

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний економічний університет

*Брич В. Я.,
Ліштаба Л. В.,
Микитюк П. П.*

КОМПЕТЕНТНІСТЬ МЕНЕДЖЕРІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Монографія

Тернопіль
ТНЕУ
2018

Рецензенти:

Костишина Т. А., доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри управління персоналом і економіки праці ВНЗ Укоопспілки «Полтавський університет економіки і торгівлі»;

Колот А. М., доктор економічних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи ДВНЗ «Київський національний університет імені Вадима Гетьмана»;

Левченко О. М., доктор економічних наук, професор, проректор з наукової роботи Центральноукраїнського національного технічного університету.

*Рекомендовано до друку
рішенням Вченої ради Тернопільського
національного економічного університету
(протокол № 6 від 13.04.2018 р.)*

Брич В. Я.

Б 87 **Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я** : моногр. / В. Я. Брич, Л. В. Ліштаба, П. П. Микитюк. – Тернопіль : ТНЕУ, 2018. – 192 с.
ISBN 978-966-654-507-0

Монографія присвячена узагальненню теоретико-методичних положень та наданні практичних рекомендацій щодо формування механізму компетентності менеджерів у закладах охорони здоров'я.

У монографії розроблено концептуальний підхід до управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я; удосконалено організаційно-економічний механізм забезпечення компетентності менеджерів у системі охорони здоров'я; ідентифіковано методи та критерії оцінювання компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я, які базуються на онтології поняття компетентності на основі трирівневої типології кадрової політики. У роботі розвинено методичні підходи до побудови механізму компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я, в контексті чого запропоновано інструментарій у вигляді дескриптивних та нормативних моделей професійної компетентності менеджерів.

Монографія може бути використана науковими співробітниками, викладачами, студентами вищих навчальних закладів, керівниками закладів охорони здоров'я.

УДК 005.336.2:614.2

ISBN 978-966-654-507-0

© Брич В. Я., Ліштаба Л. В.,
Микитюк П. П., 2018
© ТНЕУ, 2018

Зміст

Вступ.....	5
------------	---

Розділ 1.

Теоретичні засади визначення компетентності менеджерів та особливості їх діяльності в системі охорони здоров'я.....	7
1.1. Суть та визначення поняття «менеджер в системі охорони здоров'я».....	7
1.2. Поняття, фактори та система формування компетентностей менеджерів в медицині.....	26
1.3. Методологічні особливості оцінки компетентностей менеджерів медичних закладів.....	44

Розділ 2.

Аналіз механізму формування компетентності фахівців менеджменту в системі охорони здоров'я.....	57
2.1. Сучасний стан розвитку та кадрового забезпечення системи закладів охорони здоров'я.....	57
2.2. Дослідження рівня сформованості професійної компетентності менеджерів закладів охорони здоров'я.....	74
2.3. Аналіз факторів, що впливають на становлення та розвиток професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я.....	92

Розділ 3.

Методи та шляхи формування механізму компетентності менеджерів медичних закладів в системі охорони здоров'я.....	109
3.1. Організаційно-економічні засади механізму формування компетентностей менеджерів.....	109
3.2. Розробка механізму компетентності менеджерів.....	121
3.3. Інтервальні моделі професійної компетентності менеджерів.....	138
Висновки.....	153
Список використаних джерел.....	157
Додатки.....	173

Вступ

Здоров'я населення є найвищою цінністю, необхідним компонентом розвитку і соціально-економічного зростання країни. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина та досягнення адекватних стандартів якості життя і благополуччя населення одне з основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 р., та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Внаслідок реформ, що здійснюються урядом України в системі охорони здоров'я, все більша увага приділяється розриву між наявними знаннями і навичками управлінського персоналу, необхідними для вирішення майбутніх завдань. Персонал є важливим фактором впливу на ефективність системи охорони здоров'я. Ефективне управління охороною здоров'я вимагає володіння новітніми знаннями і навичками. Проблема навчання менеджменту сьогодні особливо актуальна у зв'язку з реалізацією Концепції реформи національної системи охорони здоров'я, метою якої є поліпшення здоров'я громадян через надання вільного вибору медичної організації і лікаря, впровадження нових фінансових моделей та економічних стимулів для постачальників медичних послуг.

Вимоги до керівників всіх рангів не тільки у виробничій галузі, але і в соціальній докорінно змінюються. Все більше цінуються компетенція людини, її професійна підготовка, готовність до нововведень та творчого пошуку. Вкрай актуальним сьогодні є питання формування кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я на основі компетентнісного підходу,

що стане рушійним організаційно-правовим та управлінським засобом впровадження змін у галузі охорони здоров'я.

Продуктивна діяльність сучасних установ багато в чому визначається результативністю праці працівників, яка залежить від наявності компетентностей, які необхідні для успішного виконання персоналом своїх функцій. Керівники медичних закладів охорони здоров'я повинні володіти не лише високим рівнем медичних знань, але й орієнтуватися в питаннях фінансування, страхування, стратегічного планування й управління, уміти приймати комплексні рішення та здійснювати контроль за їх виконанням, організовувати цілеспрямовану діяльність закладу. У закладах охорони здоров'я з боку управлінців не звертається належна увага на питання побудови системи управління кадровими процесами на основі компетентнісного підходу.

Метою монографії є узагальнення теоретико-методичних засад та розробка практичних рекомендацій щодо формування механізму компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я.

Автори ставили перед собою завдання удосконалити методи та критерії оцінки компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я, запропонувати алгоритм застосування апарату інтервального аналізу для підтримки прийняття рішень щодо забезпечення професійної компетентності менеджерів, розробити інструментарій механізму компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я та удосконалити організаційно-економічний механізм забезпечення компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я.

Розділ 1

Теоретичні засади визначення компетентності менеджерів та особливості їх діяльності в системі охорони здоров'я

1.1 Суть та визначення поняття «менеджер в системі охорони здоров'я»

Постіндустріальна модель економічного розвитку, ядром якої є інформаційно-інтелектуальні технології, знання та вміння людини, докорінно модернізує традиційну модель управління закладами охорони здоров'я. За сучасних умов розвитку економіки України в установах медичної сфери виникає необхідність забезпечення власного функціонування з урахуванням законів і вимог жорсткої конкуренції, коли активна діяльність окремого працівника стає основним імпульсом процесів розвитку цілої системи. У зв'язку з цим, значної актуальності набуває оцінка ролі компетентності менеджера у формуванні високого конкурентного статусу закладів охорони здоров'я за умов глобальних трансформацій.

Потреба у реалізації ряду реформ вітчизняної системи охорони здоров'я об'єктивно ставить вимоги щодо вдосконалення професійної підготовки працівників медичних установ. Однак при цьому в основному йдеться саме про кваліфікований медичний персонал: лікарів, медсестер.

Слово «менеджер» (або «менеджмент»), яке можна почути в коридорах і кабінетах лікарень, часто має виражений негативний відтінок, що спричинено управлінськими прорахунками працівників адміністративного апарату галузі. Вважається, що керувати лікарнею, відділенням або поліклінікою повинен медичний працівник, який може володіти управлінськими навичками, а може здобути їх у процесі роботи. При цьому слід зауважити, що галузь охорони здоров'я на сучасному етапі є комплексною системою, що складається з багатьох взаємопов'язаних організацій та інститутів. Це, у свою чергу, детермінує необхідність володіння менеджером закладу охорони здоров'я потужним інноваційним потенціалом, що є синтезуючим елементом професійної компетентності.

Розуміння важливості формування в керівних працівників організацій охорони здоров'я управлінських компетентностей повільно прогресує. Кращим доказом цього є зростання попиту на освітні програми з менеджменту в сфері охорони здоров'я. Такі програми відкривають як медичні університети, інститути, бізнес-школи, так і невеликі приватні освітні заклади. Їх реалізують як у форматі самостійних програм різної тривалості, так і у вигляді набору додаткових курсів у формі додатка до основної дипломної програми. Очевидно, в масштабах країни і галузі загальна кількість випускників таких програм поки що незначна, але сам факт наявності останніх – знаковий і винятково важливий індикатор того, що вітчизняна система охорони здоров'я повертається обличчям до сучасних підходів в управлінні.

Проаналізуємо світовий досвід провідних університетів і бізнес-шкіл по організації та проведенню програм з менеджменту в охороні здоров'я, адже саме їх проходження є домінуючим фактором підвищення компетентності менеджерів закладів охорони здоров'я. В даний час кращі освітні заклади світового рівня пропонують наступні типи дипломних програм в галузі охорони здоров'я.

– Програми MBA (Master in Business Administration) – Майстер ділового адміністрування – це програми для менеджерів, які бажають робити кар'єру в бізнесі і, відповідно, потребують отримання спеціальних управлінських знань і компетенцій. Ступінь MBA з'явилася в США в кінці 19 століття, коли промислові підприємства стали застосовувати науковий підхід до управління [62, с. 34]. Спрямованість навчання на галузь охорони здоров'я зазвичай відбивається в назві програми: «Програма MBA з охорони здоров'я» (MBA in Health Management, Health Sector MBA). Найчас-

тіше такі програми залучають фахівців, які працюють або бажають працювати в окремих компаніях і організаціях, які є самостійними бізнес-єдиницями в сфері охорони здоров'я. Прикладами таких компаній можуть служити всі компанії фармацевтичної галузі, аптечні мережі, компанії, що спеціалізуються на клінічних випробуваннях медичних препаратів або на лабораторних дослідженнях, приватні або державні лікарні та клініки. Програми MBA з охорони здоров'я, як правило, реалізуються в рамках бізнес-школ, поряд з іншими MBA-програмами, що спеціалізуються в певних функціональних областях менеджменту, галузях або мають дженералістський характер. Наявність портфеля різних програм MBA дозволяє бізнес-школам об'єднувати слухачів різних програм на окремих курсах, долаючи тим самим проблему невеликої чисельності, характерну для груп MBA для охорони здоров'я.

– Програми MPH (Master in Public Health) – Майстер громадської охорони здоров'я. Дана програма була заснована в 1970 році і акредитована Комісією з акредитації освітніх програм з менеджменту в охороні здоров'я – САНМЕ в 1974 році. Ці програми по тривалості, інтенсивності і складу слухачів дуже близькі до програм MBA. Відмінність полягає в тому, що їхні випускники більшою мірою орієнтовані на роботу, пов'язану з адмініструванням системи охорони здоров'я, тому на таких програмах акцент робиться на курси, пов'язані з державним чи громадським регулюванням охорони здоров'я країни або регіону. Слід відмітити, що в міру того, як галузь охорони здоров'я стає все складнішою, а елементи її системи все сильніше пов'язуються один з одним, грань між програмами MBA в охороні здоров'я та MPH потроху стирається. Про це, зокрема, свідчить той факт, що і ті й інші програми часто адресуються до однієї і тієї ж аудиторії, наприклад до менеджерів компаній біотехнологій і фармацевтики [62, с. 47]. Проте навряд чи варто очікувати повного «злиття» цих програм в майбутньому. Специфіка MPH проявляється в наявності цілого ряду спеціалізацій (епідеміологія, міжнародне громадське здоров'я, біостатистика, біоінформатика, навколишнє середовище та суспільне здоров'я і т. д.), причому менеджмент в охороні здоров'я лише одне з них, яке має на увазі отримання міждисциплінарної підготовки за всіма зазначеними напрямками. Ще один аспект – програми MPH традиційно реалізуються окремими школами громадського здоров'я та організаційно відокремлені від бізнес-школ. Це призводить до формування специфічного контингенту учнів, вельми відмінного по мотивації від студентів MBA.

