

МЕНЕДЖЕРСЬКІ АЛЬТЕРНАТИВИ ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ У ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті відображено роль і наслідки проведення реформ у системі охорони здоров'я, а саме трансформації організаційно-правової форми лікарень із бюджетних установ у комунальні підприємства органів місцевого самоврядування. Доведено, що лікарні в нинішній діяльності зобов'язані використовувати інструменти стратегічного планування та управління персоналом. На прикладі КП ««Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради проілюстровано розробку топменеджерами заходів у межах стратегічного планування. Проведено детальний аналіз діяльності лікарні, зокрема ресурсного потенціалу (інформації, персоналу, фінансів) та його використання. Зроблено динамічний аналіз структури операційних витрат, що дав можливість виявити вузькі місця (обмеження) у діяльності лікарні як підприємства. Ними виявилися фізична і енергетична система лікарні. Запропоновано, зважаючи на виклики сьогодення, скористатися теорією обмежень системи Е. Голдратта, виявити фізичні й управлінські обмеження у діяльності лікарні. Виявлено обмеження, що дали можливість запропонувати менеджерські альтернативи до існуючих, які спроектовані за принципом не розв'язання конфлікту на основі компромісу, а на основі підходу «виграв» – «виграв». Доведено, що усі заходи, що спроектовані топменеджментом лікарні, є великими за обсягами реалізації і не сприяють суттєвому зменшенню витрат у майбутньому, а за нинішніх умов їх реалізація є неможливою. Спроектовано три менеджерські альтернативи на основі підходу «виграв» – «виграв», що є менш витратними у порівнянні з топменеджерськими. Їх впровадження може забезпечити економію ресурсів за рахунок використання альтернативного джерела, економнішого споживання електроенергії та іншого способу застосування потенціалу молодшого медичного персоналу. Реалізація усіх спроектованих менеджерських альтернатив забезпечить поліпшення економічного і фінансового стану лікарні та потенційно якості медичних послуг.

Ключові слова: стратегічне планування; персонал; теорія обмежень системи; заклад охорони здоров'я (лікарня); ресурси.

Сучасні трансформації в економічному і соціальному житті країни зумовили докорінну переорієнтацію суспільства на задоволення поточних прав людини. Розвиток людини, її матеріальне благополуччя, духовне і фізичне здоров'я стають головною метою опікування держави та суспільства. Людиноцентрична модель розвитку сучасного українського суспільства та держави є різновекторною. Одним із головних векторів такої моделі є розвиток соціальної сфери, її переформатування та набуття дієвості відповідно до нових ринкових механізмів господарювання. Саме це торкається сфери охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я існує не ізольовано, а базується на таких важливих складових, як загальний добробут населення, можливості для відпочинку та оздоровлення, заняття фізичною культурою і спортом, системою соціального страхування тощо.

Управління системою охорони здоров'я є складною багатоаспектною задачею, вирішення якої можливе лише тільки при об'єднанні зусиль державної центральної влади, місцевих органів державного управління, міжнародних організацій, інститутів громадянського суспільства, вищих навчальних закладів. Після завершення реформування системи охорони здоров'я вона має залишатися дієвішою ніж сьогодні за масштабами надання медичних послуг, але на значно якіснішому рівні, що орієнтований на сучасні медичні технології, обладнання, високу якість підготовки фахівців.

Підтримання системи охорони здоров'я для забезпечення відповідного стану та рівня здоров'я своїх громадян зазвичай є пріоритетним завданням держави. На початку третього тисячоліття в Україні розпочалася реформа системи національної системи охорони здоров'я.

У процесі проведення реформ у сфері охорони здоров'я була реалізована трансформація організаційно-правової форми лікарень. Вони трансформувалися із бюджетних організацій, що виконували соціальні функції держави, у комунальні підприємства органів місцевого самоврядування. Так відбулося із Рівненською обласною клінічною лікарнею, яка надає високоспеціалізовану третинну медичну допомогу для населення не лише Рівненської, а й інших областей.

Трансформація організаційно-правової форми функціонування

лікарні обумовила широке впровадження і застосування менеджменту, а саме інструментів стратегічного планування і управління персоналом.

Проблемам стратегічного планування та управління персоналом організацій присвячують свої праці багато вчених як зарубіжних (І. Ансофф, Г. Стайнер, Ф. Армстронг), так і вітчизняних (Л. Мельник, А. Колот, Н. Подольчак, І. Петрова, Л. Безтелесна та інші).

