУ та МОЗ.
- «Залежна група» з основними атрибутами легітимності та терміновості. Вона включає працівників та клієнтів поліклініки.
- «Небезпечна група», для стейкхолдерів якої характерне домінування атрибутів влади та легітимності, представлена профспілками.

Варто врахувати також групи з одним яскраво вираженим атрибутом, які також мають свої підтипи.

- «Спляча група» з ключовим атрибутом влади представлена в поліклініці медичною радою.
- До «групи контролю» з провідною легітимністю належать ЗМІ як суспільний інститут.
- «Група очікування» з основним параметром терміновості включає добродійців та конкурентів.

Групи стейкхолдерів, що мають лише один атрибут на високому рівні, є бажаними, але не обов'язковими для врахування у проекті. У разі конфлікту інтересів цих груп та категорій першої чи другої пріоритетності, перевага надається останнім.

Окреслення пріоритетів роботи зі стейкхолдерами на основі моделі Мітчела в межах проекту недостатнє, оскільки не враховує рівень їхньої зацікавленості. Для розуміння можливого рівня залучення зацікавлених груп до трансформацій та розробки стратегії взаємодії, ми додатково застосували підхід Мендлоу [38]. Ця модель базується на визначенні пріоритетності стейкхолдерів на основі сили їхнього впливу на проект і зацікавленості в імplementації змін. У процесі аналізу стейкхолдери були розміщені на шестибальній осі координат «влада – інтерес» залежно від їхньої позиції щодо проекту. Опрацьовуючи дані для виконання дослідження, ми розділили групи працівників та профспілок на підгрупи, оскільки їхній інтерес до проекту суттєво різниться. Так, у категорії працівників виокремилися три підгрупи: активні працівники, пасивні працівники та опозиція. Профспілки були поділені на реформаторські й опозиційні. Наступним кроком ми окреслили чотири квадранти стейкхолдерів відповідно до їхнього місця на площині.

- «Консультанти» мають високий вплив і слабкий інтерес до проекту. До цієї категорії належать обласна та медична ради, МОЗ, головний лікар, топ-менеджмент лікарні й опозиційні профспілки.
- «Партнери» володіють високим впливом й інтересом до реалізації проекту. До цієї групи зараховані завідувач поліклініки як основний засновник змін, НСЗУ та реформаторські профспілки.
- «Підтримка» має низький вплив і високий інтерес. Представлена активними працівниками та клієнтами поліклініки.
- До «тимчасових» належать стейкхолдери із низьким як впливом, так й інтересом у проекті. До них належать конкуренти, опозиційні та пасивні працівники, доброчинці і ЗМІ.

На основі отриманих балів було розраховано та проранжовано силу впливу кожного стейкхолдера на реалізацію проекту за базовою формулою



$PS = V \times I$ , де  $PS$  – сила впливу,  $V$  – влада, а  $I$  – інтерес. Отже, найважливішими стейкхолдерами виявилися завідувач поліклініки (30 балів), НСЗУ (30 балів), реформаторські профспілки (20 балів), також головний лікар (18 балів). Завдяки чіткій градації балів, вдалося оформити якісний список пріоритетів від найбільшого до найменшого з урахуванням особливостей інтересу кожного зі стейкхолдерів.

Наступним кроком аналітичного етапу було окреслено базові інтереси основних груп стейкхолдерів та розраховано на основі них відсоток балансування між інтересами. Для цього ми використали метод парного порівняння за групами інтересів та внесли дані до таблиці балансування. У результаті ми отримали вісім груп стейкхолдерів, кожна з яких включає зацікавлені сторони зі спорідненими очікуваннями. Так, кожна з груп «консультантів», «партнерів», «підтримки» та «тимчасових» поділена ще на дві підгрупи – зовнішніх і внутрішніх стейкхолдерів. Окресливши групи, доцільно було проранжувати рівень інтересів для кожної з них за трибальною шкалою, що дало змогу оцінити загальні вектори очікувань кожної групи. З розробленої таблиці [Дод 5] спостерігаємо суттєву різницю між інтересами групи «внутрішніх тимчасових» стейкхолдерів порівняно з іншими. В цієї групи найнижчі бали за усіма колонками інтересів, що вказує на складність задоволення їхніх інтересів у межах проекту.

Останнім елементом аналітичного етапу став розрахунок коефіцієнта балансування інтересів ( $P\%$ ), який вказує на можливість охопити потреби всіх груп стейкхолдерів. Коефіцієнт розраховується як співвідношення підсумкового значення обох шкал до максимально можливого. Отримані результати тлумачать наступним чином. До  $50\%$  – низька ймовірність врахування інтересів основних груп стейкхолдерів, від  $50\%$  і вище – інтереси основних груп враховуються, потреби периферійних задовольняються частково. Коефіцієнт  $100\%$  можливий

лише за абсолютного врахування усіх інтересів усіх окреслених груп. В межах проекту обрахований коефіцієнт становить 83%, що свідчить про задоволення інтересів більшості стейкхолдерів.

Сформувавши бачення пріоритетності та можливості задоволення інтересів стейкхолдерів, доцільно розробити стратегії взаємодії з ключовими групами. Оптимальним способом є використання даних з уже згаданої вище моделі «влада / інтерес» Мендлоу, згідно з якою групи стейкхолдерів, що перебувають в одному квадраті, потребують подібної стратегії взаємодії.

- «Консультанти» – група, що потребує від проекту задоволення їхніх інтересів без глибокого втручання у процеси. Ця група має отримувати регулярну звітність та інформацію щодо ходу виконання етапів проекту та результативності кожного з них.
- «Партнери» – основна категорія, яка є залученою у розробку та імплементацію дій, передбачених проектом. Кожен із них має свої завдання та зону відповідальності.
- «Підтримка» – це група, яка має регулярно отримувати інформацію щодо впливу усіх реалізованих змін на неї та на систему в цілому.
- «Тимчасові» – категорія, яку потрібно постійно моніторити. Оскільки вона має низький рівень впливу та зацікавленості в проекті, їх складно залучити, однак доцільно підтримувати базовий рівень комунікації та регулярно перевіряти на ризик виникнення перешкод для проекту.

Проведена процедура аналізу стейкхолдерів не є остаточною та передбачає постійний моніторинг змін. За час реалізації трансформації окреслена картина зацікавлених груп та їхніх інтересів суттєво змінилася, що негативно вплинуло на хід проекту. Протягом січня-лютого 2020 року відбулися нижчеописані кадрові зміни.

- Головний лікар пішов на пенсію, а новий головний лікар стала спочатку виконувачем обов'язків, але після 2 місяців її затвердили на цій посаді. Нинішній головний лікар – прибічниця старої системи.
- Сформовано новий прошарок топ-менеджменту в лікарні. Наразі він включає трьох осіб: медичного директора, заступника головного лікаря з економічної частини та заступника з хірургічної частини. Команда сповідує реформаторський підхід, однак групова динаміка проходить фазу нормування (norming).
- Завідувачка поліклініки посіла посаду медичного директора. Нині на це місце є кандидат, що дотримується ідей старої системи і є опозиціонером щодо змін.
- Стейкхолдери НСЗУ та МОЗ втратили зацікавленість у проекті у зв'язку з рішенням міністра охорони здоров'я про зміну векторів реформування.

Описані зміни внесені на оновлену та адаптовану матрицю Мендлоу [Дод б]. Модель не передбачає врахування стейкхолдерів, які за своїми інтересами можуть стати блокерами реалізації проекту. Наявність таких стейкхолдерів потребує внесення додаткових квадрантів до матриці. Зокрема, проаналізувавши вплив кадрових поліклінічних та стратегічних змін на рівні держави у медичній сфері, була сформована оновлена матриця та врахований новий коефіцієнт збалансованості інтересів. Загальна кількість груп стейкхолдерів та індикатор їхньої влади не змінилися, але спостерігаємо суттєве зміщення на рівні інтересів.

Група «партнери», як основна залучена в імплементацію проекту, втратила одразу двох найважливіших стейкхолдерів – НСЗУ та завідувача поліклініки. Натомість завідувач, головний лікар та опозиційні профспілки перейшли у новостворену групу «Противників». Ця нова категорія включає стейкхолдерів, що мають високий рівень впливу та інтереси, які суперечать

проекту. Тобто це група, що може і створює перепони у втіленні проекту. Додатковий новостворений сегмент «невдоволених» містить групи, які мають низький вплив та інтереси, що суперечать проектним. До неї зараховуємо пасивних і опозиційних працівників. Відповідно до змін серед стейкхолдерів, після повторного аналізу, коефіцієнт збалансованості впав нижче від половини і склав 42%, що свідчить про низьку можливість врахувати в межах проекту інтереси основних зацікавлених груп.

Отже, наведений процедурний аналіз стейкхолдерів дає змогу отримати глобальну картину зацікавлених у проекті сторін, їхніх інтересів і пріоритетності. Інтегрований підхід із залученням різних моделей допоміг окреслити також конфлікти інтересів та визначити найпроблемніші у взаємодії групи. Дослідження, проведене на етапі ініціації проекту показало високий індекс збалансованості та зацікавленості стейкхолдерів, що позитивно впливає на можливість успішної реалізації планів. Повторний аналіз через півроку, що був виконаний у зв'язку зі стратегічними та кадровими змінами, вказав на складність подальшої реалізації проекту та поставив під сумнів його доречність в короткотривалій перспективі.

## **2.2. Побудова стратегії та моделювання рішення**

Сучасний бізнес функціонує в умовах ринкових взаємин та конкуренції, отже, потребує вміння робити зважені та ефективні кроки, враховуючи при цьому майбутні наслідки своїх дій. Ухвалення довгострокових рішень та формування всеохопного бачення плюсів і мінусів своєї компанії як повноцінного гравця на ринку нині стає необхідністю. Ключовий елемент системного ведення бізнесу – якісно сформульована та прописана стратегія, що базується на візії, цінностях та унікальній пропозиції для задоволення потреб

клієнта. Термін «стратегія» має військове походження і часто окреслюється не лише як підхід в управлінні, але і як мистецтво.

У практичному значенні, синтезуючи основні визначення, стратегію можна тлумачити як довгострокову програму чи засіб досягнення окреслених організацією цілей. Наявність стратегії уможливорює оперативні та сфокусовані дії бізнесу, допомагає уникнути великої кількості ризиків і загроз, інтегрувати зовнішнє та внутрішнє середовище компанії у єдиний континуум. Базис для створення стратегії – виокремлення рішень на основі порівняння ресурсного потенціалу компанії із зовнішніми можливостями і загрозами [19].

**2.2.1 Диференціація системи «комунальне підприємство – бізнес – соціальне підприємництво».** У формуванні стратегії змін фундаментальний етап – окреслити нинішній стан організації, сформувати майбутній образ і визначити відстань між ними. У межах процесу створення функціональної стратегії поліклініки доцільно розглянути диференціацію бізнес- та комунальної структури у широкому розумінні та виокремити ключові ознаки, що стануть реперними точками трансформаційного переходу. Бізнес можна тлумачити у різних аспектах: як відносини, як процес і як спосіб функціонування компанії на ринку. Акумуляуючи різні підходи, можна визначити поняття бізнесу як будь-яку безпосередню діяльність компанії в умовах ринку задля отримання прибутку [22]. Відповідно, бізнес-структура – це така організація, яка виконує певну діяльність для отримання прибутку та орієнтується на ринок товарів і послуг. Базуючись на дефініціях, виокремлюємо стрижневі ознаки організації, що працює за принципами бізнесу.

- Отримання прибутку. Це ключова функціональна ознака бізнес-структури. Прибуток може розподілятися або ні, що залежить від типу підприємства та форми власності. Прибуток – це результат реалізації продукowanego блага як величина доходу за вирахуванням

витрат. Генеруючи товари або послуги, компанія, що працює в умовах ринку, має відповісти на чотири основні питання: хто створює, що створює, як створює і скільки? Відповіді на ці запитання розкривають подальші ознаки підприємства.