– Програми МНА (Master of Health Administration) – Майстер адміністрування в охороні здоров'я. Ця вельми поширена ступінь дозволяє її власникові успішніше просуватися по адміністративних кар'єрних щаблях в установах охорони здоров'я. Фактично це програма для «чиновників від охорони здоров'я». Програми, як правило, мають спеціалізацію (або, як зараз частіше говорять, концентрацію), наприклад геронтологія, медична інформатика та ін. Останнім часом конкуренцію цим програмам на американському ринку почали складати програми MSc. [62, с. 65].

– Програми MSc (Master of Science) in Public Health – Магістр охорони здоров'я. Такі програми зазвичай відрізняє відсутність вимоги, що стосується досвіду роботи. Іншою відмінністю є більш вузька, ніж на програмах MBA і MPH, спеціалізація. Так, наприклад, Єльський університет реалізує магістерські програми з охорони здоров'я за двома основними спеціалізаціями: біостатистика і епідеміологія хронічних захворювань. Але є й винятки: Лондонська школа економіки і політичних наук пропонує дворічну магістерську програму з економіки, політики і менеджменту в охороні здоров'я. Програма розрахована на вже діючих менеджерів закладів охорони здоров'я, страхових фондів, міжнародних агентств, фармацевтичних та консалтингових компаній. Відповідно, вона реалізується в модульному форматі, що дозволяє слухачам навчатися без відриву від роботи, що робить її дуже схожою на програми part-time MBA [62, с. 77].

Представленість дипломних програм різного типу відрізняється від країни до країни. Європейські країни, особливо Франція і Німеччина, тяжіють до реалізації магістерських програм MS або MSc (Master of Science). У США, Канаді та Великобританії більше поширені програми MBA. Цікаво, що існує певна кореляція між кількістю програм, що реалізуються в тій чи іншій країні, і місцем країни в рейтингу національних систем охорони здоров'я, складеному ВООЗ (Всесвітньою організацією охорони здоров'я). Точного зв'язку між цими показниками, зрозуміло, немає, так як значення мають також розмір країни і її орієнтація на експорт бізнес-освіти. Однак слід зазначити, що і Франція, і Німеччина, і Великобританія, безумовно, є лідерами на європейському просторі і за кількістю програм, і за рівнем розвитку систем охорони здоров'я.

Великий вплив на розвиток шкіл охорони здоров'я в Європі здійснюють дві організації: Асоціація шкіл суспільного здоров'я (ASPHER), що займається в основному освітою, і європейська асоціація суспільного здоров'я (EUPHA), що підтримує наукові дослідження в сфері суспільного

здоров'я, зміцнення здоров'я і епідеміологі [131, с. 42]. Асоціація шкіл охорони здоров'я європейського регіону (Association of Schools of Public Health in The European Region, ASPHER) – ключова незалежна організація в Європі створена з метою підсилення ролі охорони здоров'я шляхом навчання професіоналів охорони здоров'я як практиці так і дослідженням. Заснована в 1966 р. Асоціація має понад 70 членів. Вони є членами Європейського Союзу, Ради Європи, представлені на вебсайті ASPHER [119, с. 11].

Існує також світова практика проведення короткострокових програм, до категорії яких ми будемо включати всі програми, навчання на яких не супроводжується отриманням ступеня (видачею диплома) певного зразка. Очевидно, що такі програми завжди коротші за часом і їх слухачі прагнуть не стільки до кар'єрного просування або підвищення своєї вартості на ринку праці, скільки до отримання негайних знань і навичок, які буквально на наступний день можна застосувати у своїй управлінській практиці. На відкриті програми люди приходять як за власною ініціативою, так і за ініціативою компаній і організацій, в яких працюють. Друга категорія більш поширена хоча б тому, що це навчання вельми дороге і частіше оплачується саме компаніями. Навчальний план таких програм фіксований і не змінюється під запити поточної групи. Кастомізовані програми зазвичай розробляються під запити конкретного корпоративного клієнта. Незважаючи на те що слухачі обох видів програм – люди з бізнесу, процеси організації та проведення таких програм настільки різні, що для реалізації кастомізованих програм часто створюються окремі підрозділи, досить незалежні від «породили» їх бізнес-шкіл і університетів [62, с. 87].

Серед відкритих недипломних програм з менеджменту в охороні здоров'я найбільш поширені такі програми. Програми з менеджменту для фармацевтичних і біотехнологічних компаній. Класичним прикладом такого типу може служити програма Уортонської школи бізнесу Пенсільванського університету «Wharton / Windhover Program for Pharmaceutical and Biotech Executives». Вона розрахована на п'ять днів, коштує 8 950 дол. і включає в себе наступні теми: розробка нових лікарських препаратів, маркетинг і ціноутворення в фармацевтиці, фінансові інструменти для оцінки угод і компаній, альянси і поглинання в галузі – тренди і стратегії. Схожий набір курсів присутній і на програмі HSM школи бізнесу ім. Фукуа Дюкського університету. Взагалі теми, пов'язані з менеджментом створення нових препаратів, отриманням прав на нові розробки через уго-

ди злиття і поглинань, ціноутворення, життєво важливі для фармацевтичної галузі, що підтверджується як великими науковими дослідженнями [62, с. 114], так і різноманітними курсами освітніх програм. І це не дивно: повний цикл розробки, випробувань і реєстрації нового лікарського препарату займає від 10 до 15 років, а середня вартість створення – кілька мільярдів доларів.

Оскільки охорона здоров'я відноситься до категорії галузей, де технологічні, інформаційні та організаційні інновації швидше норма, ніж виняток, це не могло не відбитися на кількості навчальних програм, предметом вивчення на яких є інновації. Прикладом може служити програма «Challenges in the European Healthcare Market. Winning through Innovation» («Виклики європейської охорони здоров'я. Перемога через інновації»), що проходить в школі бізнесу IESE Гаварського університету (Барселона, Іспанія). Це триденна програма, кожен день якої присвячений певній темі: перший день – огляд майбутніх змін в охороні здоров'я, другий – інструменти за допомогою яких можна використовувати інновації в складній галузі, третій – втілення інновацій в життя [IESE Business School] [62, с. 119].

В цілому можна сказати, що кількість недипломних програм, що спеціалізуються в певних галузях, невелика в порівнянні з кількістю програм, що реалізуються в певних функціональних областях менеджменту (як-то: стратегії, фінанси, маркетинг) або в області певних менеджерських компетенцій (лідерство, переговори, команди). Частка програм з менеджменту в охороні здоров'я ще менше. Більшість провідних бізнес-шкіл вважає за необхідне мати в своєму портфелі хоча б одну таку програму, проте можна з упевненістю говорити про те, що в даний час акцент в бізнес-освіті для охорони здоров'я робиться на дипломні та корпоративні програми.

Однак слід зазначити, що навчальні заклади в Україні набувають досвіду щодо того, як правильно організувати програми з менеджменту в системі охорони здоров'я. Домінуючу роль при цьому відіграє такий фактор, як наявність потужної ресурсної бази, якісного професорсько-викладацького складу, міжнародних зв'язків, інтерактивних засобів навчання.

В останні роки проводилося безліч різних досліджень, присвячених проблемам менеджменту, загалом і в системі охорони здоров'я зокрема. Перш за все це спричинено тим, що соціально-економічне зростання закладів охорони здоров'я та їх конкурентоспроможність визначальною мі-

рою обумовлюються інтелектуалізацією основних факторів виробництва та наявністю компетентного складу людських ресурсів [5, с. 20].

Варто зазначити, що донедавна, відсутність знань, умінь і навичок у так званих «сучасних» методах управління не розглядалася серед пріоритетних завдань сектора охорони здоров'я. Жорстко регульована система охорони здоров'я, яку країна успадкувала від Радянського Союзу, передбачала досить обмежені повноваження для менеджерів щодо використання ресурсів і, отже, не вимагала володіння широким спектром управлінських навичок. Тому не дивно, що навіть зараз традиційна назва посади для керівників лікарень залишається колишньою – «Головний лікар». Координація діяльності медичних закладів на обласному та державному рівнях привела до появи менеджерів охорони здоров'я, які мають справу з управлінням системи охорони здоров'я загалом і на різних її рівнях: вони зазвичай починали свою кар'єру як керівники медичних закладів і поступово піднімалися по «вертикалі влади» (з медичної установи в регіональні департаменти охорони здоров'я, а потім – на рівень міністерства).

Однак із встановленням нових економічно незалежних установ, упровадженням сучасних технологічних розробок і появою більш складних вимог, як з боку працівників охорони здоров'я, так і з боку пацієнтів, управління лікувально-профілактичними установами або програмами охорони здоров'я на державному та обласному рівнях вимагає спеціальних навичок, які, як правило, не викладають у медичних навчальних закладах. Як наслідок на всіх управлінських рівнях спостерігають потребу в потужному управлінському потенціалі, особливо в процесі стратегічного планування, операційного менеджменту, інвестиційно-інноваційних аспектів, управління якістю, управління людськими ресурсами тощо [33, с. 36].

На думку, А. М. Колота конкурентні переваги дедалі більше переміщуються від матеріально-уречевлених, техніко-технологічних ресурсів до ресурсів людських. Прорив у темпах, якості зростання, підвищенні конкурентоспроможності все більше залежить та визначається компетентнісно-креативною компонентою трудової діяльності [67].

