

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:

СУЧАСНИЙ КЕРІВНИК МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ В УМОВАХ  
РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконала: студентка 6 курсу 639МЗ групи  
напряму підготовки:

28 Публічне управління та адміністрування  
спеціальності:

281 Публічне управління та адміністрування  
Філіпцева Олена Юріївна

Керівник:

доцент б.в.з.

Верба Світлана Миколаївна

Рецензент: доктор політичних наук, професор  
Євтушенко Олександр Никифорович

м. Миколаїв – 2023 рік

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 КЕРІВНИК ЯК ГОЛОВНИЙ ЧИННИК КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я.....	6
1.2. Сутність та поняття сучасного керівника в охороні здоров'я.....	15
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАКОРДОННИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД.....	20
2.1. Технології управління кадровими ресурсами в закладах охорони здоров'я.....	20
2.2. Система управління охороною здоров'я в світі та в Україні .....	33
2.3. Оплата праці в галузі охорони здоров'я.....	37
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	45
3.1. Системи управління оперативною діяльністю.....	45
3.2. Принципи підготовки кадрового складу в системі охорони здоров'я..	49
3.3. Механізми навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій.....	58
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сьогодні актуальність проблем сучасного менеджера охорони здоров'я в Україні зростає у зв'язку з необхідністю сталого функціонування системи охорони здоров'я. Основний напрям державного управлінського розвитку спрямований на досягнення належного життєвого рівня народу та підвищення соціально-економічного рівня суспільного розвитку. Основою реалізації визначених державою пріоритетів є збереження та зміцнення здоров'я працездатного потенціалу країни, що є одним із головних завдань системи охорони здоров'я.

Медичний персонал є основною і важливою складовою частиною системи охорони здоров'я, яка забезпечує ефективну та ефективну діяльність окремих суб'єктів і структур, а також галузі в цілому. Визначальним для належного рівня забезпечення населення медичною допомогою є наявність, кваліфікація та розподіл кадрів, мотивація, умови праці, заробітна плата, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу. Людські ресурси значною мірою відповідають за ефективні реформи охорони здоров'я. Зміцнення робочої сили все частіше визнається ключовим елементом сталого функціонування систем охорони здоров'я.

Теоретичні питання розвитку охорони здоров'я розглядаються в дослідженнях багатьох економістів, юристів, лікарів. Пошуку шляхів вдосконалення системи управління системою охорони здоров'я в період реформування науковці приділяють все більшу увагу. Тому окремі важливі аспекти людських ресурсів у сфері управління охороною здоров'я вже розглядалися багатьма дослідниками. Актуальними є окремі аспекти впровадження сучасних менеджерів, особливо в організаціях охорони здоров'я.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є обґрунтування підходів до системи сучасного керівника сфери охорони здоров'я в умовах

реформування галузі.

Для вирішення поставленої мети були поставлені **завдання**:

- провести аналіз кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я;
- з'ясувати особливості застосування методів управління в сфері охорони здоров'я;
- обґрунтувати шляхи удосконалення системи управління в сфері охорони здоров'я України.

**Об'єктом дослідження** є процеси сучасного керівника в закладах охорони здоров'я;

**Предметом дослідження** є теоретико-методичні засади сучасного керівника в закладах охорони здоров'я.

**Наукова новизна одержаних результатів:** механізми кадрового сучасного керівника в закладах охорони здоров'я на основі аналізу стану кадрового забезпечення та системи оплати праці для ефективного управління кадровими ресурсами з використанням безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій

**Методи дослідження.** Магістерське дослідження виконано з використанням наступних методів: статистичного, бібліосемантичного, Застасовано загальнонаукові та спеціальні методи та прийоми наукового дослідження щодо аналізу контингенту студентів. У процесі обробки матеріалів дослідження застосовувались сучасні комп'ютерні технології та програми.

Інформаційною базою дослідження стали законодавчі та нормативноправові акти, матеріали Державного комітету статистики України, матеріали державної статистичної звітності медичної галузі, база даних Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх», World Health Statistics, матеріали наукових конференцій.

**Практичне значення результатів** полягає в тому, що теоретичні та методичні положення магістерської роботи доведено до рівня конкретних рекомендацій, що спрямовані на вдосконалення механізмів сучасного

керівника в закладах охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача полягає у визначенні теоретичних основ сучасного керівника. Автор здійснив розробку і практичну реалізацію механізму навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій, системи управління оперативною діяльністю

**Структура і обсяг роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Обсяг роботи 74 сторінки, 3 розділи, що містять в собі 8 підрозділів, список використаних джерел – 59 найменувань.

## РОЗДІЛ 1

### КЕРІВНИК ЯК ГОЛОВНИЙ ЧИННИК КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я

Науковці стверджують, що завдання формування ефективного кадрового потенціалу в Україні стикається з двома основними проблемами. По-перше, відсутність єдиної стратегії кадрової політики в галузі охорони здоров'я, по-друге, існують певні неузгодженості між офіційними звітами. Якість і реальний стан кадрового потенціалу країни. Проте не можна говорити про кадровий потенціал, особливо про різні аспекти його формування в умовах суспільних реформ, про можливості його подальшої реалізації у сфері охорони здоров'я.

Розбудова України як демократичної країни, суспільні зміни вимагають формування нових змін у всіх сферах соціально-політичного життя суспільства. Такі хороші речі, як здоров'я, дуже важливі, і їх потрібно берегти. Забезпечення громадян якісною та достатньою профілактичною допомогою залежить від відповідності матеріально-технічної бази лікувальних закладів та професіоналізму та кваліфікації лікарів.

Проведення реформ у вітчизняній галузі охорони здоров'я сьогодні є одним із головних пріоритетів національної політики. Зрештою, нинішня медична система викликає справедливе невдоволення населення та медперсоналу.

Ознакою змін у нашій країні стали реформи. У певний момент кожна соціальна система, що закономірно розвивається, досягає свого піку, коли існуючі форми і методи управління такими системами вичерпують

адекватні ресурси для відновлення людських ресурсів. Сучасні вимоги до державотворення в Україні поставили на порядок денний чимало нагальних питань, зокрема формування ефективного кадрового потенціалу медичної галузі. Це дієвий організаційно-правовий механізм управління реалізацією державної політики у сфері охорони здоров'я.

Важливим аспектом функціонування соціальної сфери є стан здоров'я населення країни. Цей показник відображає якість життя населення. Погіршення стану здоров'я населення характеризується:

- Високий рівень захворюваності. Реальні показники захворюваності значно перевищують офіційні показники, а сільські жителі рідко звертаються за допомогою.

- Це негативний показник природного приросту населення майже в усіх регіонах нашої країни.

- Зниження рівня кваліфікації кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я.

Збереження здоров'я населення є головним пріоритетом державної соціальної політики. У зв'язку з цим важливим є посилення впливу держави на прискорення медичної модернізації з метою оптимізації мережі медичних закладів, підвищення якості надання медичних послуг, формування ефективної медичної системи для всіх громадян. Віддалений район. Варто зазначити, що серед сучасних проблем ресурсного забезпечення цієї сфери одне з головних місць належить кадрам. Таке рішення сприятиме пошуку нових моделей розвитку вітчизняної медицини, їх своєчасній та якісній реалізації. Доступність цих послуг для всіх категорій населення, незалежно від місця проживання та матеріального достатку.

Характерною ознакою становлення сучасної української держави є систематичні зміни в усіх сферах соціально-економічного та політичного життя суспільства і держави. Реформи стали ключовою рисою трансформації нашої країни. У певний момент кожна соціальна система, що розвивається природним шляхом, досягає такого рівня, коли наявні форми

та методи управління цією системою вичерпують відповідні ресурси для відновлення її інтелектуального та людського потенціалу.

Зі зміною політичної, економічної та соціальної ситуації в Україні докорінно змінилися вимоги до керівників усіх рівнів не лише виробничої, а й соціальної сфери. Дедалі важливішими стають особистісна компетентність, професійна підготовка, сприйнятливість до інновацій та творчий пошук.

Одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я є ефективна кадрова політика. Розробка національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є нагальною потребою та умовою успішного проведення реформи державного управління у цій сфері. Якість і своєчасність надання медичної допомоги значною мірою залежить від наявності та кваліфікації персоналу [28].

Від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їх професійного рівня залежить якість і доступність медичної допомоги для населення країни. Впровадження ефективних кадрових ресурсів у систему охорони здоров'я є важливим інструментом реформування галузі охорони здоров'я. Факторами успіху розвитку медицини в будь-якій країні є професійна освіта, професійна наука і практична діяльність.

Працівники охорони здоров'я вважаються стратегічним капіталом нації, причому 75% усіх капіталовкладень у здоров'я в усьому світі спрямовуються саме на підтримку робочої сили [46].

Станом на кінець 2018 року в системі МОЗ України було зареєстровано 201905 штатних медичних працівників (табл. 1.1.1.). Питома вага штатних медичних посад осіб, у тому числі лікарів загального профілю, становить 81,9 %, як і у 2017 році. Відсоток штатної зайнятості лікарів (осіб) лікувально-профілактичними закладами становить 78,0% (2017 р. – 78,5%). Індивідуальна укомплектованість закладів окремих типів становить: дільничні лікарні - 85,7%, міські лікарні - 78,9, центральні лікарні - 75,7,



дільничні лікарні - 72,6, сільські амбулаторії - 67,9%. Розрив між штатними медичними посадами та фізичними працівниками становить 35 042, кількість посад за сумісництвом — 11 398, коефіцієнт зайнятості за сумісництвом — 1,7.

Таблиця 1.1.1.

## Дані про лікарські кадри в Україні

Рік	Штатні лікарські посади (всього)	Забезпеченість штатними посадами (всього на 10000 осіб населення)	Зайняті лікарські посади (всього)	Число лікарів фізичних осіб	Розрив між штатними і зайнятими посадами	Розрив між штатними посадами і лікарями – фізичними особами
2017	195315	46,26	172680	159600	22635	35715
2018	191905	45,71	168261	156863	23644	35042

↓

Рік	%, укомплектованості штатних посад з урахуванням сумісництва	%, укомплектованості штатних посад фізичними особами	Забезпеченість лікарями на 10000 осіб населення	Коефіцієнт сумісництва	Кількість посад зайнятих по сумісництву
2017	88,41	81,71	37,8	1,08	13080
2018	87,68	81,74	37,36	1,07	11398

Складено автором за даними джерел [20, 24, 58].

В установах МОЗ на медичних посадах працюють 3 тис. осіб немедичного профілю з вищою освітою, переважно в лікувально-профілактичних закладах. 2282 лікарі-лаборанти, 189 – статистики та 46 – фізіотерапевти.

Кадрові показники за типами закладів за окремими спеціальностями представлені у двох варіантах довідника. Тобто штатний розклад фізичних осіб (лікарів) з урахуванням спеціалістів з вищою немедичною освітою на посадах лікарів та асистентів.

Станом на кінець 2018 року кількість вакансій лікарів загального профілю становила 23 684, а в лікувально-профілактичних закладах, у тому числі в ЦЛС – закладі, що надає медичне обслуговування переважно сільським жителям, – 18 970. - 4738, RL - 248, DL - 7, SLA - 1987.

На кінець 2018 року кількість молодших спеціалістів за медичною формою навчання за денною формою навчання становила 354 161 осіб. У

2018 році штатні посади молодших спеціалістів з медичною освітою укомплектовано на 91,6% від усіх осіб, у 2017 році – на 93,3%, у лікувально-профілактичних закладах – на 86,3%, у 2017 році – на 88,9%.

Таблиця 1.1.2.

## Мережа і кадри закладів охорони здоров'я в Україні

Додаткова інформація	Роки		
	2016	2017	2018
Всього лікарняних закладів	1743	1714	1671
в тому числі система МОЗ	1506	1475	1416
інші міністерства та відомства	147	135	124
приватної власності	90	104	131
Заклади, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	10165	10373	10502
в тому числі система МОЗ	8182	8318	8437
інші міністерства та відомства	220	207	201
приватної власності	1763	1848	1864
крім того, приватні кабінети	5046	5344	6437
Всього лікарів	186776	186178	185675
Забезпеченість на 10 тис. населення	44,0	44,1	44,2
в тому числі система МОЗ	160912	159600	156863
Забезпеченість на 10 тис. населення	37,9	37,8	37,4
Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами (всього)	82,2	81,7	81,7
в тому числі у лікувально-профілактичних закладах	78,6	78,2	78,0
% осіб, що пройшли атестацію	68,3	68,8	68,9
% осіб, що пройшли підвищення кваліфікації	н/д	н/д	н/д
% осіб пенсійного віку	24,1	24,5	24,6
Із загальної кількості лікарів – в закладах інших міністерств та відомств	10360	9907	9968
лікарі приватної практики	15504	16671	18844
Кількість середнього медичного персоналу всього	366756	360416	345364
Забезпеченість на 10 тис. населення	86,5	85,4	82,3
в тому числі середнього медичного персоналу система МОЗ	337703	330444	313412
Забезпеченість на 10 тис. населення	79,6	78,3	74,7
Укомплектованість штатних посад середнього медичного персоналу фізичними особами (всього)	94,6	93,3	91,1
в тому числі в лікувально-профілактичних закладах	88,6	87,9	86,3
% атестації	71,0	71,5	72,5

Складено автором за даними джерел [11, 15, 48].

Нині в закладах МОЗ України працюють 156 863 лікарі та 315 412 молодших спеціалістів з медичною освітою. Показник забезпеченості лікарями на 10 тис. населення у 2018 році становив 37,4%, у 2017 році – 36,8%. Частка лікарів, які досягли пенсійного віку, у 2018 році становить 38 566 осіб, у 2017 році – 24,5%, або 24,6%. Кількість молодших спеціалістів з медичною освітою, які отримують пенсію, становить 39 799 осіб, що

становить 13,7% у 2018 році та 12,9% у 2017 році [11, 47].

Забезпеченість молодших спеціалістів медичною освітою в Україні у 2018 році становила 75,7 на 10 тис. населення (2017 рік – 78,3). Співвідношення лікарів і загального медперсоналу 1:2,5.

Кількість лікарів лікувально-профілактичних закладів (без керівників та уповноважених, лікарів-стоматологів, статистиків і методистів) у 2018 році становила 105 783 (24,7% на 10 тис. населення), у 2017 році – 105 611 (24,9%). Зменшення лікарів у профілактичних організаціях.

Згідно з даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, кількість лікарів на 10 тис. населення в європейському регіоні становить 36,2 (станом на 2018 рік).

Забезпеченість медичними працівниками в країнах ЄС становить 104,0 на 10 тис. населення. Лікарі (враховуються лише лікарі загальної практики) – 35,2 на 10 тис. населення, медичні сестри – 75,1 на 10 тис. населення [34].

Водночас показник забезпеченості лікарем загальної практики становить 28,0 на 10 тис. населення, що нижче, ніж у країнах ЄС [1].

У лікувальних закладах активно практикуються принципи сімейної медицини. Кількість лікуючих лікарів у 2018 році становила 14814, у 2017 році – 14828, а на кінець 2018 року атестовано 9258, або 62,4% від усіх лікуючих лікарів.