- Урахування потреб персоналу. Виробляючи товар чи послугу, варто пам'ятати про тих, хто її безпосередньо створює. Саме від персоналу залежить якість та відповідність стандартам продукowanego.
- Фокусування на досвіді клієнта. Гроші клієнта є ключовим фактором відповіді на запитання, що саме є сенс виробляти. Товар і послуга, яку не купують, не дає прибутку, а отже, недоцільна для бізнесу.
- Конкуренентність визначає, як продукується товар чи послуга. У боротьбі за свого клієнта кожне підприємство перебуває в конкурентних умовах та змушене моніторити діяльність інших.
- Збалансованість між попитом і пропозицією відповідає на запитання, скільки потрібно генерувати товару чи послуги для отримання прибутку. Бізнес-організація мусить розуміти власні потужності та враховувати статистичні дані своєї діяльності.

Описавши фундаментальні ознаки бізнесу, варто окреслити також основні характеристики поліклініки як підсистеми комунального підприємства.

До 2018 року лікарня і поліклініка як її елемент, функціонували як державний заклад охорони здоров'я. Така форма власності передбачає підпорядкування медзакладу міністерству, відсутність прибутку та податків, постатейне фінансування із держбюджету. Управляє закладом та володіє майном також держава. У таких умовах медзаклад є центром витрати коштів, а управлінська роль менеджменту лікарні має організаційний точковий характер, ключову роль в управлінні посідає операційне керування. Після старту реформи, лікарня та поліклініка у її складі перетворилися на комунальне

некомерційне підприємство. Власником такого підприємства є територіальна громада, у нашому випадку – львівська обласна рада. Фінансування відбувається з державного бюджету, однак не постатейно, а за принципом наданих медичних послуг із можливістю залучення додаткових інвестицій. На відміну від класичної моделі бізнесу, комунальний медзаклад не спрямований на отримання прибутку, однак може його мати. Основне завдання комунального медзакладу полягає у наданні якісних медичних послуг населенню та сприянні підвищенню рівня охорони здоров'я в країні.

З появою вибору у клієнтів щодо місця надання медичних послуг, медичні заклади потребують видозміни парадигми своєї роботи. Вони мають стати конкурентоспроможними та привабливими для клієнтів, забезпечити гідні умови праці для своїх співробітників, та отримати додаткові джерела фінансування, як-от: гранти, спонсорську допомогу, імплементацію платних послуг. Реалізація цих пунктів наближає комунальне підприємство до бізнесу, а потреба залишити незмінною функцію вирішення соціальних проблем дає змогу органічно проаналізувати медзаклад у концепції соціального підприємництва. Соціальне підприємництво як напрям ведення бізнесу базується на концепції створення комбінованої цінності – економічної та соціальної – і передбачає оцінку результатів діяльності як за економічним, так і за суспільним ефектом [26].

Розробка стратегії розвитку поліклініки в межах підходу соціального підприємництва допомагає використати новітні бізнес-підходи у формуванні та управлінні організацією для ефективного вирішення соціальних проблем у медичній сфері. Поліклініка ЛОДКЛ «Охматдит» поруч з іншими закладами охорони здоров'я вторинної ланки має оперативно пройти у своєму розвитку одразу дві трансформації – від державного закладу до комунального, і від комунального – до соціального підприємства. Наскрізною є потреба видозміни

не тільки способів та методів управління, підходу до медицини, але і створення унікальної інтегрованої підтримуючої культури – орієнтованої на результат із соціальним компонентом.

### **2.2.2 Воркшоп як метод розробки стратегічного вектора.**

Функціональна стратегія відділу – логічне продовження корпоративної стратегії компанії. Розробка стратегії поліклініки ЛОДКЛ «Охматдит» ускладнена відсутністю окреслених фокусів для лікарні на найближчий час, а також браком кваліфікованого управлінця для реалізації цього завдання. Зважаючи на це, материнським фреймом для стратегічного документу поліклініки стала Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України, адаптована під потреби обласного медичного закладу. Стратегічна сесія відбулася в малій групі із залученням представників трьох ключових груп стейкхолдерів за матрицею «влада / інтерес», а саме: завідувача поліклініки, представника реформаторських профспілок та директора західного департаменту НСЗУ, консультанта та фасилітатора. Сесія була проведена поза лікарнею у форматі воркшопу.

Воркшоп як метод навчання запровадив німецький психолог К. Фопель. За його визначенням, це інтенсивний захід, навчання в межах якого відбувається завдяки активній співтворчості учасників та інтенсивній груповій взаємодії [18]. Ключовим моментом, завдяки якому воркшоп – це оптимальний вибір для роботи над стратегією, є поділ відповідальності за спільний результат між усіма учасниками та отримання динамічного знання. Воркшоп спирається на доменні знання учасників, а не фасилітатора, і формує спільне бачення у всієї групи з урахуванням думок кожного учасника. Плануючи роботу, ми спиралися на ключові принципи ведення сесій, окреслені у статті «Фасилітація воркшопів» однієї з найвідоміших консультаційних компаній у галузі користувацького досвіду Nielsen Norman Group [9].



- Активне слухання. Дискусії та ігри формують нове знання, яке учасники можуть не помітити, захоплені процесом, в той час як фасилітатор має звернути на це увагу.
- Сприятливий простір для висловлення думок. Деякі учасники не схильні висловлювати свої думки, якщо вони безпосередньо не запитані. Фасилітатор має організувати групу так, щоб кожен хотів та мав змогу висловитися. Зокрема, в нашій групі першими виступали саме такі учасники, наприкінці свою думку висловлювали найвпливовіші.
- Сприяння імпровізації. Кілька разів ми порушували створені задалегідь правила, зокрема стосовно графіку, за спільної згоди. Початково відібрані ігри для розминки були замінені іншими, зважаючи на нересурсний загальний стан групи.
- Усвідомлення своїх та групи знань і можливостей. Фасилітатор є знавцем процесу, а запрошені учасники – спеціалістами у своїх сферах. Кожен цінний та додає унікальності процесу.
- Уникнення порад. Надання поради передбачає вищу компетенцію того, хто її надає, та у більшості випадків впливає на співрозмовника негативно. Учасник закривається та припиняє комунікувати або переходить у неконструктивний конфлікт.
- Заохочення конструктивних конфліктів. Конфлікт щодо тієї чи іншої думки зумовлений різновекторністю досвідів та знань учасників, що дозволяє сконструювати нове бачення.

Окреслений стратегічний воркшоп минув у кілька ключових етапів із проміжними результатами на кожному з них.

*Розминка.* Перший етап, основне завдання якого – налаштувати учасників на спільну роботу та створити відповідну атмосферу для комфортного спілкування. На цьому етапі ми почали зі спілкування за кавою та

розминкових простих ігор, покликаних «зламати лід». Гра перша: кожен учасник має розказати в колі про три своїх ключових мікро-досягнень за минулий тиждень. Гра друга: розповісти, що сьогодні особливо подобається в сусідові справа. Гра третя: кожен учасник пише на трьох паперових стікерах назву одного медичного приладу, а на інших трьох – призначення для застосування. Стікери збираються до купи та зачитуються вголос кожним учасником за новоствореними парами.

*Правила роботи.* Наступний етап – визначення правил та графіку роботи. Графік був складений в процесі комунікації та узгоджений з групою. Основні правила включали можливість говорити не більше від п'яти хвилин за один раз, не переривати іншого учасника, не критикувати, якщо це не передбачено вправою, тощо. Цей етап надзвичайно важливий для подальшої процедури.

*Окреслення мети, місії і цінностей.* На третьому етапі було сформульовано спільну мету на сесію – «окреслити 2-3 ключові фокуси роботи поліклініки на 2020 рік для поліклініки», а також кожен учасник виписав та озвучив персональні завдання на цю сесію. Також конструктивно проговорено в групі значення кожної цінності для учасників та їхнє трактування місії лікарні.

*Визначення больових точок.* Цей етап проходив у два кроки. Крок перший – групове визначення больових точок кожного учасника та фіксація на загальній дошці. Крок другий – кластеризація проблем за ключовим об'єктом. Таким чином, було сформовано п'ять проблемних кластери.

- Персонал. Основні проблеми: зверхній стиль комунікації з клієнтами та керівником, відмова від роботи, небажання розвиватися, плітки, некерованість, низька кваліфікація, хабарництво, безініціативність, низька заробітна плата.

- Клієнти. Ключові проблеми: нереальні очікування в лікуванні, зверхнє ставлення до лікарів, потреба у зворотному зв'язку, черги під кабінетами, брак реальної інформації про діяльність поліклініки та лікарів.
- Матеріально-технічна база. Базові проблеми: старий ремонт та обладнання, нераціональне використання приміщень, брак обладнання, брак технічних засобів – комп'ютерів та програмного забезпечення.
- Керівник. Основні складнощі: відсутня зацікавленість у розвитку працівників, недостатньо комунікації з підлеглими, брак пояснень про ухвалені рішення, відсутність бажання слухати підлеглих, непрозорість в управлінні, незрозумілість ставлення до працівників.

*Наступний етап* – окреслення бажаного майбутнього стану. На цьому етапі учасники обговорювали в групі стратегію трансформації охорони здоров'я України, фіксували її ключові риси, а також формували замальовки поліклініки після реалізації реформи.

*Генерація рішень.* На цьому етапі, застосовуючи стратегію В. Діснея, учасники індивідуально формували пропозиції рішень для кожної проблеми покластерно. Загалом відбулося три підходи по п'ять хвилин кожен, з результатом понад 150 варіантів дій на стікерах. Окресливши рішення, учасники поділили їх за кластерами. Кожен учасник був відповідальний за «свій» кластер, куди зараховував відповідні варіанти дій.

*Голосування.* Це переломний етап воркшопу, на якому інформація припиняє генеруватися, і починає відкидатися. Так, кожен учасник мав у себе п'ять віртуальних голосів, які міг віддати за будь-який один або кілька варіантів рішень. Кожен такий голос був позначений крапкою біля відповідного рішення. Завдяки голосуванню вдалося виокремити 25 ключових рішень. З-поміж них найбільшу кількість голосів набрали пропозиції стандартизувати надання

послуг, розробити план розвитку для керівника, сформулювати методику двосторонньої комунікації з клієнтами, здавати в оренду приміщення поліклініки, запровадити регулярні зустрічі керівника з працівниками.

*Оцінка ризиків.* Наступний крок – оцінка рішень за можливими зовнішніми ризиками із застосуванням базової модифікації моделі PEST у групах. На цьому етапі вдалося відмовитися від цікавих рішень, що можуть мати негативні законодавчі та економічні наслідки (наприклад, можливість перерахування грошових подяк лікарям від пацієнтів на банківський рахунок лікарні).

*Інтеграція рішень у напрями.* На цьому етапі проведена кластеризація за предметом рішення та імплементовано синонімічний глобалізаційний ряд для кожного кластеру. Здобутком цього етапу стали чітко окреслені ключові дванадцять підпунктів майбутньої стратегії.

- Розробка стандартів надання та отримання сервісу в поліклініці.
- Навчання учасників процесу ключових принципів надання та отримання сервісу.
- Побудова системи комунікації в межах сервісу.
- Інкорпорування «сервісності» в культуру організації.
- Формування бренду якісної та доступної поліклініки вторинної ланки.
- Реалізація системи аналітики бренду на постійній основі.
- Інкорпорування зовнішнього бренду у внутрішні процеси поліклініки.
- Освоєння контрактної співпраці з НСЗУ як основного джерела доходу поліклініки.
- Підприємництво: імплементация платних послуг та використання наявних ресурсів.
- Формування підходу оплати праці в поліклініці за результат.

*Виокремлення стратегічних фокусів роботи.* На цьому етапі, застосовуючи групову рефлексію, учасники окреслили три ключові вектори стратегії, що лягли в основу документу.