Аналізуючи наукові праці вітчизняних учених варто, зауважити, що у сфері охорони здоров'я присутні такі поняття, як «спеціаліст з державного управління охороною здоров'я», «менеджер в охороні здоров'я», «керівник медичного закладу». Ці поняття є дуже схожими на перший погляд, але, розглянувши їх значення, можна виокремити такі відмінності, а саме:

– спеціалістом з державного управління охороною здоров'я є державний службовець, який є, як правило, лікарем за фахом, котрий займає певну посаду на державній службі (приміром, очолює районне чи працює в обласному управлінні охорони здоров'я) [30];

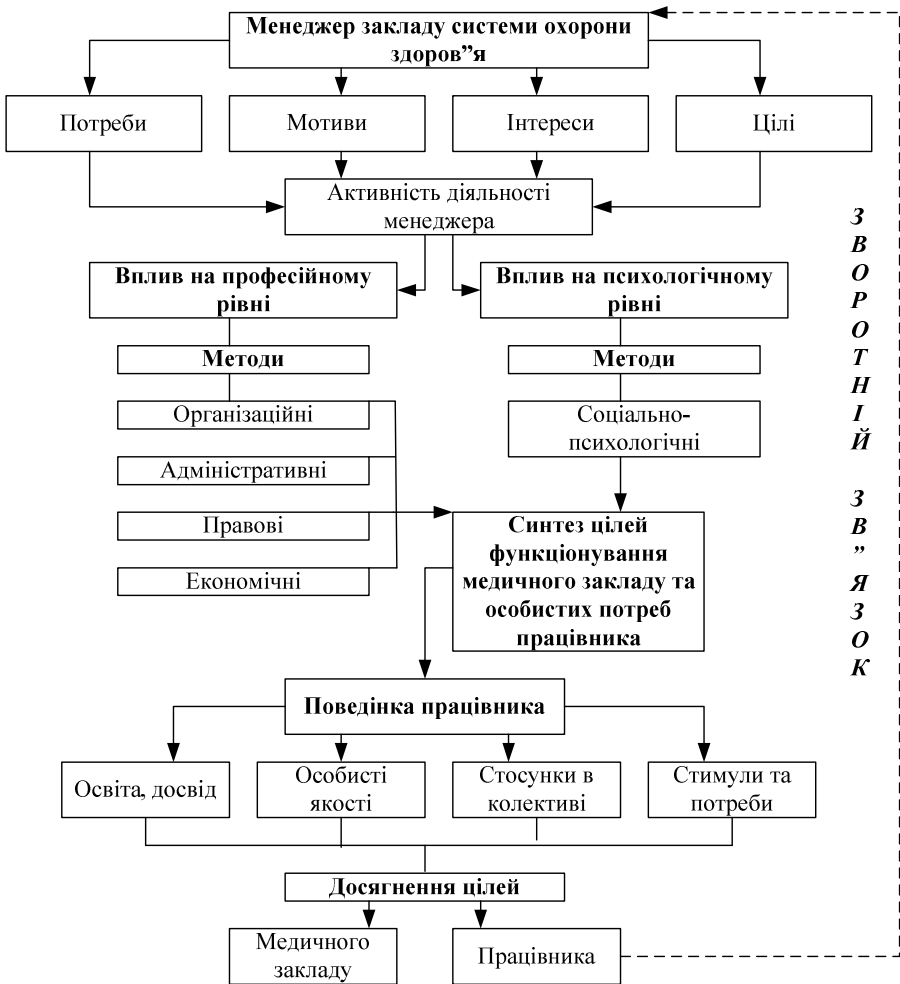
– менеджером в охороні здоров'я є насамперед не державний службовець, часто і не лікар, який працює в лікувально-профілактичному закладі чи очолює його та виконує організаційну роботу щодо реалізації замовлення на контрактних засадах, як правило, менеджер може мати юридичну чи економічну освіту [44];

– керівником медичного закладу є менеджер технологічного профілю, що займається загальним керівництвом медичними технологічними процесами, здійснює координацію окремих її ланок і спрямовує зусилля колективу для досягнення мети й отримання високого результату [36, с. 21].

Незважаючи на різне тлумачення вищезазначених понять, спеціаліст, керівник та менеджер втілюють у життя одну і ту ж саму функцію – управління. Для кожної сфери діяльності потрібні кваліфіковані менеджери, для яких широка, багатопланова загальна підготовка повинна функціонально поєднуватися з детальним пізнанням особливостей та специфіки конкретної галузі, а також керованої системи, зокрема охорони здоров'я.

Розглянувши вищезазначені поняття, сформулюємо власне визначення поняття «менеджер системи охорони здоров'я» – це фахівець – професіонал, що поєднує в своїй роботі навички раціональної економічної поведінки, володіє технологією управління персоналом та структурними підрозділами СОЗ різних рівнів за умов перманентних змін відповідно до етичного кодексу лікаря та чинного законодавства.

Науковий пошук оптимальних шляхів розв'язання зазначеної проблеми неможливий без визначення впливу менеджера медичного закладу на працівників. При цьому слід зауважити, що ефективність імплементації механізму компетентності менеджерів може бути досягнута лише при узгодженні різних методів впливу на працівників з метою реалізації їх професійних, інтелектуальних, інноваційних та творчих здібностей. Сукупність засобів впливу на поведінку працівників є основою формування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я (рис. 1.1).



З
В
О
Р
О
Т
Н
І
Й

З
В
”
Я
З
О
К

Рис. 1.1. Механізм управлінського впливу менеджера медичного закладу на працівників

Джерело: побудовано авторами на основі [40].

Одним з нагальних напрямів процесу формування кадрової політики України варто вважати об'єктивізацію відбору на керівні посади. Адже саме професіоналізм визначатиме успіх чи неуспіх, виживання або неживання медичної установи, системи охорони здоров'я України як галузі

загалом у нових для нашої країни умовах сучасної ринкової економіки. Професіоналізм – це насамперед здатність державного службовця, колективу державних службовців розкривати з урахуванням умов і реальних можливостей найбільш продуктивних способів та шляхів реалізації поставлених у межах нормативного визначення повноважень. Високий професіоналізм є однією з першорядних і фундаментальних рис сучасного керівника.

Професіоналом є працівник, який вдало виконує завдання відповідно до своїх службових обов'язків; володіє певними здібностями, а також має мотивацію до цієї роботи; досягає бажаних для суспільства результатів шляхом виконання своїх функцій; досягає необхідного рівня професійних особистісних якостей, знань і вмінь; користується сучасними технологіями; засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії); виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність; відкритий для фахового навчання, здобуття досвіду, змін; відданий професії; соціально активний; здатен якісно і кількісно оцінити власну працю і т. д. [48, с. 321].

Специфічність сфери охорони здоров'я полягає в необхідності двох типів керівників: управлінців та менеджерів. Це насамперед пов'язано з тим, що в галузі охорони здоров'я на сьогодні існують два типи організацій [61, с. 285].

Першим типом виступають державні заклади охорони здоров'я, що працюють як організації, які не є самостійними господарюючими суб'єктами (лікарні, поліклініки, санітарно-епідеміологічні станції, клініки при медичних науково-дослідних інститутах, центри здоров'я тощо).

Дані заклади охорони здоров'я фінансуються з державного бюджету України, держава визначає і контролює всі статті витрат. Згідно з Конституцією України, медична допомога в нашій державі надається населенню безкоштовно, саме тому державні лікувально-профілактичні заклади не можуть встановлювати за неї плату. Незначним на сьогодні є перелік медичних послуг, які пацієнти можуть оплачувати. Саме тому керівника державного лікувально-профілактичного закладу називають управлінцем, а не менеджером.

Важливою категорією управлінців виступають державні службовці, керівники органів управління охороною здоров'я, працівники органів державної влади. До їх функцій належать формування державної політики та стратегії в сфері охорони здоров'я, організація соціального управління охороною громадського здоров'я.

Другий тип закладів – установи охорони здоров'я недержавної форми власності, які є самостійними господарюючими суб'єктами в умовах ринку.

Здійснення управління даними закладами здійснюють менеджери в галузі охорони здоров'я.

Необхідно зазначити, що первинним документом, у якому зауважено, що медичний менеджмент є новою спеціальністю для України, була програма реорганізації медичної допомоги «Перспектива-2010». Дана програма схвалена на Першому всеукраїнському з'їзді медичних працівників у 1999 р. У програмі зазначено, що медичний менеджмент – цілком нова кваліфікація.

Управління інфраструктурою з метою ефективної організації діяльності надання медичних послуг здійснює менеджер у сфері медичної допомоги. Даний спеціаліст повинен, з однієї сторони, підпорядковувати організаційні структури медичної допомоги завданням виконання замовлення, а з іншої – представляти інтереси сфери професійної медичної діяльності перед замовником з інших сфер, наполягаючи на таких обмеженнях параметрів замовлення, які продиктовані закономірностями організації охорони здоров'я [64].

Міжнародний досвід країн з розвиненою системою охорони здоров'я вказує на доцільність керівництва багатопрофільними медичними закладами спеціалістами за фахом Health Service Management або Health Care Management. Менеджер охорони здоров'я відіграє три види ролей, що характеризують різні рівні системи охорони здоров'я. Менеджер з медичного обслуговування здійснює управління трудовими, матеріальними та фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я. Друга категорія менеджерів забезпечує медичне інспектування окремих лікарень або регіонів, третя – реалізацію загальнодержавних чи місцевих програм з охорони здоров'я [118, с. 27].

Фахівець з менеджменту підприємств і організацій у галузі охорони здоров'я – це спеціаліст, підготовлений за різними освітньо-кваліфікаційними рівнями (бакалавр, спеціаліст, магістр), який здатний реалізувати управлінську та економічну роботу в різних лінійних і функціональних підрозділах лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності, на підприємствах медичної та мікробіологічної промисловості, в консультативно-діагностичних центрах, у фармацевтичних фірмах, у санаторно-курортних закладах, в закладах медико-соціального захисту, в саніта-

рно-епідеміологічних станціях, у магазинах «Оптика» та «Медтехніка», на аптечних базах і складах, у структурах Товариства Червоного Хреста тощо [4, с. 232].

Спеціалісти з менеджменту в сфері охорони здоров'я можуть працювати також як менеджери медичних закладів недержавної форми власності та установ медичного страхування.

Варто погодитися з думкою Ситника Й. С., який у своїй роботі [125] виокремив такі ключові підсистеми управління знаннями, як формування знань, поширення знань, зберігання знань, використання знань. До принципів операційних завдань (функцій) управління знаннями автор відносить ідентифікацію, трансфер (залучення, надання, поширення, обмін), створення, нагромадження, селекцію, сполучення, записування, зберігання (утримування), оцінювання (дослідження корисності), застосування знань.

На сучасному етапі головним лікарям, які працюють як керівники в організаціях охорони здоров'я, необхідно здобувати подальшу безперервну освіту, що базується на моделі компетентностей, основаній на чітких посадових інструкціях. Дана модель компетентностей повинна об'єднувати і розвивати знання та навички в таких сферах (рис. 1.2)



Рис. 1.2. Практичне застосування моделі компетентностей менеджера медичного закладу

Джерело: побудовано авторами на основі [44].

Навчання фахівців в сфері охорони здоров'я базових принципів і основних практичних навичок ефективного менеджменту варто розглядати як один із найважливіших кроків у процесі реформування системи охорони здоров'я.