Забезпечення успішної діяльності багатопрофільного лікувального закладу як комунального підприємства за існування складних викликів у зовнішньому середовищі обумовлює необхідність теоретичного вивчення та практичного застосування інструментів менеджменту.

У праці Мельник А., Богач Ю. «Модернізація організаційного механізму функціонування закладів вторинного і третинного рівнів охорони здоров'я» добре проілюстровано сутність стратегічного планування та його відмінність від суміжних категорій та існуючих моделей його реалізації. Водночас автори стверджують, що стратегічне планування – це одна із найважливіших функцій сучасної організації, яка має демократичний характер, оскільки в процесі створюється можливість залучення працівників організації до управління нею. Стратегічне планування орієнтується на активні дії, будучи довготерміновим, стосується сукупності проблем і активізує увагу на оптимальному задоволенні потреб [1]. Вважаю, що саме функцію стратегічного планування у взаємозв'язку з управлінням персоналом варто застосовувати в діяльності закладу охорони здоров'я в сучасних умовах.

Комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради – головний лікувально-профілактичний заклад області, забезпечує високоспеціалізовану (третинну) стаціонарну і поліклінічну (консультативну) допомогу населенню області на основі досягнень сучасної медичної науки і техніки, є основною базою для стажування, післядипломної підготовки випускників медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації. Заклад формує сучасну систему менеджменту, про що свідчить заявлена місія та цілі діяльності лікарні [2].

Лікарня працює відповідно до вимог програми медичних гарантій (з 2020 року) та зареєстрована в Електронній системі охорони здоров'я. Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій містить 22 пакети медичних послуг. Потенціал та його використання лікувального закладу наведено у табл. 1.

Таблиця 1

Загальні показники потенціалу та діяльності лікарні, 2021 р. [3]

| № | Показник | Кількість |
|----|--|-----------|
| 1. | Лікарняні ліжка у стаціонарі, шт. | 719 |
| 2. | Кількість пролікованих пацієнтів за рік, осіб: | |
| | Всього | 20000 |
| | Рівненської області | 19100 |
| | інших регіонів | 900 |
| | Проведено оперативних втручань за рік | 12000 |

Ознайомлення із публічною інформацією лікарні [2], зокрема звітом директора комунального підприємства за 2021 рік [3], дає право стверджувати, що у закладі реалізується стратегічне планування з орієнтацією на реалізацію активних заходів, що стосуються вирішення сукупності проблем і активізації уваги на оптимальному задоволенні потреб. Так, у звіті визначено, окрім планування заходів суто медичного профілю, ще й реалізацію загальнопромислових і загальногосподарських потреб. Закономірно, що виконання закладом поставлених завдань у процесі стратегічного планування обумовлює реалізацію функції управління персоналом.

Загальну кількість і структуру персоналу лікарні наведено у табл. 3. Усього в закладі працює 1586 осіб при штатній чисельності посад – 1804,75. У загальній кількості працівників 84% є медичним, а 16% – немедичним персоналом. І якщо розглянути участь молодших медичних сестер у процесі надання медичних послуг, то їх можна класифікувати як персонал, що виконує скоріше функції господарські ніж медичні (табл. 2).

У цілому, оцінюючи стратегічне планування і управління персоналом в лікарні, можна стверджувати, що воно реалізується на належному рівні як для соціального закладу, а щодо підприємницького, то необхідним є його удосконалення.

Лікарня є підприємством, яке володіє вхідними ресурсами і у процесі надання медичної допомоги трансформує їх в послуги. При цьому витрачаючи фізичні, людські, фінансові, технологічні, інформаційні та інші ресурси.

У користуванні лікарні перебувають чотири великі медичні корпуси, а саме: хірургічний, кардіологічний, головний разом з поліклінікою, тобто фізичні ресурси або ж основний необоротний капітал. Давно побудовані корпуси є як фізично, так і морально застарілі.

Таблиця 2

Кількість та структура персоналу лікарні, 2021 р. [3]

| № | Категорія персоналу | Осіб | % |
|--------|--|------|-----|
| 1. | медичний: | | |
| 1.1. | лікарі | 352 | 19 |
| 1.2. | молодші спеціалісти з медичною та фармацевтичною освітою | 614 | 40 |
| 1.3. | молодші медичні сестри | 390 | 25 |
| 2. | немедичний | 230 | 16 |
| Всього | | 1586 | 100 |

Лікарня у 2021 р. використала фінансових ресурсів в обсязі 315 млн грн. Структура отриманих фінансових ресурсів така: 92% – кошти держави (НСЗУ), 6% – кошти місцевого бюджету, 2% – позабюджетні кошти (рис. 1).