- Формування сервісної культури взаємодії клієнта та медичного закладу.
- Розробка концепту бренду поліклініки та базова імплементація.
- Формування нових грошових потоків поліклініки.

*Підведення підсумків.* Останній етап стратегічної сесії, який передбачає рефлексію досягнення спільної та персональних цілей, окреслення перших майбутніх кроків. Так, група домовилася зустрітися за тиждень з метою оформлення поетапного плану роботи на основі розробленої стратегії.

Один із ключових факторів розробки всебічної стратегії – залучення до процесу якомога більшої кількості стейкхолдерів з різними рівнями впливовості та зацікавленості. Так забезпечується стратегування на різних рівнях глобалізації та виокремлюються приховані інтереси. Воркшоп як метод проведення стратегічної сесії дозволяє не лише окреслити стратегічні фокуси, але і сформувати мотивовану групу змін. Ефективним є також чергування у вправах методів декомпозиції, інтеграції та аналогії, що дає змогу різнорівнево осмислити той чи інший предмет обговорення. Застосування базових навичок медіації також є доречним при появі конструктивних конфліктів.

### **2.3. Імплементація моделі змін та отримані результати**

Функціональна стратегія розвитку поліклініки як елемента лікарні є підґрунтям для реалізації масштабних організаційних змін. Узгодивши ключові фокуси, наступним кроком доцільно розробити детальний операційний план проекту, що є покроковою інструкцією до дій. У підготовці плану змін для поліклініки ми послуговувалися шаблоном, прописаним у керівництві зі стратегічного планування для медичних закладів [19]. Так, план включає опис

активностей, термін їхньої реалізації, відповідальних осіб, ризику, очікувані результати та їхні індикатори.

Така побудова є зручною для регулярного моніторингу прогресу трансформацій та якісних ретроспектив в межах проекту. До імплементації проекту були залучені зацікавлені групи з високим індексом влади та інтересу за відповідною матрицею стейкхолдерів. Проект первинної трансформації розрахований на річний термін реалізації з початковою точкою 1 лютого 2020 року та кварталними зрізами показників ефективності. Для зручності опрацювання, окреслене планування візуалізоване за принципом модифікованої діаграми Ганта [Дод 7].

**2.3.1. Формування прибутковості поліклініки.** Трансформація поліклініки в елемент соціального підприємництва передбачає докорінну зміну принципів та моделі фінансування організації. Держава, яка до цього моменту виконувала роль джерела фінансування перетворюється на дорадчий орган, лікарня стає фінансово незалежною та повинна почати самостійно себе забезпечувати. Таким чином, в подальший план імплементації увійшли активності, спрямовані на формування прибутковості поліклініки. Прибуток в цьому контексті – не самоціль функціонування організації, однак є необхідним для подальшого розвитку поліклініки, покращення матеріальної бази тощо. Діяльність, метою якої є створення прибуткової компанії, реалізується у двох різновекторних напрямках – підвищення дохідності компанії та зниження витрат. Окреслимо ключові вектори, що забезпечують функціонування грошових потоків у новій моделі поліклініки.

*Освоєння контрактної взаємодії з НСЗУ.* Ключовим джерелом доходу поліклініки стають кошти, перераховані державним страховиком за принципом «кількості пролікованих випадків». Контрактна взаємодія базується на оформленні амбулаторного пакету надання медичної допомоги в межах

програми медичних гарантій та регулярній електронній звітності. В межах проекту для реалізації цієї взаємодії була запланована комп'ютеризація поліклініки та базові навчання персоналу роботи з електронною системою передачі даних «Dr Eleks». На реалізацію цього етапу було виокремлено півтора місяці – від середини лютого до кінця березня 2020 року. Очікуваний результат полягав у вмінні кожного працівника поліклініки вільно послуговуватися комп'ютером для фіксації своїх дій та створення звітності для НСЗУ у системі «E-health». Оцінку якості навчання було передбачено провести методом екзаменування за участі завідувача поліклініки.

Отриманий результат: завдяки сприянню місцевих ІТ компаній вдалося отримати шість комп'ютерів, яких бракувало та ліцензоване програмне забезпечення для них. Навчання щодо роботи з новим програмним забезпеченням пройшли 32% працівників у зв'язку зі спрацьовуванням неочікуваного ризику. Блокером стала поява на теренах держави пандемії нового вірусу SARS-Cov-2, у зв'язку з чим за державними правилами карантину на початку березня 2020 року поліклініка була зачинена і до сьогодні не обслуговує клієнтів. Більшість працівників узяли відпустки без збереження заробітної плати до стабілізації ситуації. Згідно з рішенням МОЗу до кінця 2020 року фінансування поліклініки буде відбуватися за попереднім постатейним принципом з додатковими субвенціями, отже по факту завершення карантину, навчання персоналу буде продовжене у плановому режимі.

*Розробка та впровадження надання платних послуг.* За умовами реформи НСЗУ оплачує проліковані випадки, що ґрунтуються на електронному направленні від первинного лікаря. За статистикою, понад 60% клієнтів не мають такого направлення. Отже, надання послуг таким клієнтами призведе до банкрутства поліклініки. Альтернативою визначене надання клієнтам платних послуг, умови яких узгоджені із власниками лікарні за затверджені відповідним

господарським органом. В межах цього напрямку, що мав бути реалізованим до першого квітня 2020 року були виокремлені ключові кроки.

- Прорахунок собівартості усіх послуг, що надає поліклініка. З цією метою був розроблений шаблон, який заповнювали лікарі відповідних напрямів у медичному закладі.
- Затвердження переліку та вартості формування документу на рівні усієї лікарні від імені головного лікаря з описом механізму реалізації платних послуг на рівні господарського органу.
- Введення послуг в електронну систему документообігу.
- Організація процесу надання послуг в поліклініці (оформлення каси, прайсу, рахунку тощо).

Очікуваний результат: на кінець квітня 2020 року очікувалося отримання 30% від загального фінансування через реалізацію платних послуг. Насправді організація зупинилася на етапі формування спільної пропозиції до затвердження. У зв'язку з карантинном та визначенням лікарні «Охматдит» як опорної дитячої по прийому хворих з підозрою на новий вірус, формування платних послуг було знижене у пріоритетності.

*Передача приміщень поліклініки в оренду лікарям – приватним підприємцям.* Поліклініка як планова медична установа має графік роботи з восьмої години ранку до третьої години дня. Решту часу поліклініка не працює та може бути передана в оренду для проведення додаткового прийому клієнтів. В межах цього вектору було проведено опитування працівників щодо їхнього бажання бути залученими у процес як ФОПів та реалізоване дослідження щодо юридичних аспектів реалізації. Інформація була скомпонована та донесена працівникам. Подальша реалізація підпункту пов'язана із розрахунком відсотка поліклініки від прийому кожного окремого пацієнта. Блокером є відсутність затверджених платних послуг в лікарні.



*Залучення спонсорської допомоги та фандрейзинг.* Реалізація соціальних проектів із профілактики захворювань потребує фінансування, зібрати яке можна за допомогою внаслідок первинних трансформацій спеціальних фандрейзингових ресурсів. Розробка цього плану запланована на четвертий квартал 2020 року після стабілізації лікарні. У зв'язку з карантинном та змінами до реалізації реформи, цей напрям наразі втратив актуальність та буде реалізовано імовірно у 2021 році.

Плануючи активності щодо підвищення дохідності поліклініки, доцільно розглянути також напрям оптимізації витрат. З цією метою було вирішено *переглянути організаційну структуру* поліклініки та оптимізувати персонал відповідно до кількості клієнтів та реально наданих послуг. Реалізація цього пункту потребує залучення усіх владних стейкхолдерів та перебуває на сьогодні на етапі затвердження власниками. Трансформація підходу до фінансування та глобальне реформування системи охорони здоров'я потребує активне залучення працівників до процесів змін. Зміна обов'язків та розширення компетенцій має логічно відобразитися на винагороді працівників та загальній моделі оплати праці.

До реформи оплата праці медичного персоналу розраховувалася на базі єдиної тарифної ставки, окресленої законом України «Про оплату праці». Комунальне некомерційне підприємство має право самостійно встановлювати модель оплати та регулювати її у погодженні з профспілками, галузевими угодами та дотримуючись загальних вимог трудового кодексу та відповідних законодавчих актів. Існуюча на цей момент модель є неефективною, оскільки тарифна оплата передбачає однакові витрати для компанії за будь-якої кількості клієнтів та якості надання послуг. Базуючись на методичних рекомендаціях з укладання колективних договорів від МОЗ [28], протягом березня 2020 року була розроблена та запропонована до узгодження *модель оплати праці*, що

базується на ставці та відсотку за кожен пролікований випадок з урахуванням коефіцієнта трудової участі [Дод 8]. Реалізація нової моделі потребує виконання низки кроків.

- Розробка загальної моделі та її затвердження (березень 2020 року).
- Збір даних по усіх послугах та розрахунок коефіцієнта трудової участі (квітень 2020 року).
- Фінансовий розрахунок прибутку та виокремлення відсотка змінної частини оплати (квітень 2020 року).
- Узгодження моделі з профспілками та включення до колективного договору лікарні (травень 2020 року).

Очікуваним результатом була затверджена модель, яка би передбачала самоокупність та, як мінімум 10% прибутку за вирахуванням витрат. Реалізація пункту була заблокована у зв'язку зі змінами принципу фінансування лікарень вторинної ланки на класичний постатейний та відсутністю інтересу ключових стейкхолдерів у її реалізації. Ключовою причиною при цьому є масштабність змін та глибина економічного опрацювання моделі зі складністю імплементації.

Отже, реалізація плану в аспекті підвищення дохідності та оптимізації витрат була заморожена на етапі узгодження. Цьому передувала низка інтегрованих причин, як-от поява нового вірусу та сфокусованість лікарні на боротьбі з ним, зміна владних стейкхолдерів з низьким їхнім рівнем зацікавленості в проєкті, а також рішення МОЗ щодо внесення змін у хід реформи.

**2.3.2. Побудова сервісної культури.** Реформа української медичної системи змінює ставлення до клієнт від суб'єкта надання медичної допомоги до об'єкта реалізації медичних послуг. В новій системі задоволеність клієнта є індикатором не тільки соціального ефекту лікарні, але і має прямий вплив на прибутковість медичної установи. В таких умовах врахування досвіду клієнта

на всіх етапах надання медичної послуги та побудова з ним тісних довірливих взаємин стає підґрунтям роботи усєї медичної системи. Базуючись на проведених дослідженнях, було розроблено ключові кроки імплементації сервісного підходу в наданні медичних послуг.

*Реалізація системи зворотного зв'язку* для клієнтів і працівників поліклініки (лютий 2020). Ефективний зворотній зв'язок виконує одразу кілька важливих функцій.

- Вказує на необхідні зміни в процесах/персоналі/матеріальній базі тощо.
- Дозволяє ранжувати пріоритетність реалізації тих чи інших модулів.
- Знижує рівень негативу у незадоволених клієнтів за рахунок можливості «бути почутим».

На старті проекту в поліклініці була прийнята форма зворотного зв'язку у вигляді написання скарги на ім'я завідувача. Система показала свою неефективність, що яскраво продемонстровано на створеному в межах дослідження сервісному кресленні. Таким чином, для максимально широкого охоплення клієнтів, було вирішено імплементувати два паралельні типи надання відгуків – офлайновий та онлайновий.

