

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА
АДМІНІСТРУВАННЯ

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)
на тему: ОСОБЛИВОСТІ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконала: студентка 6 курсу 639МЗ групи
галузі знань:
28 Публічне управління та адміністрування
спеціальності:
281 Публічне управління та адміністрування
Бачинська Юлія Іванівна

Керівник:
доцент б.в.з. Верба Світлана Миколаївна

Рецензент: доктор політичних наук, професор
Євтушенко Олександр Никифорович

Миколаїв – 2023 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Сутність та особливості основ управління закладом сфери охорони здоров'я.....	7
1.2. Поняття терміну менеджер в системі охорони здоров'я.....	17
1.3. Оцінка управлінського персоналу менеджерів лікувального закладу....	28
Висновки до першого розділу.....	30
РОЗДІЛ 2. СИСТЕМА ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕНЕДЖЕРІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	32
2.1 Компетентнісний підхід в менеджменті закладу лікарні.....	32
2.2 Цілі формування механізму компетентностей менеджерів закладів охорони здоров'я.....	40
2.3 Механізм формування компетентностей управлінської ланки.....	43
Висновки до другого розділу.....	46
РОЗДІЛ 3 ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	49
3.1 Проектування ефективної організаційної структури управління персоналом в закладі охорони здоров'я.....	49
3.2 Запровадження інноваційних технологій в систему менеджменту закладу охорони здоров'я.....	58
Висновки до третього розділу.....	76
ВИСНОВКИ	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81

ВСТУП

Здоров'я населення є найвищою цінністю і необхідним елементом розвитку країни і соціально-економічного зростання. Отже, створення оптимальних умов для реалізації потенціалу всіх громадян та досягнення відповідних стандартів якості життя та добробуту населення є однією з основних цілей Стратегії сталого розвитку України - 2020 року, затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 року, та частиною зобов'язання щодо союзної угоди між Україною та Європейським союзом. Продуктивна діяльність сучасних установ визначається в першу чергу продуктивністю співробітників, а це залежить від наявності у персоналу можливостей, необхідних для успішного виконання функцій. У медичних установах керівники не приділяють достатньої уваги проблемі побудови системи управління персоналом, заснованої на компетентнісному підході. Створення сприятливих умов для здоров'я громадян та соціально-економічного розвитку є однією з актуальних проблем сьогодення.

В результаті реформ, що проводяться українським урядом в системі охорони здоров'я, все більше уваги приділяється існуючому дефіциту знань і навичок управлінського персоналу, необхідних для вирішення майбутніх завдань. Людські ресурси є важливим фактором, що впливає на ефективність системи охорони здоров'я. Ефективне медичне управління вимагає сучасних знань і навичок. Питання підготовки управлінських кадрів особливо актуальне сьогодні у зв'язку з реалізацією Концепції реформування національної системи охорони здоров'я, спрямованої на поліпшення здоров'я громадян за допомогою вільного вибору медичних установ і лікарів, впровадження нових фінансових моделей і надання економічних стимулів постачальникам медичних послуг.

Системі компетентностей в організації присвячені праці багатьох як закордонних, так і вітчизняних вчених, а саме: О. Баєвої, П. Балканської, Г.

Безродної, М. Білинської, Р. Боятцис, В. Брича, Ю. Вороненка, В. Верби, Н. Володіної, С. Гончаренка, Б. Демина, Д. Димитрова, О. Євмешкіної, А. Капацини, Д. Кемпбелла, А. Колесника, А. Колота, А. Комарової, Г. Крюкової, В. Лугового, І. Пахлової, Й. Ситника, П. Сперроу, Л. Спенсера. Однак, попри значні наукові доробки вчених існує багато суперечностей у визначенні сутності поняття «менеджер системи охорони здоров'я», також «відсутні комплексні дослідження, які б стосувалися особливостей розробки моделі компетентностей управлінського персоналу в закладах охорони здоров'я» [1].

Метою роботи є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо організації роботи менеджера у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі завдання:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації роботи менеджера у лікарні;
- вивчення складу, структури, напрямків управління лікарнею;
- визначення основних показників роботи управлінського апарату лікарні;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо підвищення рентабельності роботи управлінської ланки сфери охорони здоров'я.

Предметом дослідження є відносини, що виникають у процесі планування, управління а також компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я, з одного боку, та його пацієнтами - з іншого.

Об'єктом дослідження є процес формування компетентного підходу менеджерів до управління в закладах охорони здоров'я.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості застосування сформульованих висновків у розширенні понятійного апарату «менеджер у системі охорони здоров'я», під яким запропоновано розуміти фахівця-професіонала, що поєднує в своїй роботі навички раціональної економічної поведінки, володіє технологією управління персоналом та структурними підрозділами системи охорони здоров'я різних рівнів в умовах перманентних змін відповідно до етичного кодексу лікаря і чинного законодавства, та «механізм формування компетентностей управлінського персоналу», який визначено як інтегровану систему знань, навичок і здібностей управлінського персоналу, сформованих у процесі навчання, накопиченого в практичній діяльності професійного досвіду. Основні результати дослідження, висновки та рекомендації, що викладені в кваліфікаційній роботі можуть бути використані у навчальному процесі.

Особистий внесок. Кваліфікаційна робота є самостійним завершеним дослідженням. Визначені та обґрунтовані в кваліфікаційній роботі наукові положення, висновки та пропозиції, одержані практичні результати є особистим внеском магістранта.

Апробація результатів дисертації. Результати дослідження доповідалися й обговорювалися на конференції Бачинська Ю. І. Фінансовий менеджмент як система управління фінансами установ охорони здоров'я. – Могилянські читання – 2023 : досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні : глобальний, національний та регіональний аспекти : XXVI Всеукр. наук.-практ. конф. присвячена Всесвіт. дню науки в ім'я миру та розвитку : 6–10 листоп. 2023 р., м. Миколаїв : тези / М-во освіти і науки України ; ЧНУ ім. Петра Могили ; ДНУ «Ін-т модернізації змісту освіти» ; Півд. наук. центр НАН та МОН України ; Ін-т укр. археографії та джерелознавства ім. М. С.

Грушевського НАН України. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2023.
– С.584-585.

Структура й обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, які об'єднують вісім підрозділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 86 сторінки, основного тексту 78 сторінок. Список використаних джерел налічує 73 найменувань. Робота містить 3 таблиці, 10 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕНЕДЖЕРІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та особливості основ управління закладом сфери охорони здоров'я

Менеджмент – це цілеспрямований і прогресивний процес, що забезпечує ефективне функціонування системи та її розвиток за певних умов з використанням наявних ресурсів. Менеджмент - це наука, Мистецтво, Професія і діяльність.[5, с. 18]. Управління як діяльність здійснюється в тій чи іншій мірі кожною людиною, яка особисто приймає і реалізує рішення, прийняті в зв'язку зі своєю сім'єю, освітою, роботою, відпочинком і т.д. для менеджера управління - це професійна діяльність. В даний час поняття «менеджмент» і "керуюча компанія" найчастіше використовуються як ідентичні взаємозамінні.

Менеджмент медичних установ (далі - СОЗ) - це управління, метою якого є складна і відкрита динамічна система. Сама специфіка об'єкта робить його дуже складним в управлінні. Слід зазначити, що управління медичними установами є важливим питанням ефективного функціонування медичної системи. Від стану господарюючого суб'єкта, динаміки його розвитку і кінцевих результатів його діяльності (якість медичних послуг, зниження захворюваності населення, підвищення економічної ефективності і т.д.). Залежать правильно вибрані концепції управління та їх практична реалізація [20, С.34]. Досягнення цих цілей значною мірою залежить від належного навчання, відбору та розміщення персоналу, який повинен вибрати відповідні системи, принципи, методи та стилі управління, необхідні для керівництва організацією.

Суб'єкт управління сьогодні-менеджер (керівник офісу, відділу, головний лікар, глава Адміністрації) виконує 5 основних функцій в процесі управління: планування, організація, координація, мотивація, контроль (рис.1.1).

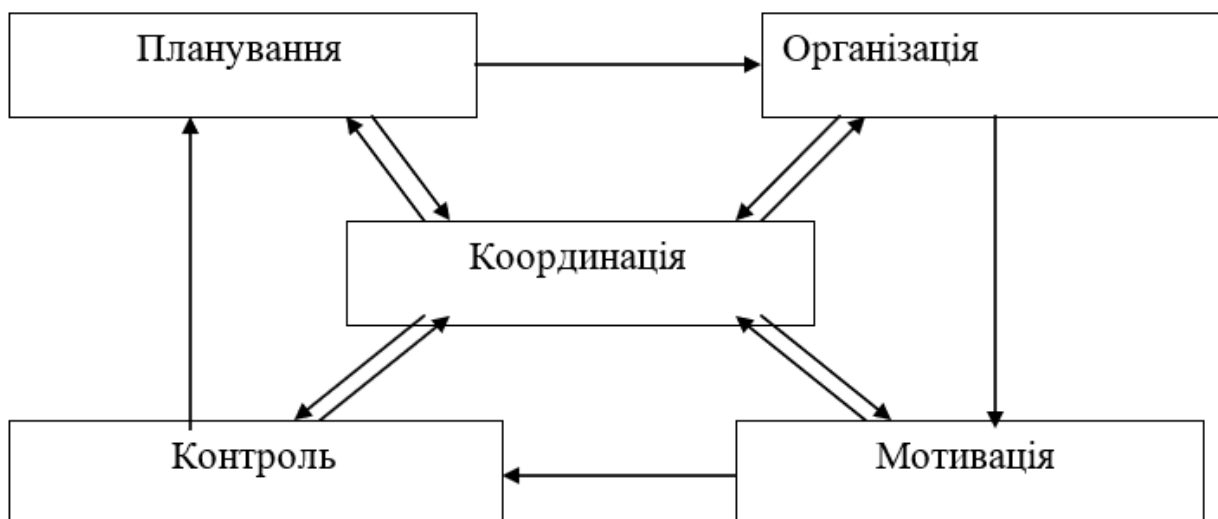


Рис .1.1. Взаємозв'язок п'яти основних функцій управління

Функції на стратегічному рівні включають розробку і прийняття рішень (стратегічних) з урахуванням здатності установи удосконалити свою діяльність [36, с.79]. Тактичний рівень відповідає за оптимальний розподіл ресурсів відповідно до рішень, обраних на стратегічному рівні. Цей рівень відповідає за організацію роботи в певних областях діяльності установи. Операційний рівень забезпечує ефективну реалізацію вищевказаних рішень в своєму підрозділі. Операційний рівень відповідає за практичну реалізацію стратегій, прийнятих для розвитку організації. У медичних закладах рівню системи управління відповідають такі посадові особи: 1) стратегічний рівень - головний лікар; 2) тактичний рівень - заступник головного лікаря; 3) оперативний рівень - начальник відділення, що не підкоряється іншим керівникам. Операційний рівень має 2 підрівня: керівник структурного підрозділу та первинна і старша медична сестра.

Хоча слід зазначити, що медична діяльність є досить специфічною частиною непромислового сектору, і медичні послуги відрізняються від інших. Застосування теорії класичного менеджменту в медицині можливо, якщо внести кілька корективів. Про справедливості цього твердження свідчить існуючий досвід застосування методів менеджменту в організаціях управління в

деяких (особливо недержавних) медичних установах. На тлі загальної тенденції розвитку вітчизняного виробництва в бік застосування теорії і практики менеджменту до управління медична система сильно відстає. Про це свідчить нестача фахівців в області медичного менеджменту, відсутність літератури на цю тему.

Підвищення ефективності охорони здоров'я як системи повинно здійснюватися за рахунок підвищення якості управління, тому реформа охорони здоров'я повинна починатися з переосмислення ролі і функцій менеджменту, конструктивного управління, включаючи все необхідне для поліпшення громадської охорони здоров'я без підвищення цін. що стосується медичних послуг, що займають центральне місце в реформуванні охорони здоров'я, то необхідність впровадження сучасних методів управління в охорони здоров'я стає все більш актуальною. Вона зростає і пов'язана з напрямком країни на розвиток ринкових відносин. Саме тому роль організатора охорони здоров'я, який за радянських часів керував управлінням медичними установами, змінилася роллю менеджера, який управляє ввіреною йому організацією в умовах ринкової економіки. Однак перехід до медичного менеджменту з точки зору сучасного менеджменту ускладнюється рядом особливостей [6, 14, 15, 35, 51].

1. Вітчизняна медицина представлена в основному бюджетними установами, сенс її існування полягає в досягненні ряду некомерційних операційних соціальних цілей (лікування, профілактика і реабілітація захворювань).

2. Цілі медичних установ істотно відрізняються від цілей інших компаній. Вони набагато складніше і мають обмежену можливість використання кількісних показників, тому дуже складно виміряти отримані результати.

3. У медичних установах автономія лікарів і медсестер дуже висока, що знижує здатність менеджерів керувати своєю діяльністю.

4. Існує поєднання високого професіоналізму і необхідності тісного взаємозв'язку з співробітниками різних професійних груп.

5. Незважаючи на те, що комерційні медичні установи функціонують з метою отримання прибутку в якості основної мети своєї діяльності, їх робота не розглядається без її соціальної складової – лікування захворювань, їх профілактики та реабілітації.

6. Дух суперництва між працівниками, який існує у багатьох компаніях, не завжди прийнятний у медичних закладах. Важко уявити собі лікаря, який приховує від колег інформацію про пацієнта і необхідному останньому методі лікування (невипадково в традиції медицини існують такі інститути, як консультація – обговорення декількома лікарями складних ситуацій і пошук з неї оптимального методу).

7. Медичному персоналу та його керівникам у процесі професійного міжособистісного спілкування необхідно враховувати відмінності у вихованні, інтелектуальному та культурному рівні пацієнтів, у віці, статі, етнічних та релігійних рисах характеру. Це впливає на якість медичних послуг, тому вимагає належного психологічного контакту з пацієнтом, який ще належить виявити і забезпечити.

8. Діяльність лікарів і медсестер перенасичена вимушеним спілкуванням з пацієнтами і не може вільно регулюватися (ви можете вибрати "приємного" пацієнта з числа тих, хто потребує медичних послуг). Це сприяє підвищенню рівня стресу і розвитку

«Синдром емоційного вигорання» і навіть руйнування психіки медичного персоналу. Це також пов'язано з високою інтенсивністю їх роботи, постійною відповідальністю за життя і здоров'я людей, наявністю професійних

шкідливостей (наявність збудників інфекцій, іонізуючого випромінювання, електромагнітного випромінювання і т.д.), а також низьким рівнем компенсації за них.

Робота, яка не відповідає витраченим зусиллям.

9. Існує протиріччя між статусом лікарів як представників вільної професії, статусом найманих працівників (примусова праця), які історично забезпечують роботу для себе, допомагають стражденним і працюють на власника – це призводить до того, що медичні працівники намагаються обійти касу організації і вирішити проблему оплати їх праці.

10. Стрімкий розвиток медичних технологій спонукає медичних працівників шукати кілька «ідеальних» клінік, але в той же час виникають проблеми, з якими не може впоратися сучасне обладнання цих організацій.

11. Великою проблемою є поєднання потреби медичного закладу в отриманні прибутку і належної якості наданих ним послуг – власник (інвестор) клініки вкладає великі гроші, щоб максимізувати її створення і прибуток, оновлюючи і неякісно обслуговуючи обладнання, порушуючи технологічні процеси, спрощуючи схеми лікування і т.д. не допускається використання інструментів багаторазового використання. Це призводить до зниження якості наданих послуг.

12. Ще однією проблемою є асиметрія інформації між лікарем і пацієнтом. Останній недостатньо інформований про медичні послуги, які він набуває, і рішення про вибір конкретної медичної допомоги зазвичай приймає лікар (діагностика, лікування, госпіталізація, частота повторних відвідувань і т.д.). Тут у лікарів є унікальна можливість впливати на попит на медичні послуги, керуючись керуються власними економічними мотивами (особливо системою оплати праці) і не завжди призначають необхідні аналізи і лікування (попит стимулюється виробниками).

Ці та інші особливості призводять до злиття в єдину сукупність етичних, обов'язкових і психологічних позицій, а також принципів менеджменту, використовуваних в сучасному управлінні організацією.

Медичний менеджмент, від якості якого залежить не тільки якість медичних і сервісних послуг, а й здоров'я і життя людей.

Все вищесказане впливає на думку вчених, що займаються питанням охорони здоров'я. Деякі з них вважають, що закон управління однаковий в організації всіх галузей народного господарства, і в управлінні медичними організаціями немає ніяких особливостей. Інші вважають охорону здоров'я специфічною галуззю сектору послуг, і разом із знаннями в галузі управління вони добре відомі не лише в галузі самого лікування, а й у галузі медицини, таких як охорона здоров'я та медична допомога.

У зв'язку з цим можна виділити 3 основні моделі управління медичними установами.

У першій моделі підприємством управляє Керівник (голови́кар) з медичною освітою. Така практика була широко поширена вітчизняній медицині, де централізована система фінансування і постачання виключала ініціативу керівника в питанні фінансового забезпечення діяльності лікарень і поліклінік, в тому числі залучення додаткової кількості пацієнтів. Ця модель була цілком виправдана в командно-управлінській системі, але керівник медичного закладу перестав відповідати сучасним вимогам, оскільки він повинен знати, як управляти господарюючим суб'єктом ринкової економіки, використовуючи весь арсенал менеджменту і маркетингу [33, С.255].

У другій моделі організацією керує керівник з економічною або юридичною освітою, підпорядкований головному лікарю (заступнику медичного секретаря), який відповідає за всю медичну діяльність. Ця практика широко поширена в Сполучених Штатах, перевагою якої є більш компетентне

вирішення багатьох проблем медичного менеджменту [9, С.74]. Однак такий вид керівництва є проблематичним, оскільки головний менеджер недостатньо обізнаний з деталями медичної допомоги та зазнає сильного впливу заступника (головного лікаря) та медичного оточення.

Третя модель, на наш погляд, найбільш оптимальною моделлю управління медичним закладом керує людина, яка має як медичну, так і економічну освіту. Отримані знання допомагають оцінювати діяльність господарюючих суб'єктів з точки зору системного підходу, всебічно і адекватно реагувати на зміни, що відбуваються у внутрішньому і зовнішньому середовищі організації.