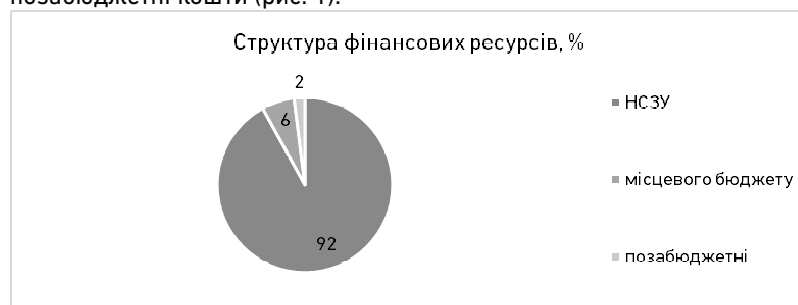


Рис. 1. Структура фінансових ресурсів лікарні, 2021 р. [4]

Із профінансованої НСЗУ суми (288,3 млн грн) на оплату праці працівників лікарні витрачено 198,3 млн грн, або 68,75%, на медикаменти 71,7 млн грн, або 24,6%, на продукти харчування 6,1 млн грн, або 2,01%, на оплату комунальних послуг та енергоносіїв 2,6 млн грн, – 0,7%, та додатково виділено 14,4 млн грн із місцевого бюджету. Зі структури використання державних коштів стає зрозумілим, що у лікарні недостатньо ресурсів, які надходять із НСЗУ для оплати комунальних платежів та енергоносіїв, які заклад отримує з місцевого бюджету (рис. 2).

Структура використання коштів НСЗУ, %



Рис. 2. Структура використання коштів лікарні, що надходять від НСЗУ, % [4]

Якщо ж провести аналіз структури операційних витрат впродовж останніх двох років, то очевидним стає те, що матеріальні затрати щорічно зростають і досить швидкими темпами (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка структури операційних витрат лікарні (станом на 31.03.2022 р. та 31.03.2021 р.) [4]

| Назва статті | За звітний період | | За попередній період | | Зміна частки, % |
|----------------------------------|-------------------|-----|----------------------|-----|-----------------|
| | тис. грн | % | тис. грн | % | |
| Матеріальні затрати | 28448 | 28 | 18372 | 23 | -5 |
| Витрати на оплату праці | 55120 | 54 | 42595 | 54 | - |
| Відрахування на соціальні заходи | 11778 | 12 | 9551 | 12 | - |
| Амортизація | 4432 | 4 | 2903 | 4 | - |
| Інші операційні витрати | 1696 | 2 | 5188 | 7 | +5 |
| Разом | 101474 | 100 | 78609 | 100 | X |

Динаміка вартості 1 ліжка-дня також змінюється. У 2021 р. вона у розрізі медикаментів складала: 201,59 грн, що на 83,6 грн більше минулого року.

Головним інструментом в управлінні персоналом в лікарні, як і у будь-якій організації, є заробітна плата. І хоча розмір середньої заробітної плати в лікарні є нижчим за регіональну та загальнодержавну, але впродовж двох років поспіль він зростає (табл. 4).

Таблиця 4

Динаміка розміру заробітної плати працівників лікарні, грн [3]

| Показник | 2020 | 2021 | Зміна |
|--|------|------|-------|
| Розмір середньомісячної заробітної плати: в лікарні | 5795 | 7712 | 1917 |
| лікаря | 7562 | 9348 | 1786 |
| медичної сестри | 5944 | 7454 | 1510 |
| молодшої медичної сестри по догляду за хворими | 4932 | 6686 | 1754 |

Отже, проведений аналіз ресурсів і структури витрат свідчить, що лікарня є досить потужним підприємством зі значним бюджетом, що формується за рахунок трьох складових, а саме: коштів державного і місцевого бюджету, а також позабюджетних (благодійних) внесків. У структурі витрат найбільшу питому вагу займають статті на оплату праці та матеріальні затрати. Окрім того, впродовж дворічного періоду витрати на оплату праці не змінювалися, а матеріальні зросли на 5%, що обумовлює пошук резервів для їх економії.

У лікарні проєктуються в основному заходи зі стратегічного планування, що передбачають реконструкцію та будівництво нових корпусів лікарні в межах президентської програми «Велике будівництво». Рівненська обласна клінічна лікарня однозначно потребує реконструкції, бо першим корпусам уже понад 70 років. Найновіший корпус запущено в дію у 1986 році, а тому усі технічні мережі (електро-, водо- та тепlopостачання) потребують реконструкції.