Офлайновий спосіб зорієнтований на частину цільової аудиторії, що не має смартфонів, інтернету чи не звикла ними користуватися на постійній основі. Вона передбачає велику скриньку з розробленими анкетами, які видаються в реєстратурі для кожного відвідувача. Анкета фіксує тільки основні критичні запитання, що є нинішніми больовими точками, а також включає запитання на вимір показників CSI та NPS. Первинні значення показників, що є відправною точкою реалізації вектору, складають NPS = 21%, CSI = 63% [Дод 9]

Онлайновий спосіб є швидшим та має ефект гейміфікації. Для реалізації цього методу, поліклініка підписала договір та розпочала взаємодію із зовнішнім провайдером сервісу зворотного зв'язку «Ревізіон». На момент

початку карантину був підписаний договір та розпочата розробка поліграфії. Реалізація буде відновлена після припинення діючих карантинних обмежень. Ключове завдання імплементації системи зворотного зв'язку полягає в досягненні отримання зворотного зв'язку від 70% усіх клієнтів поліклініки. Паралельно, зважаючи на ієрархічну культуру поліклініки, реалізовано скриньку для збору пропозицій щодо покращень для персоналу. Записки є анонімними та допоможуть зрозуміти загальний стан колективу та нагальні проблеми, що потребують оперативного вирішення.

*Формулювання стандарту надання та отримання сервісу.* Глибокий аналіз даних CSI продемонстрував наявність високого відсотка клієнтів, незадоволених сервісом, зокрема комунікацією медичного персоналу та загальним ставленням. Опитування медичних працівників виявило високу кількість лікарів та медичних сестер, незадоволених зверхнім ставленням до них пацієнтів. Дані дослідження спонукали команду змін опрацювати створену узагальнену персону клієнта та розробити на її основі стандарт надання та отримання медичних послуг. Пункт передбачає наступні етапи.

- Генерування рішень до проблем, окреслених у персоні (березень 2020 року). В умовах кількох зустрічей на основі страхів та потреб клієнтів, описаних у персоні, вдалося окреслити ключові рішення, які лягли в основу стандарту надання та отримання медичних послуг.
- Розробка та затвердження стандарту надання та отримання послуг (березень-квітень 2020 року).
- Ознайомлення зі стандартом працівників та проведення навчань за стандартом (квітень 2020 року).
- Внесення змін до посадових інструкцій (травень 2020 року)
- Комунікація з працівниками щодо взаємозалежності виконання ними стандарту та доходу лікарні (травень 2020 року).

– Розробка візуальних матеріалів та їхнє поширення (травень 2020 року).

В реалізації напряму розробки сервісного стандарту, команда зупинилася на обговоренні та затвердженні драфтового варіанту. Блокером стали карантинні умови та зміни позицій стейколдерів, зокрема перехід завідувача поліклініки на позицію медичного директора лікарні. Основним очікуваним результатом був розроблений та задокументований стандарт зі змінами в посадових інструкціях. Для визначення якості виконання стандарту на кінець другого кварталу 2020 року запланована перевірка методом «таємного покупця» за участі психолога. Прогнозовано також приріст показників NPS на 5% та CSI на 1%.

*Менеджмент команди.* На основі регулярного опрацювання даних зворотнього зв'язку клієнтів та працівників починаючи з березня 2020 р. завідувач поліклініки має проводити регулярні годинні індивідуальні з працівниками з частотою одна зустріч на квартал, а також групові зустрічі раз на тиждень. Тематика таких зустрічей полягає у донесення ключових змін у функціонуванні поліклініки, а також аналіз відгуків клієнтів та пропозицій працівників. План таких зустрічей в більшості випадків стандартний, однак може включати додаткові елементи за рішенням завідувача. Основне завдання зустрічей – сформувати довіру між завідувачем та працівниками. Дослідження, що провели профспілки, виявило, що 70% працівників не задоволені взаємодією зі своїм керівником. Прогнозований результат на кінець третього кварталу – зменшення кількості невдоволених до 50%.

*Воркшопи із сервіс-дизайну для працівників поліклініки* (квітень-травень 2020 р.). Навчання у форматі воркшопів є оптимальним методом залучити працівників до розробки маршрутів змін та уникнути опору з їхнього боку. Спеціалісти із сервіс-дизайну ІТ компанії Eleks долучилися до розробки плану та реалізації цих навчань у якості тренерів / менторів. План навчань передбачає

обдумування з групою психології поведінки та потреб клієнта, його емоцій, страхів тощо. Основна ціль навчань – сформувати у медичного персоналу розуміння потреби клієнтоорієнтованого підходу та своєї ролі у його розбудові. Реалізація цього пункту біла заморожена і зв'язку із карантинними заходами та неможливістю перенести навчання в онлайн-формат.

*Перегляд та оптимізація ключових процесів* в межах надання послуг відповідно до клієнтських запитів (липень – вересень 2020). Базуючись на розробленому сервісному кресленні, доцільно опрацювати усі процеси з позиції оптимізації слабких місць. Цей напрям є глобальним та імовірно може бути описаним як повноцінний проект.

*Інкорпорування сервісного підходу в культуру поліклініки* (червень – липень 2020). Реалізація цього пункту дозволить закріпити поняття сервісу та клієнта як центру системи надання медичних послуг на рівні цінностей. Напрямок передбачає створення системи додаткової нематеріальної мотивації за найкращі відгуки від клієнтів.

У зв'язку із повним закриттям поліклініки на карантинний період, неможливо проводити регулярні зрізи показників та побажань. Суттєво на імплементацію може також вплинути зміна завідувача поліклініки. Таким чином, рішення про подальшу реалізацію буд ухвалене, базуючись на пріоритетах лікарні по завершенню карантинних заходів.

**2.3.3. Імідж поліклініки як засіб закріплення позитивних трансформацій.** Формуючи заходи для підвищення прибутковості поліклініки та інсталюючи клієнтський досвід у ключові процеси, є потреба також опрацювати питання бренду поліклініки. Саме від відповідності бренду, як репутації компанії, потребам цільової аудиторії залежить рівень задоволеності клієнтів, їхня кількість та місце компанії на ринку. Розробка бренду компанії базується на стратегії компанії та її бачення позиціонування себе на ринку.

Бренд поліклініки доцільно розробляти в межах загального бренду лікарні, накладаючи при цьому на нього унікальні переваги амбулаторної медичної допомоги перед стаціонарною. Дослідження клієнтів та потенційної цільової аудиторії показало, що лікарню «Охматдит» сприймають як таку, куди доцільно звертатися у найскладніших випадках, та інших варіантів вже немає. Доцільність такого образу потребує внутрішнього дослідження ключових груп керівників та працівників, а також усвідомлення компанією існуючого та бажаного образу. Цей стратегічний напрям доцільно реалізовувати після завершення базового перехідного етапу, коли буде сформоване ядро оновленої компанії. Таким чином, підпроект імплементації та поширення бренду запланований на серпень-грудень 2020 року. В межах підпроекту заплановані наступні активності.

- Глибинне дослідження існуючого бренду, зовнішнього та внутрішнього. Для цього використовуються масові опитники та індивідуальні інтерв'ю. Визначення клієнтських побажань щодо каналів комунікації.
- Формування бажаного образу компанії на основі глобальної стратегії лікарні.
- Окреслення надбудови бренду поліклініки.
- Формування зовнішньої та внутрішньої маркетингової стратегії.
- Опис конкретного плану активностей, спрямованих на поширення бренду.
- Побудова системи моніторингу та аналітики.
- Коригування на основі отриманих даних.

Таким чином, формування бренду доцільно реалізовувати по факту завершення фундаментальних змін у компанії та наявності стратегії функціонування організації на найближчі роки.

## **Висновок**

Основоположними елементами глобальних трансформаційних змін є стратегія компанії, як напрям її подальшого руху, стейкхолдери, як впливові зацікавлені в імплементації групи та операційний план, що є інструкцією для ефективної реалізації. Особливість проекту поліклініки «Охматдит» у великій кількості залучених впливових стейкхолдерів та балансування організації в умовах постійної невизначеності. Проект, який на початковій стадії реалізації мав виграшний вигляд, достатньо ресурсів та високий коефіцієнт збалансованості інтересів, вже за кілька місяців зупинився під дією зовнішніх блокерів. Зміна ходу реформи, заміщення стейкхолдерів та поширення пандемії змусили команду заморозити проект та надати перевагу пріоритетнішим на сьогодні стратегічним напрямам – боротьбою з вірусом та оптимізації процесів. Однак попри часткове нівелювання здобутків реформи, її неможливо відмінити. Таким чином, ми розглядаємо зупинення проекту як наявність додаткового часу для проведення ґрунтовних досліджень та покрокових імплементацій.



## РОЗДІЛ III

### ТРАНСФОРМАЦІЯ В УМОВАХ НЕВІДОМОСТІ

Природа появи змін обумовлює складну їхню інсталяцію в уже побудовані процеси та компанії. Невідомість робить такі трансформації ще більш загрозливими, незрозумілими та небажаними. За даними дослідження “Global CEO 2019” компанії KPMG, успішні в таких умовах компанії, які мають інноваційну культуру, стимулюють гнучкість та адаптивність, а також оперативність. Швидкість поразки, навчання, та організаційних змін забезпечують конкурентоспроможність та лідерську позицію на ринку товарів та послуг. Понад 67% опитаних компаній вважають, що синонім сьогоденної успішності – це швидкість та маневреність [11]. В таких умовах легко втратити орієнтир та спрямувати компанію в неправильному напрямку. В надскладних умовах непостійності компетентність керівника стає основою ухвалення ефективних рішень. Його ключовим завданням стає не просто управління компанією, але і готовність в будь-який момент змінити в ній все: від стратегії до злиття з конкурентом.

#### 3.1 Ризики та методи роботи з ними

В теорії проектного менеджменту управління ризиками – чи не найважливіший елемент, від якості якого залежить успішність реалізації проекту. Його суть полягає у систематичному процесі виявлення, аналізу та формуванні рішень щодо проектних ризиків з ключовою метою мінімізації негативних наслідків. Аналізуючи практику роботи із ризиками в межах запланованих змін, доцільно потлумачити поняття ризику в проектному контексті. Згідно з PMBook 6, ризик – це невизначена подія чи умова, поява якої може мати позитивний чи негативний вплив на проект [15]. Однак не будь-яка

невизначена подія дефініюється як ризик, а тільки така, де можна визначити ймовірність її настання. Так, на етапі початку дослідження, що лягло в основу проекту, у жовтні 2019 року поява світової пандемії мала більше рис невизначеності, а вже у лютому 2020 року була класифікована та занесена до реєстру проектних ризиків.

Управління ризиками проекту складається з наступних етапів: ідентифікація ризиків, їхній аналіз, вибір стратегії роботи з ризиком, реалізація стратегії та постійний моніторинг наслідків та інших можливих ризиків. Проаналізуємо кожний етап у межах нашого проекту нижче.

Ідентифікація ризиків є фундаментальним кроком. Саме на цьому етапі виокремлюються потенційні загрози, і неврахування важливих факторів нівелює подальшу процедуру роботи. Для збільшення об'єктивності в дослідженні для окреслення ризиків ми використали трирівневу модель опису піраміди ризиків [39]. Модель передбачає окреслення ключових ризиків за рівнями глобалізації та потребує проведення аналізу зовнішніх та внутрішніх факторів впливу на поліклініку як організацію.

Перший рівень (макрорівень) включає системні ризики, які організація не може ані контролювати, ані впливати на них. До таких ризиків в нашому проекті належать відміна або відтермінування медичної реформи, нестача держбюджету на втілення програми медичних гарантій, зміна зовнішніх впливових стейкхолдерів, державний економічний спад. Наступним є мікрорівень, який інтегрує фактори, які поліклініка не може контролювати, але на які має вплив. До таких ризиків належать зміна проектних стейкхолдерів в межах лікарні, опір змінам профспілок, брак бюджету для реалізації проекту, зміна стратегічних пріоритетів лікарні, активізація конкурентів, погіршення репутації на ринку медичних послуг. Третій внутрішньоорганізаційний рівень охоплює категорію ризиків, які поліклініка може контролювати. До таких

факторів зараховуємо недостатній рівень компетенції працівників та керівника, неналежне виконання працівниками своїх обов'язків та опір змінам. Окресливши основні ризики, переходимо до якісного їхнього аналізу. Він дозволяє пріоритезувати важливість опрацювання ризиків, на основі визначення ступенів їхнього впливу та шансів настання. Так, за результатами розміщення на площині координат вплив та імовірність виокремлено шість ключових підгруп, візуалізованих на матриці [Дод 10]. Зважаючи на превалювання того чи іншого чинника, визначаємо три групи пріоритетності ризиків.