Менеджери закладів охорони здоров'я повинні дуже добре знати інфраструктуру своєї установи і відслідковувати ефективність її роботи. Також вони мають бути обізнаними щодо сильних сторін і перспектив розвитку закладу, володіти інформацією стосовно проблем і загроз, розробляти превентивні напрями мінімізації ризиків установ системи охорони здоров'я [16, с. 37]. Менеджери, володіючи інформацією стосовно ринку системи охорони здоров'я, прагнуть зберегти конкурентоспроможність на цьому ринку за рахунок поліпшення якості послуг і зниження їх собівартості. Саме тому вони повинні бути ініціаторами новацій в установі. Найперший обов'язок менеджера – виховання почуття ошадливості в персоналу. В зв'язку з цим, менеджери стикаються з опором зі сторони практикуючих лікарів, обслуговуючого персоналу, для яких пацієнт, що оплачує послуги, важливіший питань скорочення витрат на обслуговування такого пацієнта.

При цьому успіх у роботі менеджера можливий лише тоді, коли йому вдається організувати роботу настільки ефективно, що основні пропозиції про скорочення видатків йдуть до нього зі сторони персоналу. Менеджер повинен вміти витримувати тривалі дискусії з лікарями щодо нових інвестицій у необхідне медичне обладнання. Світовий ринок медичного обладнання насичений новітніми технологіями, які широко популяризуються через засоби масової інформації. Завдання ж менеджера полягає в тому, щоб переконати в реальних можливостях установи і знайти компромісне рішення щодо інвестицій. Слід наголосити, що менеджер в галузі охорони здоров'я повинен бути обізнаним в сфері трудового законодавства, техніки ведення комерційних переговорів, організації процесу надання медичних послуг, менеджменту, маркетингу, бухгалтерського обліку, юриспруденції тощо.

Основні риси менеджера в галузі охорони здоров'я наведено на рисунку 1.3.

Без сумнівів, якість медичної допомоги є багатофакторною соціально-медичною категорією. На якість медичної допомоги впливають:

1. На рівні менеджера медичного закладу:
 - рівень організації медичної допомоги відповідно до сучасного розвитку науки;
 - організація медичної допомоги згідно із затвердженими стандартами лікування;

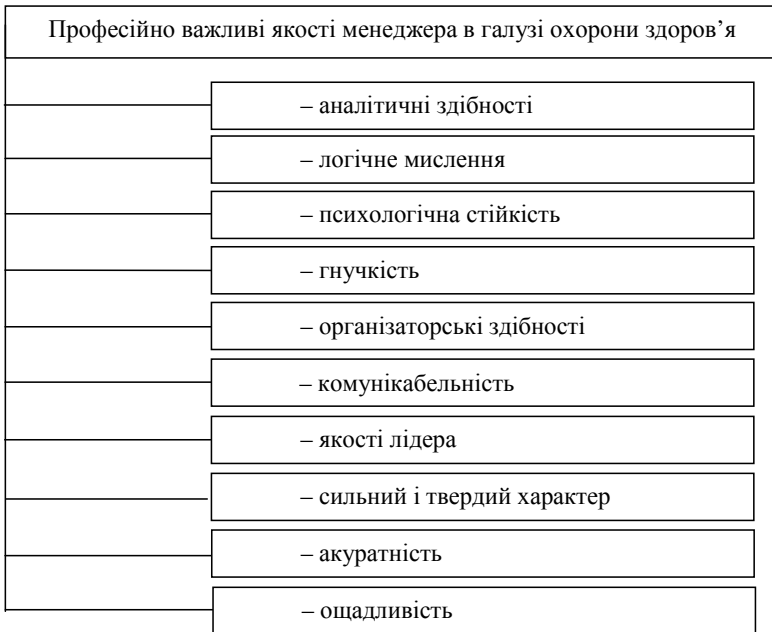


Рис. 1.3. Якості менеджера в галузі охорони здоров'я

- оплата праці медичного працівника залежно від обсягів і якості надаваних медичних послуг;
- система науково обґрунтованого економічного стимулювання медичного персоналу з урахуванням обсягу, ефективності, складності та якості виконаної роботи;
- проведення постійного підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- формування системи об'єктивного реагування на скарги і пропозиції пацієнтів;
- дотримання стандартних карт руху хворих при поліклінічному і стаціонарному лікуванні;
- раціональне використання фінансових, матеріальних, енергетичних, технічних, інформаційних і трудових ресурсів медичного закладу;
- рівень оснащення сучасним наукомістким медичним обладнанням;
- рівень медикаментозного забезпечення установи;
- активна участь у реалізації інноваційних проектів підвищення ефективності технологій надання медичної допомоги населенню.

2. На рівні менеджера регіональних органів управління охорони здоров'я:

- покращення структури закладів медичної допомоги населенню;
- здійснення контролю за дотриманням нормативного використання фінансових, матеріальних і трудових ресурсів медичних закладів;
- забезпечення експертизи якості медичної допомоги і дефектів медичної допомоги;
- підвищення ефективності системи економічного стимулювання якості обслуговування пацієнтів;
- організація надання швидкої і невідкладної медичної допомоги населенню;
- забезпечення доступності та своєчасності медичної допомоги хворим;
- постійне впровадження інноваційних програм і проектів щодо введення сучасних технологій у лікувальний процес;
- суспільно-професійна мотивація діяльності менеджерів медичних закладів;
- реалізації соціальних програм і медико-соціальної допомоги (геронтологія, паліативна допомога та ін.).

3. На рівні менеджера центральних органів управління галузі охорони здоров'я:

- удосконалення нормативно-правової бази діяльності галузі;
- покращення структури галузі медичної допомоги населенню;
- впровадження системи моніторингу стану фінансового забезпечення соціальних нормативів у галузі охорони здоров'я;
- формування ринку медичних послуг, що надаються державними та приватними медичними установами, як підгрунття конкуренції серед медичних установ, підприємств і організацій;
- покращення системи фінансування галузі охорони здоров'я;
- здійснення контролю за дотриманням тендерної політики;
- удосконалення системи підготовки медичних кадрів;
- запровадження порядку незалежної експертизи якості медичної допомоги;
- уповільнювання темпів зростання собівартості медичної допомоги;
- законодавчо закріплена стандартизація засобів і медичних технологій надання медичної допомоги та її результатів;

- експертний контроль і моніторинг якості медичної допомоги населенню;
- ліцензування і акредитація медичних установ;
- запровадження економічного стимулювання мотивації якісного обслуговування пацієнта;
- удосконалення законодавства у сфері боротьби з виробництвом і розповсюдженням фальсифікованих та неякісних лікарських препаратів;
- формулювання провідних напрямків розвитку галузі охорони здоров'я та закріплення їх законодавчо;
- запровадження обов'язкового медичного страхування громадян України як основи для формування системи соціального захисту прав пацієнтів та працівників системи охорони здоров'я;
- забезпечення виконання державних медико-соціальних програм, проведення диспансерного огляду населення відповідно до державного клінічного протоколу обстеження громадян;
- формування економічно обґрунтованих цін на лікувальні препарати і виробу медичного призначення;
- розроблення державної програми підготовки менеджерів вищої ланки галузі охорони здоров'я;
- удосконалення системи взаємовідносин між галуззю і державою, співробітниками галузі та пацієнтами;
- реалізація інноваційних проєктів щодо впровадження сучасних технологій галузі охорони здоров'я.

Сучасний тип керівника медичного закладу, який може бути достатньо конкурентоспроможним на ринку праці, передбачає наявність ключових компетенцій [18, с. 21]. При цьому актуальним є не лише наявність певної кількості компетенцій, а й уміння імплементувати їх у практичну діяльність, працювати з масивами інформації, знаходити та верифікувати аналітичні дані. Це, у свою чергу, є основою формування компетентності менеджера закладу охорони здоров'я, що дасть змогу сприймати й адаптуватись до інноваційних медичних технологій з урахуванням суспільних потреб.

Оцінка менеджерів в системі охорони здоров'я виконує важливу економічну функцію, забезпечуючи збалансованість витрат на персонал та інвестицій у його розвиток. Розглядаючи оцінку менеджерів системи охорони здоров'я як головну складову і системи управління персоналом, і системи управління організацією в цілому, вважаємо за необхідне формалі-

зувати основні взаємозв'язки між елементами системи управління людськими ресурсами (рис. 1.4).

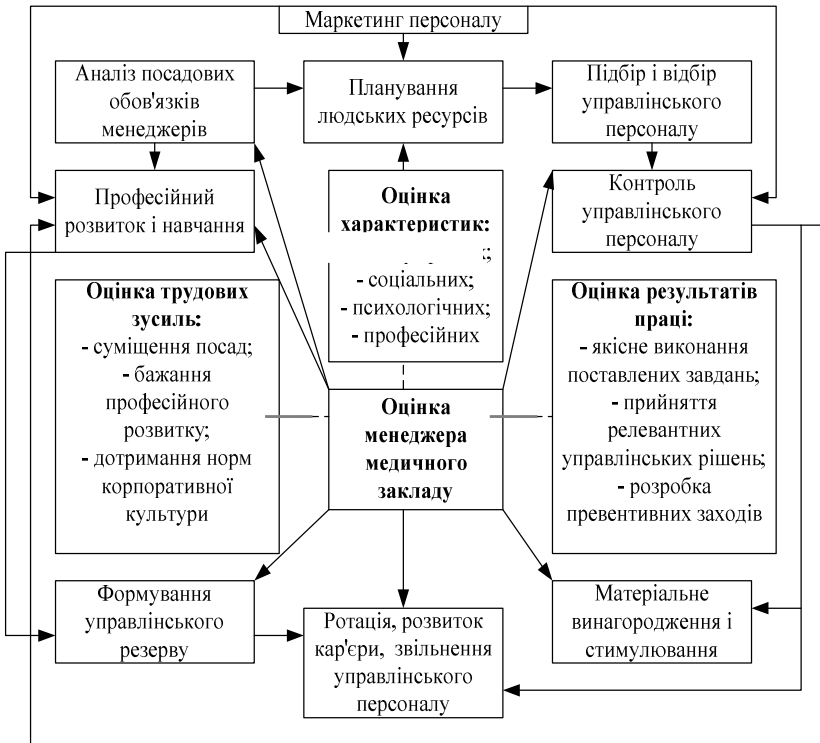


Рис. 1.4. Оцінка менеджера медичного закладу в системі управління людськими ресурсами

Багато методів оцінки управлінського персоналу, які використовуються на даний момент, сформувалися ще в минулому столітті. Але еволюція і впровадження цих методів відбуваються постійно. Зупинимось на трьох теоріях оцінки управлінського персоналу [143].