На сьогоднішній день в Україні створена досить міцна законодавча та нормативно-правова база для управління медичними закладами [35]. Основу цієї системи складають Конституція України, закони та супутні нормативні акти, а також міжнародні акти, ратифіковані Верховною Радою.

Таблиця 1.1

Основні акти, що регулюють діяльність та управління закладом сфери охорони здоров'я

Акти	Опис та дата прийняття
Кодекс законів про працю України	Закон від 10 грудня 1971 р. № 322-VIII (в редакції за станом на 01.03.2011 року) // Відомості Верховної Ради УРСР - 1971.- № 50.- Ст. 375.
Цивільний кодекс України	Відомості Верховної Ради України.- 2003. - № 40-44, Ст.356.
Господарський кодекс України	Відомості Верховної Ради України.- 2003.- № 18-22.- Ст.144.
Кримінальний кодекс України	Від 05.04.2001 р. № 234-III. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2341-14
Кодекс України про адміністративне правопорушення	Від 07.12.1984р. № 8073-X. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/80731-10
Основи законодавства України про охорону здоров'я	Верховна Рада України; Закон від 19.11.1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України .- 1993.- № 4.- Ст. 19.
Етичний кодекс лікаря України	Від 27 вересня 2009 р. [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://www.apteka.ua/article/17132
Про екстрену медичну допомогу	Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/5081-17

Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення	Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2168-19
Про охорону дитинства	Закон України від 26.04.2001 р. № 2402-III. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2402-14
Про лікарські засоби.	Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/123/96-%D0%B2%D1%80
Про доступ до публічної інформації	Закон України від 13.01. 2011 р. № 2939-VI. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2939-17
Про екстрену медичну допомогу	Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/5081-17
Про психіатричну допомогу.	Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/1489-14
Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіцит людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ.	Закон України від 12.12.1991 р. № 1972-XII. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/1972-12
Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року.	Наказ МОЗ від 01.08.2011 р. № 454 Режим доступу: https://moz.gov.ua/article
Декларація про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта	Від 24.02.2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.patientsorganizations.org
Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі: Європейська нарада з прав пацієнтів	Від 28 березня 1994 р. ВООЗ Європейське регіональне бюро // http://zakon2.rada.gov.ua
Європейська хартія прав пацієнтів	Режим доступу: http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/29-european-charter-of-patients-rights.html

Однак слід зазначити, що українське законодавство часто містить окремі норми, які не узгоджуються один з одним і можуть суперечити один одному. Наступний нормативний блок-підзаконні акти, що регулюють певні аспекти діяльності медичних установ. Вони наведені в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Підзаконні акти, які регулюють окремі аспекти діяльності закладів
охорони здоров'я

Акти	Опис та дата прийняття
Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.	Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 503. Режим доступу: https://moz.gov.ua/article
Про затвердження зразка технічного опису листка непрацездатності та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності:	Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків та професійних захворювань від 03.11.2004 № 532/274/136-ос/1406. Режим доступу: https://moz.gov.ua/article
Порядок надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України, які звернулися із заявою про визнання біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, стосовно яких прийнято рішення про оформлення документів для вирішення питання щодо визнання біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, та яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового.	Постанова КМУ від 19.03.2014 р. № 121. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/121-2014-%D0%BF
Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико- санітарної) допомоги та форми первинної облікової документації	Наказ МОЗ України від 04.11.2011 р. № 756. Режим доступу: https://moz.gov.ua/article
Про затвердження Інструкції проведення обов'язкових попередніх і періодичних психіатричних оглядів.	Наказ МОЗ від 01.02.2002 р. № 12. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0094-02
Правила застосування примусових заходів медичного характеру в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги.	Наказ МОЗ від 31.08.2018=7 р. № 992. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1408-17 Про донорство крові та її компонентів. Закон України від 23.06.1995 р. № 239/95-ВР.

	Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/239/95-%D0%B2%D1%80
Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини. Закон України від 17.05. 2018 р. № 2427-VIII.	Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2427-19
Про судову експертизу.	Закон України від 25.02. 1994 р. № 4038-XII. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/4038-12
Інструкція про призначення та проведення судових експертиз та експертних досліджень.	Наказ Мініюста від 08.10.1998 р. № 53/5.Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0705-98
Положення про клініко-експертну комісію МОЗ.	Наказ МОЗ від 05.02.2016. № 69. Режим доступу: https://moz.gov.ua/article
Порядок контролю якості медичної допомоги	Наказ МОЗ від 28.09.2012 р. № 752. Режим доступу: https://moz.gov.ua/article
Інструкція про проведення судово-медичної експертизи	. Наказ МОЗ від 17.01.1995 р. № 6. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95 Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини. Закон України від 17.05. 2018 р. № 2427-VIII. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2427-19
Порядок проведення судово- психіатричної експертизи, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.05.2018 № 865.	Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0719-18
Про поховання та похоронну справу.	Закон України від 10.07.2003 р. № 1102-IV.Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/1102-15
Про затвердження нормативно-правових документів з питань трансплантації.	Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2000 № 226; Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0697-00
Про затвердження Положення про Координаційний центр трансплантації органів, тканин клітин.	Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 грудня 2006р. № 812. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1380-06

Таким чином, в Україні створена законодавча та нормативно-правова база для управління медичними закладами.

1.2. Поняття терміну менеджер в системі охорони здоров'я

Це постіндустріальна модель економічного розвитку, і її ядром є інформаційні та інтелектуальні технології. Знання та навички людини фундаментально модернізують традиційну модель управління медичними установами. У нинішніх умовах розвитку економіки України медичні установи повинні забезпечувати своє власне функціонування. «Враховуйте закони і вимоги жорсткої конкуренції, коли активна діяльність окремих співробітників стає головним імпульсом в процесі розвитку всієї системи. У зв'язку з цим оцінка ролі здібностей менеджерів у формуванні високої конкурентної позиції медичних установ в умовах глобальної трансформації стала вельми актуальною» [2].

«Необхідність здійснення ряду реформ вітчизняної медичної системи об'єктивно висуває вимоги до підвищення професійної підготовки співробітників медичних установ. Але мова йде в основному про кваліфікованих медичних працівників - лікарів, медсестер. Слово «менеджер» (або «менеджмент»), яке можна почути в лікарняних коридорах і кабінетах, часто має яскраво виражений негативний підтекст, викликаний адміністративними прорахунками співробітників апарату управління галуззю» [1].

Найкращим доказом цього є зростаючий попит на освітні програми в галузі охорони здоров'я. В даний час кращі навчальні заклади світового рівня пропонують наступні види дипломних програм в області медичного обслуговування (рис. 1) [1].

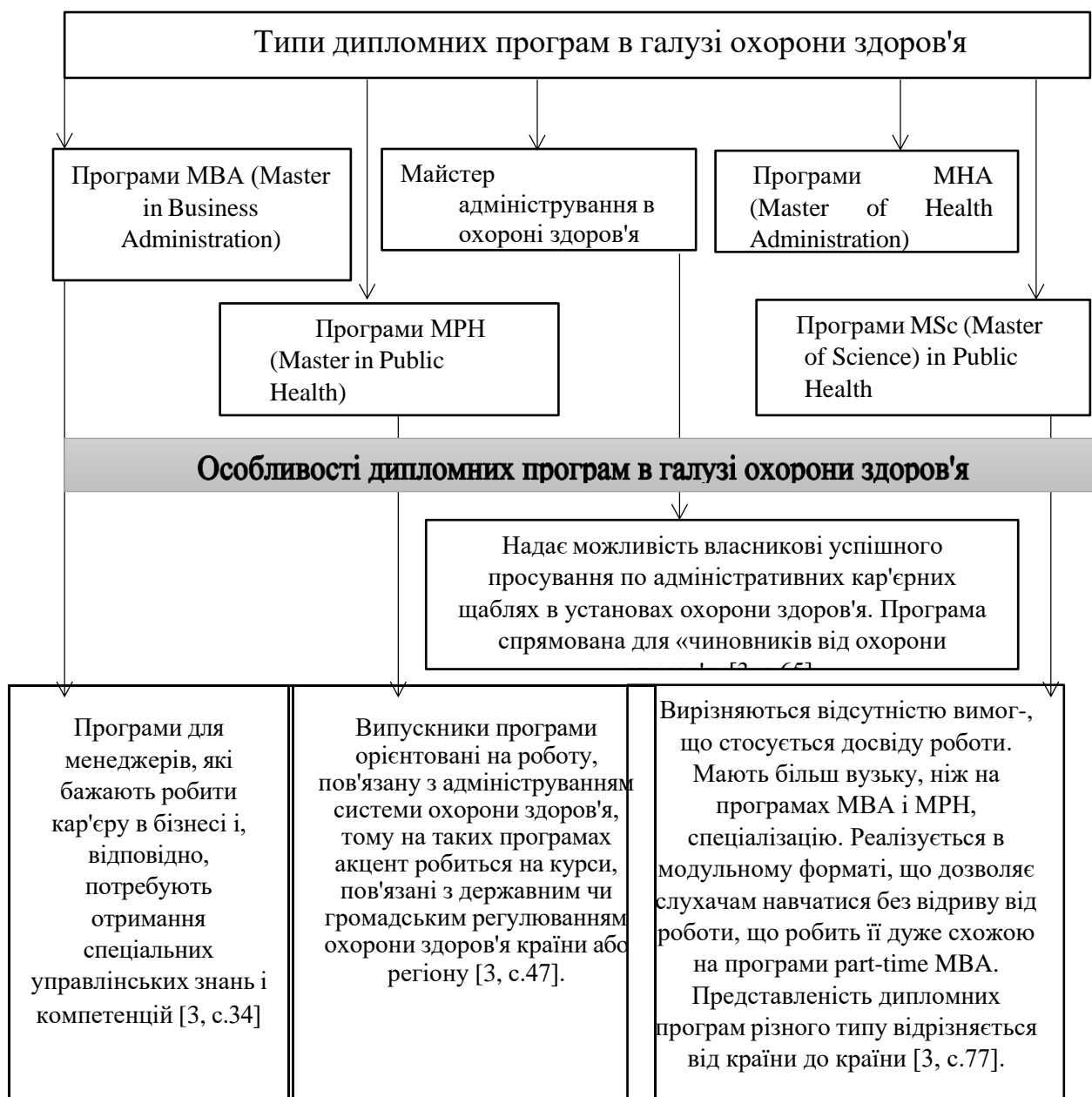


Рис. 1.1. Типи дипломних програм в галузі охорони здоров'я [3, с.34, с.47, с.65, с.77]

Аналізуючи особливості дипломної програми в медичній сфері, слід зазначити, що ступені mba з'явилися в США в кінці 19 століття, коли промислові підприємства почали застосовувати науковий підхід до управління [3, с.34]. Програма MPH була заснована в 1970 році та акредитована комітетом з

акредитації освітніх програм у галузі охорони здоров'я. Специфіка MRN проявляється в наявності багатьох спеціальностей (епідеміологія, міжнародні санітарія, біостатистика, біоінформатика, навколишнє середовище і санітарія і т.д.). Крім того, управління медичною допомогою - це лише 1 з них, Що означає Отримання міждисциплінарної підготовки у всіх цих сферах. Іншим аспектом є те, що програми MRN традиційно впроваджуються окремими школами громадського здоров'я та систематично відокремлюються від бізнес-шкіл. І це призводить до формування певного контингенту студентів, які сильно відрізняються за мотивацією від студентів MBA.

Добре відомою і широко популярною програмою вважається магістратура з менеджменту в охороні здоров'я [3, с.65].

Європейські країни, особливо Франція та Німеччина, як правило, проводять магістерські програми, такі як MS або MSc (Магістр наук). Програми MBA більш поширені в США, Канаді та Великобританії. Цікаво, що існує певна кореляція між кількістю програм, що реалізуються в конкретній країні, і місцем країни в рейтингу національної системи охорони здоров'я, складеному ВООЗ (Всесвітньою організацією охорони здоров'я). Однак обидві організації відзначили, що Франція, Німеччина і Великобританія дійсно є лідерами в європейській області, як за кількістю програм, так і за рівнем розвитку системи охорони здоров'я, зробили значний вплив на розвиток європейських шкіл охорони здоров'я. Асоціація шкіл громадського здоров'я (ASPHER), яка зосереджується насамперед на освіті, та Європейська асоціація громадського здоров'я (EURHA), яка підтримує наукові дослідження в галузі охорони здоров'я, зміцнення здоров'я та епідеміології [3,4, с.42]. Асоціація шкіл громадського здоров'я Європейського регіону (ASPHER) є провідною незалежною організацією в Європі. Вона була створена з метою посилення ролі охорони здоров'я шляхом навчання медичних працівників як практиці, так і

науковим дослідженням. Заснована в 1966 році, Асоціація налічує понад 70 членів. Вони є членами Європейського Союзу, Ради Європи та представлені на веб-сайті Asphalt [5, с.11].

«Однак слід зазначити, що українські навчальні заклади накопичили досвід у тому, як правильно організувати програму управління медичною системою, домінуючу роль відіграють такі чинники, як потужна ресурсна база, якісний професорсько-викладацький склад, міжнародні зв'язки та доступність інтерактивних засобів навчання» [6, с.20].

Варто відзначити, що до недавнього часу недолік знань, навичок і компетентності в так званих «сучасних» методах управління не розглядався в числі пріоритетів сектора охорони здоров'я. Суворо регульована система охорони здоров'я, успадкована країною від Радянського Союзу, надавала адміністраторам досить обмежені повноваження щодо використання ресурсів. Це також не вимагало володіння широким спектром управлінських навичок. Тому не дивно, що навіть зараз традиційна назва посади адміністратора лікарні залишається незмінною - «Головний лікар». «Координація діяльності медичних установ на регіональному та державному рівнях призвела до появи менеджерів охорони здоров'я, які займаються управлінням системою охорони здоров'я на різних її рівнях в цілому. Зазвичай вони починали кар'єру в якості керівників медичних установ і поступово піднімалися по «вертикалі влади» (з медичних установ в регіональний сектор охорони здоров'я, а потім на Провінційний рівень) [7, с.36].

Аналізуючи наукові дослідження російських вчених, варто відзначити, що в сфері охорони здоров'я існують такі поняття, як «фахівці з управління громадською охороною здоров'я», «менеджери охорони здоров'я», «керівники медичних установ»[8]. На перший погляд ці поняття дуже схожі, але після розгляду їх значення можна виділити наступні відмінності:

- спеціаліст з управління громадською охороною здоров'я – це державний службовець, як правило, лікар своєї спеціальності, який займає певну посаду на державній службі (наприклад, очолює район або очолює обласне управління охорони здоров'я).;

- керівник медичного закладу займається загальним управлінням процесом медичних технологій, координує окремі ланки, спрямовує зусилля команди на досягнення цілей і досягнення високих результатів.

Сукупність засобів, що впливають на поведінку співробітників, є основою формування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я (рис. 1.2).

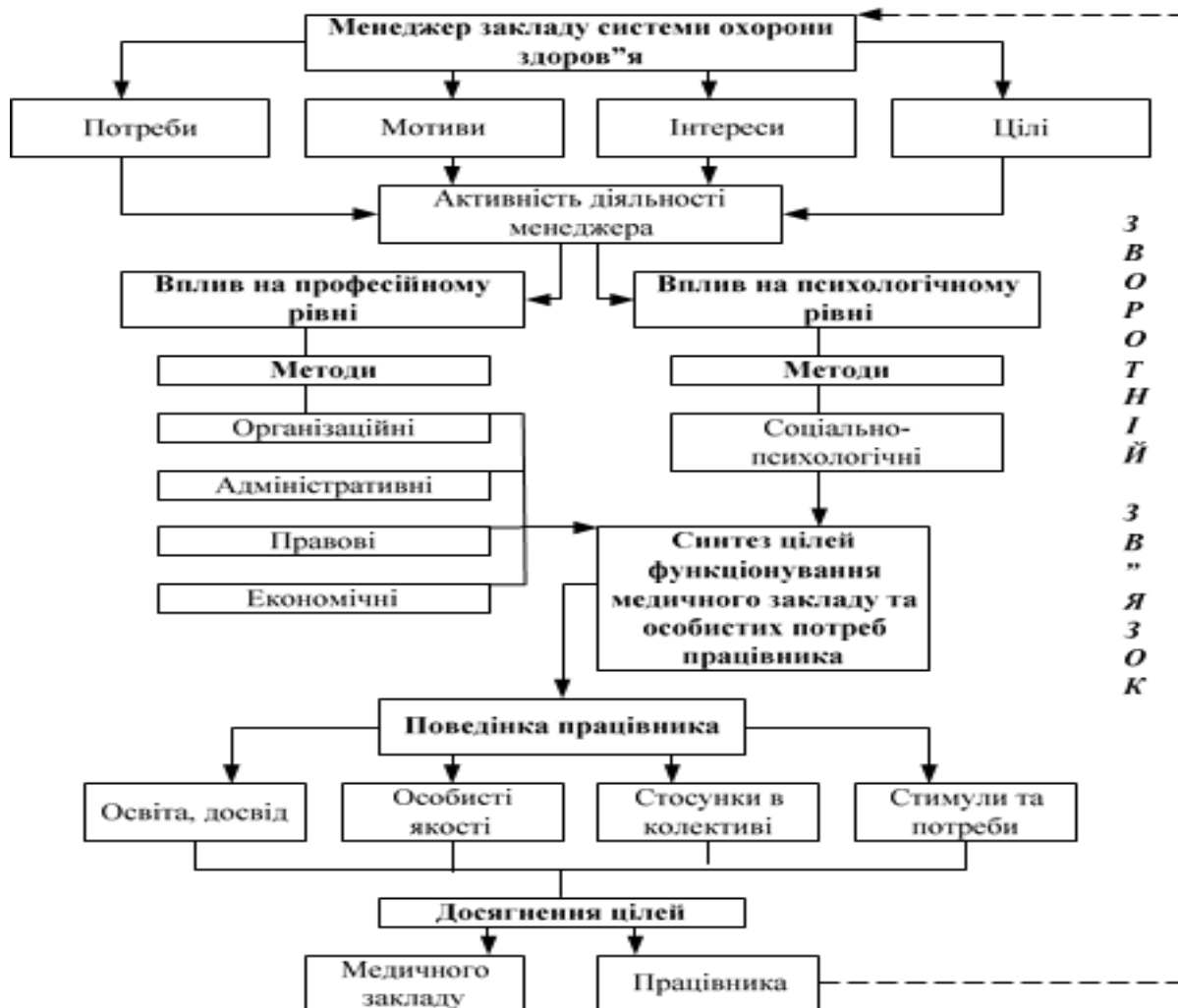


Рис. 1.2. Механізм управлінського впливу менеджера медичного закладу на працівників [12]

Професіоналізм - це, перш за все, розкриття можливостей державних службовців-команди державних службовців з урахуванням умов. Також існує реальна можливість найбільш продуктивними шляхами і засобами виконувати завдання, поставлені в рамках нормативного визначення влади. 1. Високий професіоналізм-одна з головних і базисних рис сучасних керівників. «Спеціаліст-це співробітник, який успішно виконує завдання відповідно до своїх посадових обов'язків. Він володіє певними здібностями, а також має мотив для цієї роботи. Домагається бажаного результату для суспільства, виконуючи

свої функції. Досягти необхідного рівня професійних особистісних якостей, знань і умінь. Використовувати сучасні технології, засвоювати норми, професійні стандарти (нормативні орієнтири), виконувати професійні обов'язки і розвивати індивідуальність. Бути відданим професії, соціально активним, здатним оцінювати свою роботу якісно і кількісно»[13, с.321].