У системі охорони здоров'я тривала реорганізація інституційної мережі шляхом реорганізації обласних і малих міських лікарень в амбулаторно-поліклінічні заклади з подальшим включенням до центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Фельдшерсько-акушерські пункти входять до складу ЦПМСД як окремі структурні підрозділи. При забезпеченості сільських лікувальних закладів лікарями (фізичними особами) – 67,6 %, на кінець року в 455 амбулаторіях (у 2017 році – 412) не було укомплектовано жодної лікарської посади основного працівника.

Загалом кількість молодших спеціалістів, які отримали медичну

освіту у 2018 році становила 88,9%, а у 2016 році – 90,7%. Проте у 1251 ФАПі на кінець 2018 року жодної штатної посади молодшого спеціаліста за медичною освітою не було укомплектовано державними кадрами у 2017 році – 841 [15, 48].

Слабкою ланкою у сфері управління керівними кадрами залишалися кадрові служби, які не змогли налагодити багатосторонню систему підготовки первинного відбору, підвищення кваліфікації та резерву керівних кадрів та забезпечити пріоритет при призначенні на керівні посади. Неувага керівників до своїх проблем найбільше вплинула на підвищення економічної самостійності менеджерів, які працюють в умовах використання ринкових механізмів. Сьогоднішня ситуація, коли низька задоволеність населення організацією та якістю надання медичної допомоги, низька задоволеність медичних працівників, гостра нестача медичних кадрів, значною мірою зумовлена соціальними наслідками кадрової політики на місцях.

Хоча протягом останніх десятиліть у системах охорони здоров'я відбулися інтенсивні зміни, галузь має покращити якість медичної допомоги на всіх рівнях. Багато в чому це залежить від управлінської команди, досвіду та здатності реагувати на виклики. Відповідність професійних, ділових та особистих якостей часу, вимогам та уявленням сучасних менеджерів.

На даному етапі перед країною стоїть завдання вдосконалення соціальної та економічної політики в галузі охорони здоров'я. Значна диференціація регіонів держави за соціально-економічними та демографічними параметрами зумовлює необхідність урахування особливостей різних видів медичних ресурсів, кадрів при розробці стратегій сталого розвитку галузі.

Так, зокрема, станом на кінець 2018 року кількість лікарів, які здобули кваліфікацію, становила 108 997 осіб, або 68,8% від загальної кількості лікарів. Хоча у 2017 році частка лікарів із кваліфікацією була такою ж, у

2017 році – 68,5%. 2016 р. на 0,5% менше, ніж у наступному році (табл. 1.1.3.).

Таблиця 1.1.3.

Дані про атестацію лікарів за 2016-2018 роки

Рік	Всього лікарів	Із них мають кваліфікаційну категорію	У тому числі:						% атестованих лікарів до загального числа лікарів
			вищу		І		ІІ		
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	
2016	160912	109866	60602	55,2	32912	30,0	16352	14,9	68,3
2017	159600	109776	61629	56,1	31979	29,1	16168	14,7	68,8
2018	156863	107997	62441	57,8	30364	28,1	15192	14,1	68,8

Складено автором за даними джерел [22, 30, 37].

Станом на кінець 2018 року в установах працювало 62 441 особа, або 57,8% усіх лікарів, а у 2017 році – 61 629, що на 1,7% менше порівняно з 2018 роком, а цього року – на 1,1%. Встановлено, що порівняно з 2016 роком показник збільшився, а кількість лікарів вищої категорії зростає.

Кількість лікарів І категорії на кінець 2018 року становила 30364 (28,1%), у 2017 році – 31979 (29,1%), у 2016 році – 32912 (30,0%). Слід зазначити, що за останні три роки кількість лікарів зменшилася. Проте кількість лікарів другої категорії є відносно стабільною, змінившись порівняно з 2016 та 2018 роками, лише на 0,8%. Кількість дипломованих молодших спеціалістів з медичною освітою становить 227 150 осіб, або 72,5% (2016 р. – 71,5%) [15, 33].

Атестація практикуючих лікарів проводиться на належному рівні. Продовжує залишатися актуальною проблема забезпечення лікувально-профілактичних закладів медичним персоналом загального профілю.

Рівень кваліфікації — комплексний показник кадрового забезпечення вітчизняної охорони здоров'я, що складається з об'єктивної (якість спеціальної підготовки) та суб'єктивної складових (зацікавленість медичних працівників у підвищенні рівня кваліфікації). В Україні бракує обох цих компонентів.

Вітчизняні та закордонні експерти відзначають проблемні питання,

пов'язані з якістю кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України [32].

- Збільшення кількості кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну медичну сферу за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щороку з України виїжджає понад 8 тис. лікарів, у тому числі молодший медичний персонал з медичною освітою).

- Рівень практичної підготовки молодих спеціалістів є недостатнім, як констатують спеціалісти та керівники закладів охорони здоров'я.

- Недосконалість механізмів контролю за процесом працевлаштування випускників вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням, відсутність механізму повернення коштів у разі неприбуття за місцем призначення молодих спеціалістів, які навчалися за цільовим контрактом.

Соціально-економічні умови, в яких працюють медичні працівники, є основним чинником кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України.

Тому, за даними МОЗ України, для покриття природного потоку щорічно потрібно близько 97 тисяч лікарів. Стан кадрів охорони здоров'я характеризується декількома проблемами, які необхідно враховувати при стратегічному розвитку підготовки та розміщення медичного та вторинного персоналу.

1. Зменшується кількість лікарів та медичного персоналу.

2. Чисельність звичайного медичного персоналу, такого як лікарі та загальний медичний персонал, невелика.

Це особливо стосується закладів первинної медичної допомоги та певних спеціальностей [43].

3. Є відмінності в забезпеченості лікарями та медичним персоналом загального профілю по регіонах.

4. Віковий склад медичного персоналу несприятливий. Частка пенсіонерів і передпенсійного віку становить 25,1% [46]. Крім того,

погіршується статус медичної спільноти.

Однак у довгостроковій перспективі існує потреба у розробці спільно з професійними асоціаціями концепції кадрової політики в галузі охорони здоров'я, яка повинна поєднуватися з впровадженням практичного сегменту галузі та запровадженням економічних механізмів підвищення інтересу. Результати роботи медичних працівників. Чинна законодавча база в Україні ґрунтується на окладах, затверджених Кабінетом Міністрів України, і враховує лише робочий час. Це заважає медичним працівникам покращувати рівень якості, а адміністраторам – збільшувати обсяги послуг.

## **1.2. Сутність та поняття сучасного керівника в охороні здоров'я**

Розглядаючи менеджмент у контексті його використання як макросистеми у сфері охорони здоров'я, можна використати такі визначення: «Охорона здоров'я – це наука про управління, регулювання та контроль фінансових, трудових і матеріальних ресурсів закладами та закладами охорони здоров'я» [ 15].

Метою сучасних менеджерів охорони здоров'я є використання наявних ресурсів для зменшення соціальних втрат через захворювання, інвалідність та смертність населення.

Завдання сучасного менеджера охорони здоров'я – підвищувати якість лікування, діагностики та профілактичних заходів і максимально ефективно досягати поставлених цілей шляхом раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

Об'єктом діяльності сучасних медичних менеджерів є лікувально-профілактичні заклади (медичні підприємства, установи).

Суб'єктами сучасного медичного менеджера є адміністративні організації та установи (МОЗ, лікуючі лікарі, менеджери, директори клінік).

Менеджмент як вид діяльності існував протягом всієї історії. Можна сказати, що менеджмент існує з того моменту, як людям знадобилося співпрацювати. Певні форми підприємницької діяльності виникли, коли потрібно було збирати податки, збирати армії та годувати людей.

У загальному вигляді управління (менеджмент) можна трактувати як, з одного боку, процес впливу на когось, щось, і водночас, з іншого, як систему суб'єктів управління, керованих об'єктів і управлінських дій.

Тому управління медичними закладами можна розглядати з двох позицій.

1. Медичний менеджмент – це процес впливу на матеріальні, трудові, фінансові відносини (матеріальні, кадрові, фінансові ресурси), організацію з метою реалізації економічної та соціальної політики лікувально-профілактичних закладів.

2. Охорона здоров'я - це сукупність усіх органів і заходів управління лікувально-профілактичним апаратом закладу.

Аналіз менеджменту (сучасного менеджера) визначається принципами, методами, функціями та цілями менеджменту. Принципи сучасного менеджера:

1. Організаційно-координаційні та принципи діяльності, спрямовані на активізацію та посилення мотивації кожного працівника та колективу в цілому. Серед них влада, відповідальність; єдиноначальність; єдність керівництва; концентрація; лінійне управління; *Bespeak*; стабільність; планувати.

2. Принципи розвитку, спрямовані на оптимізацію взаємин і підвищення ефективності групової діяльності. Це дисципліна, справедливість, підпорядкування індивідуальних інтересів загальним інтересам, дух співпраці, постійність працівників, винагорода.

3. Принципи підвищення іміджу, авторитету та репрезентативності закладу.

Методи управління наступні (загальна класифікація).



- Організаційні, адміністративні;
- Економічні;
- правові;
- Психосоціальна. Метод управління:
- Методи підкріплення та стимулювання;
- Як регулювати поведінку;
- Як оптимізувати трудові процеси та підвищити відповідальність співробітників;
- Розвивати ініціативу співробітників і вдосконалювати особисті навички.

Можливості управління визначаються системою управління, табличним рівнем.

1. Система управління будь-яким об'єктом складається з трьох рівнів:

- Стратегічний – на цьому рівні визначаються цілі та можливості.

Наслідки перспективи;

- Тактичний – рівні дозволяють оптимально визначати конкретні завдання, організувати, поетапно виконувати та контролювати результати.

- Операції – цей рівень забезпечує ефективне виконання виробничого процесу з оптимальним використанням наявних ресурсів. Цей рівень включає облік, контроль та аналіз діяльності вже функціонуючих структур.

Розглянемо менеджмент у контексті його використання як мікросистеми в охороні здоров'я, тобто безпосереднього управління закладами охорони здоров'я як самостійними економічними одиницями.

В управлінні лікувально-профілактичними закладами є дві сторони.

- Керується (керуючим);
- Чим управляти (людські, фінансові, матеріальні ресурси).

У лікувально-профілактичних закладах функціонують три рівні системи управління:

- Лікуючий лікар на стратегічному рівні;

- представники тактичного рівня від лікуючих лікарів для ділянок і відділень, у тому числі старші медичні сестри;
- Завідувач відділення оперативного рівня без інших підлеглих, включаючи головну медичну сестру відділення.

Ефективність управління медичним закладом визначається впровадженням наукової організації праці, тобто створенням оптимальних умов для ефективного використання робочого часу працівників.

Особливе місце в реалізації прийнятого рішення займає впровадження в роботу медичних закладів сучасних технічних засобів для оперативного збору, зберігання, обробки та передачі інформації з використанням сучасних засобів зв'язку. Усе це досягається шляхом автоматизації системи управління охороною здоров'я, тобто постійного забезпечення керівників медичних закладів та закладів інформацією, необхідною для реалізації завдань бухгалтерського обліку, планування, стратегічного та оперативного управління.

Ефективність управління повинна враховуватися не тільки у вигляді оптимізації технічних рішень, а й у відповідній психологічній установці. Серед факторів, що перешкоджають розвитку особистісних якостей професіонала-менеджера, можна виділити: відсутність особистісних ціннісних орієнтацій; відсутність особистої уваги; Недостатня професійна кваліфікація. Нездатність впливати на людей; нездатність до самовдосконалення; невміння володіти собою; відсутність почуття обов'язку; вибірковість; розчинення; нечесність; Індивідуальні інтереси не можуть бути підпорядковані груповим і колективним завданням і установкам.

Для ефективного менеджменту важлива мотивація. Це поєднання діяльності за інтересами співробітників і зобов'язань, виробничих, фізіологічних і психологічних настанов. Серед якісних методів впливу на колективи в управлінні важливу роль відіграє стиль керівництва (поєднання методів управління та психології управління).

## Управлінські форми та функції

Таблиця 1.2.1.

Форми / Функції	Бюджетна установа	Спеціальний рахунок	Комунальне підприємство	Партнерство державного (комунального) та приватного секторів
	низький → рівень управлінської автономії → високий			
Рівні кадр. забезпечення	Наказ МОЗ України №33		Залежать від замовника послуг	Визначаються відповідно до потреб та пріоритетів
Структура організації	Затверджені на національному рівні кваліфікаційні характеристики, методичні рекомендації до посадових інструкцій та звітність		Посадові інструкції залежать від потреб медичного закладу, а відповідальність - від оцінки результатів діяльності	
Підбір кадрів та прийняття на роботу	Власне або делеговане повноваження власника. Наймані працівники бюджетної організації		Власне або делеговане повноваження власника, можливий трудовий договір персоналу з адміністрацією	Трудовий договір, як у приватному секторі
Оцінка результатів діяльності	Відсутня		Залежить від досягнень відповідно до договору на надання послуг, укладеного з замовником послуг та внутрішніх документів підприємства	Залежить від досягнень відповідно до стратегічних пріоритетів
Системи оплати праці	Затверджена на національному рівні ставка та надбавки	Затверджується керівником підприємства (у межах розміру фонду заробітної плати, який визначається керівником з урахуванням виділених підприємству бюджетних коштів)		На індивідуальній основі та надбавки на основі оцінки результатів діяльності
Навчання та організаційний розвиток	Затверджена на національному рівні формальна освіта та підвищення кваліфікації у відповідності до вимог законодавства (закупівля за державний кошт стандартизованої формальної освіти)		Формальна освіта, що залежить від потреб та навчання, що замовляється медичним закладом, та підвищення кваліфікації у відповідності до вимог законодавства	Безперервний професійний розвиток на рівні команди відповідно до стратегічних пріоритетів
Завдання управління	Адміністрування коштів в рамках статей та забезпечення відповідності нормативно-правовій базі	Адміністрування коштів в рамках спеціального рахунку	Укладання договору із замовником послуг	Визначення стратегічних пріоритетів розвитку та координація діяльності з зацікавленими сторонами

## РОЗДІЛ 2

### ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАКОРДОННИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

#### 2.1. Технології управління кадровими ресурсами в закладах охорони здоров'я

Успішний розвиток будь-якої сфери людської діяльності неможливий без менеджменту, тобто системного процесу використання ресурсів для досягнення цілей. Головним ресурсом будь-якої організації є люди. Тому що всі інші ресурси пускають в дію люди. Управлінські навички складаються з уміння організувати конкретну діяльність з оптимальним використанням людських ресурсів. У системі охорони здоров'я дуже важлива роль відводиться безпосередньо медичним працівникам, тому управління розвитком людських ресурсів визнається головним пріоритетом сучасних систем управління в охороні здоров'я. Традиційні методи управління персоналом в охороні здоров'я вже не дають бажаних результатів, а навпаки, часто створюють проблеми для управлінських структур.