У президентську програму увійшов і план побудови нового хірургічного корпусу лікарні на 10 поверхів, розрахований на 350 ліжок. І уже 26 листопада 2021 року відбувся тендер на виготовлення проєкту будівництва. Недоцільно на сьогодні здійснювати реконструкції існуючих приміщень лікарні, тому що змінились вимоги і є сучасні державні будівельні норми для медичних закладів, яких неможливо дотриматися у тих старих приміщеннях. Тому лікарняні менеджери дійшли висновку, що краще збудувати новий хірургічний корпус і там розмістити майже всі хірургічні відділення, з сучасним обладнанням, операційними, комунікаціями, вентиляцією й необхідними інженерними мережами. Фізично та морально застарілі будівлі лікарні, давно капітально не ремонтувалися, а тому щоденно виникають проблеми: десь прориває трубу, прориває стояк, забивається каналізація. Наявність усіх цих

поточних проблем не дає можливість оптимізувати кількість господарського персоналу, який щоденно залучається до розв'язання аварійних ситуацій. Як було зазначено у аналізі, коштів для розвитку лікарня немає. Їх вистачає лише для підтримання поточної діяльності, тобто ремонт систем каналізації та опалення.

У новозбудованому корпусі менеджери лікарні планують розмістити практично всі хірургічні служби, особливо ті, які проводять важкі операційні втручання та потребують реанімації. Планується великий корпус на дев'ять поверхів і 10-й та 11-й – технічні. На нульовому поверсі передбачається велика стерилізаційна, склади медикаментів, обладнання, очищення й підготовка води. На 1-му поверсі – величезний хол та актовий зал на 400–500 людей, тому що у закладі працює 1700 працівників і нині немає можливості провести навіть збори трудового колективу. Буде великий хол, їдальня, а також буде перенесений увесь адміністративний корпус, що перебуває сьогодні у плачевному стані. На решті поверхів будуть операційні та суто медичні приміщення. У лікарні наразі є дві хірургії: планова й ургентна: це торакальна, урологія, гінекологія, ортопедія і травматологія, ЛОР-відділення, нейро- та кардіохірургія. Два поверхи буде займати операційний блок на 16 операційних з сучасною вентиляцією, ламінарними потоками, де треба, та стерилізацією повітря. Новий корпус будуватимуть біля відділення екстреної меддопомоги, де є стоянка, а праворуч – парк. Він стоятиме під кутом в 90 градусів до усіх корпусів. Це правильне розміщення, тому що згідно з правилами інсоляції приміщення буде ефективно освітлюватись – уранці з одного боку, ввечері – з іншого. Бо існуючі корпуси не зовсім правильно розміщені: є північна сторона, де практично немає сонця, а інша дуже сильно освітлюється влітку, перегрівається. Старі корпуси, які вивільняться, будуть йти під реконструкцію. Насамперед буде виконана програма енергоефективності: заміна вікон, заміна чи ремонт дахів, за потреби – заміна комунікацій, утеплення фасадів. Всі площі, які звільняються, будуть відведені під терапевтичні відділення, під відділення нейро- і травматологічної реабілітації. Це бачення сучасних менеджерів. Вважаємо, що старі корпуси, а саме їхні дахи, що розташовані на південну сторону, варто використати як плацдарм для монтажу сонячних батарей, що зменшать витрати закладу на енергопостачання. У нинішньому хірургічному корпусі планують зробити кардіоневрологічний корпус, де в одному приміщенні будуть всі терапевтичні спеціальності, тобто вирівнюється логістика лікарні так, що пацієнту буде зрозуміло, куди йому йти. Пацієнт із політравмою, невідкладною хірургічною

патологією буде чітко скерований за найкоротшим маршрутом. Прооперовані пацієнти будуть знаходитися в цьому ж новому корпусі, у відділенні реанімації для післяопераційних хворих, адже тепер на цілу лікарню є одне реанімаційне відділення на 13 ліжок, чого абсолютно недостатньо. Часто хворих після досить важких операцій залишають у відділеннях – в післяопераційних палатах, бо іншого виходу просто немає. Побудова нового хірургічного корпусу на 350 ліжок передбачає розміщення відділення планової хірургії й трансплантології – 60 ліжок, невідкладної хірургії – 40 ліжок. У Рівненській обласній лікарні, в єдиній з обласних, немає окремого проктологічного відділення, на яке потрібно виділити 20 ліжок, для гінекології необхідно 30–40 ліжок. Щодо торакальної хірургії, то їй достатньо 20–30 ліжок.