«Червоні ризики» потребують вживання термінових заходів задля збереження проекту. До цієї категорії належать недостатня кваліфікація завідувача поліклініки, брак бюджету для реалізації проекту, нестача державного бюджету на програму медичних гарантій, опір змінам від працівників та профспілок, зміна внутрішніх проектних стейкхолдерів, можливість загальнодержавного економічного спаду, недостатня компетенція працівників та неналежне виконання ними своїх обов'язків. Окреслені ризики становлять 65% від загальної кількості, що свідчить про термінову потребу їх опрацювати та складність реалізації проекту на практиці.

«Жовті ризики» передбачають здійснення заходів задля контролю ризику. До цієї категорії належать відміна/відтермінування реформи, зміна стратегічних пріоритетів лікарні та зовнішніх впливових стейкхолдерів.

До «зелених ризиків», що не потребують активних дій, зараховані можлива активізація конкурентів та погіршення репутації поліклініки на ринку. Таким чином, у розробці стратегії роботи з ризиками варто взяти до уваги опрацювання ризиків перших двох груп. Проектний менеджмент визначає чотири основні методи впливу на ризики, що лягають в основу стратегій.

Уникнення ризику передбачає відмову від реалізації проекту у випадку появи загрози. Прийняття ризику дорівнює відсутності дій в напрямі мінімізації

ризиків і готовність покривати збитки самотужки. Зниження ризику – формування пакета активностей, спрямованих на мінімізацію появи загрози. Попередження ризику передбачає розробку комплексу дій для зменшення ризику або його окремих виявів. Інтегруючи попередній аналіз, робимо висновок про недоцільність застосування методів зниження та попередження ризиків для загроз макрорівня. Неможливість навіть слабого впливу на ризики цього рівня потребує усвідомлення критичності їхніх наслідків для організації. Так, катастрофічними є ризики відміни/відтермінування реформи та нестача бюджету на реалізацію медичних гарантій. За їхньої появи поліклініка, імовірно, збанкрутує, якщо не зупинити реалізацію проекту. Стратегія прийняття є оптимальною для загроз державного економічного спаду та зміни зовнішніх владних стейкхолдерів. У випадку здійснення цих ризиків імовірно варто було би підключити стратегію зниження витрат та оптимізації персоналу.

Ризики мікрорівня в більшості передбачають використання стратегії попередження загроз, оскільки організація може на них впливати. Так, для попередження негативних наслідків від зміни стратегічних пріоритетів та внутрішніх стейкхолдерів, доцільно задокументувати вектор розвитку поліклініки та узгодити його. Також регулярний моніторинг ринку та готовність надати аргументи на підкріплення проекту допоможуть частково нівелювати ризики. Брак бюджету потребує створення резервного фонду залучення коштів, опір змінам від профспілок імовірно можна частково випередити, залучивши їх як експертів до частини проекту, що безпосередньо стосується працівників.

Для мінімізації ризиків внутрішньоорганізаційного рівня успішним є застосування стратегії зниження загроз. Опір змінам від працівників потребує створення якісного комунікаційного плану з акцентом на переваги проекту для спеціалістів. Можливу недостатню компетенцію лікарів нівелюємо, провівши комплекс навчань воркшопного формату, неналежне виконання працівниками

своїх обов'язків – через внесення змін у посадові інструкції та розробку планів розвитку. Недостатня кваліфікація завідувача поліклініки як ключового партнера в проекті є надзвичайно впливовим ризиком, мінімізувати який вдається через систему управлінського менторингу.

В умовах мінливості сучасного світу, набуває важливості моніторинг нових ризиків та зміни наслідків від існуючих. З цією метою ми використовували базові інформаційні ресурси у сфері охорони здоров'я: сайт МОЗу та НСЗУ, групи у соцмережах «лікар вторинки», «реформа вторинки» тощо. Завдяки регулярному огляду новин, на початку березня 2020 року ми підняли рівень ризику браку коштів на реалізацію програми медгарантій до найвищого та почали оптимізувати витрати. Втім, частину ризиків не вдалося передбачити. Так, пандемія, що спалахнула у березні змусила керівництво лікарні повністю зачинити поліклініку та відмовитися від прийому планових пацієнтів. Провівши аналіз ризиків на той час, ми помітили, що в червону зону окрім пандемії також перемістилася загроза зміни стратегічних пріоритетів лікарні (пов'язана з поширенням вірусу) та з'явився опір змінам від головного лікаря.

На ухвалене рішення заморозити проект вплинуло одномоментне кількох «червоних» ризиків: поширення пандемії, зміна стейкхолдерів та стратегічних пріоритетів лікарні. Суттєвий ефект також мала така загроза, не врахована нами на етапі опису ризиків, як організаційна неспроможність лікарні імплементувати зміни. Одномоментна дія кількох макроризиків спонукає організацію до реалізації плану «кризового менеджменту», де найпріоритетнішими стають заходи на укріплення ситуації та операційне кризове управління.

### 3.2 Вирощування медичного управлінця через менторинг

В трансформаційному процесі ключова роль належить керівникові, який безпосередньо проводить організацію через зміни. Від обраного ним стилю керівництва та наявності потрібних управлінських та особистісних компетенцій залежить якість перехідного періоду та рівень опору змінам. В межах перехідного етапу компанії очільник виконує низку описаних нижче функцій, делегувати які будь-кому іншому практично неможливо.

- Керівник оперативно ухвалює управлінські рішення, базуючись на якісно сформульованій персональній концепції змін.
- Керівник має чітко окреслені цілі, розуміє цілі організації та доносить їх персоналу в оптимальній формі.
- Керівник обирає оптимальні час та місце для реалізації тих чи інших змін, базуючись на прорахуванні потенційних наслідків.
- Керівник прогнозує ситуацію та результати своїх імплементацій та корегує курс в ході проекту.
- Керівник створює оптимальну атмосферу для найповнішого втілення запланованих змін.

Проведені дослідження проілюстрували, що поліклініка ЛОДКЛ «Охматдит» – організація старого зразка із ієрархічною культурою та операційним типом управління. Вона функціонує як політична система з директивним стилем управління. Зміни, передбачені проектом, потребують залучення мотивованих працівників до процесу трансформації та іншої парадигми менеджменту. Одна із найкритичніших на карті ризиків – загроза недостатньої компетенції очільника поліклініки. Цей ризик піддається мінімізації через комплекс заходів, спрямованих на підвищення компетенції. Процес набуття потрібних умінь та навичок проходить у три етапи.

**Визначення управлінських компетенцій**, важливих для реалізації проекту, здійснювалося через аналіз ролі керівника поліклініки на всіх етапах плану. Опрацювавши проектні потреби, ми окреслили три основні напрямки потрібних компетенцій.

*Управління людьми.* Цей напрям включає наступні компетенції.

- Кар’єрний менеджмент. Керівник має вміти поставити цілі, розробити індивідуальний план розвитку, оцінити результати, скорегувати при потребі план, дати ефективний зворотній зв’язок.
- Емоційний інтелект. Передбачає знання основних його концепцій та вміння розпізнавати та управляти своїми емоціями та емоціями підлеглих.
- Стратегії управління включають знання основних стилів управління та вміння їх комбінувати залежно від розвитку ситуації та проекту.
- Комунікація з групою включає вміння правильно побудувати діалог та передати доцільними способами оптимальне повідомлення.
- Вирішення конфліктів. Управлінець має вміти розпізнавати конструктивні та деструктивні конфлікти та впливати на їхнє ефективне вирішення.
- Делегування включає знання основних принципів та правил, а також вміння використовувати їх в межах проекту.
- Мотивація персоналу. Розуміння концепцій мотивації та вибір оптимальної на кожному етапі змін.

*Управління процесами.* В контексті трансформації поліклініки суттєвих змін зазнають практично всі процеси, зокрема процес надання/отримання медичної послуги, фінансування, оцінка ефективності тощо. В межах напряму виокремлюємо наступні компетенції.

- Проектний менеджмент, що включає дефініцію проекту та основних його етапів та вміння перетворити ідеї в проект, оцінити потреби та складність.
- Системне управління, що базується на вмінні мислити системно та враховувати велику кількість факторів та ймовірних сценаріїв.

*Управління організацією* передбачає глобальний рівень менеджменту, найвищий рівень відповідальності та автономності в ухваленні рішень. До цієї групи зараховуємо наступні елементи.

- Організаційна бізнес-модель. Передбачає розуміння усіх елементів моделі та бачення роботи організації як взаємовпливового організму.
- Основи фінансового ведення бізнесу з базовими поняттями доходів, витрат та методів їхнього розрахунку.
- Стратегічне управління, що базується на вмінні аналізувати, виявляти проблеми та прогнозувати, а також встановлювати взаємозв'язки.
- Особливості функціонування медичної системи в Україні та медичної стратегії. Розуміння суті медичної реформи та методів її реалізації.
- Юридичні аспекти функціонування державних підприємств та комунальних неприбуткових організацій.

Визначивши ключові компетенції, необхідні для успішної реалізації проекту, переходимо до **оцінки наявності та рівня умінь та навичок** у керівника. З цією метою разом із завідувачем була проведена оцінка компетентності за всіма напрямками методом інтерв'ювання. Для оцінки передбачалося використання відповідей «Так», «Ні» та «Частково» з подальшою деталізацією останньої. Результатом проведеного аналізу став набір знань, які потрібно отримати та навичок, які завідувач має здобути. З-поміж знань, які потрібно засвоїти, виокремлено наступні: основи кар'єрного менеджменту, комунікація з групою, базис проектного менеджменту, основи



фінансів, юридичні аспекти діяльності комунального підприємства та стратегічне мислення.

Для ефективного засвоєння великої кількості нових знань та формування навичок було вирішено провести низку **менторських та коучингових зустрічей**. Менторінг, як процес експертної підтримки та заохочення до вивчення нового [14], є оптимальним вибором для систематичної роботи з гарно мотивованим спеціалістом. На відміну від наставництва, меторство передбачає велику кількість простору для самонавчання та ухвалення самостійних рішень в процесі освоєння нових знань та підходів, що робить його найкращим способом роботи з управлінцями. Як експерти з управління персоналом, ми проводили менторські сесії із завідувачем щодо кар'єрного менеджменту та управління групою. Тривалість сесій складала від однієї до двох годин з періодичністю раз на тиждень та розпочалася із січня 2020 року. Розглянемо основні методи, застосовувані для покращення засвоєння матеріалу.

Кар'єрний менеджмент. Спільно із завідувачем були складені мотиваційні карти на кожного із працівників та розроблені стратегії комунікації з ними по групах. Опрацьований базовий підхід до створення індивідуальних планів розвитку та виокремлені ключові слабкі місця кожного з працівників. Розроблений план зустрічей 1 на 1.

Комунікація із групою. В межах цього напрямку проаналізовані попередні зустрічі та визначені спеціалісти, які створюють опір та демонструють агресивну поведінку. Розроблений план зустрічей раз на тиждень з регулярним переглядом та коригуванням запланованих повідомлень.

Для опрацювання напрямів базису проектного менеджменту, юридичних та фінансових основ, було використано групові обговорення. Суть методу полягає у незалежному пошуку та аналізу інформації та обговоренні знахідок у малій групі. Методика також передбачає залучення експертів з указаних сфер

для оцінювання релевантності визначених даних. Використання групових обговорень створює ефект конкуренції, що сприяє ефективності навчання та засвоєння великої кількості нової інформації, поданої різноманітно.