Зараз, в умовах дефіциту коштів, які виділяються з державного бюджету на розвиток медицини, найбільш перспективним є мобілізація прихованих можливостей системи на основі кращого використання кадрового потенціалу. Згідно з міжнародним досвідом, особливо Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), найбільш успішні заходи зміни менеджменту в організаціях, спрямовані на підвищення ефективності систем охорони здоров'я, здійснюються за такими напрямками: Управління персоналом.

Сьогодні в Україні відбуваються радикальні реформи щодо створення пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я (фінансування базових пакетів послуг, розробка та реалізація стратегії розвитку кадрів, підбір лікарів та закладів охорони здоров'я), підвищення якості послуг), медичні послуги можуть надаватися всім громадянам на рівні розвинених країн Європи [45]. Зміни в економічному механізмі медичної галузі тягнуть за собою зміни в організаційному статусі медичних установ, формі власності, характері взаємовідносин між суб'єктами ринку, фінансових потоках.

На практиці проблемою є недостатня підготовленість управлінського персоналу до використання сучасних управлінських підходів і методів, спрямованих на пошук і розвиток перспективних ринкових ніш та формування конкурентної позиції медичних закладів. Медичний персонал у сфері державної медицини не може забезпечити конкурентну перевагу в медичних послугах і медичних організаціях загалом без маркетингових навичок і творчого мислення. Тому перед сучасною системою охорони здоров'я стоїть завдання адаптації до ринкових умов шляхом системної перебудови та вдосконалення механізмів державного регулювання та, головне, реалізації концепції комплексного розвитку та управління медичними кадрами. Це залежить від роботи системи.

Важливою умовою розвитку охорони здоров'я в Україні є посилення інноваційного потенціалу системи охорони здоров'я. Під цим розуміємо сукупність науково-технічних, технологічних, інфраструктурних, фінансових, правових та інших можливостей, що забезпечують визнання та впровадження інновацій. Тому поняття інноваційного потенціалу є концептуальним відображенням розвитку інноваційних процесів, без яких неможливий національний ринок медичних послуг [53].

Відповідно до ресурсного підходу кадровий потенціал в охороні здоров'я розглядається як упорядкована сукупність ресурсів, що забезпечують реалізацію інноваційної діяльності суб'єктів ринку. Це дуже важлива довідка, тому що в медичній практиці України гостро відчувається

нестача базових ресурсів, таких як фінанси, матеріально-технічні, трудові та адміністративні. У таблиці 11 представлені основні показники охорони здоров'я з 1995 по 2019 роки.

Основою фінансування лікувально-профілактичних закладів є бюджетні кошти за державною програмою безоплатного надання медичних послуг населенню. Стійке функціонування медичних закладів. Проте існує потреба в активному пошуку додаткових фінансових ресурсів у вигляді фондів медичного страхування. Розвиває різноманітні структури та договірні відносини територіальних економічних систем. Залучати кошти, надавати медичні послуги пільговим громадянам, розширювати обсяг платних медичних послуг та реалізовувати інші інноваційні проекти медичного характеру [1].

Сьогодні ситуація з матеріально-технічним забезпеченням української охорони здоров'я є складною та проблемною. Сучасні медичні дослідження неможливо проводити через застаріле медичне обладнання вітчизняної промисловості. Зазначимо, що вітчизняна промисловість не виробляє медичне обладнання світового рівня, особливо у відповідних високотехнологічних галузях. Виходячи з досвіду, одним із шляхів вирішення цієї проблеми може стати розвиток виробництва медичної техніки підприємствами ОПК України та використання нових організаційних форм і нових технологій [8].

Висока лікувальна ефективність забезпечується працею. Недостатня підготовка спеціалістів для потреб практичної охорони здоров'я, неадекватна структурна перебудова цього виду діяльності та відсутність соціальної захищеності медичних працівників призводять до зниження якості медичної допомоги з усіма наслідками. Практика показала, що необхідно повернутися до розподілу випускників медичних навчальних закладів, постійного підвищення кваліфікації персоналу та впровадження нових методів оплати.

Таблиця 2.1.1.

## Показники охорони здоров'я

Показники	1995	2000	2005	2010	2015	2017	2019
Кількість лікарів усіх спеціальностей (без зубних лікарів), тис. осіб	230	226	224	225	186	187	186
на 10000 населення	45,1	46,2	47,9	49,3	43,7	44,0	44,1
Кількість середнього медичного персоналу (без зубних лікарів), тис. осіб	595	541	496	467	372	367	360
на 10000 населення	116,5	110,3	106,2	102,4	87,3	86,5	85,4
Кількість лікарняних закладів, тис. од.	3,9	3,3	2,9	2,8	1,8	1,7	1,7
Кількість лікарняних ліжок, тис. од.	639	466	445	429	333	315	309
на 10000 населення	125,1	95,0	95,2	94,0	78,1	74,3	73,1
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. од.	7,2	7,4	7,8	9,0	10,0	10,2	10,4
Кількість самостійних стоматологічних поліклінік, од.	324	320	309	279	197	197	197
Кількість відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі і відвідувань лікарями хворих удома включно з екстреною та планово-консультативною допомогою (МОЗ), млн	495,8	491,9	499,0	494,5	397,5	393,8	382,4
на одного жителя	9,7	10,0	10,6	10,8	9,3	9,3	9,0
Кількість осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади (МОЗ), млн осіб	11,2	9,6	10,1	10,5	8,6	8,6	8,3
на 100 осіб	21,9	19,4	21,6	22,9	20,2	20,2	19,7
Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (МОЗ), дн.	16,8	14,9	13,5	12,5	11,4	11,2	11,0

У 2018 році Президент України підписав ухвалений Верховною Радою закон, яким розпочато реформування системи охорони здоров'я України. Міністерство охорони здоров'я України розробило детальний план, який містить основні кроки впровадження реформи. Його основний напрям –

підвищення ефективності функціонування системи шляхом функціональних і структурних змін та оптимізації витрат за принципом «гроші йдуть».

Знайомимо «пацієнтів» і сучасних професійних менеджерів. Реалізація зазначених рекомендацій дозволить створити нову сучасну модель системи управління охороною здоров'я. Ця модель забезпечує чітке та просте для розуміння національне охоплення медичною допомогою, кращий фінансовий захист громадян у разі спалахів захворювань, а також ефективні та прості для розуміння послуги. Справедливий розподіл ресурсів. З огляду на це, всі державні та комунальні організації охорони здоров'я повинні адаптуватися до умов стрімких змін зовнішнього середовища та активного контакту з різними суб'єктами ринку, змінювати стиль управління, вдосконалювати маркетинг і персонал, щоб досягти медико-економічної ефективності. Ви повинні використовувати його. Навички управління в рамках розробленої стратегії.

Суттєві зміни в галузі охорони здоров'я, насамперед автономія закладів в адміністративній діяльності та можливість залучення фінансування з різних джерел, зумовлюють необхідність повного використання кадрового потенціалу медичних закладів. Завдяки менеджерам це можна перетворити на конкурентну перевагу для організації та досягти поставлених цілей на ринку [58]. Цілі кадрової політики ВООЗ полягають у підготовці кваліфікованого персоналу, забезпеченні медичних закладів і дозволі медичним працівникам виконувати відповідні завдання. Працівники охорони здоров'я вважаються стратегічним капіталом, і більша частка всіх капітальних інвестицій у світову галузь охорони здоров'я спрямована саме на підтримку робочої сили. Характеризуючи кадровий потенціал медичного закладу, можна виділити такі ознаки:

- кількісні (чисельність, склад, структура, вік, стаж роботи, чисельність, рентабельність і продуктивність праці)
- Якісні (фізичний, психологічний, адаптаційний, інтелектуальний, етичний, кваліфікаційний, організаційний потенціал).



Найголовніше — забезпечити активізацію людського фактора в роботі, поєднуючи ступінь використання потенційних здібностей окремих медичних працівників і персоналу в цілому. Управління кадровим потенціалом здійснюється у двох напрямках [14]:

- 1) Формування кадрового потенціалу;
- 2) Активне використання кадрового потенціалу.



Рисунок 2.1.1. Система управління персоналом медичної організації

Зважаючи на поточний стан розподілу кадрів, неможливо в короткостроковій перспективі відмовитися від нинішнього поєднання сімейної медицини, громадських терапевтів і педіатрів, мережі жіночих консультацій, що надають первинну медичну допомогу. Проте будь-який чіткий план зміцнення первинної медичної допомоги повинен починатися з визнання сімейних лікарів як автономних суб'єктів (через механізми приватної практики первинної медичної допомоги, за прикладом Великобританії, Нідерландів і Данії). Поступове запровадження та підтримка приватної практики первинної ланки (ПМД) передбачатиме перепідготовку лікарів та зміну ліцензійних вимог для цього виду практики.

Протягом певного періоду часу лікарі, які практикують окремо, надають послуги одночасно і, як частина центру ПМД, їхні послуги покриваються з державного бюджету або медичного страхування (після впровадження) через аналогічний механізм фінансування (принцип зваженого ризику). Фінансування первинних ланок має здійснюватися шляхом формування замовлення на обслуговування.

У майбутньому лікарі первинної ланки приватної практики матимуть можливість співпрацювати та спеціалізуватися в командах. Громадяни можуть скористатися принципом свободи вибору (реєстрація «обраних лікарів»), щоб скористатися особливостями ПМД, а саме знанням лікарів про особливості життя пацієнтів, яких вони обслуговують (рис. 2.1.1).

Лікарі первинної ланки володіють виключними правами направлення пацієнтів до спеціалістів шляхом укладення договорів із спорідненими організаціями [23]. Управління медичним персоналом є органічною складовою управління системою охорони здоров'я і підпорядковується єдиним цілям, спрямованим на їх досягнення через конкретну діяльність медичного персоналу. Управління персоналом — це безперервний процес управління людськими ресурсами, метою якого є оптимальне укомплектування та використання на основі більш повного планування, відбору, вдосконалення, розподілу персоналу, мотивації та регулярного об'єктивного контролю й оцінки діяльності. Метою управління людськими ресурсами є постійний пошук шляхів підвищення ефективності роботи. Мета досягається в результаті впровадження прогресивних форм організації праці та більш раціонального використання наявних трудових ресурсів. Процеси управління людськими ресурсами мають циклічний характер.

Практичну основу цієї діяльності складають: Регулярне та об'єктивне інформування про склад та динаміку кадрів; Опис роботи; підбір і розстановка персоналу; мотивація співробітників; Встановити цілі безперервної освіти; планування та організація розвитку кар'єри; Регулярно проводить оцінку ефективності виконуваних бізнес-функцій. Дослідження

процесів управління персоналом дозволяє сформулювати концептуальну модель цієї діяльності, що складається із взаємодетермінованої системи – системи руху персоналу. система оплати праці; система організації праці; Система впливу співробітників на організацію.

Реалізація моделі на практиці може створити конкретну основу для реалізації кадрової політики, де рішення щодо конкретних елементів загального процесу повинні прийматися в тісному зв'язку з усією системою моделі. Невдача управлінських рішень у сфері управління людськими ресурсами часто пов'язана з тим, що компоненти можуть змінюватися без урахування взаємозалежності та взаємозалежності всіх компонентів моделі.

З точки зору сучасного менеджера, ще на етапі формування внутрішнього середовища медичного закладу необхідно забезпечити узгодженість характеристик найважливіших складових (цілі, завдання, персонал, організаційна структура, технологія). Умови зовнішнього середовища (організація знаходиться у своєму середовищі і функціонує, коли середовище надає такі можливості) [19]. Започаткування механізму цивілізованої конкуренції між медичними закладами та медичними практиками в наявних сегментах ринку має призвести до багатьох якісних змін. Для вирішення комплексних завдань бажано спочатку зрозуміти можливості фахівців з управління охороною здоров'я [18]. Діяльність керівного складу медичних закладів спрямована на розробку концепцій кадрової політики, стратегії та методів управління людськими ресурсами. Роль проактивної кадрової політики, а не пасивної та превентивної, дозволяє розробити ефективну кадрову програму та постійно контролювати та коригувати розвиток подій протягом певного періоду.

Менеджери систем охорони здоров'я стикаються з багатьма проблемами під час реалізації стратегії свого закладу для досягнення важливих організаційних цілей. Реалізація плану скорочення витрат при одночасному покращенні якості обслуговування пацієнтів може бути складною справою навіть для найдосвідченіших лікарів. Використання

організаційних стратегій є складним, оскільки їх успіх значною мірою залежить від уміння ефективно керувати працівниками. Розглядаючи систему управління персоналом медичного закладу, необхідно враховувати низку властивих системі управління характеристик, які безпосередньо впливають на виконання функцій у сфері управління персоналом.

- 1) Монополія відділу;
- 2) Бюрократизм в управлінні;
- 3) ієрархічність;
- 4) Професійні упередження, наприклад, небажання медичних працівників визнавати роль інших працівників медичної сфери, таких як економісти, юристи, менеджери з персоналу тощо.
- 5) жорстка спеціалізація;
- 6) Орієнтація організації на пріоритетних споживачів;
- 7) Суворе субординація, точне виконання розпоряджень керівництва.

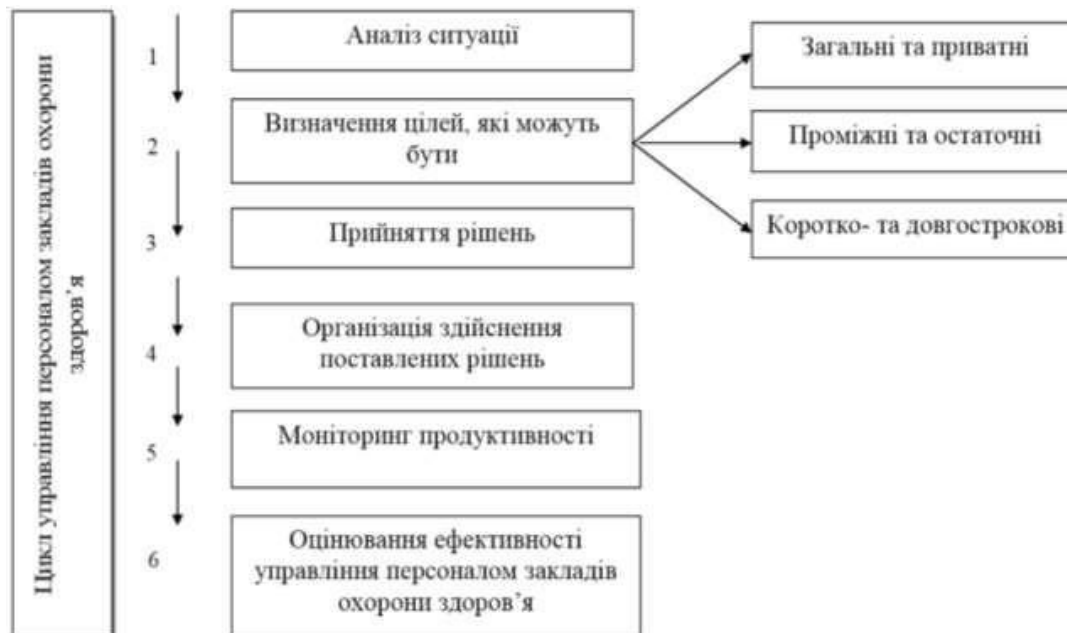


Рисунок 2.1.2. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я [36].