Особливість сектора охорони здоров'я полягає в потребі в 2 типах керівників - розпорядників і менеджерів-розпорядниць. В основному це пов'язано з тим, що в даний час в секторі охорони здоров'я існує 2 типи організацій [14, с.285]. Перший тип – державні установи охорони здоров'я. Воно функціонує як організація, яка не є самостійним суб'єктом (лікарня, поліклініка, санітарно-епідеміологічні станції, клініки медичних науково-дослідних інститутів, центри здоров'я і т.д.). Ці медичні заклади фінансуються з державного бюджету України, держава визначає і контролює всі статті видатків.

Важливою категорією менеджерів є державні службовці, керівники закладів охорони здоров'я та працівники державних установ. В їх функції входить формування державної політики і стратегій в галузі охорони здоров'я, організація соціального управління охороною громадського здоров'я. Другий тип установи – охорони здоров'я недержавної форми власності, яка є самостійним господарюючим суб'єктом в ринкових умовах.

Управління цими установами здійснюється менеджерами в сфері охорони здоров'я. Слід зазначити, що медичний менеджмент є новою спеціальністю для України і що основним документом стала програма реорганізації медицини «Перспектива-2010», яка була затверджена першим Всеукраїнським парламентом медичних працівників у 1999 році. У програмі говориться, що медичний менеджмент - це абсолютно нова кваліфікація [15].

Менеджер з охорони здоров'я відіграє 3 типи ролей, які характеризують різні рівні системи охорони здоров'я. Менеджер з охорони здоров'я керує

роботою, матеріалами та фінансовими ресурсами медичного закладу. Друга категорія менеджерів займається індивідуальними лікарняними та регіональними медичними оглядами, а третя - реалізацією національних та регіональних програм охорони здоров'я [16, с.27]. Фахівці з управління підприємствами та організаціями у сфері охорони здоров'я – це фахівці, підготовлені на різних освітньо-кваліфікаційних рівнях (бакалавр, спеціаліст, магістр), лікарі всіх форм власності епідем епідеміологічних станцій, магазинів «Оптика» та «Медтехніка», аптечних баз і складів, структур Червоного Хреста та ін. [17, с. 232].

Фахівці з медичного менеджменту також можуть працювати адміністраторами недержавних медичних установ та агентств медичного страхування. У своїй роботі Ситника Й.С. [18] виокремив важливу підсистему управління знаннями. Формуйте знання, поширюйте знання, зберігайте знання та використовуйте знання. На даному етапі головному лікарю, який працює адміністратором медичного закладу, необхідно буде пройти подальшу безперервну освіту. Воно засноване на моделі компетенцій, заснованої на чіткій посадовій інструкції. Ця модель компетенцій повинна бути розроблена шляхом об'єднання знань і навичок в таких областях (рис. 1.3).

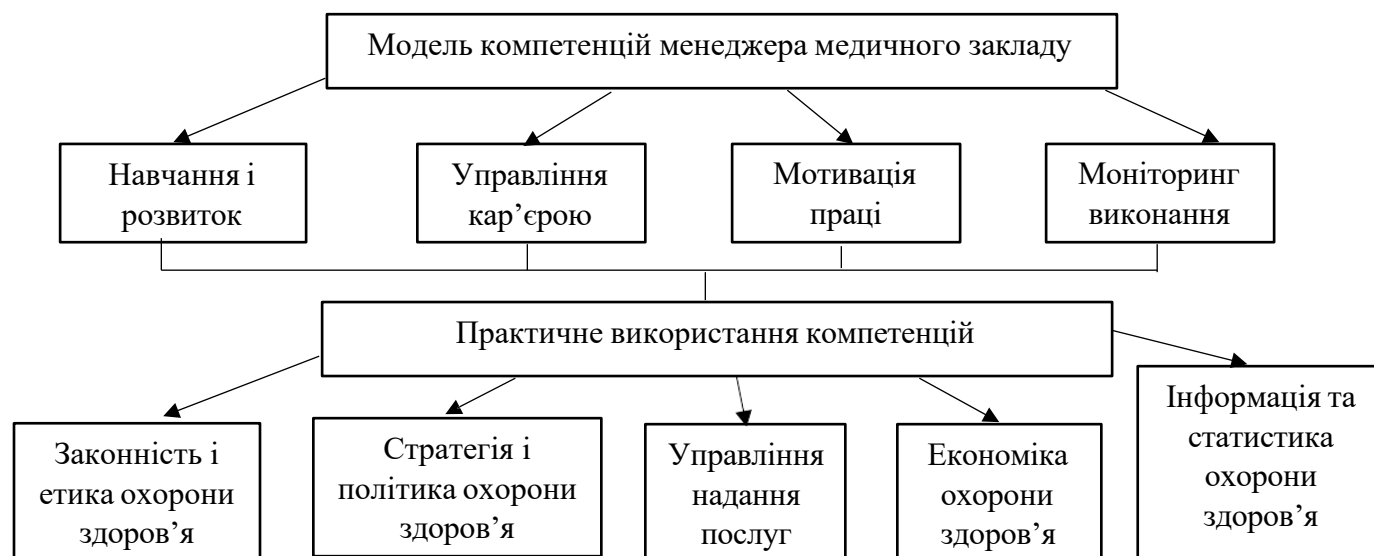


Рис. 1.3. Практичне застосування моделі компетенцій менеджера медичного закладу [10]

Навчання медичних працівників основним принципам ефективного управління та базовим практичним навичкам слід розглядати як один з найважливіших кроків у процесі реформування системи охорони здоров'я. Керівники медичних закладів повинні дуже добре знати інфраструктуру закладу та стежити за ефективністю його роботи [19, с.37]. Менеджери володіють інформацією про ринок систем охорони здоров'я і прагнуть залишатися конкурентоспроможними на цьому ринку за рахунок підвищення якості послуг і зниження витрат.

У той же час успіх роботи менеджера можливий тільки тоді, коли він може ефективно організувати роботу так, щоб основні пропозиції щодо зниження витрат надходили до нього від персоналу. Менеджер повинен витримати тривалі дискусії з лікарями про нові інвестиції в необхідні медичні прилади. Світовий ринок медичного обладнання насичений новітніми технологіями, які широко поширюються через засоби масової інформації. Завдання менеджера-переконати в реальному потенціалі установи і знайти компромісне рішення для

інвестування [1]. Слід зазначити, що менеджер з охорони здоров'я повинен бути знайомий з такими сферами, як трудове право, методи комерційних переговорів, організація процесу надання медичних послуг, менеджмент, маркетинг, бухгалтерський облік і Юриспруденція. На малюнку 1.4 показані основні функції менеджера з охорони здоров'я.

Професійно важливі якості менеджера в галузі охорони здоров'я	
	– аналітичні здібності
	– логічне мислення
	– психологічна стійкість
	– гнучкість
	– організаторські здібності
	– комунікабельність
	– якості лідера
	– сильний і твердий характер
	– акуратність
	– ощадливість

Рис. 1.4. Якості менеджера в галузі охорони здоров'я

Безсумнівно, якість медичної допомоги є багатофакторною соціально-медичною категорією. На якість медичної допомоги впливають наступним чином:

1. На рівні керівника медичного закладу:

- рівень організації медичної допомоги відповідно до розвитку сучасної науки;

- організація медичної допомоги на основі затверджених стандартів лікування;

- оплата праці медичного персоналу відповідно до кількості та якості наданих медичних послуг.

2. На рівні керівника регіональних органів охорони здоров'я:

- удосконалення структури медичних закладів для національного;

- контроль за дотриманням нормативних вимог щодо використання фінансових, матеріальних і трудових ресурсів медичних установ;

- проведення експертизи якості медичної допомоги та медичних дефектів.

3. На рівні керівника центрального органу управління галуззю охорони здоров'я:

- удосконалення нормативно-правової бази галузі;

- удосконалення структури медичної галузі для населення;

- впровадження системи моніторингу стану фінансового забезпечення соціальних стандартів у медичній сфері;

- запровадження обов'язкового медичного страхування громадян України як основи формування системи соціального захисту прав пацієнтів та медичних працівників;

- забезпечення реалізації державних медичних та соціальних програм, проведення медичних оглядів населення відповідно до державних клінічних протоколів обстеження громадян;

- формування економічно обґрунтованих цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення;

- розробка національних програм навчання вищого керівництва галузі охорони здоров'я;

Рис. 1.5. Оцінка менеджера медичного закладу в системі управління людськими ресурсами

Багато методів оцінки персоналу, які зараз використовуються, були сформовані в минулому столітті. Однак еволюція та впровадження цих методів постійно здійснюються. Давайте зосередимося на 3 теоріях, які оцінюють менеджерів [21].

1. Гуманістичний підхід. Його суть полягає у виявленні та розкритті кращих аспектів і успіхів у діяльності керівника. Потім в розумній формі вкажіть на недоліки керівника в роботі, зосередьтеся на тому, як їх вирішити, Запропонуйте заходи щодо подолання проблеми.

2. Ситуаційний підхід при оцінці менеджера заснований на принципі аналізу діяльності в різних ситуаціях. Саме ситуації різноманітного характеру визначають поведінку менеджера, його емоційний стан і можливість прийняття відповідних управлінських рішень в умовах невизначеності. "Ситуація в діяльності керівника-це певне співвідношення засобів праці, об'єкта праці та задіяних людей.

3. Діяльнісний підхід. Серед існуючих підходів до оцінки ефективності роботи менеджера можна виділити 2 найбільш поширених підходу, і в процесі більшості досліджень перший з них можна визначити як особистісно опосередкований, а другий - як безпосередньо Активний.

Грунтуючись на дослідженнях вчених [23, 24], більш перспективним виявився 3-й варіант підходу оцінки лідерів, заснований на діяльнісних підходах зі складними особистостями. Отже, беручи до уваги вищевикладене, можна стверджувати, що для створення ефективного, інноваційно орієнтованого управління медичною системою на всіх рівнях і підвищення спеціалізації менеджменту існує зростаюча потреба в створенні і розвитку механізмів формування професійної компетентності менеджерів. Це дозволяє втілювати

наукові знання менеджерів у нові технології управління та сучасні медичні послуги, створюючи стійкі умови підвищує соціально-економічне зростання медичних установ і їх конкурентоспроможність.

Висновки до першого розділу

У сучасних умовах становлення української економіки медичним установам необхідно забезпечувати власне функціонування з урахуванням законів і вимог жорсткої конкуренції, коли активна діяльність окремих співробітників стає головним імпульсом у процесі розвитку всієї системи. У зв'язку з цим оцінка ролі здібностей менеджера у формуванні висококонкурентної позиції медичного закладу в умовах глобальної трансформації стає дуже важливою.

Керівник медичного закладу сучасного типу, який дуже конкурентоспроможний на ринку праці, передбачає наявність значних здібностей. При цьому в ньому є не тільки певні речі, а й пов'язані з ними. Існує не тільки ряд можливостей, але і можливість їх реальної реалізації, маніпулювання масивами інформації, пошуку і перевірки аналітичних даних.

Компетентнісний підхід в системі охорони здоров'я об'єднує цілі («управління за цілями»), визначення компонентів процесу надання медичних послуг і методи управління для забезпечення відповідності персоналу організації вимогам зовнішнього і внутрішнього середовища. Компетентнісний підхід розглядається як сукупність об'єктивних і суб'єктивних детермінант, які передбачають завоювання і утримання успішної конкурентної позиції як окремих співробітників, так і підприємства в цілому.

Проблеми якості можуть бути вирішені тільки в тому випадку, якщо управління системою охорони здоров'я буде оптимізовано на всіх рівнях. Для вирішення цих проблем пріоритет буде віддаватися адміністратору системи

охорони здоров'я. Розвиток і вдосконалення менеджменту, адаптація до конкретних ситуацій є одним з основних важелів підвищення ефективності роботи медичних установ. Отже, необхідність розробки механізму формування потенціалу менеджерів залежить від поточних вимог, умов, в яких на даний момент знаходиться українська медична система.

РОЗДІЛ 2. СИСТЕМА ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕНЕДЖЕРІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Компетентнісний підхід в менеджменті закладу лікарні

«Глобальна тенденція соціально-економічного розвитку, посилення міжнародної конкуренції та європейська інтеграція ставлять принципово нові завдання перед вітчизняною економічною наукою і практикою. Важливе місце в ній належить посиленню ролі управлінського персоналу. У той же час компетентність персоналу стає важливим елементом успіху бізнесу, а його управління є визначальною віссю розробки і реалізації корпоративної стратегії. У 20 столітті, в 60-70-ті роки, в системі освіти відбувся перехід до компетентнісного підходу (competency-based education)»[1].

Д. Мак Клеелланд (США, 1973) пише, що наявність документів про освіту або результати тестів на інтелектуальні здібності не мають нічого спільного з фактичною ефективністю виконуваної роботи. Д. Мак Клеелланд зазначив, що замість традиційного підходу до навчання персоналу компетенції визначаються як індивідуальні характеристики співробітників, що дозволяють їм ефективно виконувати функціональні обов'язки. Селевко, компетентнісний підхід передбачає поступову переорієнтацію домінуючої освітньої парадигми на створення умов для оволодіння набором здібностей, що відображають його потенціал, здатність активно взаємодіяти із зовнішнім середовищем [26].

Основною відмінністю підходу, заснованого на здібностях, від загального механізму накопичення знань і навичок є спрямованість на формування здатності учня реально діяти. Слід зазначити, що компетентнісний підхід у формуванні професійних якостей доповнює культуроцентричний, знанієцентричеській, системно-діяльнісний підходи [27, 28].

Переводячи цю позицію в керівництво медичними установами, слід зазначити,

що вирішення проблеми забезпечення якості роботи медичного персоналу пов'язано з формуванням системи компетенцій. Варто відзначити, що при розробці компетентнісного підходу умовно виділяються наступні етапи (рис.2.1) [1,29].

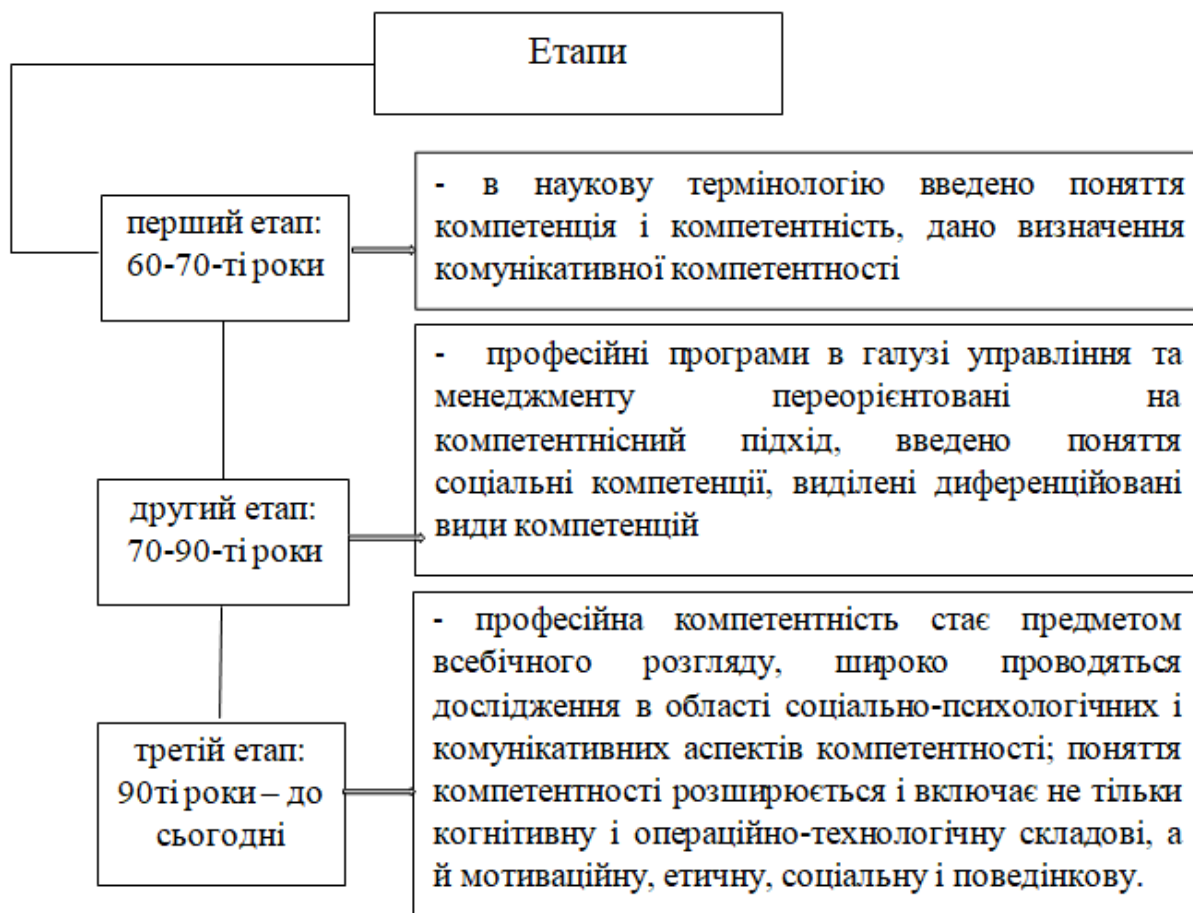


Рис. 2.1. Періодизація становлення та розвитку компетентнісного підходу[1]

Вперше дослідження здатності прогнозувати рівень продуктивності праці було проведено американським психологом Д. Мак Клелландом, який у 1973 році опублікував статтю "вимірювання здібностей, а не інтелекту". Запропоновано Макклелландом [30]. Для аналізу компетенцій автори вивчили характеристики успішних співробітників і порівняли їх з характеристиками, властивими менш успішним виконавцям тієї ж роботи. Таким чином, ефективність роботи Д. Мак Клелланд безпосередньо пов'язує її з наявністю певних якостей виконавця, тобто

здібностей. Р. Боятцис [29], вказує, що кожній здатності притаманне кілька елементів, таких як мотивація, соціальна роль індивіда, особистісні риси, знання, навички, обсяг здібностей. А з урахуванням того, що мотивація до здійснення будь-якої діяльності приховані на підсвідомому рівні, навички та вміння є результатом свідомих дій людини, тоді як, відповідно, рівень прояву одних і тих же здібностей може істотно відрізнятися.