Для розвитку системного мислення було обрано метод коучингу, як такий, що допомагає переконатися у власній експертизі та самотужки глобалізувати свій підхід. Тижневі коучингові сесії передбачали обговорення змін, що відбулися протягом тижня з позиції кожного стейкхолдера та виокремлення елементів, на які ці зміни вплинули.

Ефективність менторингу доводить зміна позиції завідувача поліклініки на пост медичного директора лікарні. У зв'язку із початком карантину та поширенням пандемії, коучингові та менторські сесії видозмінилися у телефонний формат. До окреслених навичок додався також напрям управління в умовах кризи та кризові комунікації. Таким чином, розвиток та навчання управлінців із потенціалом у медичній сфері має стати одним із пріоритетів реформування. У сучасних умовах найефективнішими є методи, що стимулюють управлінця думати та розширювати кордони своєї ефективності самостійно.

### **3.3 Організаційний потенціал лікарні в контексті змін**

В сучасних умовах невідомості ефективними є тільки ті організації, які володіють вміннями швидко реагувати та оперативно змінювати курс кермування. Для цього вони повинні володіти унікальними аналітичними та прогностичними інструментами та стратегіями, а також бути внутрішньо зрілими. Наявність та розвиненість у компанії чотирьох основних спроможностей, визначає рівень її організаційного розвитку та зрілості [24].

Технічні спроможності – забезпечують безпосередньо функціонування організації. Так, у медичній сфері це вміння та навички лікувати, методи та підходи, які розвивають основну діяльність компанії.

Організаційні спроможності – як такі, що допомагають виконувати місію та завдання компанії.

Адаптивні спроможності – базуються на здатності організації регувати на політичні, економічні, соціальні тощо фактори, які впливають на діяльність організації. Основою таких спроможностей є стратегічне планування та операційне управління, діяльність с фокусом на результативності.

Спроможності впливати – включає навички адвокації, переговорів, медіації, розвитку співпраці та партнерства.

Рівень організаційного розвитку визначає наскільки реальними є втілення тих чи інших глобальних трансформаційних змін у компанії. У випадку, якщо рівень організації недостатній для змін, які потрібно втілити, компанію чекає не тільки цілком очікуваний опір, але і руйнація існуючих процесів та культури. Таким чином, при розробці глобальних організаційних трансформацій одним із важливих етапів досліджень є валідація змін відповідно до рівня організаційного розвитку. Розробляючи проект, ми не врахували ймовірність ризику низької організаційної зрілості, яка суттєво вплинула на подальшу реалізацію проекту. Ухваливши рішення про заморожування проекту, було вирішено проаналізувати наступні ключові фактори, що зумовили неможливість подальшої реалізації визначених змін.

- Зміна основних стейкхолдерів та незацікавленість нових у реалізації реформаторських ідей.
- Відсутність відповідальних осіб за ділянки роботи.
- Недостатня компетенція менеджменту поліклініки та лікарні.

- Очікування вирішення фінансових та організаційних проблем від обласної ради як власника.
- Поширення пандемії та панічні настрої всередині організації.
- Відсутність стратегії у лікарні як вищої системи над поліклінікою, пов'язаної з нею фінансовими та управлінськими важелями впливу.
- Високий ступінь політизованості та неконгруентності ухвалюваних керівництвом лікарні рішень.

Усі описані фактори є продуктами неспроможності тих чи інших внутрішніх процесів та систем змінюватися відповідно до розроблених планів. Втілені зміни в одному процесів оперативно перекриваються та нівелюються іншими. Подібна інтегрована система відповідь однозначно вказує на пробіли в розумінні організаційного рівня лікарні, що безпосередньо впливає на поліклініку. Виокремлення такої гіпотези спонукало нас виконати якісний аналіз організаційного потенціалу лікарні та визначити рівень організаційного розвитку.

З цією метою ми обрали інструмент проекту ООН в Україні – «модель трьох кіл» ПСОП [37]. Це комплексна методологія, на основі якої можна оцінити двадцять шість різнобічних вимірів спроможності організації за трьома основними фокусами: самої організації, її діяльності та відносинами з іншими. Практичне втілення моделі знайшло відображення в інструменті інтерактивного самооцінювання організації за сімома різними параметрами з п'ятьма рівнями вияву [Дод 11]. Від «1» – найслабший рівень до «5» – найсильніший. Сукупна оцінка від одного до п'яти демонструє загальний рівень організації на момент проведення аналізу. Пропрацьований інструмент показав наступні рівні вияву спроможностей у ЛОДКЛ «Охматдит».

- Місія та стратегічне планування. Блок передбачає аналіз розуміння закладом своєї місії та готовність будувати на основі неї свою стратегічну та операційну діяльність. Середній бал блоку – 1,33.
- Керівництво та управління передбачає оцінку ефективності роботи керівних органів та взаємин між ними. Середній бал оцінки блоку – 2.
- Спроможність адаптуватися включає здатність організації бути підзвітною собі та своїм цілям, відстежувати власний прогрес та використовувати результати для покращень. Середній бал – 1,25.
- Партнерство та співпраця. Цей блок передбачає оцінку взаємодії організації зі своїми зовнішніми стейкхолдерами, зокрема конкурентами та органами влади. Середній бал блоку – 2,2.
- Роль в секторі вказує на виконання компанією соціальної функції та готовності ділитися власними знаннями та набутками із іншими організаціями. Середня оцінка блоку – 2.
- Надання послуг. Блок, що інтегрує вміння організації надавати послуги, які відповідають її місії та цінностям, та, водночас, задовольняють потреби цільових груп. Середній бал блоку – 1,33.
- Фінансова життєздатність та мобілізація ресурсів. Цей блок вказує на вміння організації вчасно отримувати ресурси, потрібні для реалізації її місії, планів та завдань. Середній бал за блоком – 1,5.

Підсумовуючи всі окреслені дані, визначаємо 1,66 з 5 балів як індикатор організаційного розвитку лікарні. За п'ятибальною шкалою рівень лікарні не доходить до половини, що вказує на загальну незрілість організації попри її тривале існування. Втім, для розуміння рівня впливу індикатора на реалізацію проекту, необхідно мати ґрунтовні дані щодо необхідних для реалізації планів спроможностей. Повторивши окреслену процедуру в розрізі проектних потреб, ми отримали інтегрований показник 2,52, що є суттєво вищим за результати

лікарні. При цьому, базовими сферами відставання організації від потрібних параметрів на один і більше балів є блоки «спроможність адаптуватися» та «фінансова життєздатність» [д]. Доцільно припустити, що саме ці сфери потрібно пріоритетно опрацьовувати для створення можливості імплементувати проектів високого рівня.

Отже, проведений аналіз спроможностей лікарні стосовно реалізації трансформаційного проекту, показав недостатність рівня організаційного розвитку лікарні для підтримки та ефективного інкорпорування змін. Такий аналіз доцільно проводити на етапі планування масштабних змін до початку їхньої імплементатії. Варто врахувати, що будь-які додаткові ризики – це суттєве навантаження на операційну модель організації. Маючи низький рівень організаційного потенціалу, компанія може не впоратися з подвоєними змінами.

Оцінивши отримані дані, було вирішено на момент розмороження проекту внести в нього суттєві корективи та розробити додатковий план перехідних змін, що матимуть також вплив на підвищення спроможностей компанії.

## **Висновок**

Менеджмент в умовах невідомості потребує гнучкості та адаптивності організації, її процесів та управлінців. Чільне місце в цій системі посідає процес управління ризиками, як спосіб мінімізації загроз для проекту та організації загалом. Ризики – непостійні, отже потребують постійного моніторингу та ухвалення рішень щодо стратегій роботи з ними. При цьому доцільно враховувати також наявність загроз макрорівня, на які організація не може впливати. Критична маса та вага таких загроз в межах проекту потребує його видозміни, припинення, або заморожування, як це сталося з існуючим проектом трансформації поліклініки.

Безпосередньо на отримані результати також впливає керівник організації, в якій втілюються зміни. За недостатньої його компетенції трансформація може припинитися через опір, на який немає належного реагування. Менторинг є оптимальним способом підвищення рівня обізнаності управлінця, зберігаючи при цьому його право та свободу ухвалення рішень. Втілюючи зміни, слід також проаналізувати організаційний потенціал відносно проекту. В умовах його недостатності, план необхідно коригувати, виводячи на перше місце активності, спрямовані на підвищення спроможностей компанії.

## РОЗДІЛ ІV

### РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ПРОЕКТУ

Будь-яка організаційна трансформація не може бути здійснена без окреслення вихідної точки, бажаного результату та шляху з комплексом дій для переходу з першого стану в другий. Визначаючи успішність реалізованих планів, необхідно відповісти на низку додаткових запитань.

- Чи досягнуто кінцевого результату?
- Яке співвідношення використаних ресурсів до отриманих від досягнення цілі переваг?
- Які додаткові засоби або ресурси, не передбачені планом, були залучені?
- Які ризики спрацювали та як вдалося/не вдалося їх опрацювати?
- На які інші сфери негативно/позитивно впливає досягнення результату?

Однією із поширених управлінських помилок є цілеспрямованість за будь-яку ціну. В її основі лежить когнітивне упередження ірраціональної ескалації, яке, як і більшість упереджень, може бути неусвідомленим. Саме тому для оцінки ефективності доцільно використовувати метрики, описані та визначені ще до початку реалізації.

Ефективність розробленого нами проекту, як такого, що належить до категорії соціального підприємництва, лежить на стику двох площин – економічної та соціальної. Базуючись на ключовому завданні поліклініки – забезпечити високу якість медичних послуг для населення та неприбуткового статусу лікарні, визначаємо ключовими результатами рівень задоволеність клієнтів отриманими послугами та загальний вплив продуктивних змін на демографічну та соціальну ситуацію в регіоні та в країні. Втім, досягнення цієї мети неможливе без релевантного фінансування, яке, за принципами медичної



реформи, великою мірою залежить від організації цього процесу власне медичним закладом.

#### **4.1 Фінансове обґрунтування проекту**

Проект запланованих трансформаційних змін в межах поліклініки ЛОДКЛ «Охматдит» розроблено для комунальної неприбуткової організації, описаної нами в контексті соціального підприємництва. Зміни заплановані в розрізі швидкого системного переходу до реформованої моделі надання медичних послуг задля ефективного подальшого функціонування компанії. Таким чином, критично важливо оцінити не тільки вигоди та прибутки, що будуть отримані у результаті імплементації проекту, а й величину збитків, що виникнуть у ситуації, якщо проект не буде реалізований. Оптимальний підхід, який дозволяє виконати окреслені завдання - проведення аналізу за формулою «з проектом» та «без проекту». Методика передбачає визначення цінності проекту як зміни вигод у результаті проекту мінус зміни витрат як результат проекту [21].

Для проведення ґрунтового аналізу, було окреслено п'ять нижчеподаних ключових вимірів, згідно з якими класифіковано отримані кількісні та якісні дані. Кожен із них є необхідним для розуміння загальної ефективності. Для проведення розрахунків були використані статистичні дані щодо кількості наданих послуг за 2019 рік. Оскільки фінансові дані комунального неприбуткового підприємства є комерційною таємницею, нижчеподані результати скореговані за умовним коефіцієнтом.

*Дохід поліклініки* визначений як сукупні річні грошові надходження за надані медичні послуги. Без проекту поліклініка має єдине постійне джерело надходжень – від контрагування з НСЗУ. Таким чином, сукупний дохід поліклініки за перший рік становить 1 млн. 718 тис. грн. З проектом кількість

джерел постійного фінансування зростає на два додаткові: дохід від реалізованих платних послуг та надходження від оренди ФОПом робочої площі поліклініки. Для розрахунків був використаний найслабший сценарій реалізації плану проекту, що передбачає всього 10 % платних послуг у загальному сегменті та 5 % доходу від роботи одного спеціаліста-підприємця. При цьому, за статистикою, на сьогодні понад 30 % клієнтів звертаються до поліклініки без направлення від первинної ланки, що не покривається НСЗУ. Так, загальний дохід за перший рік з проектом становить 4 млн. 554 тис.