Служба управління персоналом стає дедалі важливішою в багатьох організаціях, оскільки вона виступає партнером у стратегічному плануванні та прийнятті рішень для сприяння розробці та реалізації успішних стратегій. Ця роль дуже важлива, оскільки якісне та ефективне управління персоналом

має величезний вплив на успіх або провал бізнес-стратегій у сфері охорони здоров'я. Цикл управління персоналом медичних закладів виглядає наступним чином (рис. 2.1.2.).

Управління охороною здоров'я передбачає прийняття рішень на основі науково обґрунтованих аналітичних можливостей організації та ефективного використання ресурсів у часі та просторі для забезпечення достатньої кількості та якості послуг охорони здоров'я для задоволення потреб громадян і суспільства в охороні здоров'я.

Функції менеджера в управлінні персоналом включають: планування персоналу; Аналіз та дизайн позиції; Набір, відбір і призначення; оцінка ефективності; навчання та розвиток; мотивація; охорона праці; трудові відносини; реліз

Менеджери охорони здоров'я, які виконують функції управління персоналом у закладах охорони здоров'я, повинні володіти провідними компетенціями: знаннями, лідерськими здібностями, діловою хваткою та навичками міжособистісного спілкування, необхідними для сприяння змінам. Ґрунтовне знання та досвід роботи – запорука успіху. Менеджери повинні йти в ногу з новими та мінливими трудовими законами, особливо в тому, що стосується понаднормових норм.

Вони повинні вміти аналізувати та тлумачити ці закони, визначати вимоги відповідності та рекомендувати дії для забезпечення відповідності в медичних закладах. Такі компетенції, як «лідерство», необхідні менеджерам для планування та розробки програм і мобілізації ресурсів, необхідних для їх реалізації. Менеджери беруть на себе провідну роль в аналізі організаційних проблем і знають, як вжити правильних дій для вирішення проблем зі здоров'ям [27]. Вони повинні бути лідерами в питаннях виробничих відносин і вирішення конфліктів, вирішувати проблеми, зберігаючи толерантність у відносинах. Менеджери також повинні бути лідерами в етичному сенсі. Керівники закладів охорони здоров'я повинні володіти глибокими знаннями бізнесу, щоб належним чином підтримувати

рішення щодо управління персоналом. Менеджери повинні застосовувати стратегічне бізнес-мислення для вирішення завдань таким чином, щоб політика щодо кадрових ресурсів, програми та процедури, які вони розробляють і впроваджують, а також управління ними узгоджувалися з бізнес-цілями та завданнями загальної організації охорони здоров'я. Однією з головних проблем охорони здоров'я є планування людських ресурсів. Основоположним у процесі визначення потреби в кадрах системи охорони здоров'я є знання поточного стану кадрів, оцінка поточних потреб і наявності медичних кадрів, визначення майбутніх потреб для вирішення конкретних завдань. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), яке займається загальним плануванням на національному рівні.

Інша проблема полягає в тому, що поточний порядок комплектування медичних кадрів та прийому на роботу вимагає від роботодавців оцінювати лише кваліфікацію працівників, ігноруючи інші характеристики претендентів на посади лікарів. 100% керівників медичних закладів, у тому числі лікарі, завідувачі відділеннями, головні медичні сестри, виступають за порядок відбору кадрів на вакантні посади ординаторів і головних медичних сестер, як це визнано в багатьох галузях економіки. Робота медсестри складається з наступних етапів: аналіз роботи, написання вимог до людей для виконання роботи, пошук людей, які відповідають вимогам, відбір працівників за допомогою різноманітних методів відбору та оцінювання співбесід.

Для формування ефективної моделі управління закладом охорони здоров'я керівники повинні:

- визначити роль і місце штатного розкладу при запровадженні ефективних контрактів, організувати сучасні підходи до організації системи нормування праці лікувально-профілактичних закладів;
- Проаналізувати чинну законодавчу базу з питань праці та її повний потенціал для використання в практиці охорони здоров'я.
- Ознайомитися із сучасною номенклатурою практикуючих лікарів,

кваліфікаційними вимогами, професійними стандартами та системами сертифікації.

- Оцінити забезпеченість організацій медичними кадрами відповідно до норм.

- Впроваджувати ефективні методи управління персоналом та розрахунку потреби в кадрах з урахуванням ролі медичного персоналу в лікувально-діагностичному процесі, державних програм страхування, видів та умов надання медичної допомоги закладами населенню.

- Визначити пріоритети діяльності закладів охорони здоров'я та розробити програми мотивації персоналу в умовах економічної кризи.

Аналіз стану та перспектив сучасних лідерів вітчизняної медичної галузі показує, що, на відміну від інших галузей економіки, ефективного та єдиного механізму управління персоналом різних лікувально-профілактичних закладів практично немає.

Невирішеними залишаються питання професійного відбору медичних працівників, періодичної оцінки їх діяльності, проблеми мотивації та адаптації до праці, формального та професійного просування, навчання та вивільнення працівників на роботі.

Управління персоналом у медичних закладах практично зводиться до формалізованих процедур найму та звільнення працівників, що не дозволяє ефективно використовувати трудовий потенціал працівників. Існуючий порядок відбору та найму персоналу в лікувально-профілактичних організаціях такий, що роботодавці оцінюють лише кваліфікацію працівників, ігноруючи характеристики претендентів на вакансії [45].

Для подальшого вдосконалення системи управління персоналом організацій охорони здоров'я можна внести наступні пропозиції:

1) Свідоме і цілеспрямоване використання керівниками медичних закладів прийомів управління персоналом: підбір складових, періодична оцінка діяльності, навчання на роботі, трудова адаптація та мотивація, вивільнення працівників;

2) Застосування методики відбору та найму персоналу, яка орієнтована не тільки на оцінку кваліфікації працівників, а й на врахування професійних якостей (знань, умінь, навичок), особистісних характеристик, соціально-демографічних характеристик, фізичного розвитку та зовнішнього вигляду;

3) Проведення ділової оцінки медичного персоналу за спеціально розробленою методикою, що дозволяє оцінити дотримання норм (стандартів) кількості та якості праці, а також відповідність конкретним вимогам трудового процесу.

4) використання морально-психологічних і матеріальних методів мотивації працівників до праці; створити такі форми винагороди, які б дозволили нам відійти від принципу матеріальної вигоди, який так поширений нині, і наблизитися до принципу матеріальної залежності»);

5) З одного боку, вбудовування організаційно-методичної роботи медичних установ у окремі напрями соціально-маркетингової діяльності, спрямованої на збір, обробку та аналіз даних, що зменшує невизначеність під час прийняття управлінських рішень. З іншого боку, він забезпечує управління працівниками в організації, що включає вивчення потреб співробітників, мотивацію та професійне зростання.

6) Для реалізації всіх рекомендацій бажано і необхідно провести тематичний цикл удосконалення персоналу кадрової служби та керівників медичних закладів і установ.

Ефективність управління персоналом охорони здоров'я є важливим аспектом успіху організацій охорони здоров'я. Розробка, формування, прийняття та реалізація управлінських рішень щодо управління медичним персоналом потребують специфічних методів, які враховують специфіку професійної діяльності та психологічне напруження під час роботи в медичному закладі.



## 2.2. Система управління охороною здоров'я в світі та в Україні

Функціонування будь-якої системи управління вимагає дотримання наступних умов:

- Керована система повинна мати можливість переходу в різні стани і змінювати свої властивості.
- Системи управління повинні мати реальні можливості змінювати стан об'єктів за допомогою управлінських рішень. Для досягнення цього система управління повинна мати відповідні інститути, структури та механізми управління.
- Керівники, які претендують на те, щоб бути раціональними, повинні бути цілеспрямованими. Це означає, що у вас повинні бути чітко поставлені цілі та бажані кінцеві результати.
- Система управління повинна мати можливість вибору з безлічі варіантів затверджених рішень.
- Система управління повинна мати у своєму розпорядженні реальні матеріальні, інтелектуальні, інформаційні та фінансові ресурси.
- Система управління повинна бути не тільки чітко орієнтована на мету управління, але і мати інформацію про поточний стан об'єкта управління по каналах зворотного зв'язку в кожен момент.
- Оптимальне управління вимагає методів оцінки якості управлінських рішень, надійних стандартів і репрезентативних показників.

Управління охороною здоров'я населення в Україні є складним завданням для всього українського суспільства, до його реалізації залучаються декілька галузей національної економіки, структур управління (від держави до органів місцевого самоврядування). Медико-соціальні, економічні та правові дані необхідні для прийняття науково обґрунтованих рішень у сфері охорони здоров'я.

Ми також повинні враховувати фактори, які визначають, як керувати складними системами охорони здоров'я всього населення та окремих регіонів.

- Соціальні чинники (соціальна орієнтація національних, регіональних і місцевих органів влади у своїх рішеннях щодо дій);
- Рівень соціально-економічного розвитку країни в цілому та окремих регіонів;
- реалізація принципів соціальної справедливості та доступності наукових досягнень у сфері охорони здоров'я для всіх членів суспільства;
- рівень наукового забезпечення проблем охорони здоров'я;
- Застосування міжнародного досвіду у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення населення України та різних регіонів.

Комплексна система охорони здоров'я населення складається зі структурних (відділи охорони здоров'я та соціального забезпечення) та функціональних елементів (заклади охорони здоров'я та соціального забезпечення, установи). Усі елементи системи громадського здоров'я взаємопов'язані. Для нормального функціонування підсистеми громадського здоров'я між окремими її елементами має бути налагоджений постійний і достатній обмін інформацією в достатній кількості та якості. Комплексне завдання охорони здоров'я вимагає системного підходу, в якому чітко окреслені функції та компетенція всіх учасників медико-соціального обслуговування населення. В Україні подібний підхід наразі реалізовано лише частково.

Вся система охорони здоров'я має бути побудована у суворій відповідності до міжнародних положень з прав людини, з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, Міжнародна організація праці (МОП).

Таблиця 2.2.1.

Оплата праці лікарів первинної медичної допомоги в обраних країнах  
ЄС

Країна	Плата за послуги	Заробітна плата	Подушна оплата	Надбавка	Середня к-ть візитів для пацієнта
Австрія	X				5.1
Бельгія	X				8.0
Данія	X (63%)	X (28%)	X (9%)		4.4
Англія		X	X		Дані відсутні
Фінляндія	X (15%)	X (60%)	X (20%)	X (5%)	3.3
Франція	X	X			6.3
Німеччина	X				12,8
Греція				X	5.3
Нідерланди	X	X			5.8
Ірландія	X	X			6.6
Італія			X		11.0
Португалія		X			3.1
Шотландія	X				Дані відсутні
Іспанія		X			Дані відсутні
Швеція		X			3.0
Швейцарія	X				11.0

До цього часу основним положенням щодо реалізації права громадян на охорону здоров'я була резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 1970 р. «Принципи розвитку національних систем охорони здоров'я», яка декларує відповідальність держави і суспільства за охорону здоров'я населення, що реалізується на основі комплексних економічних і соціальних заходів:

- раціональна організація підготовки кадрів національної безпеки; здоров'я;
- медичні досягнення, засновані на широкому впровадженні;
- заходи, спрямовані на соціальну та індивідуальну профілактику, що забезпечують органічне поєднання лікувально-профілактичної роботи в усіх лікувально-санітарно-профілактичних установах і службах;
- створити мережу відповідних закладів охорони здоров'я для забезпечення всього населення країни найвищим рівнем кваліфікованої державної профілактичної та лікувальної допомоги без фінансових та інших обмежень.

- широко використовувати в кожній країні досягнення світової науки і практики.
- брати участь у гігієнічному навчанні громадян та реалізації всіх програм охорони здоров'я.

Таблиця 2.2.2.

Заробітна плата праці лікарів, які працюють в лікарнях, в обраних країнах ЄС

Країна	Контракт	Плата за послуги	Зарплатня	Надбавка
Австрія	лікарня		X	X
Бельгія	лікарня	X	X	X
Данія	лікарня		X	X
Англія	лікарня		X	Консультації
Фінляндія	лікарня		X	Нічна зміна
Франція	лікарня		X	X
Німеччина	лікарня		X	
Греція			x	Нічна зміна
Нідерланди	лікарня	X	X	X
Ірландія			X	X
Італія	лікарня		X	Рівень + результати
Португалія			X	
Шотландія	лікарня		X (інд.)	Рівень + консультації
Іспанія			X	Нічна зміна
Швеція	лікарня		X	
Швейцарія			X	Завідувачам відділів

Закон України «Про охорону здоров'я» ґрунтується на Конституції України та складається з основ Закону України «Про охорону здоров'я» та інших прийнятих відповідно до нього законодавчих актів, які регулюють розвиток медичної галузі (переважно розпорядження Кабінету Міністрів України). Основні принципи охорони здоров'я України визначені в Основах медичного права України.

- Визнати охорону здоров'я пріоритетним напрямком діяльності суспільства і держави та одним із головних чинників виживання та розвитку українського народу.
- забезпечення прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони

здоров'я та забезпечення відповідних державних гарантій.

- Гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над інтересами класів, націй, груп чи окремих осіб та посилення охорони здоров'я та соціального захисту найбільш незахищених верств населення.

- Громадянська рівність, демократія, загальний доступ до медичних та інших послуг у сфері охорони здоров'я;

- Відповідність завданням, рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, науковій обґрунтованості, матеріально-технічній та фінансовій забезпеченості;

- Орієнтація на поєднання світового досвіду охорони здоров'я з сучасними стандартами охорони здоров'я та медицини, вітчизняними традиціями та досягненнями.

- профілактичний характер, комплексний соціальний, еколого-медичний підхід до охорони здоров'я;

- Комплексність економіки охорони здоров'я та багатоканальне фінансування, що поєднує державне охоплення та демократизацію, заохочення підприємництва та конкуренції;

- Децентралізація державного управління, розвиток автономії установ, незалежності медичних працівників на правових та договірних засадах.

### **2.3. Оплата праці в галузі охорони здоров'я**

Традиційні форми та системи оплати праці медичних працівників. Витрати праці найлегше розрахувати за кількістю виробленої продукції за одиницю часу. Але ці лічильники не можуть визначити результати діяльності медичного працівника, спрямованої на здоров'я пацієнта. Поняття «здоров'я» важко відобразити у вигляді цінностей. Бувають

випадки невиліковних хвороб, хронічних захворювань, тим більше, що не завжди такий результат є кінцевою метою. Психічні, фізичні та неврологічні втрати медичного персоналу також незмірно великі. Тобто специфіка професії свідчить про об'єктивну неоднозначність критеріїв результативності та результативності роботи лікаря-практика, що жодним чином не означає безперспективності цієї діяльності та не применшує благородної місії, яку виконують лікарі-практики.