С. Woodruffe зазначив, що компетентність базується на функціональному аналізі діяльності, тому вона повинна бути точно і однозначно визначена. Крім того, автор [31] деякі показники компетентності, що використовуються в організаціях, зосереджуються на тому, що безпосередньо порівнюються 2 різні аспекти, такі як люди та робота. Однак це зовсім не правильно. Найчастіше ці показники об'єднуються з поняттям "здібності". Однак, використовуючи цей термін, слід пам'ятати, що він складається з двох аспектів, які слід враховувати при аналізі та визначенні можливостей [1]. Компоненти можливостей показані на малюнку 2.2.

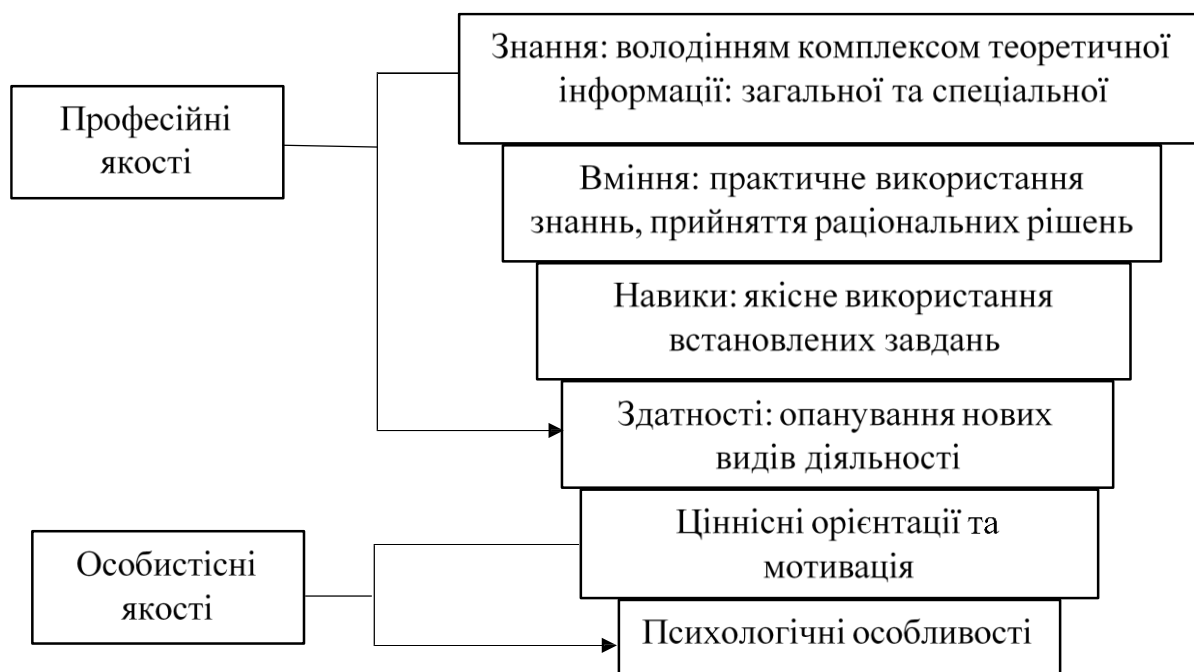


Рис. 2.2. Складові елементи компетенції [1]

В економічній літературі поняття компетентності розглядається дослідниками поряд з набором взаємопов'язаних знань, навичок і технік [32, С.38]. Поняття компетентності включає не тільки мотиваційний аспект, але й особисті якості та навички, необхідні працівникам для максимального успіху в роботі. Таким чином, узагальнюючи досягнення вчених щодо розкриття сутності поняття «компетентність», можна констатувати, що це модель поведінки людини при вирішенні певних класів завдань і виконанні ролей або функцій у певних ситуаціях професійної діяльності [1].

Аналіз тенденцій застосування компетентнісного підходу в менеджменті показує, що існує суттєва змістовна різниця між поняттям «компетентність» і поняттям «компетенція». Тому ми проаналізуємо підхід до визначення поняття «компетентність» в контексті обґрунтування використання механізму компетентності менеджера в системі охорони здоров'я. Термін «компетентність» був введений британським агентством зі стандартів навчання в 1988 році. Набір професійних стандартів, які можуть бути оцінені як набір параметрів для конкретної спеціальності, зокрема для менеджера [33, С.91, 34-40]. Таким чином, термін «компетенція» фігурує в такому змісті, як «особистісні характеристики», а «компетентність» - як «результат дії, поведінка, або результат роботи».

Отже, як бачимо, зарубіжні вчені при формулюванні поняття «компетентність» розглядають з основними поняттями успіху, роботи, трудових досягнень, поведінки і т. д. таке тлумачення терміна «компетентність» можна знайти в словнику української мови [1]:

- 1) поінформованість, обізнаність, авторитетність;
- 2) сукупність повноважень (прав і обов'язків) державних органів або посадових осіб, що визначають межі влади в процесі виконання ними своїх функцій;

3) коло питань, в яких конкретна особа володіє знаннями і досвідом. Отже, як ми бачимо, компетентність - це характеристика особистості. В основі цих визначень лежать знання, свідомість і досвід, що доводить інтегрованість цих визначень.

«Компетентність (лат.) - це володіння певними знаннями, що дозволяють судити про що-небудь. Часто здібності визначаються як сукупність психологічних якостей або як психічний стан, що дозволяє людині діяти незалежно та відповідально. Як володіння фахівцем здатністю і вміннями виконувати певні робочі функції. G. Lourence визначає компетентність як «стан, що дозволяє діяти», і, з точки зору реальних обставин, це володіння фахівцем певною здатністю і володіння певною функцією». [41,с.15]. На думку А.С. Ліфшиця, компетентним є працівник, який відповідає вимогам робочого місця. Як зазначає П.В. Журавльов [42], професійна компетентність - це не стільки наявність і обсяг певних знань та досвіду, скільки вміння в потрібний час їх актуалізувати і використовувати ці знання та вміння в процесі реалізації своїх службових обов'язків. Слід зазначити, що основними складовими управлінської компетентності є професійна компетентність, комунікаційна компетентність, правова компетентність та інформаційна компетентність.

Елемент компетентності служить «перевіреним стандартом». Вони є результатом аналізу певних ключових поведінкових аспектів, які відрізняють ефективне, якісне виконання роботи від якісного, неефективного виконання роботи. Поведінкові компетенції можуть включати особистісні характеристики, такі як навички міжособистісного спілкування, аналітичні навички, лідерські якості та орієнтація на результат.

Терміни «компетентність» і «компетентність» часто вживаються як синоніми. Однак С. Woodruffe [31] зазначає, що термін «компетентність» слід використовувати для позначення здатності якісно виконувати роботу та порядку

дій, які працівник робить для цього.

З цієї причини дослідники стверджують, що дуже важливо розрізняти ці два терміни, щоб уникнути плутанини.

- компетентність - це концепція, яка стосується людини та вказує на поведінкові аспекти, що лежать в основі її компетентної роботи в певній роботі.

- компетентність - пов'язаний з роботою термін, який вказує на сферу професійної діяльності, в якій людина компетентна.

У науковій літературі існують різні погляди на те, що таке компетентність.

Деякі автори стверджують, що поняття компетентності включає поведінкові аспекти окремого працівника під час виконання завдання, а також знання та навички, які впливають на цю поведінку.

Л. Спенсер [43] стверджує, що компетентність включає:

- мотиви - зразки основних потреб, що можуть керувати і направляти вчинки, які змушують людину робити вибір;

- властивості - основна схильність до певної поведінки або модель реагування, наприклад самовпевненість, стійкість до стресів, самоконтроль, витривалість і т. д.;

- я-концепції - установки або цінності конкретної людини;

- обсяг знань - знання певних фактів чи процедур (технічних або комунікативних);

- когнітивні й поведінкові навички - приховані від спостереження або видимі.

Інші дослідниками, наприклад С. Флетчер, вважають, що для компетентного виконання поставлених завдань важливі не самі знання, а їх практичне застосування [44, 45].

Основою управління компетенціями на рівні співробітника є порівняння наявних компетенцій працівника з вимогами посади, яку він займає (рис. 2.3). Це дає змогу виявити важливі поведінкові характеристики для формування

показників для оцінки рівня компетентності кожного працівника.

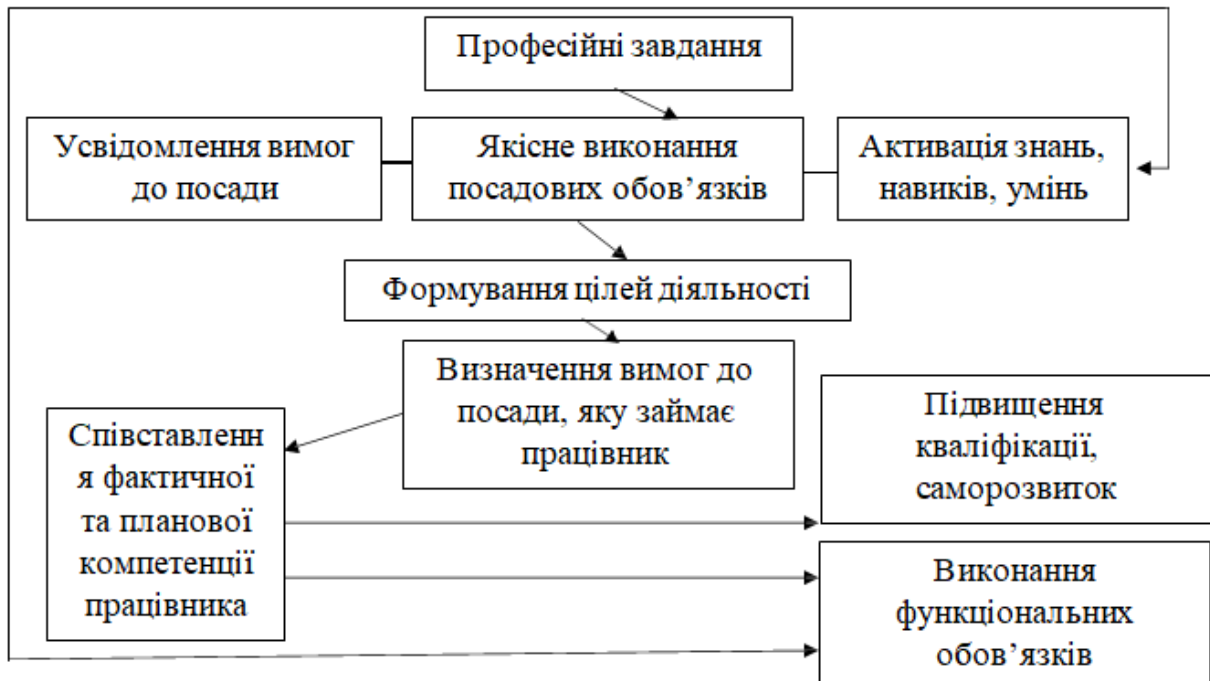


Рис. 2.3 - Управління компетентністю на рівні працівника [1]

Компетентність персоналу організації це розумне поєднання знань, навичок, умінь і дій, якими персонал організації фактично володіє і використовує (рис.2.4).

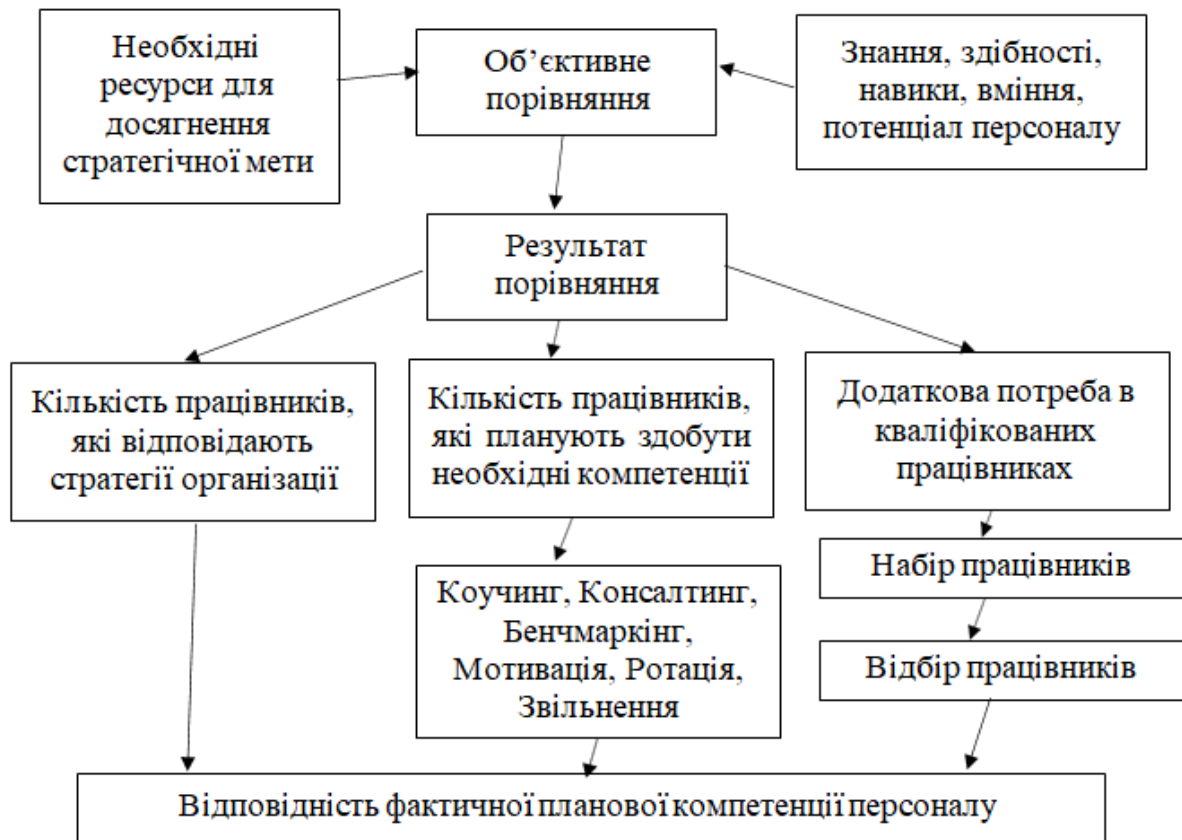


Рис.2.4. Управління компетентністю персоналу на рівні організації [1]

Аналіз літературних даних (А. М. Бранденбургера і Б. Дж. Нейлбаффа, Т. Пітерса та Р. Уотермена, М.Портера, Х. Ітамі, Дж. Ф. Мура, І. Ансоффа та ін.) показали, що концепція ключових компетенцій є пов'язаним підходом до управління. Ця концепція заснована Г. Хемелом і К.К. Прахаладом була запропонована в якості основи «інтелектуального лідерства» підприємства для створення, утримання та розвитку стійкої конкурентної переваги в сучасних умовах [46,47].

Важливо відзначити той факт, що механізм підвищення кваліфікації розробляється не для конкретного співробітника, а для всього функціонального підрозділу або рівня управління.

Можливість використовувати одну і ту ж модель для оцінки великих груп співробітників. Слід зазначити, що механізми формування потенціалу розрізняються залежно від області застосування. Наприклад, механізм формування компетентності фахівців в області громадської охорони здоров'я повинен ґрунтуватися на двох основних групах компетенцій: ключових і спеціальних. Основні групи компетенцій включають соціальні компетенції, культурні компетенції, комунікативні компетенції, інформаційні компетенції, індивідуальні компетенції та дослідницькі компетенції.

2.2. Цілі формування механізму компетентностей менеджерів закладів охорони здоров'я

Група спеціальних компетенцій включає управлінські компетенції, інфраструктурні компетенції, медичні компетенції, біологічні компетенції, управління людськими ресурсами та контроль якості. Вона складна і передбачає наявність різноманітних знань, навичок і умінь. Ми виділяємо наступні цілі формування механізму підвищення кваліфікації керівників медичних установ [48, с. 12]:

- побудова гнучкої і надійної системи підбору персоналу;
- формування об'єктивної системи оцінки співробітників;
- впровадження ефективної системи мотивації персоналу;
- розвиток людських ресурсів і системи підвищення кваліфікації;
- реінжиніринг процесу надання медичних послуг;
- формування партнерських відносин між керівниками і співробітниками на всіх рівнях [1].