*Задоволеність клієнтів* наданими послугами відображена у сукупності показників CSI та NPS. Без проекту їхній показник є надзвичайно низьким – 63% та 21% відповідно. При цьому, структура зворотного зв'язку складається із великої кількості позитивних та такої ж, за масовою часткою, негативних відгуків. Комплекс активностей проекту передбачає нівелювання незадоволеності клієнтів стилем комунікації лікарів та підвищення впевненості у правильному лікуванні. Прогнозований результат має дати підвищення рівня NPS на 5% та CSI на 1 % на кінець річного терміну реалізації проекту. За даними світових досліджень, рівень цих показників напряду впливає на збільшення дохідності компанії. Так, підвищення рівня готовності рекомендувати компанію на 7 % в середньому зумовлює збільшення надходжень на 1%. Покращення ж індексу задоволеності клієнтів на 2 % загалом дає плюс 1% до ревеню. Підсумовуючи, очікуваний приріст показників прогнозовано дозволить отримати додатково 54 тис. грн.

*Прибуток* у комунальній неприбутковій організації не є настільки важливим, як у звичайному бізнесі, однак його наявність дозволить покращити матеріально-технічну базу поліклініки, запланувати низку соціальних проектів тощо через реінвестування. Без проекту поліклініка може покладатися лише на надходження від НСЗУ та оптимізацію колективу. Зважаючи на понад

стовідсоткову завантаженість лікарні, це може спричинити колапс надання послуг. Прогнозуючи очікувані прибутки, ми врахували коефіцієнт обов'язкового підвищення мінімальної заробітної плати з липня 2020 року та відсутність покриття державним страховиком послуг ультразвукової діагностики. В таких умовах через рік прибуток поліклініки становитиме від'ємну суму - 1 млн. 240 тис. грн. З проектом, що включає платні послуги, дохід від ФОП, а також імплементовану нову систему оплати праці, чистий прибуток становитиме 504 тис. грн. Реінвестування у покращення умов надання послуг, прогнозовано підвищить їхній сегмент на наступний рік до 20%, що дасть загалом 2 млн. 10 тис. грн., та на 30% через два роки, що дозволить поліклініці отримати понад 3 млн. грн.

*Винагорода персоналу до проекту побудована на принципі тариф плюс надбавки за вислугу років та понаднормову роботу. З урахуванням коефіцієнту підвищення мінімальної заробітної плати, загальний річний фонд оплати праці становить 2 млн. 503 тис. грн. При цьому, середня винагорода лікаря вищої кваліфікаційної категорії складає в середньому 5 тис. грн. Умовами проекту передбачена зміна системи оплати праці на прогресивну та клієнтоорієнтовану. Система побудована за принципом мінімальний тариф плюс відсоток від наданої послуги, скорегований коефіцієнтом трудової участі. Пропоновані 35% від наданих послуг забезпечать лікарю заробітну плату близько 9,5 тис. грн. Загальний фонд оплати праці при цьому зросте до 3 млн. 756 тис. грн., однак буде забезпечено прозорість винагороди за досягнуті результати та збережена внутрішня конкуренція між лікарями.*

Таким чином лікарі будуть мотивовані прийняти більше клієнтів та виїжджати на екстренні виклики. Така система була запропонована на початку лютого 2020 року з метою швидкої імплементації. У зв'язку із поширенням пандемії та затягуванню реалізації платних послуг в лікарні, запропонована

система є нерелевантною, оскільки містить велику кількість фінансових ризиків. Для їхньої мінімізації розраховується комбінована перехідна система, що базується на старій системі тариф плюс надбавка, та додатково включає преміювання працівників відсотком від прибутку їхнього відділу (якщо за обраний період відділ має прибуток). Так ми забезпечуємо усі рівні справедливості винагороди та мотивуємо працівників дбати про прибутковість поліклініки.

*Субвенції від власників.* Оскільки перехід на нову систему фінансування передбачає суттєву перебудову ключових процесів, львівська обласна рада, як власник лікарні та поліклініки у її складі, дотує організацію на час переходу. Визначальний фактор цієї взаємодії – розуміння точки беззбитковості поліклініки у наданні послуг. Визначивши її, можливо аргументовано окреслити період, на який потрібні дотації та визначити загальну суму запитаних субвенцій. Без проекту, враховуючи, що 70% звернень по допомогу покриваються НСЗУ, при цьому в поліклініки відсутні платні послуги, необхідно надати 165 тис. 740 медичних послуг, щоб вийти в нуль. Зважаючи на річну максимальну потужність поліклініки, яка складає 59 тис. 400 консультацій, майже 2 роки та 4 місяці поліклініка працювала би в збиток. З проектом, який включає 10% платних послуг, точка беззбитковості досягається на 60 тис. 388 послугах. За місячної потужності поліклініки в 5 тис. 664 послуги, це займає десять з половиною місяців [Дод 12]. Таким чином, проект скорочує цей період практично в три рази.

Підсумовуючи пророблений аналіз, маємо кількісно підтверджений прогнозований позитивний вплив проекту на ключові сфери, визначені слабкими на етапі стратегування. До них зараховуємо прибутковість поліклініки, взаємодію із власниками, мотивацію персоналу та задоволеність клієнтів. Також очевидно є висока збитковість медичного закладу за

блокування реалізації описаних змін, що може призвести до розформування поліклініки, або її повну реорганізацію. Попри тимчасове заморожування проекту, розроблені розрахунки дали змогу аргументовано пояснити топ-менеджменту лікарні потребу в змінах, базуючись на рівні збитковості за умов відсутності реагування. Так, потенційно заморожений проект імовірно ляже в основу змін на рівні всієї організації ЛОДКЛ «Охматдит».

#### **4.2 Вплив проекту на соціум**

Розглядаючи трансформаційні процеси поліклініки ЛОДКЛ «Охматдит» крізь призму підприємництва, необхідно пам'ятати про надвисоку соціальну функцію медичних закладів. Прибутковість поліклініки доцільно розглядати як інструментальну проміжну ціль, завдання якої – забезпечити інноваційність, якість та більшу охопність виконання соціальних завдань та забезпечення потреб громадян у підвищенні рівня здоров'я. Соціальна цінність окресленого проекту визначається впливом досягнутих результатів на громадян, як частини соціуму та на власне соціум, як живу органічну відкриту систему. Соціальний вплив доцільно розглядати не тільки з позиції отримання моментальних ефектів для безпосереднього споживача, але також враховувати взаємопроникність соціальних елементів на різних ступенях глобалізації. З метою всебічного аналізу продукуюваної проектом соціальної цінності, ми розробили власну модель соціальної ефективності «трьох кіл». Вона передбачає опис безпосередньо створених проектом ефектів в межах першого кола, споживачем яких є цільова група, на яку таргетований проект. Друге коло включає наслідки споживання цільовою групою ефектів першого кола, з урахуванням вищого ступеню глобалізації. Третє коло визначає масштабний вплив взаємодій першого та другого на соціум загалом, що обмежений рівнем реалізації початкового проекту.

Перше коло соціальної ефективності проекту трансформації поліклініки у конкурентну бізнес-структуру містить нижчеподані ключові фактори.

- Підвищення рівня задоволеності клієнтів медичними послугами (індекс CSI плюс два відсотки).
- Підвищення рівня готовності рекомендувати заклад та лікаря (індекс NPS плюс п'ять відсотків).
- Покращення матеріально-технічної та лікувальної бази завдяки вищому фінансуванню.
- Зростання мотивації медичного персоналу надавати якісні послуги.
- Спрощення доступу до медичних послуг через контрахтування з НСЗУ.

При цьому, доречно також врахувати соціальний антиефект, що може виникнути за блокування реалізації проекту. На сьогодні лікарня «Охматдит» охоплює близько 19% обласного ринку надання медичних допомоги із загальною кількістю понад 62 тисячі послуг на рік. Оскільки лікарня є комунальною власністю, за умови високої збитковості, вона може бути розформована або приєднана до іншого медичного закладу. Таким чином збільшиться медичне навантаження на дві інші лікарні обласного значення та частина населення з високим ступенем вірогідності невчасно отримає медичну допомогу або не отримає її взагалі.

Друге коло ефективності передбачає наступні елементи впливовості.

- Вищий рівень задоволеності клієнтів зумовлює підвищення частоти звернень до лікаря та лікувального закладу, що дає змогу на ранніх етапах виявити захворювання та надати ефективне лікування.
- Готовність рекомендувати заклад та лікаря зумовлює появу більшої кількості клієнтів та розширює покриття населення медичними послугами.

- Покращення матеріальної та лікувальної бази підвищує шанси на ранню діагностику складних для виявлення та лікування хвороб.
- Зростання мотивації медперсоналу забезпечує наявність постійного кадрового притоку та підвищення якості сервісу надання медичних послуг.
- Спрощення доступу до медичних послуг впливає на рівень соціального захисту, та спонукає населення до профілактики захворювань.

Третє коло ефективності включає найслабший однак наймасштабніший вплив, який виявляється не раніше ніж за рік після закінчення проекту. Ключові елементи цього кола перераховані нижче.

- Виявлення захворювання на ранніх етапах в довготривалій перспективі дозволяє вплинути на зниження рівня смертності. На сьогодні в Україні на 100 померлих припадає 53 народжених [30]. Така ситуація призводить до різкого скорочення робочої сили та занепаду нації.
- Розширення покриття населення медичними послугами дозволяє підвищити загальний рівень здоров'я, що є державним пріоритетом України згідно з Конституцією. За даними аналітичного центру Legatum Institute за 2019 рік Україна посідає 114 місце зі 167 за індикатором «Охорона здоров'я» у світі [16].
- Рання діагностика та лікування складних хвороб впливає на зниження рівня смертності, за яким на 2017 рік Україна посідає п'яте місце. Саме рання діагностика дозволить знизити рівень смертності від новоутворень та хвороб кровообігу, які займають чільне місце в статистиці причин [36].
- Наявність постійного кадрового притоку забезпечує життєдіяльність медичної сфери загалом та розвиток конкуренції, який спрямовує охорону здоров'я в бік інновацій. Інновації у сфері охорони здоров'я за

даними Global Health Care Outlook від Deloitte [4] дозволять зробити великий крок у напрямку ціннісної медицини, від боротьби з хворобами до підтримки здоров'я.

- Підвищення рівня соціального захисту та профілактики захворювань покращення якості життя населення.

Підсумовуючи описані ефекти, робимо висновок про високу значущість соціальної детермінанти проекту. Найменший одномоментний вплив, що має соціальну природу, здатний створити у довгостроковій перспективі високу глобальну соціальну цінність.

### **Висновок**

Зважаючи на дуалістичну природу соціального підприємництва, проект трансформаційних змін поліклініки доцільно розглядати на перетині економічної та соціальної ефективності. Завдяки проведеному аналізу цінності за принципом «з проектом» та «без проекту», вдалося визначити не тільки вигоди від успішної реалізації запланованого, але і усвідомити величину збитків від заморожування проекту на невизначений термін.

Попри прогнозоване збільшення дохідності поліклініки за результатами проекту практично вдвічі, більша частина фінансових спроможностей спрямована на забезпечення релевантної винагороди для медичних працівників. Такий підхід суттєво збільшує кількість видатків, але здійснює потужний позитивний вплив на реалізацію всіх окреслених напрямів виконання соціальних завдань. У довготривалій перспективі активності, спрямовані в напрямі клієнтоорієнтованості дозволять підвищити індекс здоров'я українців та знизити їхню смертність.