Норматив праці лікаря визначається таким чином:

1. Обсяг праці, який можна визначити в умовних одиницях трудомісткості (УОТ), якщо вважати 1 УОТ навантаженням лікаря при лікуванні певної форми захворювання (наприклад, навантаження лікаря при зверненні пломбування середнього карієсу, медичні та амбулаторні візити до кардіолога з діагностичною метою).

2. Години, визначені при 5-денному або 6-денному робочому тижні (наприклад, робочий тиждень становить 38,5 годин. При 6-денному робочому тижні тривалість робочого дня лікаря в лікарні становить 6,5 годин. Тиждень – 7 годин 42 хвилини, вузький спеціаліст Для , робочий тиждень становить 33 години, а при 6-денному робочому тижні робочий день становить 5,5 годин.

3. Якість роботи відображається в таких поняттях, як кваліфікаційні категорії (вища, перша, друга, «спеціаліст»).

Хоча ці три нормативи вартості праці лікарів є неповними, вони є нормативами, якими слід керуватися при характеристиці форми та системи оплати праці медичного персоналу, яка повинна суворо дотримуватись принципу оплати за кількістю та якістю роботи. Враховуйте конкретний внесок кожного працівника в кінцевий результат діяльності.

Слід зазначити, що серед усіх норм праці норматив часу є основоположним, а всі інші нормативи і нормативи є похідними від цього показника. Враховуючи всі ці зауваження, розглянемо форми і системи оплати праці. Існує два основних типи компенсації.

1. Погодинна оплата праці змінюється в залежності від робочого часу. Ви можете розрахувати його, помноживши фактичний робочий час на погодинну оплату праці. Коефіцієнт низького тарифу приймається рівним 1. Розрізняють два типи неповних систем оплати праці: просту почасову та почасову систему преміювання. Недолік формату неповного робочого часу полягає в зниженні економічних стимулів працівників до підвищення інтенсивності та продуктивності праці. З одного боку, щотижнева та місячна заробітна плата та її витрати можуть бути легко розраховані в медичних установах, з іншого боку, неповний робочий день вимагає більшого контролю над працівниками, а отже, вимагає контролю за персоналом. Навіть ті, хто отримує зарплату, побачать підвищення цін на медичне обслуговування.

2. Бонуси за продуктивність вважаються більш гнучкими, а спосіб виплати передбачається просто залежно від суми або рівня виконання роботи.

До систем оплати праці при відрядній системі належать пряма відрядна система, непряма відрядна система, відрядна система, відрядна система, відрядна система, групова контрактна система, система заробітної плати.

У разі роботи повний робочий день працівникам надаються додаткові переваги (наприклад, оплачуваний лікарняний, надання пенсії, у деяких організаціях субсидії на обід і транспортні витрати, укладення договору медичного страхування, оплата юридичних консультацій). Традиційний підхід до надання додаткових пільг полягає в тому, щоб працівники однакового рівня кваліфікації отримували однакові пільги. Індивідуальне значення додаткових виплат для працівників залежить від таких факторів, як вік, сімейний стан і розмір сім'ї. Деякі організації надають працівникам право вибирати пакет пільг, який їм найбільше підходить, у межах встановлених обмежень. Як правило, така форма компенсації реалізується в недержавному секторі, в тому числі в суміжних структурах охорони

здоров'я. У бюджетних медичних установах працівники користуються стандартними пільгами.

Вихідні дані для розрахунку витрат на оплату праці в медичних установах наступні.

- Затверджено графік прийому на роботу персоналу НПЗ;
- Перелік гонорарів за категоріями персоналу лікарні (лікарі, середній медичний персонал, адміністративно-управлінський персонал) за затвердженою формою;
- Нормативно-річне фінансування робочого часу персоналу.

У комерційних структурах форма і спосіб оплати вибираються самостійно. Проте наразі охорона здоров'я представлена переважно бюджетними медичними закладами. У ЛПУ всі названі системи оплати праці орієнтовані на бюджетне фінансування оплати праці. Крім бюджетних коштів, оплата праці є частиною прибутку, що спрямовується на матеріальне заохочення, економічно обґрунтованим джерелом є платне оздоровлення, можливі також доплати за рахунок економії фонду оплати праці. Ця економія відбувається через недосконале укомплектування персоналу, поєднання робочих місць у командах, скорочення персоналу та збільшення оплати для інших працівників, а також тимчасове використання коштів з інших фондів як вільних коштів. Співробітники можуть відчувати натхнення у вільний час.

Усі проаналізовані форми та системи оплати праці орієнтовані на фінансування бюджетних платежів у сфері охорони здоров'я. Сучасні тенденції розвитку форм і систем оплати праці свідчать про відхід від тимчасово-відрядної форми оплати праці та широке застосування особистої заробітної плати. Робота вимагає збільшення виробництва, поліпшення використання обладнання, підвищення якості, економії та раціонального використання матеріалів (наприклад, пов'язане з використанням нових технологій обробки золота в стоматології).

Тому виникла багатозадачна система оплати праці, яка розрахована на



врахування не тільки фізичної енергії медичних працівників, а й її розумової та нервової. Типовим прикладом багатозадачної системи оплати праці є аналітична оцінка праці працівників ЗОХ. Він поєднує системи часу, методи розподілу роботи, оцінки якості та методи професійного відбору працівників. При цьому весь трудовий процес поділяється на кілька згрупованих у певній послідовності елементів, враховується ступінь відповідальності та умови праці, включається суб'єктивна особиста оцінка працівника керівником.

Багатофакторна система компенсації для медичних працівників.

Наведемо приклад розрахунку заробітної плати за системою аналітичної оцінки праці працівників ЗОГ. Для цього ми групуємо елементи в таблиці та виставляємо бали співробітникам.

Ці оцінки проводяться щорічно керівником (обслуговуючим) або атестаційною комісією і можуть прийняти рішення про зміну заробітної плати працівника. Під час аналізу роботи чистий прибуток медичного закладу, отриманий за результатами оплачуваної роботи, розподіляється пропорційно балам, набраним кожним медичним працівником.

Припустимо, що за цією системою медсестра набрала 22 бали, лікар — 40 балів, а лікуючий лікар — 37 балів. Умовно припустимо, що це працівник ЛПУ, який надає послуги, в тому числі платні медичні. Загальна оцінка 99 балів. Припустимо, що фонд оплати праці, сформований за рахунок платного оздоровлення, становив 89,9 тис. грн. Тоді вартість одного балу становитиме 1000 грн. Отже, у цьому випадку медична сестра нарахує 22 200 грн, лікар – 30 000 грн, а лікуючий лікар – 47 000 грн. Наступна оцінка аналізу роботи (табл. 2.3.1.) є базовою і може бути змінена в залежності від деталей діяльності ЛПУ (стоматологічної, психіатричної, хірургічної) [47].

Таблиця 2.3.1.

Розрахунок оплати праці при системі аналітичної оцінки робіт

Чинники	Підчинники	Примітки	Бали
1. Професійна підготовка	а) освіта	а) середнє б) середнє спеціальне в) вище	1 2 3 4
	б) кваліфікаційна категорія:	г) к.м.н. д) д.м.н. е) закінчив ФУВ	5 + 1 за кожний раз навчання
	в) стаж	а) вища б) перша в) друга г) лікар-фахівець за 1 рік	5 4 3 2 1
2. Розумові вимоги	а) тест	а) 10 питань	10
	б) нестандартна ситуація	а) вирішив б) не вирішив	10 0
1. Фізичні вимоги	а) вікові групи	а) 18 – 30 років	4
		б) 31 – 45 років	3
		в) 46 – 55 років	2
б) чинник здоров'я	г) 56 років і старше	1	
	а) Здоровий	2	
в) вироблення в одиницю часу	б) Нездоровий	1	
	а) Виконує норму	10	
	б) Не виконує норму	0	
	в) Перевиконує норму	+ 1 за кожен одиницю перевикон.	

1. Ступінь відповідальності	а) за устаткування	за кожного підлеглого	1
	б) за матеріали		1
	в) за дотримання технології (методу лікування)		1
	г) за персонал		0,2
5. Умови праці	а) виробничі умови нормальні	а) окремі випадки б) звичні	1
	б) ускладнені виробничі умови		2
	в) ступінь ризику:		5 1
<b>Оцінки «по заслугах» (особові оцінки)</b>			
6. Якість роботи			1
7. Раціональне використання матеріалів			1
8. Дбайливе відношення до устаткування			1
9. Максимальне використання робочого часу			1
10. Надійність, співпраця			1
11. Загальна поведінка			1
12. Можливість висунення			1
Всього балів			...

Сучасна форма оплати праці пов'язана із запровадженням особистої заробітної плати з основною частиною  $1/3$  і змінною частиною  $2/3$ . Додатковим джерелом доходу є система участі в інтересах комерційних медичних структур. Якщо говорити про світовий досвід, то 75% підприємців відмовляються від традиційних методів оплати і використовують нестандартні системи оплати. Проте вітчизняний ринок медичних послуг знаходиться на початковій стадії становлення.

В даний час лікувально-профілактичні організації, що надають безоплатні медичні послуги, в основному використовують традиційні форми оплати праці: погодинно-відрядну і різні системи (балів). У цих ситуаціях додатковий дохід медичних працівників пов'язаний з наданням платних медичних послуг. Ціноутворення на кожен медичну послугу має вартісну складову у вигляді базової заробітної плати, незалежно від способу розрахунку ціни. Діапазон базових витрат на лікування становить 32-35% для загальних клінік і 25% для стоматологічних клінік. Ця процентна ставка відображає загальну структуру витрат, або кошторис витрат на надання медичної допомоги в медичному закладі. Фонд оплати праці та оплачувані медичні витрати можуть бути відокремлені та розподілені за прийнятою ЛПУ методикою (за кількістю балів) додатково до гарантованої суми медичним працівникам, які беруть участь у оплачуваній роботі. Мінімум визначається єдиними нормами праці. Але ці кошти зручніше накопичувати в єдиному фонді оплати праці, тим самим стимулюючи колектив працювати не тільки за платними, а й за програмами безкоштовного медичного обслуговування. У будь-якому разі оплата праці працівника буде вищою за гарантовану бюджетними установами.

ФОП-лікарі також отримують дохід за залишковим принципом. Тобто з обороту (річної суми платних медичних послуг) вираховуються матеріальні витрати лікаря, а отриманий дохід оподатковується. Решта – дохід лікаря. У разі перетворення медичного підприємства в приватне акціонерне товариство (ПАТ) звичайні акціонери можуть мати три джерела доходу: заробітну плату,

дивіденди та виплати фонду матеріального заохочення. Засновник (фізична особа або корпорація) також отримує статутний прибуток. Застосування стимулюючої системи оплати праці вирішує кадрові проблеми, зменшує потребу в неповному робочому дні та покращує низку якісних показників, що входять до переліку коефіцієнтів, що підвищують або знижують заробітну плату медичних працівників закладів охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 3

### ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 3.1. Системи управління оперативною діяльністю

Професійний розвиток і доступ до керівних посад. Кар'єрний ріст разом із винагородою є стимулом для забезпечення належної роботи. Українська модель винагороди є надто жорсткою та не пов'язаною з оцінкою результатів діяльності, у той час як кар'єрні шляхи визначені нечітко, і немає прозорого зв'язку між кар'єрними шляхами та оцінками результатів діяльності. Як наслідок, ці практики не є ефективними для встановлення відповідних стандартів поведінки. Як правило, в медичних установах існує дві ієрархії між посадами лікаря та лікуючого лікаря: завідувач відділенням та молодший лікар. Призначення на ці посади залежить насамперед від лікуючого лікаря. Кандидати можуть бути внутрішніми співробітниками або зовнішніми кандидатами. Після призначення таку особу практично неможливо звільнити або знизити в посаді.

Подібна ситуація спостерігається і у лікуючих лікарів. У цьому випадку рішення приймається власником об'єкта (місцевою радою) або органом, якому доручено управління об'єктом. Абітурієнтам потрібно мати лише повну медичну освіту, а підтвердження про проходження спеціалізованого курсу «організація та управління охороною здоров'я» не вимагається. У випадку з лікуючим лікарем, призначений може бути внутрішнім або зовнішнім кандидатом, і після призначення він або вона може служити необмежений час, що робить звільнення практично неможливим. Вимога щодо проходження спеціалізованого курсу «Організація та управління охороною здоров'я» може бути відстрочена, якщо

новопризначений лікуючий лікар зобов'язується пройти програму навчання протягом трьох років з моменту призначення. Судячи з отриманих даних, відсутність необхідної підготовки на посаду лікуючого лікаря в сільських амбулаторіях та дільничних лікарнях є досить поширеним явищем.

Слід також відзначити наявність «резервів» щодо кар'єрного зростання та доступу до керівних посад. Формується «резерв» із двох-трьох лікарів лікувального закладу у вигляді підготовлених кадрів, які можуть займати керівні посади. Рішення про зарахування до цих «резервів» приймається за погодженням з лікуючим лікарем, начальником відділу кадрів та представником профспілки, виходячи з оцінки потенціалу, віку та категорії кожного працівника. Немає чіткого посилення на стаж або організаційні зобов'язання. Перелік осіб, зарахованих до резерву, погоджується відповідним органом управління. Після зарахування до складу резерву працівники повинні пройти спеціалізацію з організації та управління, але на практиці це практично нічого не означає. Це пов'язано з тим, що працівники, які призначаються на керівні посади, не обов'язково відбираються з «резервної армії».

Варто зазначити, що наразі в Україні посаду керівника медичного закладу можуть обіймати лише лікарі, а не керівники. Зараз така ситуація не викликає суперечностей, але в майбутньому, при розширенні можливостей українських медичних закладів і наданні їм більшої самостійності в управлінських та фінансових питаннях, цей аспект може стати проблематичним. Зокрема, це стосується потужних медичних закладів, хоча ефективність «управління» ними не можна вважати результатом діяльності однієї людини. Це свідчить про важливість удосконалення систем менеджменту (системи управління персоналом, особливо оцінки ефективності, запровадження нових моделей оплати праці, прозорого кар'єрного росту та доступу до керівних посад, професійного розвитку) не лише для охорони здоров'я, а й для допоміжного персоналу.

Слід також зазначити, що можливість організації відділу в рамках

міністерства також впливає на кар'єрний ріст, принаймні після досягнення відділом певного рівня. Оскільки ці практики забезпечують доступ до керівних посад. Як наслідок, це дає можливість формувати управлінські навички в «польових умовах» і чітко фіксує стаж роботи та особисті досягнення співробітників, що може знадобитися для процедур просування за оцінкою результатів діяльності.

Відсутність посилення на досвід роботи та оцінки продуктивності під час прийняття рішень про просування працівників створює значні недоліки. Це пояснюється тим, що в таких ситуаціях неможливо підібрати працівників, здатних виконувати поставлені завдання. Ви можете взяти особисте зобов'язання. Для цього необхідно встановити мінімальні вимоги до кандидатів і включити до зазначених вимог оцінку результатів попередньої діяльності.