Згідно з теоретичними та емпіричними дослідженнями вчених [31], при розробці механізмів формування здібностей слід враховувати як поточні, так і майбутні вимоги адміністратора медичного закладу. «Механізм формування

здібностей може включати базові, функціональні та рольові здібності. Базові здібності встановлюються керівниками вищої ланки. Їх список відображає "ідеальний портрет" співробітника-цілеспрямованість, обізнаність про зміни, вміння працювати в команді, відповідальність, ініціативність і т.д. функціональні здібності досить докладно описані в кваліфікаційних вимогах до посади і засновані на виконуваних функціях. Це необхідні вимоги до посади, які можуть бути оцінені за допомогою професійної сертифікації. Рольова компетентність-це те, що характеризує профіль посади протягом певного періоду часу в конкретній організації. Це набір ситуаційних компетенцій, які відображають стратегічний напрямок розвитку бізнесу. Рольова компетентність реалізується в поведінці співробітників» [43].

Організація може мати різну кількість рівнів управління, в залежності від її галузевої приналежності, цілей, завдань, сфери діяльності, організаційно-правової форми. Механізми формування компетенцій призначені для формування знань, навичок і умінь, які підходять для цілей і завдань організації. На наш погляд, механізм формування компетентності менеджерів являє собою інтегровану систему знань, умінь і навичок менеджерів, сформованих в процесі навчання, накопиченого в практиці професійного досвіду. Розглядаючи можливості менеджерів різних компаній, слід зазначити, що у кожного є бажання сформувати механізм компетенцій. «Для кожного підприємства необхідно розробити чіткі і зрозумілі характеристики здібностей менеджерів, в залежності від рівня управління, з урахуванням деталей діяльності підприємства» [6, с.23]. Механізм формування здібностей може приймати різні форми. Як правило, він включає в себе наступні елементи:

1. Назва та детальне визначення компетентності. Наприклад, визначення «командної роботи» може бути такою:

- встановлення конструктивних і постійних міжособистісних відносин;

- ставлення до інших з повагою, тактовністю і шанобливістю;
- Ефективно працювати з іншими, незалежно від рівня організації, походження, статі, раси чи етнічної приналежності;
- Працювати над усуненням розбіжностей, переконуючи інших і намагаючись досягти угоди;
- Підтримувати дотримання вимог і прийняття групових рішень.

2. Опис діяльності або поведінки, пов'язаної з кожною компетенцією. Наприклад, наступна поведінка може бути пов'язана зі здібностями до «командної роботи»:

- ефективно усувати відмінності в стилях роботи при взаємодії з колегами;
- передбачення можливих конфліктів і їх ефективне вирішення;
- прояв особистої прихильності цілям групи;

3. Схема механізму. Як правило, механізм представлений у вигляді візуально привабливого графіка. Графічне представлення механізму допомагає користувачеві швидко розібратися в його основних функціях. Деякі механізми формування компетентностей менеджерів включають інформацію про навички та вміння, необхідні для різних рівнів кваліфікації, або інформацію про навички та вміння, необхідні для різних професійних рівнів.

Механізм формування компетентностей управлінського персоналу часто використовується для визначення успіху як окремих осіб, так і груп [49, с.28]. Він може застосовуватися в різних формах, таких як оцінка кваліфікації претендентів при розробці програм навчання роботі керівників і коучингу. Подібні компоненти присутні в основних типах компетенцій. Опис стандартів або факторів, що ведуть до успіху, а також дій або організаційної активності, які можуть бути виміряні і оцінені.

До них відносяться:

1. Організаційний тип формування здібностей описує навички, необхідні всім

співробітникам в організації. Він використовує загальний підхід, який диктує, чого повинен досягти кожен працівник. Ці набори стосується працівників усіх рівнів поведінки та навичок. Наприклад, важливою здатністю є постійне навчання кожного працівника. Ця здатність пояснює, як працівники на всіх рівнях організації можуть досягти цієї здатності.

2. Формування функціональних здібностей описує критерії ефективності, необхідні для індивідуальної роботи в певній ролі або функції. Наприклад, існують різні функціональні професійні здібності для людей у сфері продажів, маркетингу, будівництва, досліджень та розробок.

3. Формування здатності вирішувати конкретну задачу зазвичай описує певні дії, навички і знання, які необхідні для виняткової продуктивності на конкретній роботі. Як правило, для кожної посади в організації розробляється певний набір здібностей.

4. Тип лідерства або управлінських здібностей описує фактори, які призводять до успіху керівників компаній, топ-менеджерів та інших осіб, що належать до вищого керівництва. Організації часто використовують моделі управлінських компетентностей для створення програм коучингу та розвитку лідерства [50, с.129]. Цей механізм зазвичай описує від 8 до 12 різних професійних здібностей, фокусуючись на таких областях, як саморозвиток, лідерство, інновації, професійне мислення, розвиток відносин і впевненість в собі [51, с.15]. Наукові та прикладні дослідження використовують широкий спектр методів для розробки механізмів формування потенціалу.

2.3. Механізм формування компетентностей управлінської ланки

Аналіз етапів розробки механізмів формування компетенцій [52, с.12].

Крок 1. Збір довідкової інформації. Розробка механізму формування компетентностей заснований на аналізі механізмів нарощування потенціалу та

узагальненні існуючих стандартів держави, технології, технічні умови, навчальні програми та сертифікація. Цей крок слід виконувати у співпраці з фахівцями з конкретного питання, які знайомі з термінологією і володіють необхідними навичками в конкретній області.

Процес збору інформації включає:

- оптимізацію існуючих ресурсів;
- контент-аналіз для виявлення спільних рис моделі.

Крок 2. Розробка проекту структури для механізмів нарощування потенціалу. Блоки і перевірені моделі виступають в якості контенту ресурсу. За допомогою цих інструментів розробники механізму можуть:

- визначити теми та шаблони;
- збирати інформацію, використовуючи обрану структуру;
- розробити механізми для проектів з нарощування потенціалу;

Крок 3. Зворотній зв'язок від експертів з конкретних питань. Зворотній зв'язок від учасників фокус-групи надходить або безпосередньо, або за допомогою серії телефонних та електронних повідомлень. Учасники фокус-групи повинні відбиратися на основі знайомства з вимогами галузі до компетентності.

Крок 4. Уточніть структуру механізму. Розробка механізмів формування компетенцій є ітеративним процесом. На етапі вдосконалення процесу розробник повинен виконати наступне:

- проаналізувати інформацію, зібрану в процесі зворотного зв'язку;
- відредагуйте назву, визначення здібностей і дій, щоб відобразити введення зібраної інформації;
- додайте або видаліть здібності з механізму, в залежності від ситуації.

Крок 5. Перевірка кваліфікаційної структури механізму. Перевірка механізму є необхідним кроком для забезпечення визнання цільовим співтовариством користувачів. Процес перевірки подібний до процесу розробки, за винятком того,

що аудиторія експертів Розширена, включаючи потенційні можливості. Користувачі, які не брали участі в розробці проекту. Щоб перевірити механізм, вам необхідно:

- поширення проекту серед потенційних користувачів;
- збір матеріалів та коментарів;
- досягнення угоди.

Результатом розробки механізму нарощування потенціалу є профіль професійної компетентності, створений для кожної посади. Профіль професійної компетентності-це список компетенцій, що відносяться до конкретної посади в організації, точно визначає рівень їх прояву. Профіль компетенцій-це індивідуальна еталонна модель компетенцій, необхідних для досягнення успіху на конкретній посаді [53, С.101]. Серед них кадровий компонент є домінуючим, і його важливість часто сильно недооцінюється [54,55, с.25].

Здібності співробітників в області медицини включають наступні елементи:

- знання та розуміння базових клінічних та прикладних наук;
- знання, розуміння та використання інформації в галузі охорони здоров'я, медичної етики та епідеміології;;
- здатність здобувати нові знання;
- безперервний професійний розвиток та професійні навички [56, с.100].

Останнім часом методи управління компетенціями стали використовуватися при розробці та впровадженні стратегії управління персоналом організації. Управління потенціалом-це процес порівняння потреб персоналу в Організації з наявними людськими ресурсами та забезпечення відповідності можливостей персоналу стратегічним цілям підприємства. В даному випадку під потребою організації розуміється необхідний кількісний і якісний склад персоналу, який визначається відповідно до призначення його функцій. В результаті порівняння потреб та ресурсів приймаються адміністративні рішення щодо ротації персоналу,

просування по службі, розвитку чи скорочення.

Компетентнісний підхід у системі охорони здоров'я передбачає інтеграцію методу управління за цілями («Management by Objectives»), визначення компонентів процесу надання медичних послуг та забезпечення відповідності персоналу організації вимогам зовнішнього та внутрішнього середовища. Переваги використання постачальниками медичних послуг підходу, заснованого на компетентності, включають підвищення лояльності співробітників і задоволеності роботою, підвищення якості та ефективності послуг, що надаються, а також розвиток корпоративної культури. Таким чином, беручи до уваги вищевикладене, можна зробити висновок, що компетентнісні підходи стимулюють медичні установи до інноваційного розвитку. Включає формування потужних інструментів адаптації до постійних змін у внутрішньому і зовнішньому середовищі. Сприяють формуванню навчаються організацій. Забезпечує єдність 3-х переваг: керівників, співробітників, споживачів медичних послуг [1].

Висновки до другого розділу

Сектор охорони здоров'я являє собою складну і багаторівневу систему, важливу галузь соціальної складової суспільства, яка вимагає постійного регулювання і системного підходу до підвищення її ефективності.

Медичні послуги, в силу неподільності соціальної та економічної значущості, вимагають обліку при економічному управлінні установами, що спеціалізуються на їх виробництві та продажу; приналежність до соціальних і суспільних благ, неможливість повного переведення медичних послуг на платну основу. Обмеження вільної конкуренції на ринку медичних послуг.

Таким чином, в якості ще однієї специфічної особливості медичних послуг визначається непередбачуваність потреби в них через неможливість передбачити

їх виробництво і розподіл. Кінцевою метою медичних послуг є відновлення тимчасової непрацездатності людини, що означає підтримку здорового стану здоров'я або навіть більш ефективну зайнятість з точки зору суспільного виробництва і соціальних аспектів з точки зору економіки.

Життя населення - як тих, хто зайнятий у суспільному виробництві, так і тих, хто від нього звільнений. Управління медичними установами, що представляють собою складну систему, повинно ґрунтуватися на загальних принципах теорії систем.

Застосування системного підходу до управління медичними установами дозволяє вдосконалити процес управління, а значить, позитивно впливає на розвиток всієї медичної системи. Чим вище рівень якості компонентів системи управління наданням медичних послуг (медичний персонал, обладнання, будівлі, інформація і т.д.), тим вище ймовірність отримання високоякісних медичних послуг. Надання медичних послуг залежить від 2 ключових факторів: людських ресурсів та обладнання. Людський фактор важливий при наданні медичних послуг.

Описуючи медичний заклад як відкриту систему, ви можете створити модель, яка висвітлює його в різних аспектах. Кожна підсистема медичного закладу повинна управлятися і бути пов'язана з іншими відповідними нормативними документами. Відсутність цих документів є ознакою некерованої системи. Серед напрямків подальших досліджень з цього питання, з нашої точки зору, особливої уваги заслуговує питання формування нової «парадигми» України для розробки методів управління медичними закладами, заснованих на системному підході до підвищення якості медичних послуг населенню. «Медична система» є важливою частиною рівня життя і якості населення, її розвиток забезпечує регенерацію і якість трудових ресурсів, які створюють основу для

соціально-економічного зростання, а також діяльність, спрямовану на підтримку і зміцнення проблем зі здоров'ям, які є проблемними для економічного розвитку країни, тому вимагають постійної уваги з боку держави.

Охорона здоров'я визнана одним з пріоритетів національної політики і одним з основних факторів національної безпеки країни. «Ефективне функціонування» і розвиток системи охорони здоров'я в умовах обмежених фінансових ресурсів є найважливішим завданням органів влади на всіх рівнях. Тому проблема оцінки поточного стану охорони здоров'я та розподілу ресурсів. Основна проблема фінансової підтримки медичних установ актуальна як ніколи.

РОЗДІЛ 3. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Проектування ефективної організаційної структури управління персоналом в закладі охорони здоров'я

Проектування сучасних управлінських структур має ґрунтуватися на наукових принципах менеджменту та враховувати особисті якості та досвід менеджерів, які добре обізнані про можливості підприємства. Процес проектування складається з 3 основних етапів:

- аналіз організаційної структури;
- проектування;
- оцінка ефективності.

Аналізуючи поточну організаційну структуру управління, ми можемо визначити, наскільки ця структура відповідає вимогам організації, тобто наскільки розумна структура управління з точки зору встановлених критеріїв оцінки, що характеризують її якість. Критерії оцінки включають:

- принцип управління-взаємозв'язок між централізацією і децентралізацією (скільки разів і які рішення приймаються на більш низькому рівні, які наслідки, скільки контрольних функцій виконується на кожному рівні управління).;

- «управлінський апарат-реорганізація підрозділів, зміни у відносинах між ними, розподіл повноважень і відповідальності, виділення зв'язків з незалежними структурами, зміни в характері міжпідприємницьких відносин, зміни в необхідних правилах для управлінського апарату»;

- «управлінські функції» - посилення стратегічного планування(узгодження бізнес-планів), посилення контролю якості продукції, залучення клієнтів до управління за допомогою реалізації дій, зміни підходу до мотивації до роботи і т. д.;

- «ділова активність» - зміни в технологічних процесах, поглиблення співпраці між підприємствами, технічне перепроектування організації і т. д.

В результаті аналізу організаційної структури виявлено «вузьке місце» в діяльності організації: великі прогалини в управлінні, паралелізм роботи, організаційна структура через зміни у зовнішньому середовищі.

Перш ніж приймати рішення про структуру управління, необхідно проаналізувати всі види діяльності, необхідні для функціонування підприємства. Визначте важливі речі, від яких в першу чергу залежить успіх бізнесу, і розподіліть їх по блоках.

Основне правило при проектуванні структури управління-здійяти якомога менше рівнів управління і створити максимально короткий командний ланцюжок.

Експерти вважають, що єдиної ідеальної моделі управління не існує, оскільки кожна компанія Унікальна і повинна знайти свою власну модель. Цей процес триває в міру зміни самої компанії та її оточення.

Сучасні системи управління повинні бути простими і гнучкими. Її головним критерієм є забезпечення ефективності та конкурентоспроможності підприємства.

Методологічний підхід до проектування організаційної структури управління можна умовно згрупувати в 4 групи, в залежності від використовуваних в них методів:

- за аналогією використовується досвід проектування структури управління в аналогічній організації;

- спеціаліст-фахівець, який може сам спроектувати варіант організаційної структури (в залежності від поставленого завдання) або оцінити (зробити огляд) структуру, розроблену дизайнером.;

- структурування цілей - система цілей організації розробляється і об'єднується зі структурою, в рамках якої вона розробляється. В даному випадку організаційна структура управління заснована на системному підході-структура

описана в графічне обґрунтування варіантів якісного та кількісного аналізу та його структури та функцій;

- організаційне моделювання-дозволяє чітко сформулювати критерії оцінки ступеня раціональності організаційних рішень. Його суть полягає в розробці формалізованого математичного, графічного або механічного опису розподілу повноважень і відповідальності всередині організації.

В процесі проектування організаційної структури для управління організацією, як правило, вирішуються наступні завдання:

- визначення типу структури управління;
- уточнення складу і кількості відділів за рівнями управління;
- менеджмент-визначення кількості менеджерів;
- характер підпорядкованості між ланками організації;
- розрахунок витрат на утримання управлінського обладнання.

В кінцевому рахунку, для кожного структурного підрозділу встановлюються функції управління, потік інформації, відносини і документообіг, повноваження, відповідальність і права відділів і співробітників. У той же час, при проектуванні нової організаційної структури управління не слід забувати про вимоги організаційної структури і принципах її побудови.

Вимоги до організаційної структури.

- Оптимальність. Структура управління вважається оптимальною на всіх рівнях з найменшим ступенем управління, коли встановлюється розумна зв'язок між ланкою і ступенем управління. Чим вище ступінь управління, тим вона менш ефективна.

- Ефективність. Суть цієї вимоги полягає в тому, що між прийняттям рішення і його реалізацією в керованій аварійній системі відбудуться незворотні негативні зміни і відпаде необхідність в реалізації прийнятих рішень. Управлінські рішення необхідно приймати швидко. Враховуючи цю вимогу, необхідно розподілити

повноваження і відповідальність.

- Надійність. Структура пристрою управління повинна забезпечувати надійність передачі інформації, запобігати спотворення керуючих команд та інших даних, а також забезпечувати безперебійний зв'язок в системі управління.

- Економічність. Завдання полягає в тому, щоб домогтися бажаного ефекту від управління з мінімальними витратами для управлінського персоналу. Критерієм для цього може бути співвідношення вартості ресурсів до корисних результатів. Цій вимозі задовольняє оптимальний поділ управлінської праці.

- Гнучкість. Організаційна структура повинна бути здатна змінюватися відповідно до змін у зовнішньому середовищі і стратегією розвитку компанії.

- Стабільність основні характеристики системи управління не повинні змінюватися при різних зовнішніх впливах.

Третій етап-оцінка ефективності організаційної структури. Повнота організаційної структури визначається чіткістю управління організацією і високими кінцевими результатами її діяльності. Ефективність управління можна оцінити за рівнем реалізації завдань, надійності і організованості системи управління, швидкості і оптимальності прийнятих управлінських рішень.

В результаті весь процес проектування структури управління зводиться до розробки напрямку вдосконалення існуючої організаційної структури і підвищенню ефективності механізму управління.

Для того щоб ефективно організувати структуру управління медичними установами, можна провести певне порівняння майбутнього з колишнім і сьогоднішнім (табл. 3.1).

Ця структура тісно пов'язана з такими елементами, як управлінські ланки на кожному рівні, цілі, функції, процеси управління, чисельність і професійна кваліфікація персоналу, ступінь централізації і децентралізації управлінських функцій та інформаційні зв'язки. Інформаційний потік і управлінські рішення

приймаються в рамках організаційної структури, сюди входять менеджери всіх рівнів, категорій та професійної спеціалізації.