## ВИСНОВКИ

Реалізація трансформаційного проекту в межах реформи передбачає паралельний процес змін підсистеми в контексті глобального реформування системи вищого порядку. Так, підвищується рівень непрогнозованості майбутнього та виникає колапс невідомості. В таких умовах ефективність спільних змін залежить від рівня синхронізованості та єдності системи та її елементів. Парадигма ж існування поліклініки кардинально відрізняється від фокусів, задекларованих медичною реформою. Таким чином, щоб органічно інтегрувати поліклініку в непостійні реформаторські умови, необхідно змінити спосіб мислення, мету, цінності, процеси та управлінські підходи.

Трансформаційний процес, як і будь-який інший метод реалізації змін, потребує чіткого окреслення первинної точки, бачення очікуваного результату та якісно пропрацьованого шляху його досягнення. При цьому сучасний світ існує в розрізі ринкової економіки, що формує базову потребу ставити в основу імплементації системних рішень клієнтський досвід. Фокусування на напрямках діяльності, які нівелюють клієнтські страхи та забезпечують задоволення потреб, формує позицію організації на відповідному ринку послуг. Медичні послуги – це сфера, в якій лояльність клієнта має пріоритетне значення, отже розробляючи клієнтські комунікації необхідно взяти за основу розбудову капіталу взаємин, що ґрунтується на чуйності та емпатійному ставленні до клієнта.

Рушій, який прискорює зміни, або навпаки сповільнює їх – культура організації. Реформування медичної сфери передбачає велику частку ринкової культури як такої, що спрямована на високу результативність діяльності. Невелика група працівників, яка прагне до такої культури, конфліктує з більшістю, яка підтримує існуючий ієрархічний порядок. Відсутність спільного бачення дезорієнтовує систему управління та робить зміни нестійкими та

спорадичними. Зокрема, зміна ключових стейкхолдерів, яка відбулася на етапі початку імплементації проекту, призвела до його заморожування саме під дією культурних аспектів. Ієрархічна структура здатна легко поглинути ринкового управлінця, так само як ринкова спонукає ієрархічного консерватора до більшої результативності.

Релевантні зміни неможливі без довготривалого візійного бачення розвитку організації – її стратегії. Ключовий аспект у її формуванні полягає у залученні якомога більшої кількості представників різних груп стейкхолдерів до розробки. Рішення, ухвалені спільною групою у процесі воркшопної творчості сприймаються кожним учасником як власні, а отже, безумовно правильні. Такий підхід допомагає мінімізувати опір змінам. Не існує єдиного правильного способу побудови стратегії, однак процес має включати обов'язкові ключові елементи. До них належать: визначення больових точок, генерація рішень, оцінка за ризиками та виокремлення глобальних векторів.

Імплементуючи зміни, необхідно переконатися, що вони перебувають в континуумі організації, для якої заплановані. Так, трансформаційний проект поліклініки вийшов за її межі та потребував залучення як важливих партнерів керівництва лікарні. Завідувач поліклініки, як ключовий стейкхолдер проекту, мав недостатньо важелів впливу для реалізації запланованих трансформацій. Мінімізувати подібні ситуації можливо завдяки ефективній ідентифікації та менеджменту ризиків. Одним із найважливіших визначених загроз стала потенційна некомпетентність керівника як основної управлінської фігури в процесі трансформації. Для зменшення негативних наслідків був застосований метод менторингу, що показав високу результативність в освоєнні управлінських знань та навичок. Високий ступінь свободи в реалізації рішень, який передбачає менторинг, забезпечує швидкий ріст управлінця та просування його кар'єрними сходами.

Одномоментна дія кількох непередбачених ризиків – появи пандемії, кардинальної зміни стейкхолдерів та зміна ходу реформи, зумовили появу рішення про тимчасове заморожування проекту. Додатковими факторами впливу стали вже описаний культурний конфлікт та організаційна неспроможність організації до запитаних змін. В такій ситуації подальша реалізація проекту потребуватиме розробки додаткового плану реалізації з урахуванням дій для підвищення спроможності та інтеграцію єдиного культурного вектору.

Ключовим здобутком нашого дослідження стало формування бачення поліклініки як соціального підприємства. Однією з причин непопулярності медичної реформи в соціумі є її «бездушність», акцентуація на прибутках і доходах, характерна для класичних бізнес-організацій. Першочергова функція лікарні – соціальна, прибуток для неї є лише методом підвищення спроможності виконання суспільних завдань. Зважаючи на це, проект має бути економічно обґрунтованим та соціально ефективним. Вирішення проблеми соціуму як відкритої та органічної системи на найнижчому рівні сьогодні, впливає на масштабні та глибинні трансформаційні процеси майбутнього.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Cameron K. S., Quinn R. E. Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework. 3rd edition. 2011. 288 p.
2. Constitution of the World Health Organization. World Health Organization. 2006. 24 p. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (last accessed: 24.05.2020).
3. Cooper A. The inmates are running the asylum. United States, 1999. 261 p.
4. Deloitte. 2019 global health care outlook. 41 p. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf> (last accessed: 25.05.2020).
5. Flo van Diemen van Thor. Understanding Stakeholders. Professional perspectives on working with stakeholders. 2nd edition. United Kingdom, 2018. 93 p.
6. Friedman A., Miles S. Stakeholders. Theory and practice. New York, 2006. 361 p.
7. Gartner. Customer Experience. URL: <https://www.gartner.com/en/information-technology/glossary/customer-experience> (last accessed: 25.05.2020).
8. Gibbons S. Service blueprints: definition. Nielsen Norman Group. 2017. URL: <https://www.nngroup.com/articles/service-blueprints-definition/> (last accessed: 24.05.2020).
9. Gibbons S. Workshop facilitation 101. Nielsen Norman Group. 2020. URL: <https://nngroup.com/articles/workshop-facilitation-101/> (last accessed: 25.05.2020).
10. KPMG. Customer first. Customer obsessed. Global customer experience excellence report. 2019. URL: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2018/06/tomorrows-experience-today-harnessing-a-customer-first-approach.pdf> (last accessed: 25.05.2020).
11. KPMG. Global CEO outlook 2019. 2019. URL: <https://home.kpmg/ua/en/home/insights/2019/06/global-ceo-outlook-2019.html> (last accessed: 25.05.2020).

12. Lemon K. N., Rust R. T., Zeithaml V. A. What drives customer equity. *Marketing Management*. Spring 2001. Vol. 10, № 1. P. 20 – 25.
13. Osterwalder A., Pigneur Y., *Business model generation*. 2010. 278 p.
14. Parsloe E., Jamieson Wray M. *Coaching and mentoring: practical methods to improve learning*. 2000. 193 p. URL: [https://books.google.com.ua/books/about/Coaching\\_and\\_Mentoring.html?id=PRFdEkBMF4sC](https://books.google.com.ua/books/about/Coaching_and_Mentoring.html?id=PRFdEkBMF4sC) (last accessed: 25.05.2020).
15. Project Management Institute. *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide)*. 6th edition. 2017. 756 p.
16. The Legatum Institute Foundation. *The Legatum prosperity index*. 2019. URL: <https://www.prosperity.com/rankings> (last accessed: 25.05.2020).
17. Yeung M. C. H., Ennew C. T. Measuring the impact of customer satisfaction on profitability: a sectoral analysis. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*. 2001. Vol. 10, 2. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1057/palgrave.jt.5740038.pdf> (last accessed: 25.05.2020).
18. Klaus W. Vopel. *Wirksame Workshops. 80 Bausteine für Dynamisches Lernen*. 2006. 380p.
19. Брага М., Пхіденко С., Масюк Л., Гусак Н., Лєпшошкіна Т. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. Програма «U-LEAD з Європою». Київ, 2019. 76 с. URL: [https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic\\_planning\\_for\\_web\\_new2.pdf](https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf) (дата звернення: 25.05.2020).
20. Вимоги програми медичних гарантій. Національна Служба Здоров'я України. 2020. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020> (дата звернення: 24.05.2020).
21. Горбаченко С. А., Карпов В. А. Аналіз підприємницьких проєктів. Навчальний посібник. Одеса, 2013. 242 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/147035881.pdf> (дата звернення: 24.05.2020).
22. Доброва Н. В., Осипова М. М. *Основи бізнесу. Навчальний посібник*. Одеса, 2018. 304 с.

23. Добровський В. М., Гнилицька Л. В., Коршикова Р. С. Управлінський облік. Посібник. 2003. 235 с.
24. Інструмент самооцінки організаційного потенціалу. Маркетплейс. URL: <http://cd-platform.org/marketplejs-proponue> (дата звернення: 25.05.2020).
25. Карамушка Л. М. Структура організаційної культури: основні напрямки дослідження. 2013. 12 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/19596412.pdf> (дата звернення: 25.05.2020).
26. Корнецький А. О., Свинчук А. А., Назарук В. Я., Гусак Н. Є., Туманова А. А., Гончарова М. А. Соціальне підприємництво: від ідеї до суспільних змін. Київ, 2017. 190 с.
27. Мазур М. А., Семенець І. В. Управління змінами. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський, 2017. 166 с.
28. Методичні рекомендації та роз'яснення з питань укладення колективних договорів комунальних некомерційних підприємств. Міністерство Охорони Здоров'я України. 2020. 70 с. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/3/19289-b\\_coll\\_dogovor\\_ua\\_v105\\_03\\_03\\_2020.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/3/19289-b_coll_dogovor_ua_v105_03_03_2020.pdf) (дата звернення: 25.05.2020).
29. Монастирський Г. Л. Теорія організації. Підручник. Тернопіль, 2014. 287 с.
30. Населення України. Державна служба статистики України. URL: [http://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas\\_rik/nas\\_u/nas\\_rik\\_u.html](http://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html) (дата звернення: 25.05.2020).
31. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Міністерство Охорони Здоров'я України. 2014. 41 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення: 24.05.2020).
32. Ойнер О. К. Управление результативностью маркетинга. Учебник. Москва, 2016. 252 с.

33. Петрушка О. В. Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах. Економіка і суспільство. 2017. № 13. С. 1189 – 1192. URL: [http://www.economyandsociety.in.ua/journal/13\\_ukr/199.pdf](http://www.economyandsociety.in.ua/journal/13_ukr/199.pdf) (дата звернення: 24.05.2020).

34. Пічугіна Т. С., Ткачова С. С., Ткаченко О. П. Управління змінами. Навчальний посібник. Харків, 2017. 226 с.

35. Постанова Кабінету Міністрів України «Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році». Кабінет Міністрів України. 2020. № 65. 78 с.

36. Причини смерті в Україні, 2018. Державна служба статистики України та Український центр суспільних даних. URL: <https://socialdata.org.ua/death/> (дата звернення: 25.05.2020).

37. Про організаційний розвиток простою мовою. ПРООН в Україні. Посібник. 2017. 82 с. URL: <https://issuu.com/undpukraine/docs/demystifyingua> (дата звернення: 25.05.2020).

38. Смачило В. В., Колмакова О. М., Коломієць Ю. В. Процедура аналізу стейкхолдерів підприємства. Економіка і суспільство. 2017. № 12. С. 348 – 353. URL: [http://www.economyandsociety.in.ua/journal/12\\_ukr/58.pdf](http://www.economyandsociety.in.ua/journal/12_ukr/58.pdf) (дата звернення: 25.05.2020).

39. Старостіна А. О., Кравченко В. А. Ризик-менеджмент: теорія та практика. Навчальний посібник. Київ, 2004. 200 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/609724/> (дата звернення: 24.05.2020).

40. Терещенко Т. В. Теорія організації. Навчальний посібник. Хмельницький, 2015. 335 с.

41. Як працює система охорони здоров'я Англії. Міністерство Охорони Здоров'я України. 2019. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/jak-pracjue-sistema-ohoroni-zdorovja-anglii> (дата звернення: 25.05.2020).