Новітні медичні технології сприяють оптимізації ліжкового фонду та кращому його використанню. Так, наприклад, в урології післяопераційний день дуже різко скоротився. Якщо раніше булодесь два тижні, то на сьогодні після мініінвазивної операції на наступний день пацієнт може йти додому, або лише 2–3 дні пробути у лікарні, тобто показник роботи ліжка досить високий, бо обертання ліжка високе, а ліжко-день зменшився. Це є хорошим показником для лікарні. Якщо ліжко працює швидко, то не потрібна їх велика кількість. Тому скорочується кількість ліжок з 40 до 20, а отже, треба витратити менше ресурсів, що з точки зору менеджменту дуже вигідно.

Неминучими переплануваннями за новими вимогами, в тому числі вимогами НСЗУ. Передбачено виділення в першому корпусі певної площі під готель для перебування родин пацієнтів, які приїжджають з усієї Рівненщини, а також з інших областей, щоб у них були елементарні умови в межах лікарні.

Програма заходів щодо реалізації заходів із стратегічного планування та управління персоналом, що розроблені менеджерами лікарні зведено у табл. 5.

Таблиця 5

Програма заходів із стратегічного планування та управління персоналом, що ініційовані органом управління та менеджментом закладу

| № | Назва заходу | Обсяг інвестицій, млн грн | Період реалізації | Причина реалізації |
|---|--|---------------------------|-------------------|---|
| 1 | Побудова нового хірургічного корпусу на 350 ліжок | 1246 | 2022–2025 | Застаріла матеріальна база, що не може бути реконструйована за нинішніми будівельними стандартами для медичних закладів |
| 2 | Реконструкція та капітальний ремонт трьох корпусів | 3 + державна субвенція | 2022 | Зношеність комунікацій |

У лікарні відбуваються постійні трансформації, що обумовлені зовнішніми викликами. Так, COVID-19 обумовив облаштування у лікарні місць для надання допомоги цим хворим. Було обладнано 100 місць, що призвело до перенесення двох відділень по інших у вигляді двох палат.

Звісно, що перед початком будівництва корпусу необхідно виготовити проектно-кошторисну документацію, вартість будівництва становить 1 мільярд 246 мільйонів, а документації – 15 мільйонів гривень. Ці кошти лікарня не отримує, а роботи веде управління капітального будівництва. Лікарня має провести тендер і уже розробила медичне завдання, яке подане в УКБ. Тривалість будівництва корпусу розрахована на 4 роки з 2022–2025. Цей амбітний проєкт реалізований у Вінницькій області і за переконанням фахівців є не гіршим, а ніж у Німеччині й Польщі.

Окрім того, у січні 2022 року Рівненська обласна рада прийняла рішення про виділення з обласного бюджету трьох мільйонів гривень на реконструкцію та капітальний ремонт трьох корпусів Рівненської обласної клінічної лікарні, також очікується надходження коштів державної субвенції.

Спроєктована програма є масштабною як за цілями, так і за обсягами фінансування.

Абсолютно визнаючи нагальність і необхідність реалізації стратегічних планів та заходів з управління персоналом, що

розроблені топменеджментом лікарні, та зважаючи на нинішні умови воєнного стану, вважаємо, що їх реалізація є неможливою, виходячи із фінансової спроможності держави. Проведений аналіз використання ресурсів та витрат свідчить про доцільність планування заходів із скорочення витрат, тобто ліквідації обмежень.

В умовах високої нестабільності соціально-економічних процесів підприємства змушені долати безліч протиріч: між строками та якістю, вартістю та витратами, необхідною продуктивністю і наявними ресурсами. Одним з найефективніших інструментів, що дозволяють підприємству вирватися за межі, є теорія обмежень систем (Theory of Constraints, TOC), розроблена у 1970-х роках ізраїльським фізиком доктором Еліяху М. Голдраттом [5]. Побудова процесу прийняття управлінських рішень на основі TOC передбачає концентрацію організаційних ресурсів на усунення обмежень (конфліктів), які заважають компанії повністю реалізувати її потенціал.

Теорія обмежень системи (TOC) – це філософія управління бізнесом, націлена на досягнення амбітних фінансових результатів. Прихильники TOC стверджують, що за умови використання теорії обмежень протягом чотирьох років можна підвищити прибуток компанії до величини її нинішнього обороту [6; 7]. Сутність TOC можна розглядати у двох аспектах – у сфері мислення та в аспекті конкретних прикладних рішень [8]. Саме останній аспект утворює предмет досліджень в економіці та управлінні підприємствами. Отже, актуальною для досліджень проблемою є виявлення можливостей теорії обмежень Е. Голдратта у забезпеченні результативності підприємства, що діє в умовах високої непередбачуваності ринкових процесів.