Таблиця 3.1

Порівняльний аналіз закладів охорони здоров'я, щодо ефективності управління

Медичний заклад, як бюджетна установа	Автономізація медичних закладів (післяприйняття законопроекту 2309а-д)
1	2
1. Відтік найбільш кваліфікованих кадрів у приватний сектор, що поступово розвивається, внаслідок відсутності реальних заохочень за добру якість роботи;	1) Заборона приватизації державних та комунальних лікарень. Перехід від бюджетних установ до некомерційних та неприбуткових підприємств;
2. Недостатня прозорість фінансових потоків і корупція, що зумовлені зростанням неформальних платежів;	2) Можливість офіційно оплачувати за надану медичну допомогу з різних фінансових джерел: державний, обласний, районний та міський бюджет, страхові компанії, фонди, будь-які юридичні особи (роботодавці), фізичні особи. Інші кошти у вигляді благодійних внесків мають завершитись;
3. Загроза втрати довіри пацієнтів (а з нею поступово і державного замовлення) внаслідок низької якості наданих послуг;	3) Господарсько-адміністративна свобода. Можливість самостійно вирішувати, що будуть витрачатись кошти: на ремонт приміщень чи на медичну апаратуру, або інші видатки по потребі закладу;
4. Економічна неефективність, і, як наслідок, відсутність інтересу з боку можливих приватних інвесторів;	4) Створення спостережних рад для контролю за діяльністю головного лікаря.
5. Відсутні або вкрай обмежені можливості для оперативного та гнучкого управління процесом перерозподілу коштів між різними центрами витрат.	
Наслідком може стати повний занепад таких закладів!	Надання якісних медичних послуг!

При побудові організаційної структури необхідно дотримуватися принципів, показаних на рис. 3.1.

Побудова організаційної структури здійснюється поетапно. На першому

етапі – «старті» - ставляться завдання організації, визначаються методи їх вирішення, проектується система комунікацій. На другому етапі, «координації», визначається необхідний вид діяльності, визначається склад виконавця, створюється система мотивації. На третьому етапі здійснюється адміністрування, делегування повноважень і забезпечується їх виконання.

|



Рис.3.1. Принципи побудови організаційної структури

При розробці організаційної структури необхідно дотримуватися наступних основних вимог: - адаптивність, тобто здатність організаційної структури адаптуватися до змін, що відбуваються у зовнішньому середовищі.;

- перспективність, тобто вирішення стратегічних завдань, пов'язаних з майбутнім розвитком виробництва і управління, а також оперативних;;

- спеціалізація, тобто функціональний поділ структурних підрозділів, специфікації сфери діяльності на кожному рівні управління;
- узгодженість прибутку між усіма рівнями управління;
- ефективність - процес управління повинен бути поліпшений за рахунок організаційної структури, продуктивності управлінського персоналу, витрат на утримання органу управління і повинен відповідати можливостям організації.;
- простота, тобто легкість розуміння персоналом і адаптації до даної форми управління.;
- еластичність, тобто здатність розвиватися за рахунок поліпшень у виробництві, змін зовнішніх умов, появи інновацій і т. д.

Нова національна система охорони здоров'я повинна керуватися наступними принципами:

- гарантований пакет послуг, доступний всім громадянам;
- відповідність національним стандартам якості та професіоналізму;
- взаємна повага між пацієнтами та медичними працівниками;
- співпраця в різних областях організації на благо економіки, служб, пацієнтів, спільнот, населення (міжвідомча взаємодія).;
- співвідношення ціни та якості та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів.

Основні етапи організаційного проектування:

- горизонтальний поділ організації на широкі блоки, що відповідають найбільш важливим напрямкам діяльності організації для реалізації стратегії;
- встановлення співвідношення повноважень різних посад; керівництво встановлює командний ланцюжок для кожного рівня управління і далі ділить її на більш дрібні організаційні підрозділи, щоб ефективно використовувати спеціалізацію і уникнути перевантаження керівництва.
- визначення посадових обов'язків співробітників; в організаціях, діяльність

яких тісно пов'язана з технологіями, керівництво розробляє конкретні завдання і доручить її безпосередньому виконавцю, відповідальному за реалізацію.

Неефективність та моральний знос є основними факторами, що характеризують існуючу модель охорони здоров'я (далі-ОС) та унеможливають отримання високоякісних та доступних послуг від ОС:

- бюрократична система управління, що враховує ризики, що використовує потенційні можливості і не гарантує адекватного реагування галузі на потреби людей і динамічно змінюється суспільство;

- організаційно-правова база ОС, яка не повною мірою відповідає сучасним світовим тенденціям функціонування та розвитку системи ОС;

- система фінансування галузі ОЗ та окремих СОЗ фокусується не на наслідках діяльності, а на утриманні неефективних структур, і в цілому, на фінансових ризиках громадян, пов'язаних із захворюваннями;

- структура ОС характеризується незбалансованим розвитком елементів, що забезпечують дорогі втручання, і в той же час слабкою і недорозвиненою виразністю компонентів, спрямованих на зміцнення здоров'я і профілактику;

- тимчасова кадрова система, яка не відповідає потребам галузі з метою повного відновлення і поліпшення кадрового потенціалу СОЗ в кількісному і якісному відношенні;

- інформація та аналіз, які затребувані для обліку та звітності в галузі статистики охорони здоров'я на паперових носіях і не дозволяють всебічно відстежувати і оцінювати ресурси СОЗ для ефективного оперативного управління і стратегічного планування;

- механізми міжвідомчої координації та взаємодії в інтересах суспільної охорони здоров'я, зумовлені інституційною та функціональною нерозвиненістю системи суспільної охорони здоров'я;

- система науково-методичного забезпечення діяльності та розвитку СОЗ,

віддаленість від нагальних і стратегічних потреб галузі;

- інформаційно-комунікаційна підтримка, яка не відповідає даній вимозі і не носить агресивного характеру (далі іменована ICS).

Організаційна структура формується відповідно до вимог довгострокової конкурентоспроможності та економічної ефективності підприємства для забезпечення координації та управління діяльністю підрозділів і співробітників компанії.

Першим кроком у формуванні організаційної структури є поділ організації на вищезгадані відділи або департаменти.

Другим кроком у формуванні організаційної структури є встановлення кількості відділів, що входять в структуру, і їх обов'язків. Для цього вам необхідно виконати наступні розрахунки:

- визначити кількість робочих місць у кожному відділі. При розрахунку використовуються дані про загальну трудомісткість робіт, виконаних за певний період часу (рік, квартал, місяць) в підрозділі. При цьому для виробничої одиниці використовуються аналітичні та обчислювальні методи, що дозволяє точно визначити загальну трудомісткість робіт на основі часу, витраченого на кожну технічну операцію, і обсягу робіт на рік. Для функціональних відділів, які займаються творчою та індивідуальною роботою, середня вартість робочої сили розраховується на основі фотографій робочого часу або результатів миттєвих спостережень, або з досвіду аналогічних фірм;

- ефективний робочий час одного співробітника Фонд встановлюється на той самий період, протягом якого обсяг роботи був розрахований у попередньому пункті, з урахуванням нормованих перерв у роботі;

- кількість необхідних робочих місць(співробітників), загальна трудомісткість виконання встановленого обсягу робіт, в цілому, для кожної операції технічного процесу ефективний робочий час одного співробітника

Результат показує загальну кількість співробітників, зайнятих в даному відділі, і їх робота повинна бути скоригована для досягнення поставлене завдання;

- обчисліть оптимальну кількість менеджерів та визначте їх ієрархію. Тому що, якщо у менеджера багато підлеглих, він не здатний ефективно виконувати свої функції, а якщо кількість підлеглих невелика, ієрархія управління збільшується і посилюється його централізація. Для визначення оптимальної кількості підлеглих використовується критерій керованості.

3.2. Запровадження інноваційних технологій в систему менеджменту закладу охорони здоров'я

Інноваційний менеджмент - це система підготовки і прийняття рішень, спрямована на формування, підтримку і розвиток інноваційних і технологічних можливостей підприємства (в нашому випадку здійснюється інноваційна діяльність, а інноваційний менеджмент є однією із загальних і функціональних форм управління, метою якої є процес впровадження інновацій і технологічний розвиток.¹). Іншими словами, інноваційний менеджмент-це система, набір систематизованих знань про сучасний менеджмент, про трудомісткі інновації і про те, як створити їх ефективність. Інновації в секторі охорони здоров'я здійснюються у формі створення нових технологій, медичних приладів, фармацевтичних препаратів, предметів медичного призначення, терапевтичних технологій або організаційних процесів, які впливають на виробництво товарів і надання послуг.

З точки зору інноваційного менеджменту в сфері охорони здоров'я можна виділити кілька типів інновацій:

- інновації в області медичних технологій, пов'язані з використанням нових методів (методик, технологій) профілактики, діагностики та лікування на основі існуючих лікарських засобів (обладнання) або нових комбінацій їх застосування;

- організаційні інновації для проведення ефективної реструктуризації медичної системи, поліпшення організаційної структури організації та процесу управління роботою персоналу та організаційної структури іншого медичного закладу;

- економічні інновації, що забезпечують впровадження сучасних методів планування, фінансування, стимулювання та аналізу діяльності медичних установ;

- інновації в області інформаційних технологій, спрямовані на автоматизацію процесів збору, обробки та аналізу потоку інформації в медичній галузі;

- медична і фармацевтична, яка є різновидом інновацій в області медичних технологій, медична і технологічна інновація - це використання нових лікарських засобів (технологічних систем), конкурентоспроможних за основними параметрами ціни і медичного ефекту.

Однією з основних причин низького рівня інноваційного розвитку медицини є дуже слабка розвиненість системи сучасних організаційних та економічних засобів інноваційного розвитку медицини, покликаних грати подвійну роль. По-перше, стимулювати появу, розробку і впровадження інноваційних ідей, продуктів і технологій, а по-друге, формувати ринковий попит на інновації - менеджмент, інформацію, терапевтичну діагностику.

З іншого боку, низька ефективність існуючої системи управління системою охорони здоров'я та недосконалість методів лікування та діагностики, що забезпечують Медичні послуги (підтримку), доповнюються нераціональною структурою медичної допомоги та низькою здатністю системи адекватно реагувати на потреби населення - забезпечувати досягнення сучасних світових стандартів надання медичних послуг (медичної допомоги). Основною причиною цього критичного стану є низька ефективність системи управління наданням медичних послуг (медичної допомоги), що забезпечує інноваційний розвиток в

медичних установах і відомствах (підприємствах). Тому актуальність досліджень і розробок методів і засобів інноваційного розвитку медичних установ залишається високою.

Необхідні відповідні зміни для покращення діяльності медичних закладів у напрямку інновацій. Інноваційні знання, навички та вміння проведення лікувально-діагностичних процесів. На якість лікувально-діагностичних процесів безпосередньо впливають наступні фактори:

1. кваліфікація персоналу медичних установ;
2. оснащеність медичних установ сучасним обладнанням;
3. знання сучасних методів проведення лікувально-діагностичних процесів;
4. рівень інформаційної підтримки лікувально-діагностичного процесу, включаючи процес прийняття лікарем клінічних рішень.

Інноваційний менеджмент та структурні зміни. Очевидно, що медичним установам необхідно постійно оптимізувати свою організаційну структуру з урахуванням змін ситуації на ринку медичних послуг. Зміни в сучасному менеджменті включають впровадження аутсорсингу-ефективного інструменту звільнення медичних установ від непрофільної діяльності. Передача бюджетних функцій медичних установ в систему державно-приватного партнерства знижує навантаження на бюджет, сприяє створенню конкурентного середовища і підвищує якість медичних послуг. Надає інформаційну допомогу клінічній практиці. За оцінками експертів, використання інформаційних систем в медицині дозволяє знизити кількість лікарських помилок, пов'язаних з неправильним призначенням ліків, в середньому на 70-75%, до 50% робочого часу лікаря витрачається на пошук необхідної інформації та ведення документів. Однак основна мета інформаційної підтримки пов'язана з підтримкою самого лікувально-діагностичного процесу.

Отже, результатами досліджень, проведених в даному підрозділі нашої

роботи, слід зазначити, що управління в сфері охорони здоров'я є важливим елементом для повноцінного функціонування системи. Даний метод роботи є новим для нашої держави, тому його необхідно детально вивчити і навчитися застосовувати отримані знання на практиці.

Основою підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності функціонування медичної системи є наступне раціональне впровадження інноваційні технології лікування, діагностики, профілактики та реабілітації захворювань, вдосконалення управління та професійної підготовки медичного персоналу в медичних установах. Інноваційні підходи відіграють важливу роль у поступальному розвитку всіх галузей економіки, включаючи сектор охорони здоров'я.

Необхідність освоєння та впровадження технологій для підтримки успішного розвитку країни особливо важлива для країн з перехідною економікою та низькими доходами на душу населення, підкресленими організацією Об'єднаних Націй, оскільки це технологічне вдосконалення, яке забезпечить значні позитивні зміни у розвитку вітчизняної охорони здоров'я та буде повністю застосовано до індустрія охорони здоров'я. Впровадження теоретичних знань та розроблених технологій у практичну медичну допомогу потребує вирішальної актуальності досліджень для покращення показників суспільної охорони здоров'я та максимізації вигод пацієнтів від сучасних результатів лікування, оптимізації раціонального використання ресурсів та контролю якості медичної допомоги, впровадження інноваційної моделі розвитку України у сфері медичної допомоги базовий підхід до систематичного впровадження сучасних інноваційних технологій, ефективних та безпечних для пацієнтів, у практику медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу.

Важливою основою для впровадження інноваційного процесу є розробка комплексного підходу до трансферу технологій в діяльність медичних установ і

оцінка ефективності практичних результатів інноваційних моделей, особливо в пріоритетних областях охорони здоров'я, таких як первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Це пов'язано з тим, що досягнення найвищого рівня ефективності, якості та доступності медичної допомоги населенню багато в чому визначається функціонуванням первинної медико-санітарної допомоги, а розвиток її пріоритетності визначається однією з основних стратегій державної політики України в галузі охорони здоров'я. медичне обслуговування та основа сучасної медичної системи. Сучасним світовим тенденціям відповідає концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: вимір України» на 2012-2020 роки, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 року №1164-р, на виконання Указу Президента України від 27.04.2011 року №504/2011 «Про затвердження Національного плану дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Завдання програми спрямовано на реалізацію в Україні державної політики у сфері охорони здоров'я стосовно збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики неінфекційних захворювань, мінімізації чинників ризику захворювань

Резюме.

«Багате суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Цілі програми спрямовані на реалізацію в Україні державної політики у сфері охорони здоров'я щодо збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики неінфекційних захворювань, мінімізації факторів ризику виникнення захворювань загального характеру.

Визначено основний підхід до системного впровадження ефективних та безпечних для пацієнтів сучасних медичних інноваційних технологій у практику медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу, обґрунтовано розробку ефективних інноваційних моделей медичних закладів, орієнтованих на потреби місцевої громади. Ключові слова: інноваційні технології, медичні

установи, первинна медична допомога, передача знань, трансфер технологій, формування сприятливого для здоров'я середовища, організація спеціальних заходів з надання медичної допомоги пацієнтам з певними класами захворювань і створення медичної системи, що відповідає реальним потребам населення, найбільш важливим у вигляді соціально-економічних і медико-демографічних умов, формування культури здоров'я, мотивація населення до здорового способу життя. Щоб забезпечити здоров'я всіх, система охорони здоров'я повинна відповідати вимогам суспільства і зростаючим очікуванням поліпшення її роботи. Це має на увазі важливу переорієнтацію і реформу існуючих принципів функціонування системи охорони здоров'я в суспільстві: ці реформи є суттю програми оновлення системи ПМСД.

Концепція інновацій як систематизованого знання, спрямованого на виробництво продуктів, послуг або впровадження в практику певних процесів, має особливу цінність в медицині. Медичні технології-це втручання, спрямоване на поліпшення зміцнення здоров'я, профілактику, діагностику, лікування захворювань, реабілітацію або довгостроковий догляд, використання вакцин, медикаментів, інструментів і обладнання, впровадження медичних процедур і вдосконалення систем організації охорони здоров'я, в яких забезпечується захист і підтримання здоров'я людини. Динаміка розвитку медицини, тобто інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування, перевершує розвиток технологій у багатьох інших галузях, беручи до уваги її високу технологічну ефективність, тісні зв'язки з наукою і вплив людського фактора в медицині.

Вирішальним фактором для отримання кінцевого результату-переваг сучасних медичних досягнень для пацієнтів у вигляді поліпшених показників здоров'я-є передача теоретичних знань і навичок практичному медичному обслуговуванню. Цей процес називається фактичною дифузиею або трансляцією знань. Переклад знань - це обмін, синтез та етично обґрунтоване застосування

знань у складній системі взаємодії між науковцями та користувачами для просування інтересів науки.

У медицині передача знань спрямована на поліпшення здоров'я населення, підвищення ефективності медичних послуг і продуктів, вдосконалення системи охорони здоров'я. Ще одним ефективним напрямком розвитку медичної галузі є передача вже використовуваних знань і розроблених технологій від 1 виробника медичних послуг. Цей процес описується в сучасній літературі як трансфер технологій. Передача технологій - це передача результатів фундаментальних та прикладних досліджень на рівень розробки, виробництва та комерціалізації нових та вдосконалених продуктів, послуг або процесів, що представляють інтелектуальну цінність, з метою захисту інтелектуальних продуктів дослідників.

Концепція передачі технології часто розуміється як інноваційна ідея (продукт або процес), яка ще не була освоєна в промисловому масштабі ніде в світі. Однак, з точки зору управління впровадженням інновацій, його територіальний розмір більш важливий для споживачів інноваційних технологій, оскільки новизна в конкретному регіоні пов'язана не з абсолютністю інновацій в даній конкретній технології. Загалом, ці терміни стосуються впровадження нових медичних технологій, нових методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації.

В останні роки спостерігається значне зростання регуляторних та програмних ініціатив, спрямованих на сприяння розповсюдженню та передачі інноваційних медичних технологій у розвинених країнах світу. Конкретні регуляторні заходи, спрямовані на прискорення розповсюдження технологій та поглиблення зв'язків між розробниками та користувачами технологій, а також системи підтримки та інфраструктура для розповсюдження технологій.