Система автоматичного керування (CAU). ACS — це інструмент, який забезпечує систематичний збір, зберігання, обмін і розповсюдження даних, необхідних для відстеження та оцінки результатів діяльності та підтримки процесів прийняття рішень. Хоча ACS не можна вважати частиною системи управління людськими ресурсами, вона відіграє важливу роль у виявленні недоліків у роботі, забезпечуючи ефективні процеси прийняття рішень і, отже, покращуючи ефективність організації.

АСУ в українській галузі охорони здоров'я розвинена слабо. Поки триває збір даних, виникають проблеми з обміном і розповсюдженням. Як правило, це може бути пов'язано з тим, що дані збираються для зовнішньої звітності, а не для обґрунтування внутрішніх управлінських рішень. Вся система збору фінансової інформації базується на необхідності обґрунтування використання коштів і коригування витрат відповідно до кошторису. Враховуючи важливість певних показників ефективності (наприклад, рівня зайнятості) для забезпечення фінансування, існує явний стимул фальсифікувати такі дані, щоб максимізувати потік фінансування.

Знову ж таки, якщо керівники не матимуть достатніх повноважень і

бонусів за високу продуктивність, вони не будуть зацікавлені у впровадженні ACS через потенційну загрозу їхнім повноваженням як менеджерів і можливі перешкоди для виконання їхньої роботи.

«Ручне управління» закладами. З іншого боку, потреба в ACS зростатиме з появою MGOL, оскільки рішення повинні прийматися в масштабі, який не суперечить традиційним «практичним» підходам.

Система контролю управління. З технічної точки зору системи управління та моніторингу є частиною АСУ, але потребують окремого висвітлення в рамках цього документа, оскільки відіграють важливу роль у формуванні системи управління персоналом, що сприяє підвищенню ефективності діяльності. .

Системи управління спрямовані на прогнозування майбутньої роботи та регулярне вимірювання фактичного рівня виконання заданої роботи. Системи управлінського контролю не можуть забезпечити процеси зовнішньої звітності. Тобто його не можна вважати інструментом, який використовують власники об'єктів або треті особи для оцінки діяльності керівників об'єктів. Натомість його можна використовувати як інструмент самооцінки, щоб надати менеджерам інформацію про фактичні результати вжитих дій і можливість вжити коригувальні дії, якщо це необхідно.

Неможливо недооцінити важливість систем управлінського контролю та моніторингу для покращення діяльності установи. Сьогодні в Україні практично відсутня інформаційна система управлінського контролю сфери охорони здоров'я, що позбавляє керівників важливого інструменту для постановки завдань та оцінки рівня виконання. Це особливо важливо в ситуаціях, коли інформаційні системи є непрозорими, а спроби оцінити результати є загрозою. У цьому випадку довгостроковою метою можна вважати запровадження системи управлінського контролю на основі оцінки результатів діяльності. З іншого боку, інформаційні системи управлінського контролю важливі для розвитку нової культури управління для оцінки результатів діяльності і, отже, для повного впровадження вдосконаленої



структури управління персоналом, описаної в цьому документі. Підтримувати нові рішення щодо кадрового забезпечення, моделей оплати праці та механізмів доступу до управління.

### **3.2. Принципи підготовки кадрового ресурсу в системі охорони здоров'я**

Профілактична медицина має особливе значення в системі охорони здоров'я сучасного суспільства. Охорона здоров'я 21 століття. Розглядається в площині планетарного масштабу. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Фонд народонаселення ООН (ЮНФПА), Червоний Хрест і Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) наголошують на глобальності проблеми збереження здоров'я населення планети. Низька фізична активність, нерівність у наданні медичної допомоги, несприятливі соціально-економічні умови, висока смертність, поширеність неінфекційних захворювань, мультизахворюваність – це виклики, з якими фахівці системи громадського здоров'я в кожній країні стикаються під різними кутами зору. Проблеми хіміорезистентності бактерій до антибіотиків, старіння населення, значна поширеність гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, дисліпідемії та онкологічних захворювань вимагають пошуку ефективних шляхів їх подолання.

Реформа охорони здоров'я в Україні є одним із пріоритетів внутрішньої політики. Держава визначає здоров'я населення як одну з найбільших цінностей, необхідний фактор розвитку та соціально-економічного процвітання України [29].

Серед короткострокових завдань (2020-2022 рр.) Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на 2020-2025 рр. передбачає формування системи громадського здоров'я (СГЗ) на основі відповідних законів [48]. Після ліквідації департаменту санепідемпідрозділу

планується «переорієнтація системи» на підвищення відповідальності за збереження здоров'я та пропаганду здорового способу життя, посилення суспільної свідомості та забезпечення готовності до реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я" [24].

У центрі уваги суспільства знаходиться пошук оптимальної моделі організації та функціонування СГС. У рамках виконання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС актуалізуються питання ефективності санітарно-епідеміологічного нагляду, створення центрів громадського здоров'я та наукових громадських установ. Концепція розвитку СГЗ в рамках реформування медичної галузі полягає в об'єднанні аналітичних, науково-лабораторних установ МОЗ України (МОЗ) та створенні Центру громадського здоров'я при МОЗ України. Інтеграція існуючих установ та закладів МОЗ та Держсанепідслужби України (СЕС) [24].

Угода про асоціацію між Україною та ЄС присвячена питанням зміцнення громадського здоров'я. Подальший розвиток у цій сфері має здійснюватися відповідно до Європейського плану дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я. План пропонує набір із 10 горизонтальних оперативних функцій громадського здоров'я, які можуть слугувати інтегрованою структурою, яку можуть створювати, контролювати та впроваджувати всі зацікавлені сторони. Оцінка політичних втручань і стратегій для зміцнення громадського здоров'я [48, 28].

Згідно з підходом країни, Україна взяла на себе зобов'язання розвивати співпрацю у сфері охорони здоров'я для підвищення рівня безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання [37, 43].

Глобальні загрози громадському здоров'ю включають: захворювання, які можуть викликати епідемії; Захворювання, пов'язані з забрудненням їжі; Випадкові або навмисні спалахи захворювання; радіаційна аварія; Екологічна катастрофа [43]. При цьому основною функцією держави у сфері громадського здоров'я має бути розробка політики та стратегії профілактики

захворювань та охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я також зосереджена на профілактиці туберкульозу та вірусних гепатитів, які визначені пріоритетами охорони здоров'я. Стратегічні плани розвитку громадського здоров'я мають відображати здоров'я матері та дитини, репродуктивне та психічне здоров'я [13].

Відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України, в країні будуть ініціювати та сприяти громадським ініціативам щодо зменшення впливу важливих факторів ризику для здоров'я. Були визначені пріоритети громадської охорони здоров'я, такі як нагляд і моніторинг захворювань, реагування на спалахи захворювань, імунізація, лабораторна діагностика загроз здоров'ю, а також безпека води, їжі та середовища проживання (включаючи вплив факторів навколишнього середовища та виробництва) [35]. Тобто враховує санітарний нагляд, виконує функції аналізу інформації, переглядає існуючі та розробляє нові санітарні правила і норми.

Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я України передбачено створення ГУНП шляхом об'єднання закладів та закладів, створення обласних (регіональних) ЦГЗ та єдиної лабораторної мережі. Відповіді на загрози в цій сфері можуть призвести до формування регіональних структур [35].

Враховуючи багатовекторність медичної роботи, стає зрозумілим, що важливо проаналізувати не лише наявний кадровий потенціал галузі, а й можливості підготовки фахівців з медичної допомоги загалом та охорони здоров'я зокрема. До питання забезпечення медичними кадрами вчені зверталися неодноразово [18; 32; 45].

За результатами аналізу статистичних даних показник забезпеченості лікарями (індивідуальним) у 2019 році становив 38,0 на 10 тис. населення, тоді як у 2018 році – 43,2 на 10 тис. населення [31]. Відповідно, забезпеченість лікарями зменшилась на 15%, що відповідає зменшенню

кількості штатних лікарських посад у закладах МОЗ України. Відповідно чисельність штатних медичних працівників у 2018 році становила 234,9 тис. осіб, у 2019 році – 196,8 тис. осіб (темп скорочення – 16,3%). Загалом за звітний період чисельність лікарів по Україні зменшилась на 35 444 особи, або на 17 % [13]. Водночас рівень зайнятості лікарів фізичними особами на повну зайнятість у 2019 році залишився стабільним, дещо нижчим – 82,45% (порівняно: 2018 рік – 80,8%) [40].

За статистикою ВООЗ, найнижча забезпеченість лікарями в європейських країнах в Албанії (11,8 на 10 тис. населення), найвища в Монако (71,87 на 10 тис. населення), в Україні – 35,43%. 10 000 людей. (2018), що відповідає середньоєвропейському показнику (34,3 на 10 тис. населення) [1]. Частка лікарів гігієни серед усіх лікарів становила 4,6% у 2010 р. та 3,90% у 2015 р. [45]. Відповідно, забезпеченість лікарями групи гігієни у 2019 році становить 1,77 на 10 тис. населення, а у 2018 році – 1,56 на 10 тис. населення.

М. Jambroes провів опитування серед експертів у сфері громадського здоров'я та на основі відповідей респондентів визначив час, витрачений на виконання вищезазначених завдань [26]. Робочий час 36 годин. Один FTE на тиждень еквівалентний одній посаді спеціаліста ГН. Загальне навантаження на працівників оцінюється в 110 FTE (діапазон 79-152 FTE), або 0,67 на 100 000 населення. Тому вчені запропонували новий спосіб розрахунку потреби в робочій силі. Досвід М. Джамбруса буде корисним при розрахунку потреби у підготовці фахівців ДГС України в сучасних умовах.

Глобальна охорона здоров'я, епідеміологія неінфекційних захворювань, економіка охорони здоров'я та медицина праці є окремими галузями навчання, які вивчаються на додипломному та післядипломному рівнях у всьому світі. Широкий зміст навчальних програм громадської охорони здоров'я включає епідеміологію, гігієну навколишнього середовища (гігієну навколишнього середовища), політику та управління охороною здоров'я, соціальні науки, психологічні науки, соціальні детермінанти, нерівність,

пов'язану зі здоров'ям, міжвідомчу діяльність, співпрацю, технології охорони здоров'я, основи тощо. Оперативні функції охорони здоров'я, концепція психічного здоров'я, зміцнення здоров'я, менеджмент у сфері охорони здоров'я, наукові дослідження.

Таблиця 3.2.1.

Основні принципи в сфері громадського здоров'я (на прикладі Нідерландів)

	Основні операції у сфері громадського здоров'я, ВООЗ		Основні операції у сфері гігієни навколишнього середовища	Приклади із щоденної практики
1	Спостереження за здоров'ям населення і благополуччя	1	Спостереження, оцінка та аналіз (детермінант) гігієни навколишнього середовища і благополуччя	Моніторинг і реєстрація звернень і запитань громадян  Додати питання, що стосуються санітарного стану навколишнього середовища, до національного моніторингу здоров'я
2	Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і надзвичайні ситуації	2	Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і надзвичайні ситуації	Зв'язок ризиків для здоров'я після незначних подій  Відповідь та моніторинг скарг на здоров'я після пожежі, що містять азбест
3	Охорона здоров'я, у т.ч. щодо гігієни праці, безпеки харчових продуктів тощо	3	Охорона здоров'я, забезпечення дотримання законів і правил, які захищають стан навколишнього середовища і гарантують безпеку	Включає принципи збереження здоров'я на основі переглянутого закону про інтенсивне ведення сільського господарства
4	Пропаганда здорового способу життя	4	Пропаганда здорового способу життя, включно із діями, спрямованими на соціальні детермінанти, нерівності щодо здоров'я і грамотності в питаннях здоров'я	Організація інформаційних сесій про вплив на здоров'я забруднення атмосфери  Агітація за здоровий клімат всередині житла
5	Профілактика захворювань, у т.ч. раннє виявлення хвороби	5	Профілактика захворювань, діагностика та дослідження проблем гігієни навколишнього середовища та небезпеки для здоров'я	Аналізувати і реагувати на повідомлення від громадян  Активні дослідження з питань здорового навколишнього середовища в школах і результатів навчання

Цікавим був досвід іноземних колег у визначенні потреби у кадрах СГХ. Тому М. Jambroes (Нідерланди, 2018) запропонував планувати потреби

в людських ресурсах у сфері охорони здоров'я для подальшого розвитку політики SHG на основі послуг, що надаються лікарями. Вчені кажуть: «Потрібно збирати первинні дані, коли існуючі джерела даних не містять потрібної вам інформації або містять дані лише про частину робочої сили» [26]. Метою їхнього дослідження є розробка стратегії для розрахунку та обліку людських ресурсів для охорони здоров'я на основі основних операційних показників сектору охорони здоров'я та застосування цих принципів до розрахунку потреб у людських ресурсах у Нідерландах [53] (табл.3.2.1.).

Таблиця 3.2.2.

Контингент студентів, які навчаються за спеціальністю «Медико-профілактична справа» в Україні

№	Назва ВМНЗ	Курси						Всього
		1	2	3	4	5	6	
1	ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»	29	28	28	98	83	88	354
2	Донецький національний медичний університет імені М. Горького	0	3	4	11	25	16	59
3	Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	30	30	31	91	91	83	357
4	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	50	57	58	147	148	124	584
5	Одеський національний медичний університет	24	25	24	53	53	41	220
6	ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»	0	0	0	1	0	0	1
7	Харківський національний медичний університет	35	35	38	62	79	73	322
УСЬОГО		168	179	183	463	479	425	1897

У світі існує три ступені професійної освіти за спеціальністю «громадське здоров'я»: бакалавр, магістр і доктор філософії (табл. 3.2.3.).

В Україні діє одна магістерська програма за спеціальністю 8.03060101 «Організаційно-адміністративний менеджмент (сфера охорони здоров'я)» на базі Національного університету «Києво-Могилянська академія». Навчальний план студентів за цією програмою включає різноманітні навчальні дисципліни.

Таблиця 3.2.3.

Форми та терми навчання в процесі підготовки фахівців громадської охорони здоров'я у світі

Форма навчання	Ступінь	Термін	Кредити
Бакалаврат	Бакалавр (BSc)	3–4 роки	180–200
Магістратура	Професійна підготовка Магістр (Master of Public Health (MPH)) Наукове дослідження Магістр наук (Master of Science (MSc))	1,5–2 роки	90–120
Аспірантура	Професійна підготовка Доктор громадського здоров'я (Doctor of Public Health (DrPH)) Наукове дослідження Доктор філософії (Doctor of Philosophy (PhD))	3–4 роки	
Курси, тренінги, майстер-класи		Різна тривалість	

Сфери навчання, які пропонуються в магістерській програмі 8.03060101 «Організаційний менеджмент та управління охороною здоров'я» зі 120 кредитами на першому році навчання, включають: англійську мову, вступ до охорони здоров'я, економіку охорони здоров'я, епідеміологію, методологію та дослідження організаційної науки, системи охорони здоров'я, охорону здоров'я. Статистика, правознавство в охороні здоров'я Регулювання, аналіз політики охорони здоров'я, менеджмент, матеріально-технічне та оперативне управління закладами охорони здоров'я. Він також забезпечує навчання виробничій практиці та техніці підготовки дослідницьких проектів.