Сутність TOC полягає в управлінні потоком і фокусуванні зусиль на обмеженнях. Про існування потоку можна говорити тоді, коли відбувається певна послідовність повторюваних операцій. Максимальний вихід усього потоку диктується потужністю найслабшого ресурсу, що використовується для його здійснення. В теорії обмежень такий ресурс вважається обмеженням.

Теорія обмежень Е. Голдратта виходить з того, що в кожен конкретний момент часу в системі є тільки одне обмеження. Направивши зусилля на усунення обмеження, можна зробити істотний прорив у результатах діяльності компанії. І завдання менеджменту полягає у виявленні, максимальному використанні і «розширенні» цього «вузького місця». Іншими словами, завдання зводиться до того, щоб обмеження з джерела проблеми перетворити на джерело прибутку.

Обмеження поділяються на дві групи – фізичні та управлінські. *Фізичні обмеження* – це вузькі місця, які не дають можливості збільшувати продуктивність. *Управлінські обмеження* – це стереотипи і переконання, які ніхто не ставить під сумнів. Останні складають 90–95% усіх обмежень. Існує декілька типів обмежень: обмеження за потужністю, обмеження за часом виконання і обмеження ринком (кількістю замовлень).

Управління обмеженням означає забезпечення максимального використання його потужностей і можливостей. Для усунення обмеження необхідно пройти п'ять кроків, на яких ґрунтується систематизований і сфокусований підхід [7].

Крок 1. Знайти обмеження системи. Тут часто проводять аналогію з найслабшою ланкою ланцюга. Вважається, на підприємстві завжди є ресурс, що обмежує його максимальний потік. Для того, щоб поліпшити результати роботи системи (посилити весь ланцюг), необхідно знайти найслабшу ланку. Ресурси, які визначають величину потоку на підприємстві, називаються «обмеженнями».

Крок 2. Знайти спосіб максимально використати «обмеження» системи. Знайшовши ресурс, який обмежує результати роботи, управлінський персонал повинен забезпечити безперервну роботу «обмеження». Необхідно створити перед «обмеженням» постійний захисний буфер, передбачити та не допустити відсутності ресурсу. Далі топменеджмент організації повинен приймати управлінські рішення таким чином, щоб система постачала все, що потрібно для роботи «обмежень».

Крок 3. Підпорядкувати решту елементів системи (необмежень) прийнятому рішенню стосовно обмежень. Інші ресурси повинні працювати зі швидкістю «обмеження».

Крок 4. Розширити «обмеження» системи, тобто збільшити потужності, скоротити час виконання замовлень, запропонувати ринку нові продукти, вийти на нові ринки тощо. На даному етапі вважається доцільним дослідити всі альтернативні варіанти інвестування в «обмеження».

Крок 5. Якщо на попередньому кроці «обмеження» усунуте (припинило бути «обмеженням»), повернутися на початковий етап дослідження системи. Результати роботи системи тепер будуть визначатися іншими «обмеженнями». Роботу з оптимізації необхідно продовжувати [7; 8].

Важливим інструментом підвищення продуктивності системи, в якій виявлено «вузьке місце», є механізм «Drum, buffer, rope» («барабан, буфер, мотузка», DBR). В TOC ритм роботи системи задає «вузьке місце» («барабан»), визначаючи надходження заготовок і

оптимальний розмір їх партії. Щоб захистити вузьке місце від простоїв створюється «буфер» запасів, розмір якого визначається, виходячи з тривалості циклу, розміру резервних потужностей і стабільності роботи ресурсів. «Мотузка» зв'язує «вузьке місце» і першу ланку ланцюга з метою своєчасного запуску сировини і недопущення зайвих запасів незавершеного виробництва.

ТОС – це певна методологія управління системами. Вона ламає стереотипи і виходить за межі стандартної практики. Сутність її полягає у виявленні «вузького місця» бізнес-системи, підпорядкуванні усієї роботи системи особливостям і потребам цього «обмеження», усуненні його і пошуку чергового обмеження для подальшого удосконалення системи.

ТОС стверджує, що будь-якій організаційній системі властива внутрішня простота, а тому кількість факторів, відповідальних за результативність конкретного підприємства в конкретний момент часу невелика. Саме ними і слід займатися. Оскільки мета у організації одна, в ній не може бути конфліктів між частинами організації. Частина повинні перебувати в гармонії між собою і з організацією в цілому. Тому будь-який конфлікт повинен бути вирішений без компромісу, на основі підходу «виграв» – «виграв».