1. Гуманістичний підхід. Сутність його полягає в тому, щоб виявити і розкрити найкращі сторони й успіхи в діяльності керівника. Після цього в тактовній формі вказати на недоліки менеджера в роботі, акцентувавши основну увагу на шляхах їх вирішення і запропонувавши заходи подолан-

ня проблем. Якщо недоліки вагомі – варто спробувати запропонувати іншу посаду чи діяльність, яка б більшою мірою відповідала індивідуальним особливостям керівника, якого оцінюють.

Оцінку необхідно здійснювати, враховуючи різні варіанти розкриття потенціалу працівника та спрямування можливостей працівника до стратегічного розвитку закладу системи охорони здоров'я.

Зменшити професійно-кваліфікаційний дисбаланс закладів охорони здоров'я можна завдяки використанню інноваційного арсеналу сучасних технологій навчання та формування «Learning Organization».

2. Ситуаційний підхід в оцінці керівників базується на принципі аналізу їх діяльності в різних ситуаціях. Саме ситуації різнопланового характеру визначають поведінку керівника, його емоційний стан, можливість прийняття релевантних управлінських рішень за умов невизначеності.

«Ситуації в діяльності керівника є певним співвідношенням засобів праці, предметів праці й людей – учасників виробництва, об'єднаних спільною діяльністю» [146, с. 270].

Головна особливість ситуаційного підходу полягає в тому, що одні й ті ж ситуації мають властивість виникати на абсолютно різних і часом несумісних об'єктах управління. Дана особливість може бути пов'язана з тим, що суть ситуації визначається не стільки її окремими елементами і компонентами, що її утворюють, скільки відносинами між даними елементами.

Таким чином, у процесі діяльності керівника, незалежно від обраного типу управління, виділяється певна частина практичної діяльності, яка об'єднує персонал, засоби і предмети праці та стратегічні цілі управління. Це мінливе динамічне ціле і є управлінською ситуацією – одиницею аналізу та важливим управлінським об'єктом.

Необхідно зауважити, що базовим методом виявлення актуальних ситуацій є соціологічний метод. Він ґрунтується на активному залученні в процес скринінгу і відбору ситуацій представників трудового колективу. Метод дає змогу врахувати звички, традиції і звичаї, що склалися в конкретному колективі. Адже вони можуть виступати різними бар'єрами, що перешкоджають виявленню проблем, які турбують колектив та унеможливають здійснення поставлених цілей і завдань.

3. Діяльнісний підхід. Серед існуючих підходів до оцінки діяльності керівника можна виділити два найбільш поширених підходи, в процесі яких виконується велика частина досліджень. Перший з них можна визна-

чити, як особистісно-опосередкований, а другий – як безпосередньо-діяльнісний. Прикладом першого підходу є процес, який базується на «теорії якостей». Згідно з даною теорією, успішна чи неуспішна діяльність керівника залежить від наявності в нього певних особистісних якостей. Дуже складно заперечувати існування зв'язку між особливостями особистості керівника та його роботою. Безумовно, такий зв'язок існує та є вкрай значущим для результатів праці керівника [160].

Метод оцінки праці керівника, що ґрунтується на особистісних якостях можна застосовувати тільки як допоміжний інструмент для здійснення лише певного переліку завдань, що пов'язані з формуванням управлінського резерву.

Сутність наступного підходу полягає в оцінці праці, основаної на безпосередній діяльності співробітника. На сьогодні метод досліджено меншою мірою, ніж підхід опосередкованої оцінки, що базується на теорії якостей керівника. Реалізація даного підходу ускладнюється набором характеристик діяльності керівника, які могли б бути основою оцінки праці цього фахівця.

Оцінка праці може здійснюватися на основі отриманих результатів діяльності керівника і мати комплексний характер, тобто об'єднувати в собі оцінку здійснення процесів управління та оцінку одержаних результатів праці. На основі досліджень учених [141] встановлено, що більш перспективним є третій варіант підходу до оцінки керівника на основі діяльнісного підходу, який має комплексний характер.

Таким чином, враховуючи сказане вище, можна стверджувати, що для створення ефективного та інноваційно-орієнтованого управління системою охорони здоров'я на всіх рівнях, а також підвищення професіоналізації менеджменту зростає необхідність у створенні й розвитку механізму формування професійних компетентностей менеджерів. Це, у свою чергу, дасть змогу конвертувати наукові знання менеджерів у нові управлінські технології та сучасні медичні послуги, що створює умови для стійких темпів соціально-економічного зростання закладів охорони здоров'я та підвищення рівня їх конкурентоспроможності.

1.2 Поняття, фактори та система формування компетентностей менеджерів в медицині

Глобальні тенденції соціально-економічного розвитку, загострення міжнародної конкуренції, рух у напрямі євроінтеграції ставлять перед вітчизняною економічною наукою і практикою принципово нові завдання, серед яких вагоме місце належить підвищенню ролі управлінського персоналу. Адже саме від менеджерів залежать забезпечення високопродуктивного використання активів підприємств та організацій, задоволення потреб і очікувань споживачів, створення позитивних ефектів для суспільства в цілому. При цьому компетенції персоналу стають ключовим фактором ділового успіху, а управління ними – визначальною віссю розробки та реалізації корпоративної стратегії.

Слід зауважити, що одним з напрямків розвитку системи неперервної професійної освіти управлінського персоналу закладів охорони здоров'я є впровадження компетентнісного підходу.

У 60–70-х роках ХХ ст. відбулася переорієнтація системи освіти на компетентнісний підхід (competence-based education). У своїй роботі «Вимірювання компетентності замість вимірювання інтелекту» Д. Мак Келланд (США, 1973 р.) пише, що наявність документа про освіту або результати перевірки інтелектуальних можливостей не пов'язані з реальною ефективністю виконуваної роботи. Як альтернативу традиційному підходу в підготовці кадрів Д. Мак Келланд сформулював підходи до визначення компетентності як індивідуальних характеристик працівників, що дозволяють ефективно виконувати функціональні обов'язки [147, с. 138].

Як зазначає Г. Селевко, компетентнісний підхід передбачає поступову переорієнтацію домінуючої освітньої парадигми на створення умов для оволодіння людиною комплексом компетенцій, які відображають її потенціал, здатність до активних форм взаємодії із зовнішнім оточенням [124].

Якщо в західній управлінській системі поняття компетенції і компетентнісного підходу еволюційно розвивалися впродовж останніх чотирьох десятиліть, то вітчизняна практика менеджменту характеризувалася застосуванням до опису освіченості та професіоналізму категоріальної тріади «знання, вміння, навички». Ключовою відмінністю компетентнісного підходу від розповсюджених механізмів накопичування знань, навичок є орієнтація на формування у людини, яка навчається, здатності практично діяти.

Відзначимо, що компетентнісний підхід у формуванні якостей професіонала доповнює культуроцентричний, знансцентричний, системодіяльний підходи [32]. У цьому контексті цікавою є позиція І. Зимньої щодо розгляду компетентнісного підходу як «рамкової конструкції», що сприяє гармонійному, універсально-цілісному розвитку людини [54].

З позицій компетентнісного підходу питання якісної підготовки фахівця стають важливим фактором формування та функціонування організації. Вважається, що компетентнісний підхід є сукупністю об'єктивних і суб'єктивних детермінант, що передбачають завоювання та утримання успішного конкурентного статусу як окремого працівника, так і підприємства в цілому. Трансформуючи це положення в площину менеджменту медичних установ, зазначимо, що вирішення проблеми забезпечення якості роботи персоналу медичних закладів пов'язане як з формуванням системи компетенцій, так і з запровадженням з боку вищого керівництва дієвих стратегій управління.

Варто зазначити, що в розвитку компетентнісного підходу умовно виділяють такі етапи (рис. 1.5).

Формування концептуальних засад використання компетентнісного підходу в менеджменті закладів охорони здоров'я потребує проведення семантичного аналізу визначення термінів «компетенція» та «компетентність».

З латинської «*competentia*» означає коло питань, в яких людина добре обізнана, має знання та досвід. У зарубіжній літературі 1980–1990 р.р. для оцінки професійності людей за певними категоріями в роботі з людськими ресурсами та в царині теорії загального менеджменту розроблявся підхід, який базувався на компетенціях. Так, у 1982 р. американський консультант Ричард Боятцис увів термін «компетенція». «Компетенція – головна риса індивідуума, що причинно обумовлює ефективне та винятково якісне виконання роботи» [162]. Р. Боятцис припускав, що лише певним багажем знань неможливо оцінити професійність особи, тому він запропонував оцінювати ще й особистісні характеристики.

Уперше вивчати компетенції для прогнозування рівня ефективності виконання роботи запропонував американський психолог Д. Мак Клеllandом, який у 1973 р. опублікував статтю «Вимірювання компетентності замість вимірювання інтелекту» [172]. Дослідження, які він проводив, доводили, що традиційні академічні тести знань та здібностей, а також наявність різних дипломів у потенційних фахівців не забезпечують результативності виконання обов'язків і будь-якого успіху в професійній діяльності.



**Рис. 1.5. Періодизація становлення та розвитку
компетентнісного підходу**

Джерело: побудовано на основі [64].

Дані висновки підштовхнули Д. Мак Клеелланда до пошуку і опису саме «компетенцій» як характеристики якостей, що відрізняють і прогнозують рівень результативності виконання роботи конкретними виконавцями. Для аналізу компетенцій автор вивчав характеристики успішних співробітників, а потім порівнював їх з характеристиками, які притаманні

менш успішним виконавцям тієї ж самої роботи. Таким чином, результативність виконання роботи Д. Мак Клеелланд безпосередньо пов'язує з наявністю в її виконавців певних якостей, тобто компетенцій.

Як вказує Р. Боятцис [162], кожна компетенція має кілька притаманних саме їй елементів, таких, як мотиви, соціальна роль особистості, риси характеру, обсяг знань, вміння і навички. І беручи до уваги той факт, що мотиви реалізації будь-якої діяльності приховані на рівні підсвідомості, тоді, як уміння та навички є результатом усвідомленої поведінки особистості, то, відповідно, і рівень прояву одних і тих самих компетенцій може значно відрізнятись.

Як стверджує С. Woodruffe, компетенції повинні бути чітко визначені, саме тому що вони базуються на функціональному аналізі діяльності. Крім того, автор [175] акцентує увагу на тому, що в деяких показниках компетенцій, які використовують в організаціях, два різних аспекти, такі, як людина і робота, прямо порівнюються. Проте це не зовсім правильно. У більшості випадків дані показники об'єднуються поняттям «компетенція». Однак при вживанні цього терміна потрібно пам'ятати про те, що він складається з двох аспектів, що необхідно враховувати, здійснюючи аналіз і визначення компетенції.

Складові елементи компетенції зображено на рисунку 1.6



Рис. 1.6. Складові елементи компетенції

В економічній літературі поняття компетенції розглядається дослідниками спільно з набором взаємопов'язаних знань, умінь, навичок і технологій [49, с. 38].