На другому році програма включає інформаційні системи та технології в організаційному управлінні, управлінні людськими ресурсами, основах законодавства про охорону здоров'я та маркетингу охорони здоров'я. Після закінчення навчання ми проводимо переддипломну підготовку.

У Європейському Союзі немає універсальної програми професійної підготовки. Тому дослідники під керівництвом Бернда Рехеля та Мартіна Маккі (2018) зазначили, що огляд планів навчання спеціалістів SGH у 17 країнах Європейського Союзу показав, що не існує загального визначення

«гігієни навколишнього середовища» (гігієни навколишнього середовища). гігієни – автори), оскільки в Європі немає згоди щодо навчання чи вимог до цих спеціалістів (Public Health Services Gelderland Midden 2018) [19].

Підготовка спеціалістів у галузі гігієни навколишнього середовища значно відрізняється в усіх європейських країнах, єдиної навчальної програми не існує. Наприклад, у Фінляндії фахівці з гігієни навколишнього середовища спеціально не готуються, тільки лікарі проходять спеціалізовану підготовку з «гігієни праці», інші спеціалісти, які вивчають гігієну навколишнього середовища та здоров'я, також беруть участь у роботі [ 23]. У Нідерландах у 1990-х роках було засновано нову спеціальність «гігієна навколишнього середовища» для лікарів для підготовки спеціалістів, а в Бельгії психологія та біологія також включені до цієї спеціальності. У Польщі створено навчальний центр для фахівців з гігієни навколишнього середовища, де навчаються лікарі загальної практики та педіатри (Public Health Services Gelderland Midden 2018) [23].

Враховуючи вищезазначене, проблема підготовки кадрів до- та післядипломної підготовки стає реальністю. Станом на 2019 р. в Україні за державним замовленням за спеціальністю «Лікувально-профілактична робота» навчалось 1899 студентів (з них 1387 (72%) – студенти IV-VI курсів) (табл. 3.2.2.) [54]. Оскільки за останні три роки виданий урядом навчальний план було скорочено майже втричі, очікується, що кількість студентів у майбутньому різко скорочуватиметься. Не вся профільна підготовка з лікувально-профілактичної роботи здійснювалася в українських медичних університетах. До переліку нових знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, включено спеціальність «Охорона здоров'я» (постанова Кабінету Міністрів України) [29].

Цілі підготовки та рівень компетентності фахівців у сфері охорони здоров'я також значно відрізняються в різних країнах. Усе це вказує на нагальну потребу у зміцненні співпраці та гармонізації в Європі щодо програм навчання гігієністів, визначення робочих зон та реєстрації



спеціалістів (Служба громадської охорони здоров'я Gelderland Midden 2019) [10].

Огляд навчальних програм для лікарів охорони здоров'я в кількох країнах виявив, що вони не є універсальними та дуже різноманітними. Безперечно, підготовка сучасних фахівців у сфері громадського здоров'я потребує не лише перегляду існуючих освітніх програм, а й формування нових інституційних структур та створення нового навчального плану магістерської підготовки з урахуванням сучасних світових тенденцій та національних особливостей. . Аналіз забезпеченості України медичними кадрами свідчить про зниження показників забезпеченості населення лікарями, санітарно-епідеміологічними спеціалістами. За 2017-2019 роки забезпеченість лікарями скоротилася на 16,5%, лікарі-гігієни – на 14,9%.

За результатами аналізу відрядження студентів, які навчалися за спеціальністю «Лікувально-профілактична робота» на додипломному рівні до медичних ВНЗ України у 2018 році, встановлено, що державну схему підготовки було скорочено майже втричі. За останні три роки. До переліку знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, входить спеціальність «Охорона здоров'я». Проте підготовка магістрів здійснюється лише в одному немедичному ВНЗ в Україні за спеціальністю «Організація та адміністративний менеджмент (медичне спрямування)», що не відповідає сучасним потребам галузі.

Аналіз європейського досвіду визначення потреби в обслуговуючому персоналі ГН та структури планів підготовки спеціалістів ГН, наприклад у Нідерландах, показує, що єдиної програми підготовки таких спеціалістів у країнах Європейського Союзу немає. Вимоги щодо роботи та професійної підготовки значно відрізняються від країни до країни.

За даним розділом зроблено наступні висновки:

1. Проведено теоретичний огляд для визначення цілей, завдань і орієнтирів сучасного медичного менеджера. Встановлено, що управління закладами охорони здоров'я можна розглядати з двох позицій. Охорона

здоров'я - це процес, який впливає на матеріальні, трудові та фінансові відносини. Управління охороною здоров'я - це сукупність усіх органів і управлінських дій лікувально-профілактичного апарату управління.

2. Встановлено, що менеджмент (сучасних менеджерів) визначається принципами, методами, функціями та цілями менеджменту. Визначено принципи сучасного менеджера. Функції управління визначаються рівнем системи управління. Система управління будь-яким суб'єктом господарювання має три рівні: стратегічний, тактичний та оперативний.

3. Враховуючи євроінтеграційний вектор розвитку нашої держави, пріоритети профілактичного спрямування національної системи охорони здоров'я та формування нових служб охорони здоров'я, подальше вивчення питань формування кадрової політики охорони здоров'я є актуальним. необхідно. . Поглибленого вивчення потребують питання планування потреб у кадрах охорони здоров'я, підготовки, розподілу, мотивації тощо.

### **3.3.Механізми навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій**

- Нині найважливішим напрямком у сфері вищої медичної освіти є суттєве посилення практичних аспектів підготовки майбутніх лікарів та отримання якісної післядипломної освіти при збереженні належного рівня теоретичних знань та умінь. Класична система вищої медичної освіти не може повністю вирішити проблему практичної підготовки лікарів [7]. Основними перешкодами для цього є відсутність постійного зворотного зв'язку між студентами та викладачами та неможливість надати реалістичний опис багатьох клінічних ситуацій. Сучасна медична освіта як на додипломному, так і на післядипломному етапах підготовки лікарів має сприяти формуванню активного навчального процесу, розвитку здібностей

до самостійної роботи, запам'ятовування, систематизації навчального матеріалу та вміння використовувати ці знання на практиці [53].

- У зв'язку з цим поява навчання з використанням інтерактивних веб-технологій є невід'ємною частиною сучасної медичної освіти, прогнозуючи тактику обстеження шляхом комп'ютерного моделювання на основі об'єктивних даних і даних, отриманих за допомогою додаткових методів дослідження (ЕКГ, КТ) реальних пацієнтів, а лікування зменшує потенційні ризики для пацієнтів та покращує якість медичної допомоги.

- Передумови впровадження кейс-методики в навчальний план. Інформаційні веб-технології є невід'ємною складовою сучасної комп'ютерної освіти, у тому числі й медичної, що вирізняється безперервністю та динамічністю. Бо завдяки цьому на сучасному етапі можуть бути реалізовані основні цілі та завдання медичної освіти. З метою здійснення безперервної додипломної та післядипломної підготовки спеціалістів відповідно до Закону України «Про вищу освіту» розроблено сайт 3 кафедри ендокринології Харківського національного медичного університету внутрішніх хвороб. Технологія на основі інформаційної мережі [14]. Сайт також надає ресурси для різних спеціалістів з внутрішньої медицини, включаючи кардіологів, ендокринологів, ревматологів, пульмонологів, гастроентерологів і гематологів, як частину їх післядипломної медичної освіти [53].

- Передумови впровадження методу кейс-стаді в навчальний процес клінічних кафедр за допомогою інформаційно-освітніх веб-технологій:

- Періодично не вистачає актуальних пацієнтів, щоб показати студентам, і практичне пояснення всіх різних клінічних ситуацій неможливе.

- Необхідність суттєвого посилення практичних аспектів підготовки майбутніх лікарів, а також якісної післядипломної освіти при збереженні належного рівня теоретичних знань;

- необхідність оптимізації традиційних виховних засобів, методів і форм;

- Необхідність якісної візуалізації додаткових методів обстеження;
- Потребують удосконалення методи контролю знань, впровадження комп'ютерних тестів, стратегії активного навчання.

- Необхідно підвищити ефективність викладання та навчання шляхом впровадження в навчальний процес нових інформаційно-освітніх технологій веб-навчання [54].

- Інформаційно-освітні технології в навчанні. Роль візуалізації в навчанні. Підготовка кваліфікованих лікарів неможлива без контакту та спілкування з реальними пацієнтами, але все більше безпека та благополуччя пацієнтів стають фундаментальним етичним питанням. У 2019 році Глобальний альянс із безпеки пацієнтів за підтримки ВООЗ опублікував Рекомендації щодо безпеки пацієнтів для організацій охорони здоров'я (ВООЗ). Ці рекомендації стверджують, що заклади повинні створити безпечне та захищене навчальне середовище для навчання клінічним навичкам [49].

Одним із способів досягти цього є симуляційне навчання. Практично неможливо уявити сучасну медичну освіту без використання симуляційних технологій і без електронних баз клінічних випадків, особливо кафедрального та університетського рівня. Навчання клінічним навичкам за допомогою електронних баз даних клінічних випадків може покращити вивчення клінічних навичок, надаючи студентам можливість робити помилки в безпечному середовищі. Симуляційне навчання як у рамках бакалаврату, так і в рамках післядипломної освіти може допомогти майбутнім лікарям досягти вищого рівня клінічної компетентності [58]. Особливе місце у формуванні навчальних умінь займають методи наочності навчання. На даний час існує багато досліджень щодо впливу візуальних компонентів на ефективність процесу навчання [8].

- За останні десятиліття у сфері передачі візуальної інформації відбулися значні зміни:

- збільшення обсягу та кількості інформації, що передається.

- розроблено нові види візуальної інформації та способи її передачі.

Технічний прогрес і формування нової візуальної культури висувають низку нових вимог до діяльності педагогів, особливо у сфері медичної освіти. В даний час візуалізація є проміжною ланкою між навчальними матеріалами і результатами навчання, своєрідним механізмом, який може «поліпшити» і оптимізувати процес навчання. Візуалізація забезпечує синтез знань і дозволяє опосередковано та наочно представити досліджуване явище. Особливий інтерес до впровадження методів візуалізації в неперервну медичну освіту продиктований розвитком медицини, збільшенням інформаційних потоків, оволодінню якими традиційні методи та засоби стають недостатніми. Накопичення, засвоєння, зберігання, обробка та передача інформації в рамках медичної освіти вимагає динамічних мобільних засобів навчання, які сприяють систематизації знань на основі візуалізації. Навчальна інформація на основі мультимедіа відкриває можливість доповнити традиційні методи навчання медіафайлами, що може збагатити навчальний процес різноманітною інформацією та сприяти більш ефективному засвоєнню. Візуалізація навчальної інформації за допомогою інформаційно-освітніх технологій дозволяє вирішувати найрізноманітніші навчальні завдання: зміцнювати навчання, активізувати навчально-пізнавальну діяльність, формувати та розвивати критичне та наочно-образне мислення, зорове сприйняття, кругозір тощо. Репрезентація знань і навчальна діяльність, передача знань і розпізнавання образів, підвищення візуальної грамотності та візуальної культури [24]. У рамках медичної освіти впровадження візуальних методів відображення інформації значно підвищує якість підготовки спеціалістів, сприяє глибшому запам'ятовуванню матеріалу, розвитку професійних компетенцій, продовжує відповідати потребам сучасної медичної освіти та професійним здібностям лікарів. Йдеться про вдосконалення.

Є складовою практико-орієнтованого методу кейсів у дослідженнях у галузі «внутрішні хвороби». Сучасний практико-орієнтований метод кейс-

стаді системи медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій у рамках підготовки лікарів у галузі.

«Внутрішня хвороба» складається з наступних компонентів:

1. Публікація клінічних випадків, у тому числі:

Тестовий симулятор для цього;

2. Презентація клінічних випадків, лекції про проблемні клінічні ситуації (візуалізація результатів тестів, огляд клінічних рекомендацій, обговорення деталей клінічних ситуацій, результатів лікування, обговорення, невіршені проблеми, детальні клінічні випадки з точки зору дослідження) презентація);

3. Відео/аудіолекції клінічних випадків з презентацією (візуалізація результатів тестів, огляд клінічних рекомендацій для обговорюваних клінічних випадків, обговорення деталей клінічної ситуації, результатів лікування, обговорення, невіршені проблеми) Доповнюючи детальні презентації на) проблеми через відео- чи аудіокоментарі доповідачів, перспективи дослідження);

4.Тренажер для відпрацювання практичних навичок (поєднання теоретичного матеріалу з конкретної теми та численних тестових клінічних завдань)

5. Симулятор клінічного випадку (поєднання конкретного клінічного випадку з логічно пов'язаним тестовим завданням для цієї теми)

6. Веб-квест з медичної освіти (об'єднує теми з кількох навчальних дисциплін) [29].

«Внутрішня хвороба» в рамках однієї проблемної роботи з елементами інформаційних ігор у стилі детективів, розгалуження та поєднання теоретичного матеріалу з кількох тем, побудова сценаріїв з практично-технічним відпрацюванням).

Етичні аспекти впровадження електронних баз даних клінічних випадків до навчальних програм вищих медичних навчальних закладів. Для кожного учасника навчального процесу (рис. 4) – студентів, лікарів,

викладачів, пацієнтів – можна виділити всі переваги впровадження електронної бази клінічних випадків у навчальний процес.

Впровадження електронних баз клінічних випадків у навчальні курси для лікарів має такі переваги:

- підвищує якість отриманої підготовки та забезпечує доступ до різноманітних клінічних ситуацій.
- особистісно орієнтований підхід до навчання;
- гнучкість навчання (навчальний процес у зручний час, зручному місці та темпі) - Можливість вибору власних навчальних тем, відсутність географічних обмежень на навчання (доступ до Інтернету), доступ до якісних сервісів навчального контенту будь-коли та будь-де (Доступність на новітніх пристроях, таких як мобільні телефони, планшети та комп'ютери, щоб підвищити мобільність навчання)
- висока адаптивність навчальних матеріалів – аудіо та відеоматеріали, сучасні методи діагностики та лікування;
- об'єктивізація та автоматична система оцінювання знань студентів;
- необхідність постійного навчання вчителів;
- необхідність оволодіння сучасними методиками навчання для вдосконалення навчального процесу.

Впровадження електронних баз клінічних випадків у навчальні курси для лікарів стимулює активну пізнавальну діяльність, розвиток логічного мислення, аналіз, узагальнення, систематизацію та оцінку інформації, мотивацію до самостійного навчання, формування нових компетенцій, реалізацію творчого потенціалу (дослідження та розвиток творчих здібностей), конкретного, що стає основою повсякденної діяльності лікаря Використовуючи накопичені теоретичні знання, щоб поставити проблему в перспективу можна надати такі пропозиції.

- зменшити бар'єр між теоретичними знаннями та практичними навичками;
- режим;

- можливість контролювати власний прогрес;
- навчайтеся, не відриваючись від основної діяльності в асинхронному режимі.