Реалізуючи стратегічне планування та управління персоналом, було визначено обмеження, якими виявилися фізична і енергетична системи закладу.

Усі заходи, що спроектовані менеджментом лікарні, є великими за обсягами реалізації і не сприяють суттєвому зменшенню витрат у майбутньому. Доцільним є планування та реалізація заходів менш витратних, що забезпечать ефективнішу роботу закладу та персоналу на основі підходу «виграв» – «виграв».

Першою альтернативою вважаємо реалізацію проєкту використання альтернативних джерел енергії, а саме сонячної. Пропонуємо для цього використати південні частини дахів двох корпусів лікарні. Реалізація такого заходу вимагає від інженерно-технічних працівників проведення моніторингу дахів, підготовки пропозиції для проєкту встановлення сонячних колекторів, що нагріватимуть воду для потреб відділень або ж генерації електроенергії. До речі, такий обсяг робіт виконують підприємства, що займаються їх монтажем. Лікарня отримує значні кошти від органів місцевого самоврядування на оплату комунальних платежів, які можна використати на монтаж власних сонячних колекторів чи електростанцій. Експлуатація таких установок дає можливість економити 0,70 грн на кожному кВт. Окрім того, термін окупності інвестицій складає 3,5 роки. Якщо ж органи управління (Рівненська обласна адміністрація) не схвалять даний проєкт, то можна розглянути альтернативу, наприклад здачі в оренду дахів для

зацікавлених підприємців і отримати дохід від оренди у вигляді фінансових ресурсів або ж електроенергії за пільговим тарифом.

Друга альтернатива передбачає передачу на аутсорсинг тих послуг, що можуть виконувати сторонні особи. Такими послугами є прибирання, що можна передати кліринговим компаніям або запропонувати молодшим медичним сестрам створити власну компанію. З постачальниками таких послуг укладається договір, прописуються умови надання послуг, а управління персоналом здійснює компанія постачальник. Це дасть можливість оптимізувати витрати на утримання цієї групи персоналу.

Третьою альтернативою є впровадження заміни усіх електролампочок, що освітлюють громадські місця лікарні лампочками LED з датчиком руху, що регулюватимуть постачання ресурсів під час перебування споживачів у громадських місцях лікарні. Усі пропонувані альтернативи зі стратегічного планування і управління персоналом, що розроблені на основі теорії обмежень систем, зведено у табл. 6.

Таблиця 6

Менеджерські альтернативи із стратегічного планування та управління персоналом в лікарні, розроблені на основі теорії обмежень

| № | Назва заходу | Інвестиції | Економія | Термін окупності |
|----|---|---------------------------|--------------------------|------------------|
| 1. | Встановлення сонячних колекторів | 1500 дол. | 0,70 коп. на 1 кВт | 3,5 років |
| 2. | Передача послуг прибирання в аутсорсинг, оптимізація кількості штатного персоналу (молодшого медичного) | В межах кошторису лікарні | ФЗП в частині виплат ММП | - |
| 3. | Монтаж і заміна електролампочок у громадських місцях на LED з датчиками руху | 300 грн/ 1 шт. | 20% спожитої енергії | 5 років |

Реалізація запропонованих менеджерських альтернатив сприятиме в майбутньому ліквідації суттєвих обмежень за принципом «виграв» – «виграв», є витратною, але у порівнянні із запланованими менеджерами, реалістичнішою за існуючих умов. А головним є те, що реалізація усіх альтернатив дасть можливість вивільнити фінансові ресурси і використати їх на мотивацію персоналу.

1. Мельник А., Богач Ю. Модернізація організаційного механізму функціонування закладів вторинного і третинного рівнів охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського*

національного економічного університету. 2020. № 4. С. 92–113. 2. Рівненська обласна клінічна лікарня. URL: <https://rokl.rv.ua/> (дата звернення: 15.08.2022). 3. Звіт директора про діяльність КП РОКЛ у 2021 році. URL: https://res.cloudinary.com/dldmgvf99/image/upload/v1/media/uploads/2022/03/28/2021_dr2gtu (дата звернення: 15.08.2022). 4. Баланс на 31.03.2022 року та звіт про фінансові результати. URL: https://res.cloudinary.com/dldmgvf99/image/upload/v1/media/uploads/2022/05/21/1-2022_mvасoc (дата звернення: 15.08.2022). 5. Голдрат Елияху М., Кокс Джефф. Цель. Процесс непрерывного совершенствования. Минск : Попурри, 2004. 556 с. 6. Матеріали сайту Goldratt's Marketing Group. URL: <http://www.toc-goldratt.com/>. (дата звернення: 15.08.2022). 7. Михайлишин Н. П., Мельник Н. Г. ТОС – теорія, що ламає стереотипи. *Сталий розвиток економіки*. 2011. № 4. С. 81–83. 8. Детмер У. Теорія обмежень Голдратта. Системний підхід к непрерывному совершенствованию. М. : «Альпина Паблшер», 2010. 448 с.