В Україні це питання вивчалось з точки зору впровадження та оцінки ефективності інноваційних проектів у медичній системі, правових аспектів технологічних інновацій, державної політики в галузі соціальних інновацій у

сфері медицини, управління якістю вищої медичної освіти, соціальних та економічних пріоритетів держави. гуманітарний та інноваційний розвиток. Варто відзначити, що медичний сектор нашої країни є епіцентром масштабних змін як в області права, так і в реалізації програм екстреної модернізації охорони здоров'я, в рамках яких розробка і впровадження медичних інновацій були визначені як один з пріоритетних напрямків розвитку. Розробка та впровадження інноваційних технологій у сфері медицини регулюється низкою державних нормативних актів, у тому числі Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про пріоритетні напрями науково-технічного розвитку» від 09.09.2010 № 2519-VI та «Про пріоритетні напрями технологічних інновацій в Україні» від 08.09.2011 № 3715-V, Мета та програма, Державною цільовою програмою «Створення в Україні інноваційної структури» на 2009-2013 роки, затвердженою від 14.05.2008 № 447 постановою Кабінету Міністрів України, постановами Кабінету Міністрів України від 07.09.2011 № 942 дата «Про затвердження переліку пріоритетних тематичних напрямів наукових досліджень і науково-технічного розвитку на період до 2015 року», дата 03.12.2012 № 294 від 17.05.2012 № 397 дата, затверджені середньострокові пріоритетні напрями інноваційної діяльності на національному та галузевому рівнях на 2012-2016 роки.

У той же час сучасний динамічний розвиток медицини і поява нових медичних технологій викликають масу проблем з тактикою вибору і подальшого впровадження оптимальної технології з точки зору клінічної, економічної та етичної ефективності та безпеки використання пацієнтом. Функціонуючи в сучасній медичній системі України в умовах ринкових відносин і досить обмежених матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів, наявних у закладах первинної медико-санітарної допомоги, необхідно враховувати потреби населення.

У зв'язку з цим виникають проблеми організаційного та економічного

характеру, однією з яких є планування і управління процесом розробки і впровадження медичних інновацій, спрямованих на задоволення споживачів якістю нових медичних технологій і підвищення ефективності роботи медичних установ.¹ Звичайно, слід також зосередити увагу на кінцевому результаті найбільш оптимальної якості та раціоналізації використання наявних ресурсів. Якість має стати метою управління цим процесом розробки та впровадження будь-якої нової медичної технології в рамках комплексного інтегрованого інноваційного циклу, і для реалізації цих завдань необхідно розробити практичні рекомендації для керівництва медичними установами з чіткими і науково обґрунтованими поведінковими алгоритмами управління впровадженням сучасних впровадження інноваційних технологій в діяльність медичних установ.

Складність розробки таких заходів обумовлена відсутністю загальних рекомендацій щодо певних технологій управління цим процесом в медичних установах. Варто зазначити, що модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД заснована на застосуванні комплексного підходу до надання медичної допомоги, який базується на принципах комплексної безперервної, кооперативної, профілактичної медицини та зміцнення здоров'я, орієнтуючись на потреби пацієнта, його сім'я та спільнота.

Практика сімейної медицини в моделі полягає в тому, що лікар загальної практики-сімейний лікар (ЗП-СЛ) виступає в якості координатора для управління різними біопсихосоціальними системами і факторами при активній системній участі всіх необхідних фахівців, закладів і організацій і володіє необхідними для цього матеріально-технічними кадровими ресурсами - для забезпечення робить позитивний вплив на здоров'я окремого пацієнта, його сім'ї та суспільства в цілому. Була сформована модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД, що призвело до створення соціально орієнтованого Центру первинної медичної допомоги, спрямованого на задоволення потреб

місцевої громади:

- швидке реагування на потреби пацієнтів, надання медичної допомоги в неробочий час, доступна інформація як про пацієнта, так і про лабораторні дані, Інтернет-сервіси, групові візити пацієнтів, доступ до різних послуг.

- цілісний підхід, або догляд, орієнтований на пацієнта, що включає комплексну медичну допомогу як при хронічних, так і при гострих станах, профілактику захворювань і скринінг, хірургічне втручання в рамках можливостей лікарів ЗП-СЛ, доступ до високотехнологічної діагностики та лабораторної діагностики.

- професійний менеджмент, включаючи використання сучасних технологій управління ПМСД, фінансовий менеджмент для практики ПМСД, підвищення заробітної плати (відповідно до стандартів роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік і аудит, оптимізація персоналу, технічне обслуговування медичного обладнання, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами.

- електронні медичні записи, електронні рахунки-фактури та звіти, електронні рецепти, підтримка науково обґрунтованої медичної допомоги, електронна реєстрація пацієнтів, веб-сторінки медичних установ, портали пацієнтів, єдина медична інформація

- пропаганда здорового способу життя, управління охороною здоров'я, включаючи управління громадою, пропаганду здорового способу життя, профілактику захворюваності, лікування хронічних захворювань, заохочення пацієнтів до зміни способу життя та медичну освіту.

- використання місцевих ресурсів, формування взаємовигідних відносин, робота у відділенні невідкладної допомоги, надання стаціонарного лікування, психологічна підтримка, координація акушерської та гінекологічної допомоги, координація високоспеціалізованої допомоги, підтримка фармацевтів,

реабілітаційна та фізіотерапевтична допомога, координація медичної допомоги, включаючи консультації з конкретних випадків, транспорт.

- якість та безпека, включаючи відгуки про найкращі науково обґрунтовані препарати, організацію лікування, дослідження задоволеності пацієнтів, аналіз клінічної активності, підтримання належної якості, управління ризиками та практику застосування відповідно до чинного законодавства.

- командна медична практика, включаючи керівництво / змагання постачальників медичних послуг, формування спільної місії та бачення, ефективне спілкування та визначення завдань відповідно до професійних навичок, активна і повноцінна робота сімейної медсестри, активне залучення пацієнта, формування додаткових можливостей для сім'ї пацієнта.

Тобто основний компонент системної моделі соціально орієнтованої первинної медико-санітарної допомоги являє собою єдину організаційно-функціональну структуру, уніфіковану відповідно до основних принципів охорони здоров'я конкретного пацієнта, його сім'ї та спільноти, лікар ро-SL виступає координатором медичної допомоги, при цьому активне залучення всіх необхідних фахівців, установ і організацій, що мають належну підготовку, необхідну логістику і володіють людськими ресурсами. У міжнародній практиці особлива увага приділяється процесу вибору необхідних медичних технологій в рамках впровадження інноваційних методів профілактики, лікування та діагностики. Наприклад, у контексті національної системи охорони здоров'я Великобританії вибір конкретної медичної технології визначається на основі наявних доказів її клінічної ефективності та економічної доцільності.

Клінічна ефективність медичних технологій визначається застосуванням науково обґрунтованих медичних підходів, а рішення про використання профілактичних, діагностичних і терапевтичних заходів приймаються на основі наявних доказів їх ефективності та безпеки, які можуть бути зіставлені,

узагальнені і широко поширені для використання в інтересах пацієнтів. Економічна доцільність медичної технології визначається за допомогою аналізу витрат і вигод, аналізу співвідношення витрат і вигод та/або аналізу співвідношення витрат і вигод. У більшості розвинених країн світу центр організований на національному рівні, розроблена програма оцінки медичних технологій (ОМТ) – це систематична оцінка характеристик, ефектів або інших результатів застосування технологій в медичній допомозі. Основною метою ОМТ є прийняття обґрунтованих рішень в галузі охорони здоров'я, включаючи рішення, прийняті на рівні окремих пацієнтів, на рівні постачальників медичних послуг та медичних установ або на регіональному, національному та міжнародному рівнях [37].

Інноваційні проекти часто вимагають певних фінансових витрат. Глобальна тенденція вивчення економічної доцільності розподілу фінансових ресурсів призвела до створення бюджетування, орієнтованого на конкретні результати [36]. При такому підході планування витрат здійснюється безпосередньо в залежності від кінцевого бажаного результату. Впровадження інноваційних технологій, в тому числі в секторі первинної медико-санітарної допомоги, тобто нових методів профілактики, діагностики та лікування, тканинних технологій і т. д. Це включає в себе три основних етапи: придбання ключової інформації (знань і технічних навичок) про технології; логістичні, юридичні, фінансові та кадрові ресурси, пов'язані з наданням послуг і продуктів; і підтримка організаційних заходів, таких як отримання державного замовлення на медичні послуги, з урахуванням, після впровадження, реалізованих технологій, маркетингові технології і т. д.

На першому етапі фахівець або організація набуває технічних навичок, необхідних для впровадження технології, а також основних знань про технологічні інновації. На організаційному етапі технічного впровадження

вирішуються юридичні та фінансові питання і адаптується організаційна структура. Якщо нові технології призводять до надання нових медичних послуг, то виникають проблеми з розробкою медичних та економічних протоколів, реєстрацією нових ліків або медичних виробів. На етапі підтримки впровадженої технології проводяться такі заходи, як маркетингові дослідження та забезпечення адекватної компенсації за впровадження технології.

Також важливо оцінити ефективність впровадженої технології з точки зору здоров'я пацієнтів, зручності персоналу, успішності виконання вимог і фінансових показників. В результаті оцінки результатів методу виробництва впровадженої послуги або продукту організація може вжити заходів щодо вдосконалення технології. Вищевказані етапи є безперервними етапами інноваційного циклу. Вибір технології - це процес виявлення технологій, що представляють інтерес для впровадження в установах для надання нових і поліпшених послуг і процесів іноді з їх подальшою комерціалізація. Таким чином, область розподілу ресурсів визначається в рамках технології, обраної для впровадження. На вибір технології також можуть вплинути наступні фактори:

- державне замовлення;
- маркетингові дослідження;
- порівняння потреб та ресурсів медичних закладів (аналіз виробничих потреб та економічної ефективності);
- оцінка медичних технологій.

Державні замовлення у вигляді бюджетних програм в рамках законів, стратегій і політики державних органів можуть мати істотний вплив на розвиток певних регіонів, а напрямки обслуговування/ послуги результати досліджень можуть зіграти важливу роль у формуванні інноваційних проектів. Порівнюючи потреби та ресурси навчального закладу, ви можете об'єктивно оцінити можливість реалізації інноваційних проектів.

Необхідний моніторинг фінансових показників, потенціалу людських ресурсів та інші види оцінок. Схема системи впровадження медичних інноваційних технологій в медичних установах є необхідною умовою для об'єктивної оцінки ресурсів медичних установ. Слід зазначити, що ОМТ у світовій практиці є поширеним методом систематичної оцінки соціальних, етичних, технічних та економічних наслідків впровадження та використання медичних технологій. Для клініцистів та медичних страхових компаній цей період іноді має більш вузьке значення. Для медичних установ проблема технічної оцінки часто зводиться до оцінки вартості обладнання у зв'язку з його корисним внеском у процес надання медичних послуг. Для страхових компаній оцінка технології є важливим критерієм при виборі нової технології для включення до переліку послуг високоспеціалізованих медичних послуг з використанням цієї технології, визначаючи, чи маєте Ви справу з експериментальною розробкою або дійсно маєте справу з технологіями високого класу:

- унікальність медичних технологій і послуг;
- клінічна ефективність та безпека;
- економія;
- соціально значущі захворювання;
- рідкісне захворювання.

Матеріально-технічна підтримка є важливою частиною системи впровадження інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування. Це включає вирішення наступних питань:

- оцінка ресурсів організації;
- закупівля ресурсів (обладнання, фармацевтичних препаратів і т. д.);
- реконструкція нерухомості для задоволення потреб проекту;
- контроль і моніторингова діяльність.
- важливим моментом є раннє або своєчасне включення до бюджету

організації вартості бажаної медичної технології; юридичні питання, пов'язані з впровадженням інноваційних медичних технологій, включають заходи, що забезпечують юридичну підтримку впроваджуваної технології. Крім створення проектної команди, складання проекту та виявлення юридичних питань, ключовими аспектами даного розділу системи технічного впровадження є:

- робота з уповноваженими органами (накази, ліцензії);
- реєстрація лікарських засобів, виробів медичного призначення та обладнання;
- розробка методичних рекомендацій і т. д.;

Рішення загальних організаційних проблем передбачає управління проектами. Управлінський потенціал важливий протягом усього життєвого циклу інноваційного проекту. Проект-це організаційна форма для досягнення цілей, визначених мистецтвом управління проектами, яка включає в себе склад і обсяг робіт, вартість, час, якість, задоволеність учасників проекту, а також координацію людських і матеріальних ресурсів з використанням сучасних методів і технологій управління.

Управління проектами як вид професійної діяльності включає планування, організацію, моніторинг і управління всіма аспектами проекту в процесі безперервного досягнення цілей, враховуючи, що в рамках організації одночасно може здійснюватися кілька проектів, їх реалізація узгоджується із загальними цілями медичного закладу. важливим аспектом при реалізації інноваційного циклу є точне формулювання завдань і цільових орієнтирів і їх ефективне досягнення. Іншим аспектом в управлінні інноваційними проектами є управління людськими ресурсами, або управління людьми, які забезпечують процес управління проектами, комунікації та прийняття рішень.

Формування і творення проектної команди-важливий процес, який дозволяє людям свідомо створювати особливі способи взаємодії і ефективно реалізовувати

свій професійний, інтелектуальний і творчий потенціал у відповідності зі стратегічними цілями. В даному випадку команда визначається як група людей, які можуть доповнювати і замінювати один одного в процесі досягнення поставлених цілей. Умовно можна визначити 4 типи команд, які найчастіше формуються в реальній діяльності організації, які також можуть використовуватися в медичних установах і класифікуватися за змістом роботи.:

- команда, яка створює нові продукти для організації.
- команда, яка вирішує проблеми, цілі і завдання всередині підприємства за допомогою аналізу, контролю і рекомендацій.
- команда, яка, хоча і не є спеціальною, є постійною частиною організаційного розвитку і здійснює процес виробництва і виконання робіт.;
- управлінська команда, яка може функціонувати у формі виконавчого комітету або іншої вищої управлінської ланки установи.

Ефективність керівника команди в цьому контексті забезпечує конструктивний перехід проектною командою від одного етапу проекту до іншого, створення проекту і, таким чином, внесення змін, інновацій, які установа впроваджує за допомогою конкретної реалізації. Проекти, що вимагають цілеспрямованого підбору фахівців, здатних організувати роботу проектною командою.

В ході аналітичного дослідження показників ефективності системи первинної медико-санітарної допомоги та медико-демографічних показників громадської охорони здоров'я, пов'язаних з оцінкою ефективності впровадження інноваційних організаційних, медичних та освітніх технологій в систему первинної медико-санітарної допомоги, в якості кінцевого результату були визначені критерії 2 груп про медичне обслуговування. Таким чином, критерії якості діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги включають визначення потреб пацієнтів у необхідних медичних послугах.; безперервність сімейного спостереження;

ефективність лікування; впровадження сучасних медичних технологій; своєчасне та ефективне надання медичних послуг; розширення професійної допомоги в практиці сімейної медицини .

До критеріїв ефективності медичної допомоги населенню відноситься зниження захворюваності у віковій групі. Зниження смертності; відсутність ускладнень протягом року захворювання; одужання; зміна способу життя; зменшення втрат через тимчасову непрацездатність; зменшення доступу до первинної непрацездатності; продовження "року здорового життя"; стійка ремісія; перерозподіл пацієнтів у групи здоров'я. У той же час класифікація рівня інноваційного розвитку медичних установ представляє науковий інтерес і, відповідно, можуть бути визначені наступні рівні:

- I рівень-початковий, базовий;
- II рівень-стандартизований;
- III рівень-Комплексний, розвинений, орієнтований на модернізацію;
- IV рівень-впроваджують інновації, здатні до динамічного і самостійного розвитку.

Дана класифікація рівня інноваційного розвитку медичних установ дозволяє комплексно оцінити досягнення медичних установ в лікувально-діагностичних процесах, організації, системах управління та інформаційної підтримки, а також в наступних ключових напрямках.

Можливість для медичних установ виявити переваги і недоліки інноваційного розвитку, а також розробити і впровадити необхідні заходи щодо посилення інноваційної діяльності в пріоритетних областях.

Основними джерелами розвитку медичних інновацій в нашій країні є вищі медичні навчальні заклади, науково-дослідні установи, інноваційна діяльність яких оцінюється за кількістю патентів, винаходів, ноу-хау і публікацій. Однак варто зазначити, що для практичної медицини більш важливими показниками є

ефективність впровадження нових медичних технологій у клінічну практику, частка медичних установ, що займаються технологічними медичними інноваціями, тобто розробкою та впровадженням нових або вдосконалених медичних виробів, робіт, послуг, технологічних процесів та інші види інноваційної діяльності.

Зважаючи на це, щоб оцінити дійсно інноваційний розвиток практичних медичних установ, бажано не орієнтуватися на загальноприйняті показники оцінки ефективності фундаментальних досліджень (кількість заявок на патенти і кількість виданих патентів, показники публікаційної активності співробітників і т.д.). Це пов'язано з тим, що їх кількість не впливає на показники здоров'я населення і враховується в загальних показниках інноваційного розвитку регіону. У той же час для практичної медицини важливі медико-демографічні показники, на динаміку яких повинні впливати кількісні та економічні показники ефективності впровадження інновацій, а також впровадження медичних технологій в клінічну практику. Таким чином, розроблений комплекс з 34 показників має цільову практичну спрямованість, що складається з медико-демографічних показників, об'ємних (кількісних) показників інноваційного розвитку, ресурсних технологій та економічних коефіцієнтів, які, з нашої точки зору, можуть бути успішно використані для оцінки ефективності впровадження інноваційних технологій в практика амбулаторних медичних установ.

Одним з ключових факторів успішного впровадження інноваційних медичних технологій є розробка базових принципів і прикладних технологій. Рациональне використання інноваційних медичних інформаційних систем має суттєвий вплив на підвищення якості та доступності медичних послуг населенню, включаючи зручний моніторинг та аналіз показників якості медичної допомоги, планування та управління ресурсами первинної медико-санітарної допомоги та всієї системи охорони здоров'я в цілому.