У поняття компетенцій можуть бути також включені і мотиваційні аспекти, а також особистісні якості та навички, які необхідні співробітникам для максимального досягнення успіху в своїй роботі.

Таким чином, узагальнюючи напрацювання вчених щодо розкриття сутності поняття «компетенція», можна констатувати, що це модель поведінки людини при вирішенні певного класу завдань, виконанні ролей або функцій у визначених ситуаціях професійної діяльності.

Аналіз тенденцій застосування компетентнісного підходу в менеджменті свідчить про суттєву змістовну розбіжність понять «компетенція» та «компетентність». Тому проаналізуємо підходи до визначення поняття «компетентність» у контексті обґрунтування застосування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я.

Термін «компетентність» ввела у 1988 р. Агенція стандартів тренінгу Великої Британії для позначення спектра професійних стандартів, що можуть бути оцінені як набір параметрів певної спеціальності, зокрема менеджера [29, с. 91]. Отже, термін «компетенція» вводили з таким змістом, як «риса індивідуума», а «компетентність» – як «дія, поведінка, або результат роботи».

На сучасному етапі у світовій економічній літературі побутує досить багато дефініцій компетентності. Серед них ми виділимо такі:

- навички та риси, необхідні працівнику для ефективного виконання роботи [168];
- комплекс знань, умінь, здібностей, мотивації, цінностей та інтересів [166];
- поведінка, яку переважно демонструють успішні працівники на відміну від менш успішних [163];
- знання, навички, здібності та інші характеристики, пов'язані з високими досягненнями в роботі [169];
- характеристики, які відображають успішну поведінку на роботі [171];
- комбінація мотивів, рис, переконань та цінностей, яка містить також певні поведінкові показники і знання, індивідуальні характеристики, які можна виміряти та які наочно демонструють різницю між високими та низькими досягненнями в роботі [172];

– будь-які знання, навички або вміння, особистісні якості, які демонструються через поведінку та мають своїм результатом визначні досягнення в роботі [161].

Отже, як бачимо, зарубіжні вчені при формулюванні поняття «компетентність» оперують такими першорядними поняттями, як успішність, робота, досягнення в роботі, поведінка. У вітчизняних словниках можна знайти таке тлумачення терміна «компетентність»:

1) поінформованість, обізнаність, авторитетність;

2) сукупність повноважень (прав та обов'язків) державних органів або посадових осіб, які визначають межу повноважень, у процесі виконання ними своїх функцій;

3) коло питань, щодо яких певна особа володіє знаннями та досвідом.

Отже, як бачимо, компетентність – характеристика особи. Основою цих визначень є знання, обізнаність, досвід, що свідчить про інтегративність зазначених дефініцій.

Компетентність (лат.) – володіння певними знаннями, що дозволяють судити про що-небудь. Досить часто компетентність визначають як сукупність психологічних якостей або як психічний стан, що дозволяє індивіду діяти самостійно і відповідально, як володіння фахівцем здібностями та вміннями виконувати певні трудові функції. G. Lougense визначав компетентність як стан, який дозволяє діяти, додавши, що, з позиції реальних життєвих ситуацій, це – володіння фахівцем певними здібностями й умінням виконувати певну функцію [154, с. 15].

На думку А. С. Ліфшиця, компетентним є працівник, який відповідає вимогам робочого місця.

Як зазначає П.В. Журавльов [52], професійна компетентність – це не стільки наявність і обсяг певних знань та досвіду, скільки вміння в потрібний час їх актуалізувати і використовувати ці знання та вміння в процесі реалізації своїх службових обов'язків.

Необхідно зауважити, що основними складовими компетентності керівників є:

– професійна компетентність – якість дій керівника, що забезпечують своєчасне й оптимальне рішення управлінських проблем і типових професійних завдань; бачення проблем і їх подолання; знаходження нестандартних рішень завдань; гнучкість і готовність приймати зміни, що відбуваються, вміння їх ініціювати й управляти ними; володіння сучасними технологіями управління якістю медичної допомоги, колективом; во-

лодіння проектними технологіями; вміння бачити, розвивати можливості й ресурси працівників;

– комунікативна компетентність – якість дій керівника, що забезпечують ефективну взаємодію з різними організаціями, органами влади та управління, їх представниками; володіння діловою перепискою; вміння вести переговори, виконувати представницькі функції, спілкуватися з колегами по роботі; здатність дозволу напружених і конфліктних ситуацій, стимулювання партнера до прояснення його позицій, пропозицій; володіння навичками ораторського мистецтва, активного слухання (вміння чути і розуміти партнера), аргументації та переконання, мотивації підлеглих;

– правова компетентність – якість дій керівника, що забезпечують ефективне використання в управлінській діяльності законодавчих та інших нормативних правових документів органів влади; розробку локальних нормативних правових актів; прийняття управлінських рішень у рамках існуючої законодавчої бази;

– інформаційна компетентність – якість дій керівника, що забезпечують ефективне сприйняття та оцінку інформації, відбір і синтез інформації відповідно до системи пріоритетів; використання інформаційних технологій в управлінській діяльності, роботу з різними інформаційними джерелами і ресурсами, що дозволяють проектувати рішення управлінських, медичних проблем.

Фактори компетентності відіграють роль «підтвердженого критерію», тобто вони були отримані в результаті аналізу певних ключових аспектів поведінки, які відрізняють ефективне та якісне виконання роботи від менш якісного й ефективного. Компетентність, що виявляється в поведінці, може включати в себе такі особистісні характеристики, як навички міжособистісного спілкування, аналітичні здібності, лідерство, орієнтація на результат.

Досить часто поняття «компетентність» і «компетенція» використовують як синоніми. Однак С. Woodruffe [175] зазначає, що термін компетентність потрібно застосовувати для того, щоб вказати на вміння якісно виконувати будь-яку роботу та на сукупність вчинків, які працівник для цього робить. Саме тому дослідник стверджує, щоб уникнути плутанини, дуже важливо розрізняти ці два терміни:

– компетентність – це поняття, що відноситься до людини, яке вказує на аспекти поведінки, що стоять за компетентним виконанням певної роботи;

– компетенція – це поняття, що відноситься до роботи, яке вказує на сферу професійної діяльності, в якій дана людина компетентна.

У науковій літературі існують різні точки зору щодо складових компонентів компетентності. Деякі автори стверджують, що поняття компетентності включає в себе поведінкові аспекти окремих працівників у процесі виконання своїх обов'язків, а також їх знання та навички, які впливають на цю поведінку. Л. Спенсер [130] зазначає, що компетентність включає в себе:

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

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

– я-концепції – установки або цінності конкретної людини;

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

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

Інші автори, наприклад С. Флетчер, вважають, що для компетентного виконання поставлених завдань важливі не самі знання, а їх практичне застосування.

Окремі вчені стверджують, що компетентність пов'язана лише з поведінкою. Компетентність – це базова якість індивідуума, що має відношення до ефективного, найкращого виконання роботи. Базова якість означає те, що компетенція є сталою частиною людської особистості, може визначати поведінку людини в різних ситуаціях та в процесі виконання практичних завдань [135].

Таким чином, узагальнюючи наукові погляди вітчизняних і зарубіжних учених, можна стверджувати, що, на наш погляд, компетенція є комплексною характеристикою особистості, що виявляється в конкретній діяльності й охоплює знання, навички, моделі поведінки, необхідні для виконання завдань відповідно до цілей організації з урахуванням мотивації та особистісних якостей.

Компетентність, у свою чергу, є синтезом поведінкових якостей працівника та визначених індикаторів його діяльності. Її також можна трактувати як поведінкову модель, що детермінується специфічним набом

ром і конфігурацією компетенцій, з метою одержання та використання позитивного результату працівниками, що сприятиме успішній діяльності підприємства. Отже, компетентність – це інваріантна здатність встановлювати зв'язок між знаннями та практичними завданнями, сформулювати правильний алгоритм необхідних дій, використовуючи специфічну конфігурацію компетенцій з метою реалізації потенціалу працівників та стратегічних пріоритетів організації.

Відповідно до теоретичних та емпіричних досліджень учених, є два рівні управління компетентністю: рівень працівника та рівень організації [128]. В основі управління компетентністю на рівні працівника є співставлення наявних компетенцій у працівника з вимогами до посади, яку він займає (рис. 1.7). Це дає змогу детермінувати основні поведінкові характеристики з метою формування індикаторів оцінки рівня компетентності кожного працівника.

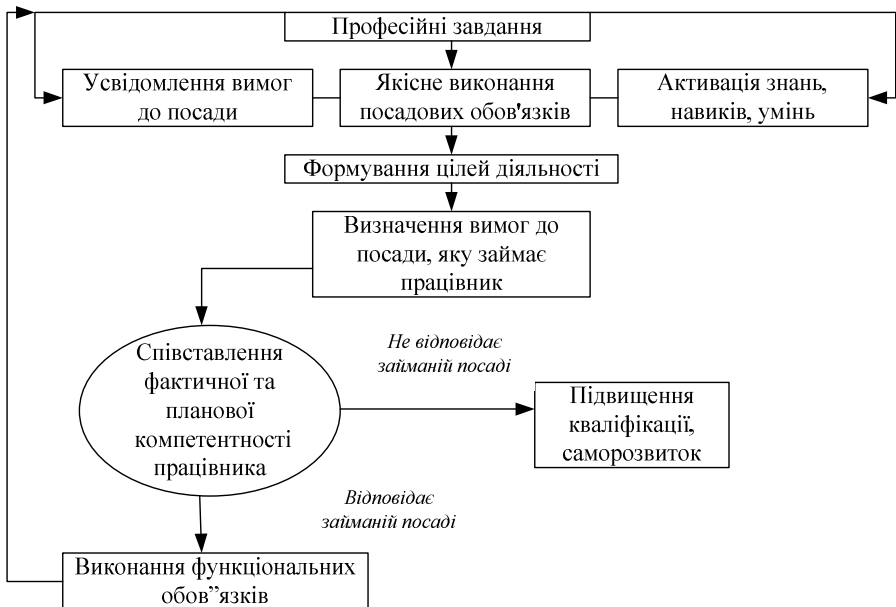


Рис. 1.7. Управління компетентністю на рівні працівника

Компетентність персоналу організації – це раціональне поєднання знань, навиків, умінь, моделей поведінки, якими володіє та використовує в

практичній діяльності персонал організації (рис. 1.8). Це, у свою чергу, є домінуючим фактором формування та розвитку ключових компетенцій організації.