REFERENCES:

1. Melnyk A., Bohach Yu. Modernizatsiia orhanizatsiinoho mekhanizmu funktsionuvannia zakladiv vtorynnoho i tretynnoho rivniv okhorony zdorovia. *Visnyk Ternopil'skoho natsionalnoho ekonomichnoho universytetu*. 2020. № 4. С. 92–113. 2. Rivnenska oblasna klinichna likarnia. URL: <https://rokl.rv.ua/> (data zvernennia: 15.08.2022). 3. Zvit dyrektora pro diialnist KP ROKL u 2021 rotsi. URL: https://res.cloudinary.com/dldmgvf99/image/upload/v1/media/uploads/2022/03/28/2021_dr2gtu (data zvernennia: 15.08.2022). 4. Balans na 31.03.2022 roku ta zvit pro finansovi rezultaty. URL: https://res.cloudinary.com/dldmgvf99/image/upload/v1/media/uploads/2022/05/21/1-2022_mvасoc (data zvernennia: 15.08.2022). 5. Goldrat Eliyahu M., Koks Dj Jeff. Tsel. Protseess nepreryvnogo sovershenstvovaniya. Minsk : Popurri, 2004. 556 s. 6. Materialy сайту Goldratt's Marketing Group URL: <http://www.toc-goldratt.com/>. (data zvernennia: 15.08.2022). 7. Mykhailyshyn N. P., Melnyk N. H. TOS – teoriia, shcho lamaie stereotypy. *Stalyi rozvytok ekonomiky*. 2011. № 4. С. 81–83. 8. Detmer U. Teoriya ogranicheniy Goldratta. Sistemnyiy podhod k nepreryivnomu sovershenstvovaniyu. М. : «Alpina Pablisher», 2010. 448 s.

Beztelesna L. I. [1: ORCID ID: 0000-0002-0262-9334],

Doctor of Economics, Professor,

Bielotiel D. O. [1: ORCID ID: 0000-0001-6743-9243],

Senior Student,

Kliukha O. O. [1: ORCID ID: 0000-0002-4607-4465],

Candidate of Engineering (Ph.D.), Associate Professor

¹National University of Water and Environmental Engineering, Rivne

MANAGERIAL ALTERNATIVES AND THE FEASIBILITY OF THEIR APPLICATION IN THE ACTIVITIES OF A HEALTH CARE INSTITUTION

The article reflects the role and consequences of reforms in the health care system, namely the transformation of the organizational and legal form

of hospitals from budget institutions to communal enterprises of local self-government bodies. It has been proven that hospitals in their current activities are obliged to use tools of strategic planning and personnel management. The development of measures by top managers within the framework of strategic planning is illustrated on the example of the KP «Rivne Regional Clinical Hospital named after Yuriy Semenyuk» of the Rivne Regional Council. A detailed analysis of the hospital's activities, namely the resource potential (information, personnel, finances) and its use, was carried out. A dynamic analysis of the structure of operating costs was made, which made it possible to identify bottlenecks (limitations) in the hospital's activities as an enterprise. They turned out to be the physical and energy system of the hospital. It is proposed, taking into account the current challenges of today, to use the theory of limitations of E. Goldratt's system, to identify physical and managerial limitations in the operation of the hospital. Limitations were revealed that made it possible to offer managerial alternatives to the existing ones, which are designed according to the principle of not resolving the conflict based on compromise, but based on the «win» – «win» approach. It has been proven that all measures designed by the top management of the hospital are large in scope and do not contribute to a significant reduction of costs in the future, and under the current conditions their implementation is impossible. Three management alternatives based on the «win» – «win» approach are designed, which are less costly compared to top management alternatives. Their implementation can save resources due to the use of an alternative source, more economical electricity consumption and another way of using the potential of junior medical personnel. The implementation of all the planned managerial alternatives will ensure the improvement of the economic and financial condition of the hospital and potentially the quality of medical services.

Keywords: strategic planning; personnel; theory of system constraints; health care facility (hospital); resources.

Отримано: 05 вересня 2022 р.
Прорецензовано: 10 вересня 2022 р.
Прийнято до друку: 30 вересня 2022 р.