Без використання сучасних комп'ютерів і програмного забезпечення практично неможливо забезпечити повноцінний моніторинг стану здоров'я населення, формувати потоки пацієнтів, управляти ними і ресурсною базою, забезпечувати зворотний зв'язок і оперативний контроль за дотриманням норм і стандартів лікування, забезпечити перехід від постатейне складання бюджету відповідно до сучасних методів економічного управління медичною сферою. Впровадження інформаційних систем є важливою інформаційною та фінансовою основою для керівника медичного закладу для розширення автономії та роботи в новій економічній ситуації.

Таким чином, забезпечення необхідного рівня якості продукції та послуг в охороні здоров'я повинно здійснюватися на всіх рівнях системи охорони здоров'я взаємопов'язаним чином з метою оптимізації використання ресурсів, модернізації, інновацій та сучасних технологій управління з подальшою оцінкою ефективності отриманих результатів. Впровадження ефективної інноваційної моделі медичних закладів, орієнтованої на потреби місцевих жителів, таких як сільські райони, забезпечить підвищення рівня доступності та якості системи медичного обслуговування, профілактики захворювань та пропаганди здорового способу життя, за рахунок поліпшення раціонального використання ресурсів медичної системи міста. населення України.

Висновки до третього розділу

Важливим етапом вивчення проблем управління громадською охороною здоров'я є прогнозування тенденцій та основних методів його розвитку, які залежать від стану соціально-економічної ситуації в Україні та тенденцій розвитку систем охорони здоров'я в інших країнах світу. Структура управління повинна в першу чергу відображати цілі і завдання організації. Тобто вона повинна бути підпорядкована виробництву і його потребам.

Формування структури управління пов'язане з визначенням повноважень і відповідальності кожного співробітника і органу управління, встановленням системи вертикальних і горизонтальних зв'язків між ними. Між функціями і обов'язками, з одного боку, і повноваженнями і відповідальністю - з іншого, необхідно підтримувати відповідність, порушення якого призводить до дисфункції всієї структури управління.

Необхідність модернізації структури управління в досліджуваній області підтвержені і призводить до прийняття таких заходів, як: впровадження прогресивних форм лідерства, заснованого на принципах демократії та децентралізації, реформа законодавчої та нормативної бази галузі охорони здоров'я, модернізація компонентів інформаційної медичної системи, заснованих на прогресивних комп'ютерних інновацій; державні органи управління медичною організацією та медичній сфері, органами соціального страхування, санітарно-епідеміологічні геодезисти, щоб забезпечити активну взаємодію та ефективну співпрацю між різними структурними підрозділами медичної системи, такі як медичними медичними установами, це дозволить зробити внесок в ефективний розподіл потужності, поліпшити систему моніторингу, ввести громадський контроль в українській системі охорони здоров'я, боротьбі зловживання службовим становищем, вирішуються питання якості освіти, оплати праці та кадрова політика, вдосконалення системи підвищення кваліфікації та післядипломної освіти медичних працівників.

Також розробка базового підходу до системного впровадження сучасних інноваційних технологій, ефективних і безпечних для пацієнтів, в практику медичних установ, що надають первинну медичну допомогу.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі були проведені теоретичні узагальнення, вирішені практичні завдання науково-теоретичного обґрунтування оптимізації роботи медичних установ. Були поставлені завдання з аналізу ефективності управління персоналом і побудови системи управління медичними установами.

На основі даного дослідження зроблені висновки:

1. У сучасних соціально-економічних і політичних реаліях розвитку України сектор охорони здоров'я вважається одним з пріоритетних напрямків реформування. Змінюється ідеологія охорони здоров'я, фінанси, економіка, ринкові механізми і вся система охорони здоров'я в сфері охорони здоров'я. З урахуванням цих змін повинна бути впроваджена нова система управління медичними закладами, що веде до зміни парадигми систем управління персоналом цих установ, ідеальна модель кадрової політики в медичних системах на всіх організаційних рівнях, заснована на наведеній вище класифікації, є активною, відкритою, практичною, послідовною, конструктивною, усвідомлений, всеосяжний, гнучкий, заснований на сучасних концепціях управління персоналом. Це можна розглядати як демократичну політику в галузі управління людськими ресурсами.

2. Ефективність діяльності керівника медичного закладу оцінюється як результат досягнення цільових показників, при якому здібності керівника є домінуючим фактором успішного виконання поставленого завдання. Але результат оцінки є позитивним тільки в тому випадку, якщо її мета розумно визначена і розумно сформований інструмент оцінки. Основними факторами підвищення мотивації співробітників є навчання менеджерів тому, як мотивувати персонал і побудувати ефективну команду; впровадження системи оплати праці,

що забезпечує мотивацію на результат; оцінка ефективності співробітників і формування кадрового резерву.

3. Сучасна освіта, включаючи медицину, вимагає постійного розширення сприйняття і комплексного підходу до формування інформаційного середовища в суспільстві. Для того, щоб знання мали конкретний взаємозв'язок з поведінкою, медичним працівникам дуже важливо постійно вчитися, поповнювати і розширювати свої знання.

4. Менеджери, пов'язані з визначенням і формуванням державної політики в галузі медичного обслуговування, законодавчим регулюванням, Вищим адміністративним управлінням підприємствами, фірмами, установами, організаціями та їх підрозділами, незалежно від форми власності та виду економічної діяльності. Вони вимагають від співробітників кваліфікації лікарів, спеціалізації медичних організацій і спеціальних знань і навичок, необхідних для виконання різних управлінських функцій.

5. Що стосується компетентності керівника лікувально-профілактичного закладу, то, залежно від вимог, керівник повинен знати: охорону здоров'я та нормативні документи, що регулюють діяльність адміністративних органів та медичних закладів, основи права в медицині, трудове право; програмні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; соціально-демографічні характеристики регіону та показники стану здоров'я населення; основи соціального здоров'я та закладів охорони здоров'я, організація фінансово-господарської діяльності медичних закладів; потенціал, структура, штатний розпис установ, підрозділів, документи, що визначають персоналу; процедури ведення бухгалтерської та звітної документації та обробки медичної статистики; потреби в медичних приладах, обладнанні та медикаментах; менеджмент і маркетинг в області детальної медицини.

6. Сектор охорони здоров'я є складною і багаторівневою системою, важливою галуззю соціальної складової суспільства і висуває певні вимоги. Системний підхід до вдосконалення регулювання та його ефективності. Медичні послуги мають певні характеристики, які вимагають врахування в економічному управлінні установами, що спеціалізуються на їх виробництві та продажу, через неподільність їх соціального та економічного значення; що попит на медичні послуги залежить від ступеня агресивності пропозиції. Неможливість повністю перевести Медичні послуги на платну основу, оскільки вони відносяться до соціальних і суспільних благ. Обмеження вільної конкуренції на ринку медичних послуг.

7. Управління медичними установами, що представляють собою складну систему, повинно ґрунтуватися на загальних принципах теорії систем. Застосування системного підходу до управління медичними установами дозволяє поліпшити процес управління, а значить, позитивно впливає на розвиток всієї медичної системи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрійко О. Ф. Державний контроль у сфері виконавчої влади України / О. Ф. Андрійко. – К. : Вид. дім «Ін-Юре», 1999. – 238 с
2. Баєва О. Формування державних освітньо-кваліфікаційних вимог до підготовки фахівців з менеджменту підприємств і організацій у сфері охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2009. Вип. 4. С. 231 – 238.
3. Банчук М. В. Визначення ефективності наукових досліджень у контексті державного управління медичною галуззю / М. В. Банчук [Електронний ресурс] // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2011. – № 8. – Режим доступу : // <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=310>. – Назва з екрана.
4. Банчук М. В. Визначення ефективності наукових досліджень у контексті державного управління медичною галуззю / М. В. Банчук [Електронний ресурс] // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2011. – № 8. – Режим доступу : // <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=310>. – Назва з екрана.
5. Білик О.І. Удосконалення механізму фінансування охорони здоров'я України / О.І. Білик // Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова. - 2014. - Т. 19. - Вип. 2/5.- С. 105-109.
6. Бондар М. І. Бюджетна і податкова система України у запитаннях і відповідях : навч. посіб. / М. І. Бондар, В. М. Опарін, О. М. Тимченко, В. В. Бабич, Т. А. Бондар; Держ. навч.-наук. установа "Акад. фін. упр.". - К. : ДННУ "Акад. фін. упр.", 2012. - 333 с.
7. Брич В. Я., Ліштаба Л. В. Поняття моделі менеджерських компетенцій та етапи її розробки в закладах охорони здоров'я. Інноваційна економіка: науково-виробничий журнал. 2016. № 7-8. С. 36 – 41.

8.Васюк Н. О. Керівні кадри в системі охорони здоров'я: сутність понять. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики галузі охорони здоров'я. Матеріали науково-практичної конференції. К., 2015. С.18 – 23.

9.Вороненко Ю.В., Радиш Я.Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку // український медичний часопис. – 2006. – № 5 (55). – IX/X. – С. 5–10.

10.Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс]: моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с. URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.

11.Гладун З.С. адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я в Україні : монографія. – к., 2007. – 720 с.

12.Гончарук С.М. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні / С.М. Гончарук, С.В. Приймак, Л.Я. Даниляк // БІЗНЕСІНФОРМ. – 2016. - №1. – С. 190-194.

13.Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку : наук. доп. / авт. кол. : Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін. ; за заг. ред. д-ра держ. упр., проф. Ю. В. Ковбасюка, д-ра політ. наук, проф. К. О. Ващенка, д-ра соц. наук, проф. Ю. П. Сурміна (кер. проекту). – К. : НАДУ, 2012. – 72 с.

14.Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. монографія : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.

15.Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. монографія : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 2. – 484 с.

16.Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні

: навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

17. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

18. Державне управління у сфері охорони здоров'я: суспільні потреби та підготовка кадрів : метод. рек. / авт. кол. : І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. ; за заг. ред. д-ра мед. наук І. М. Солоненка. К. : НАДУ, 2010. 56 с.

19. Дурдикулієва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2011. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862>.

20. Енциклопедичний словник з державного управління : довідков. вид./ Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. – К. : НАДУ, 2010. – 819 с.

21. Етичний кодекс лікаря України // Інформаційно-аналітичний центр «ліга», 1991–2012; тов «ЛІГа: Закон», 2007–2012.

22. Єфремов В. С., Хаников І. А. Ключова компетенція організації як об'єкт стратегічного аналізу. Менеджмент в Росії і за кордоном. 2002. № 2. С. 37 – 45.

23. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року №2801-ХІІ [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.

24. Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин» від 28.12.2014 року № 79-VIII [Електронний ресурс]: - Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/>.

25. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 року № 280/97-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<http://zakon.rada.gov.ua/>.

26. Закон України №1841-17 від 22.01.2010 р. «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2010. – №13. – С. 126.

27. Інновації : понятійно-термінологічний апарат, економічна сутність та шляхи стимулювання : навч. посіб. – К. : Центр навч. літ., 2005. – 118 с

28. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку / М. М. Білинська, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова // Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. С. 284 – 319.

29. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (організаційно- управлінський підхід) / Д. В. Карамішев. – Х. : ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. – 304 с

30. Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління. 2011. Вип. 3 (34). URL : <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2011-3/doc/4/01.pdf>.

31. Карамішев Д. В. Реалізація та оцінка ефективності інноваційних проектів у системі охорони здоров'я / Д. В. Карамішев, А. С. Немченко // Економіка та держава. – 2006. – №2. – С. 86-88.

32. Козак В. С. Доступность первичной медицинской помощи как цель модернизации здравоохранения / В. С. Козак // Главный врач. – 2004. – №5. – С. 7-12.

33. Конституція України від 28.06.1996 року №254к/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.

34. Концептуальне забезпечення діяльності Інституту проблем державного управління та місцевого самоврядування Української Академії державного управління при Президенті України / В. Луговий, В. Князев, В. Бакуменко, Ю. Сурмім // Вісник УАДУ – 2003. – №1. – С. 11-25.

35. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України [Електронний ресурс]: Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf

36. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, Указ Президента України від 07.12.2000р. № 1313 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.

37. Крук О. М. Аналіз кошторису видатків бюджетних установ / О. М. Крук, В. С. Кончатна // Вісник Донбаської державної машинобудівної академії. - 2016. - № 3. - С. 107-112.

38. Ліштаба Л.В. Формування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.04 - економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності). Тернопільський національний економічний університет МОН України, Тернопіль, 2017.

39. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я». — К., 2012. — 23 с.

40. Міщенко Д.А. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення / Д. А. Міщенко, Л. О. Міщенко // Економічний простір. - 2016. - №106. – С. 168-17.

41. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» [Електронний

ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#n18>. – Назва з екрана.

42.Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / В. В. Лазоришинець та ін. ; за ред. В. В. Лазоришинця. – К. , 2014. – 607 с.

43.Парламентські слухання щодо реформи у сфері охорони здоров'я: у Верховній Раді України зареєстровано проект Рекомендацій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/253466>. – Назва з екрана

44.Пашков В.Д. Державна політика щодо соціальних інновацій у галузі охорони здоров'я / В. Пашков // Аптека. – 2006. – №37(558). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/3647>.

45.Поліщук М. Підготовка висококваліфікованих фахівців – першочергове завдання медичної галузі / М. Поліщук // Ваше здоров'я [Електронний ресурс]. – 12 (789). – Режим доступу : www.vz.kiev.ua/med/12-05/5.shtm. – Назва з екрана.

46.Порядок складання, розгляду, затвердження та основні вимоги до виконання кошторисів бюджетних установ, постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 року №228 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.

47.Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі / Міністерство охорони здоров'я України. — Офіц. вид. — К., 2011. — 420. — (Нормативний документ МОЗ України. Наказ). [Електронний ресурс] — Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_420.html.

48.Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я // Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 // Медичний вісник України . – 2000. – № 25. – С. 3.

49.Радиш Я. І. Із досвіду формування професійної моделі керівника системи охорони здоров'я. Охорона здоров'я України. 2002. № 3/4. С. 25 –29.

50.Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.eushc.com.Ua/catalogs/4/54/103/412/Book14of_SHC.pdf

51.Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід міжнародних експертів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/298348>.

52.Розпорядження КМУ від 31 жовтня 2011 р. №1164-р «Просхвалення Концепції Загально державної програми «Здоров'я-2020: український вимір»» // Офіційний вісник України. – 2011. – №90. – С. 32.

53.Роль міжнародної стандартизації в економічному розвитку України / О. Бікбулатова, Б. Гриньов, Ю. Даниленко [та ін.] // Стандартизація, сертифікація, якість. — 2012. — № 1. — С. 3 — 10.

54.Ситник Й. С. Управління знаннями як складова процесу інтелектуалізації систем менеджменту підприємств. URL:: <http://economyandsociety.in.ua>.

55.Скуратівський В. Гуманітарні, соціальні та економічні пріоритети інноваційного розвитку України / В. Скуратівський // Вісник УАДУ – 2003. – №2. – С. 374-379.

56.Солоненко І. М., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я. URL: http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10_simsoz.pdf.

57.Стан підготовки спеціалістів у галузі охорони громадського здоров'я в Україні та в світі: огляд / Р. В. Вороненко, В. В. Глухівський, О. С. Коваленко, В. М. Лехан, В. М. Рудий, Л. М. Скоропада, І. М. Солоненко. К.: Сфера, 2003. 86 с.

58.Стратегія оцінки якості підготовки медичних та фармацевтичних фахівців / О. П. Мінцер, М. В. Банчук, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 1. – С. 9-13.

59.Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги /

Міністерство охорони здоров'я України та Національна академія медичних наук України. — Офіц. вид. — К., 2011. — 141/21. — (Нормативний документ МОЗ України та НАМН України. Наказ).

60.Хожило І. І., Акуленко О.В. Атестація як технологія формування компетентності керівників органів управління охороною здоров'я. Державне будівництво. 2010. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2010_1_24.

61.Щур О. Визначення та оцінка компетенцій, що зумовлюють ефективність працівника. Практика управління. березень. 2007. URL: www.hr.kavjarnia@gmail.com.

62.Bonder A., Hollands D., & Miles J. A blue-print for the future: Competency-based management in the Public Service of Canada. Ottawa. The Treasury Board Secretariat. Public Service Commission Working Group on Competency. Based management.1999.

63.Boyatzis R.E. The competent manager: a model for effective performance [Text]. New York: Wiley, 1982.

64.Fleischman E. A., Wetrogan L. I., Uhman C. E., Marshall-Miles J. C., (1995) In Petertson N. G., Mumford M. D., Borman W. C., Jeanneret P. R., Fleishman E. A. (Eds.). Dewelopment of prototype occupational information network content model (vol. 1, pp. 10.1–10.39). Utah: Utah Department of Employment Security (Contract Number 94–542).

65.Hamel G., Prahalad C.K. Competing for the Future: Breakthrough Strategies for Seizing Control of Your Industry and Creating Markets of Tomorrow. – Boston: Harvard Business School Press. 2014. 340 p.

66.Klein A. L. Validity and reliability for competency-based system: Reducing litigation risks. Competensation and Benefits Review.1996. 28.P. 31–37.

67.Mansfield R. S. Building competency model. Human Resource management. 1996. P. 7 – 15.

68.Mirabile R. J. Everything you wanted to know about competency modeling. *Training and Development*. 1997.August. P. 73 – 77.

69.Slivinski L., Donoghue E., Chadwick M., Ducharme F. A.,Gavin D. W., Lorimer A., Mcsheffrey R., Mile J., & Morry G. The wholistic competency profile: A model. Ottawa: Staffing Policy and Program Development Directorate, Public Service Commission of Canada, 1996.

70.Spencer L. M., McClelland D. C., Spencer S. *Competency assessment methods: History and state of the art*. Boston: Hay-McBer Research Press, 1994.

71.Spencer L. M., McClelland D. C., Spencer S. *Competency assessment methods: History and state of the art*. Boston: Hay-McBer Research Press, 1994.

72.Stotey J. *New Developments in the Management of Human Resources*. Oxford: Blackwell, 2015. 476 p.

73.Woodruff C. What is meant by a competency? *Leadership and Organizational Development Journal*. 1993. P. 29 – 36.