Основним недоліком впровадження електронних баз клінічних випадків у навчальний процес слухачів є те, що електронні бази даних не замінюють досвіду, отриманого під час реального спілкування з пацієнтами.

Впровадження електронних баз клінічних випадків у навчальні курси для викладачів має такі переваги:

- Підвищення якості освіти.
- Створення бази даних різної тематики клінічних випадків полегшує повсякденну діяльність викладачів і дає можливість продемонструвати рідкісні та складні клінічні випадки.
- Масовість аудиторії (велика кількість студентів може використовувати навчальний матеріал у синхронному режимі);
- Можливість використання різноманітних педагогічних прийомів, методів, форм і засобів взаємодії всіх учасників освітнього процесу;
- Уміння контролювати навчальний процес, контролювати розвиток знань і вмінь студентів, успішність;
- Стимулює активну пізнавальну діяльність студентів, лікарів, розвиває логічне мислення, уміння аналізувати, узагальнювати, систематизувати й оцінювати інформацію, мотивує до самонавчання, формує нові компетенції, реалізує творчий потенціал і розвиває навички використання конкретних проблем, які стають основою щоденної діяльності лікарів Теоретичні знання, накопичені в рамках завдання (наприклад, клінічний випадок);

Недоліки запровадження електронної бази клінічних випадків для викладачів – підготовка якісного навчального контенту потребує значних часових витрат, участі великої кількості персоналу, необхідності постійного підвищення кваліфікації та знань, клінічних випадків Є є потреба в оволодінні сучасними освітніми технологіями, яка частково може бути вирішена шляхом залучення студентів до створення інформаційного



контенту в електронних базах даних [33].

Перевага впровадження електронної бази даних клінічних випадків для пацієнтів полягає в тому, що клінічний досвід у віртуальному середовищі не становить ризику для пацієнтів і, що найважливіше, пацієнти зрештою отримують кращий догляд.

З огляду на дослідження цього розділу можна зробити висновки:

1. У новій економічній ситуації управління персоналом у державних медичних установах є найважливішим і основним інструментом. Крім того, удосконалення процесу управління персоналом системи управління медичним закладом дозволить ефективно управляти людськими ресурсами, що принесе економічні та соціальні результати колективу та організації в цілому.

2. Забезпечити дотримання розробки АСУ процесу прийняття рішень відповідно до інформаційних потреб керівників медичних закладів, які працюватимуть у нових умовах, та інформаційних вимог представників установ міста, які вирішують приєднатися до зусилля щодо їх забезпечення. Населення отримує якісну медичну допомогу. Це сприятиме систематичному збору, обміну та розповсюдженню даних, які можуть допомогти покращити управлінські рішення.

3. Функціонування «резервних сил» посилює їх роль у забезпеченні перевіреного, кваліфікованого персоналу для виконання адміністративних завдань. Зокрема, він виконує свої адміністративні обов'язки, запроваджуючи регуляторні, організаційні та фінансові механізми, які полегшать доступ до медичної освіти для «резервного» персоналу управління.

4. Доцільно вибірково запроваджувати обмеження на адміністративні посади, принаймні, для лікуючих лікарів та їх представників. Запровадження процедури повторного призначення на основі процесу оцінки результатів діяльності.

5. Впровадження практико-орієнтованих методів кейс-стаді в рамках

неперервної медичної освіти за допомогою інформаційних веб-технологій зменшує бар'єр між теоретичними знаннями та практичною діяльністю, покращує клінічне мислення, аналіз, систематизацію навчальних матеріалів, підвищує відповідальність.

## ВИСНОВКИ

1. Проведено теоретичний огляд для визначення цілей, завдань і орієнтирів сучасного медичного менеджера. Встановлено, що управління закладами охорони здоров'я можна розглядати з двох позицій. Охорона здоров'я - це процес, який впливає на матеріальні, трудові та фінансові відносини. Управління охороною здоров'я - це сукупність усіх органів і управлінських дій лікувально-профілактичного апарату управління.

2. Встановити, що управління визначається принципами, методами, функціями та цілями управління. Визначено принципи сучасного менеджера. Функції управління визначаються рівнем системи управління. Система управління будь-яким суб'єктом господарювання має три рівні: стратегічний, тактичний та оперативний.

3. Враховуючи євроінтеграційний вектор розвитку нашої держави, пріоритети профілактичного спрямування національної системи охорони здоров'я та формування нових служб охорони здоров'я, подальше вивчення питань формування кадрової політики охорони здоров'я є актуальним. необхідно. . Поглибленого вивчення потребують питання планування потреб у кадрах охорони здоров'я, підготовки, розподілу, мотивації тощо.

4. Проведений аналіз показує, що система охорони здоров'я країни має як позитивні, так і негативні сторони. І саме в цій ситуації необхідні адекватні вирішення найбільш серйозних і суспільно важливих проблем. Для покращення існуючого становища медичного персоналу України необхідно вирішувати проблему на національному рівні.

5. У новій економічній ситуації управління персоналом у закладах охорони здоров'я державного сектору є найважливішим і фундаментальним інструментом. Крім того, удосконалення процесу управління персоналом системи управління медичним закладом дозволить ефективно управляти людськими ресурсами, що принесе економічні та

соціальні результати колективу та організації в цілому.

6. Забезпечує дотримання розробки АСУ у процесі прийняття рішень відповідно до інформаційних вимог керівників медичних закладів, які працюватимуть у нових умовах, а також представників закладів міста, з якими вони вирішують питання. працювати. Населення отримує якісну медичну допомогу. Це сприятиме систематичному збору, обміну та розповсюдженню даних, які можуть допомогти покращити управлінські рішення.

7. Доцільно вибірково запроваджувати обмеження на адміністративні посади, принаймні для лікарів та їх представників. Запровадження процедури повторного призначення на основі процесу оцінки результатів діяльності.

8. Впровадження практико-орієнтованих методів вивчення кейсів у рамках безперервної медичної освіти за допомогою інформаційних веб-технологій зменшить бар'єр між теоретичними знаннями та практичною діяльністю та сприятиме формуванню клінічного мислення, аналізу, систематизації. Збільшення обсягу навчальних матеріалів і відповідальності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Армстронг М. Практика управління людськими ресурсами. / пер. з англ.; під ред. С.К. Мордовіна. – К.: Самміт-Книга,. – 848 с.
2. База даних «Здоров'я для всіх. Україна» : Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/>.
3. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. Навчальні матеріали онлайн. 2015. URL: [pidruchniki.com](http://pidruchniki.com).
4. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. URL: [http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Dtr\\_du/2010\\_3/files/DU310\\_02.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf).
5. Беркун Скотт. Зроблено. Проектний менеджмент на практиці / Скотт Беркун / М.: "Манн, Іанов і Фербер", – 2019г
6. Боссіді Л. Виконання: Система досягнення цілей / Л. Боссіді, Р. Чаран; пер. з англ. – М.: Альпіна Паблішерз, 2017. – 325 с.
7. Бушуєва Н. С. Управління проектами та програмами організаційного розвитку: навч. посібн. / Н.С. Бушуєва, Ю.Ф. Ярошенко, Р.Ф. Ярошенко. – К.: Самміт-Книга, 2010. – 200 с.
8. Бушуєв С.Д. Управління проектами: Основи професійних знань і система оцінки компетентності проектних менеджерів / С.Д. Бушуєв, Н.С. Бушуєва (National Competence Baseline, NCB UA Version 3.0). – К.: ІРІДУМ, 2006. – 208 с.
9. Бушуєв С.Д. Креативні технології управління проектами і програмами: монографія / С.Д. Бушуєв, Н.С. Бушуєва, И.А. Бабаєв, В.Б. Яковенко і ін. – К.: Самміт-Книга, 2010. – 768 с.
10. Бенфілд Ричард. Лідери продукту. Як найкращі в світі менеджери створюють команди і запускають унікальні проекти / Ричард Бенфілд, Мартін Ерікссон, Нейт Уокінгшо / М.: "Манн, Іванов і Фербер", – 2019г

11. Габуєва Л.А. Механізми ефективного фінансування в охороні здоров'я. М.: Міжнародний центр фінансово-економічного розвитку, 2017. 288 с.
12. Голдштейн Ілан. Інструменти, техніки і поради для тих, хто працює / Ілан Голдштейн / М.: "Манн, Іванов і Фербер", – 2019 р.
13. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2019. 460 с. URL: [http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg\\_dprozou.pdf](http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dprozou.pdf).
14. Грей К. Ф., Ларсон Э. У. Управління проектами: Практическое руководство / Пер. с англ. – М.: Издательство «Дело и Сервис», 2019. – 528 с.
15. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2018. 116 с.
16. Державний реєстр лікарських засобів України. Дані станом на травень 2019 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.drlz.kiev.ua>
17. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників галузі охорони здоров'я / розроб. Підаєв А. В. та ін. К.: МОЗ України, Мін-во праці та соц. політики. 2017. 229 с.
18. Дурдикулієва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2019. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862>
19. Євразийський союз вчених (2020) Інноваційний підхід до логістики в медицині (<https://euroasia-science.ru/ekonomicheskie>).
20. Журавель В. І. Основи менеджменту в системі охорони здоров'я. К. : 2016, 335 с.
21. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році: статистичний збірник Київ, 2018. 109 с.
22. Інглунд Рендалл. Керівник проектів. Всі навички, які необхідні для роботи / Рендалл Інглунд, Альфонсо Бусеро/ М.: "Манн, Іванов і Фербер", – 2018г

23. Керцнер Г. Стратегічне планування для управління проектами з використанням моделі досвіду [пер. з англ.] / Г. Керцнер. – М.: Компанія АйТі; М.: ДМК Пресс, 2016. – 320 с.
24. Керівництво до збірки знань по управлінню проектами. Керівництво PMBOK-6 / Project Management Institute, PMI/ М.: "Олімп- Бізнес", – 2019г.
25. 25 . Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: medbib.in.ua. 2019. 258с
26. Когон Корі. Керування проектами для «неофіційних» проектменеджерів / Корі Когон, Сьюзетт Блейкмор, Джеймс Вуд / К.: "Фабула", – 2018г
27. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ, 2018. 96 с.
28. Кочін І. В. Медицина катастроф: виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко ; за ред. проф. І. В. Кочіна. – Київ : Здоров'я, 2018. – 724 с.
29. Криштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджмент в охороні здоров'я. – К. : Здоров'я, 2015. 180 с.
30. Кеган Марті. Все, що потрібно знати продактменеджеру / Марті Кеган / М.: "Манн, Іванов і Фербер", – 2020г
31. Лоффлер Марк. Ретроспектива. Перевірені методи та інноваційні підходи / Марк Лоффлер / М.: "Манн, Іванов і Фербер", – 2020г
32. Мазур І.І., Шапіро В.Д., Ольдерогге Н.Г. Управління проектами: Навч. посіб. / Під заг. ред. І.І. Мазура. – 2-е вид. – М.: Омега-Л, 2016. –664 с.
33. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: монографія. Київ: ДП «Прінт Сервіс», 2018. 136 с.
34. Організаційна поведінка / Д. Гелрігел, Дж. В. Слокуммолодший, Р.В. Вудмен, Н.С. Бренінг; Пер. з англ.. І. Тарасюк, М. Зарицька, Н. Гайдукевич. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2018. – 726 с.

35. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : <http://www.moz.gov.ua>
36. Посилкіна О.В., Сагайдак-Нікітюк Р.В., Загорій Г.В., Горбунова О.Ю., Юрченко А.П. Логістичний менеджмент фармацевтичного виробництва: Монографія.Х.: Вид-во НФаУ : Золоті сторінки, 2017.772с.
37. 36. Практичне керівництво /Колектив авторів/ М.: "Олімп-Бізнес", – 2019 р.
38. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту : постанова КМУ від 09.01.2014 р. № 11 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
39. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні : наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
40. 39. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
41. Про Загальнодержавну цільову програму захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру на 2013–2017 роки : Закон України від 07.06.2012 р. № 4909-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
42. Реформа медичного обслуговування. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms\\_reform/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/).
43. Реформа системи охорони здоров'я (<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemiohoroni-zdorovya>).
44. Савост'янова С. Л. Особливості державного регулювання механізмів суспільного розвитку у сфері забезпечення населення України послугами з охорони здоров'я / С. Л. Савост'янова // Проблеми управління соціальним і гуманітарним розвитком: IV регіон. 236 наук.–практ. конф. за міжнар.



участю, 26 листоп. 2020 р. : тези доп. – Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2020. – С. 271–274.

45. Сайников Е.В. Нові підходи до організації забезпечення медичним майном на регіональному рівні. URL : [http://www.farosplus.ru/index.htm?/mtmi/mt\\_4\\_10/nov\\_podhody.htm](http://www.farosplus.ru/index.htm?/mtmi/mt_4_10/nov_podhody.htm) (дата звернення: 21.06.2019).

46. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги: статистичний збірник. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdn/sns/arh\\_sns.html](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdn/sns/arh_sns.html).

47. Спеціалізовані хірургічні кадри (на 100 000 населення). Джерело: Світовий банк [веб-сайт]. Вашингтон (округ Колумбія): Група Світового банку; 2019 рік (<https://data.worldbank.org/indicator>, станом на 2 вересня 2019 року).

48. Статистичний щорічник України за 2017 році: статистичний бюлетень. Київ, 2018. 541 с.

49. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2018. 276 с.

50. Хаксевер К., Управління і організація в сфері послуг / К. Хаксевер, Б. Рендер, Р. Рассел, Р. Медик; пер. з англ. під. ред. В.В. Кулібанової. 2016. – 752 с.

51. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/>.

52. Чейз Р. Виробничий і операційний менеджмент / Р. Чейз, Ф. Джейкобз, Дж. Аквілано ; 10-е вид.: пер. з англ. – М.: ООО «І.Д. Вільямс», 2007. – 1184 с.

53. Швабер Кен. Скрам. Управління продуктом і бізнесом / Кен Швабер / К.: "Альпіна Паблішер", – 2020г

54. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності галузі охорони здоров'я України. 2018 рік / за ред. В. В. Шафранського. К., 2019. 452 с.

55. Benchmarking The Hospital Logistics Process. URL : <https://logisticsmanagementandsupplychainmanagement.wordpress.com/category/healthcare-logistics/> (дата звернення: 18.01.2019).
56. Christopher, M. Logistics and Supply Chain Mangament. Strategies for Reducing Cost and Impoving Service / M. Christopher. – 2 ed. – London : Financial Temes-Pitman Publishing, 2018. – 80 p.
57. Pharma 2020: Supplying the future by PriceWaterhouse Coopers [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://www.pwc.com/en\\_GX/gx/pharma-life-sciences/](http://www.pwc.com/en_GX/gx/pharma-life-sciences/)
58. Pharma 2020: The Vision – Which Path Will You Take? by P riceWaterhouse Coopers [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma2020/pharma-2020>
59. TOP-50-Pharmaceutical-companies-Pharm-Exec The Pharm Exec [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.scribd.com/doc/21016515/>