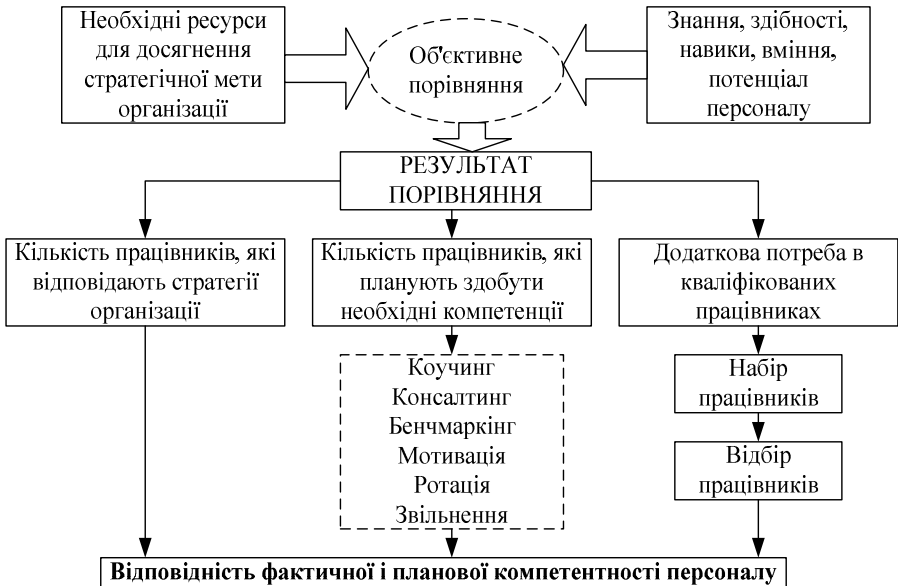


Рис. 1.8. Управління компетентністю персоналу на рівні організації

Аналіз літературних даних (А. М. Бранденбургера і Б. Дж. Нейлбаффа, Т. Пітерса та Р. Уотермена, М.Портера, Х. Ітамі, Дж. Ф. Мура, І. Ансоффа та ін.) показав, що релевантним управлінським підходом є концепція ключових компетенцій. Дану концепцію запропонували Г. Хамелом і К. К. Прахаладом як основу «інтелектуального лідерства» підприємства з метою створення, утримання і розвитку стійких конкурентних переваг у сучасних умовах [164].

Слід зауважити, що глобальні тенденції соціально-економічного розвитку детермінують необхідність модернізації організаційних структур менеджменту, зміни його стилів і методів, підвищення ролі інноваційності, розширення участі персоналу в управлінні, активізації всіх працівників організації, одержання синергетичного ефекту від їх діяльності. Нові вимоги висувають до відбору, розвитку, оцінки, винагороди персоналу, які

узгоджено забезпечують компетенції, необхідні для успішної реалізації організаційної стратегії.

Інструментом виконання цього завдання є формування моделей компетентностей, які є сукупністю знань, вмінь, навичок та особистісних якостей, необхідних для досягнення працівником успіху на конкретній посаді [173].

Основним принципом у процесі розробки механізму формування компетентностей є збір інформації про поведінку співробітників у різних ситуаціях. Усе це відбувається на першому етапі за допомогою спеціальних методів: інтерв'ю, анкетування, аналізу роботи з використання комп'ютерних програм. Після збору необхідних даних менеджер персоналу здійснює їх аналіз з точки зору конкретних поведінкових аспектів.

Завданням другого етапу є компонування всіх індикаторів за змістом і виділення компетенцій як стійких цілісних поведінкових проявів. Важливо відзначити той факт, що механізм формування компетентностей розробляють не для одного конкретного співробітника, а для цілого функціонального підрозділу або рівня управління. Це, у свою чергу, дає можливість використовувати одну і ту ж модель для оцінки великих груп працівників.

Необхідно зауважити, що механізм формування компетентностей диференціюють відповідно до галузі застосування. Наприклад, механізм формування компетентностей фахівця в галузі суспільної охорони здоров'я повинен базуватися на двох основних групах компетенцій: ключових і спеціальних. Група ключових компетенцій включає в себе: соціальні компетенції, культурні компетенції, комунікаційні компетенції, інформаційні компетенції, індивідуально-особистісні компетенції і дослідні компетенції.

Група спеціальних компетенцій включає в себе: адміністративні компетенції, інфраструктурні компетенції, медичні компетенції, біологічні компетенції, управління персоналом і менеджмент якості. Вона є комплексною і передбачає наявність різнопланових знань, вмінь і навичок.

Виділимо такі цілі формування механізму компетентностей менеджерів закладів охорони здоров'я [58, с. 12]:

- створення гнучкої і надійної системи найму;
- формування об'єктивної системи оцінки працівників;
- імплементація дієвої системи мотивації персоналу;
- вдосконалення системи розвитку та навчання людських ресурсів;

- реінжиніринг процесів надання медичних послуг;
- формування партнерських відносин між менеджерами та працівниками всіх рівнів.

Відповідно до теоретичних та емпіричних досліджень учених [175], при розробці механізму формування компетентностей слід враховувати як поточні, так і перспективні вимоги до менеджерів медичних установ. Механізм формування компетентностей може містити базові, функціональні та рольові компетенції.

Базові компетенції встановлюються керівниками вищого рівня. Їх перелік відображає «ідеальний портрет» працівника – відданість справі, сприйняття змін, робота в команді, відповідальність, ініціативність тощо.

Функціональні компетенції досить детально описуються в кваліфікаційних вимогах до посади і базуються на виконуваних функціях. Це необхідні вимоги до посади, що можуть бути оцінені шляхом професійної атестації.

Рольові компетенції характеризують профіль посади в даній організації впродовж певного періоду часу. Це ситуативний набір компетенцій, що відображає стратегічний напрям розвитку бізнесу. Рольові компетенції реалізуються в поведінці працівника [130].

Слід зауважити, що використання механізму формування компетентностей досить розповсюджене в зарубіжній діловій практиці, проте і в Україні активно розгортаються процеси створення національних, галузевих, внутрішньофірмових професійних компетентностей.

При розробці механізму формування компетентностей необхідно враховувати умови ринку, сферу діяльності підприємства, стратегічні цілі організації, унікальні принципи і традиції в управлінні, власну організаційну культуру та вимоги до персоналу, специфічні технології і бізнес-процеси. Підприємствам потрібні власні механізми формування компетентностей керівників і фахівців на різних рівнях управління.

Організації можуть мати різну кількість рівнів управління залежно від галузевої приналежності, цілей, завдань, масштабів діяльності, організаційної та правової форм.

Механізм компетентностей призначений для формування знань, навичок, здібностей, адекватних цілям і завданням організації.

На нашу думку, механізм формування компетентностей управлінського персоналу – це інтегрована система знань, навичок і здібностей

управлінського персоналу, сформованих у процесі навчання, накопичених у практичній діяльності професійного досвіду.

Розглядаючи компетентності менеджерів різних компаній, необхідно відзначити, що у всіх присутнє прагнення до формування механізму компетентностей. Для кожної компанії повинні бути розроблені чіткі та зрозумілі характеристики компетентностей управлінського персоналу, за рівнями управління з огляду на специфіку діяльності підприємства.

Механізм формування компетентностей управлінського персоналу повинен включати ряд модулів: у галузі економіки; загального і функціонального менеджменту; маркетингу; управління персоналом та управління якістю тощо. Складові професійних компетенцій (знання, навички, здібності), повинні бути структуровані й пов'язані між собою з урахуванням особливостей діяльності менеджерів на кожному рівні управління [5, с. 23].

Механізм формування компетентностей може приймати різні форми. Як правило, вони включають у себе такі елементи, як:

1. Назви компетентності й детальні визначення. Наприклад, компетентність «Робота в команді» визначається як:

- встановлення конструктивних і постійних міжособистісних відносин;
- ставлення до інших з шанобливістю, тактовно і з повагою;
- ефективна праця з іншими людьми незалежно від організаційного рівня, походження, статі, раси або етнічної приналежності;
- праця для усунення розбіжностей, намагаючись переконати інших і досягти угоди;
- дотримання і підтримка групових рішень.

2. Опис діяльності або поведінки, пов'язаної з кожною компетенцією. Наприклад, нижченаведені варіанти поведінки можуть бути пов'язані з компетентністю «Командна робота»:

- усунення відмінності в стилях роботи ефективно при роботі з колегами;
- передбачання можливих конфліктів та ефективно їх вирішення;
- демонстрування особистої прихильності до цілей групи.

3. Схема механізму. Як правило, механізм представляється як візуально привабливий графік. Подання механізму в графічній формі допомагає користувачам швидко зрозуміти ключові його особливості.

Деякі механізми формування компетентностей управлінського персоналу включають у себе інформацію про навички й уміння, необхідні для

різних рівнів майстерності, або інформацію про рівень компетентності, необхідної на різних професійних рівнях.

Механізм формування компетентностей управлінського персоналу часто використовують для визначення успіху як окремих осіб, так і груп [152, с. 28]. Він може бути застосований у різних формах, таких, як оцінка кваліфікації кандидатів на роботу, в розробці програм навчання виконавчій роботі й коучингу.

В основних типах компетентностей можна знайти аналогічні компоненти: опис стандартів або факторів, що приводять до успіху поряд з поведінковими чи організаційними заходами, які можуть бути виміряні та оцінені. До них належать:

1. Організаційний тип формування компетентностей описує навички, необхідні для всіх співробітників в організації. Тут використовується загальний підхід, який встановлює, що кожен співробітник повинен досягти. Ці набори поведінки і навичок застосовні до всіх рівнів співробітників. Наприклад, ключова компетенція – безперервне навчання кожного співробітника. Ця компетенція описує, як працівник на будь-якому організаційному рівні може досягти цієї компетенції.

2. Функціональний тип формування компетентностей описує стандарти продуктивності, необхідної індивідуальної роботи в певній ролі або функції. Наприклад, різні функціональні професійні компетенції існують для фізичних осіб у сфері продажу, маркетингу, будівництва, наукових досліджень і розробок.

3. Формування компетентностей для вирішення певних завдань, зазвичай описує конкретні моделі поведінки, навички і знання, необхідні набори для виняткової продуктивності в конкретній роботі. Як правило, розробляються конкретні набори компетентностей для кожної роботи в рамках організації.

4. Лідерство або управлінські типи компетентностей описують фактори, які приводять до успіху для керівників компаній, керівників та інших осіб, які належать до топ-менеджменту. Організації часто використовують управлінські моделі компетентностей для коучингу і створення програм розвитку лідерства [41, с. 129]. Механізм зазвичай описує від 8 до 12 різних професійних компетенцій, зосередивши увагу на таких сферах, як саморозвиток, лідерство, інновації, професійне мислення, розвиток відносин і впевненості в собі [154, с. 15].

У наукових і прикладних дослідженнях для розробки механізму формування компетентностей використовують широкий перелік методів. Найчастіше застосовувані методи збору даних можна умовно розділити на три групи.

Найбільшу групу становлять опитувальні методи: метод репертуарних решіток, інтерв'ю з отриманням поведінкових прикладів, аналіз робочого завдання, метод «прямих атрибутів». Другу групу утворює єдиний метод – прямого спостереження. Третя група представлена методом збору даних, який оснований на аналізі документів. У літературі даний метод позначають як «словник компетенцій».

Вибору методів обробки даних та їх інтерпретації в роботах, що описують процедуру розробки моделей компетентностей, достатньої уваги не приділяється. На етапі обробки даних найчастіше використовують якісний аналіз даних, і, як наслідок, сама процедура розробки моделей компетентностей спрощується, а точність отриманих результатів знижується. При інтерпретації даних дослідники обмежуються структурно-системним аналізом, не беручи в розрахунок функціонально-структурний аналіз. Це перешкоджає створенню такого механізму формування компетентностей, який матиме цілісну структуру.

Проаналізуємо етапи розробки механізму формування компетентностей [10, с. 12].

Крок 1. Збір довідкової інформації.

Розробка механізму формування компетентностей основана на аналізі та синтезі існуючих стандартів національних і державних навичок, технічної, навчальної програми та сертифікації в галузі. Цей крок повинен здійснюватися у співпраці з експертами з конкретних питань, що ознайомлені з термінологією і володіють навичками, необхідними в певній галузі.

Процес збору інформації включає в себе:

- впорядкування існуючих ресурсів;
- аналіз змісту з метою визначення загальних рис для моделі.

Крок 2. Розробка проекту рамок механізму формування компетентностей.

Блоки та перевірені моделі слугують контентом ресурсів. За допомогою цих інструментів розробник механізму повинен:

- визначити теми і шаблони;
- зібрати інформацію з використанням обраної рамки;
- розробити механізм проекту формування компетентності.

Крок 3. Зворотний зв'язок від експертів з конкретних питань.

Зворотний зв'язок від учасників фокус-груп отримують або особисто, або через серію телефонних та електронних комунікацій. Учасники фокус-групи повинні бути обрані на основі їх ознайомлення з вимогами до компетенції галузі.

Крок 4. Уточнення рамок механізму.

Розробка механізму формування компетентностей є повторюваним процесом. У ході уточнення фази процесу розробник повинен:

- аналізувати інформацію, зібрану за допомогою процесу зворотного зв'язку;
- редагувати назви, визначення компетенції та поведінку, щоб відобразити введення зібраної інформації;
- додавати або видаляти компетенції з механізму залежно від обставин.

Крок 5. Перевірка кваліфікаційних рамок механізму.

Перевірка механізму є необхідним кроком для забезпечення визнання з боку цільової спільноти користувачів. Процес перевірки аналогічний процесу розвитку, за винятком того, що аудиторія фахівців буде розширена за рахунок включення потенційних користувачів, які не брали участі в розробці проекту. Для перевірки механізму необхідно:

- поширити проект для потенційних користувачів;
- зібрати матеріали і зауваження;
- досягти консенсусу.

Результатом розробки механізму формування компетентностей є профілі професійних компетенцій, побудовані для кожної посади. Профіль професійних компетенцій – це список компетенцій, що стосуються конкретної посади в організації, з точним визначенням рівня їх прояву. Профіль компетенцій – індивідуальна еталонна модель компетентностей, необхідних для досягнення успіху в конкретній посаді [6, с. 101].

При формуванні профілів компетенцій необхідно детально описати рівні прояву компетенцій, щоб створений профіль був еталоном посади і містив усі вимоги, дотримання яких буде забезпечувати виконання співробітником своїх обов'язків з необхідною якістю і в установлені терміни.

Отже, розробка механізму формування компетентностей – це процес, який об'єднує уявлення про те, що відбувається з роботою і робочими функціями зараз, і уявлення про те, що станеться в майбутньому. А для

цього необхідне застосування спеціальних методик, які дозволяють зібрати точну і гранично відповідальну інформацію. Дуже важливо, щоб майбутні користувачі хоча б на деяких етапах розробки механізму формування компетентностей були залучені в роботу і зробили свій внесок у розробку даної моделі.

Зміст і структура механізму формування компетентностей диктуються самою інформацією, зібраною в процесі вивчення діяльності співробітників конкретної фірми. Нав'язування якихось заздалегідь заданих структур та ідей – якщо зібрана інформація не дає жодних підстав для цього – підриває значимість роботи, знижує точність інформації, що збирається, і знижує якість аналізу зібраних даних.

Ретельність відбору даних і сумлінність складання проекту «Розробка механізму формування компетентностей» важливі, але ще важливіше, щоб співвідношення між професійними компетенціями і виконуваною роботою не приймалося та не розглядалося як щось само собою зрозуміле. Механізм формування компетентностей повинен бути, очевидно, корисним для користувачів. Ці фактори продуктивності компетентностей необхідно випробувати, а їх значущість – показати і довести всьому персоналу до того, як механізм почне застосовуватися.

Необхідно додати, що в процесі реформування вітчизняної системи охорони здоров'я важливе місце належить професійній компетентності медичних працівників. Варто погодитися з В. Я. Бричком, Т. П. Васильєвою, А. М. Колотом, Р. Г. Огановою, В. П. Прасолою, В. З. Кучеренком, А. І. Вялковою, Г. І. Куценком, Й. С. Ситником, що професійна компетентність медичного персоналу є одним із найважливіших показників якості медичної допомоги.

У даному контексті особливого значення набуває співвідношення знань, отриманих у процесі навчання, до компетентності, необхідної у сучасній динамічній роботі в системі охорони здоров'я. У зв'язку з цим, надзвичайно важливо в розвитку компетентності лікарів враховувати їх особистісні якості, досвід, мотиви і поведінкові характеристики [9].

Серед першочергових завдань системи охорони здоров'я необхідно відзначити підготовку працівників системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим, основним завданням є адаптація міжнародних вимог і стандартів до рівня кваліфікованості та професіоналізму фахівців медичної спеціальності, що і визначає необхідність впровадження додаткових змін у законодавчу базу в сфері неперервної професійної освіти фахівців з метою отриман-

ня ними необхідних теоретичних і практичних знань та навичок, а також компетентностей у цілому.

Одночасно з розвитком і вдосконаленням шляхів підвищення кваліфікації фахівців, їх кваліфікованості та професіоналізму значно зросли і потреби у формуванні та розвитку всебічно підготовленої особистості, здатної здобувати і застосовувати нові наукові знання та вміння впродовж усієї своєї професійної діяльності. Управління отриманими знаннями тісно пов'язане з набуттям і накопиченням досвіду, розумінням процесів, що відбуваються в організації, обміном досвідом.

Заслуговує на увагу думка С. Арджиріс про те, що менеджмент знань тісно пов'язаний з управлінням, а також мотивуванням кваліфікованих працівників, які є виробниками знань, мають ключове значення в їх розповсюдженні з метою успішного функціонування закладу охорони здоров'я.

У процесі реалізації реформ вітчизняної системи охорони здоров'я найбільш складним питанням є не тільки уточнення цілей реформ, але також визначення та впровадження конкретних шляхів їх досягнення. Серед них домінуючою є кадрова складова, значення якої дуже часто недооцінюється [13, с. 25].

Компетентність співробітників в сфері охорони здоров'я включає в себе такі складові, як:

- знання і розуміння основних клінічних та прикладних наук;
- знання, розуміння і використання інформації в галузі суспільної охорони здоров'я, медичної етики, епідеміології;
- здатність до отримання нових знань;
- підвищення кваліфікації та професійних навичок протягом усього життя [20, с. 100].

Останнім часом при розробці та реалізації стратегії управління персоналом організації стали використовувати технології управління компетентностями. Управління компетентностями є процесом порівняння потреби організації в персоналі з наявними людськими ресурсами, а також забезпечення відповідності компетентності персоналу стратегічним цілям підприємства. У даному випадку під потребою організації розуміють необхідний кількісний і якісний склад персоналу, який визначають відповідно до мети її функціонування. Результатом порівняння потреб і ресурсів є управлінські рішення щодо ротації, просування, розвитку або скорочення персоналу.

Компетентнісний підхід у системі охорони здоров'я інтегрує методи управління за цілями («Management by Objectives»), визначення складових процесів надання медичних послуг та передбачає забезпечення відповідності персоналу організації вимогам зовнішнього і внутрішнього середовища. До переваг використання компетентнісного підходу закладами медичної сфери належить підвищення лояльності та задоволеності працівників своєю працею, зростання якості й ефективності наданих послуг, розвиток корпоративної культури.

Отже, враховуючи сказане вище, можна зробити висновок, що компетентнісний підхід спонукає медичні установи до інноваційного розвитку; передбачає формування потужного інструментарію адаптації до перманентних змін внутрішнього і зовнішнього середовища; сприяє формуванню організації, що навчається; забезпечує тристоронню єдність інтересів: менеджерів, працівників, споживачів медичних послуг.

1.3 Методологічні особливості оцінки компетентностей менеджерів медичних закладів

Сучасні умови прискорення технічного оновлення закладів охорони здоров'я, часті зміни умов зовнішнього середовища зумовлюють підвищення вимог з боку керівництва до професійно-кваліфікаційного рівня персоналу. Для якісного виконання своїх професійних та посадових обов'язків працівник повинен володіти не лише певними особистісними та професійними якостями, а й потенціалом розвитку, що детермінує необхідність розробки дієвої системи оцінки персоналу на основі компетентнісного підходу.

Ефективність діяльності керівників медичних організацій оцінюють у результаті досягнення цільових індикаторів, де компетентність менеджера є домінуючим фактором успішного виконання поставлених завдань. Однак результат проведення оцінки буває позитивним лише в тому випадку, коли обгрунтовано визначено її цілі й раціонально сформовано інструментарій оцінки.

Необхідно зауважити, що кожна група методів оцінки спрямована на виконання певних завдань, має свої переваги та обмеження. Тому в практичній роботі методи оцінки в чистому вигляді не застосовуються, а використовують їх поєднання. За рахунок синтезу різних підходів оцінки посилюються позитивні сторони та компенсуються недоліки.

Особливо дієвим у практичній діяльності є поєднання методів оцінки, орієнтованих на результат, та методів оцінки компетентностей. Синтез цих двох підходів дозволяє виміряти ступінь досягнення керівником поставлених перед ним цілей і, одночасно, забезпечити його розвиток. Дана комбінація орієнтує процедуру оцінки відразу в три виміри: в минуле (в цьому випадку минулу діяльність керівника розглядають як джерело інформації про досягнуті результати), сьогодення (визначається рівень розвитку умінь і навичок керівника) і в майбутнє (визначаються перспективні цілі діяльності та розвитку керівника).

Оцінку компетентностей застосовують для реалізації таких завдань, як [24, с. 37]:

- визначення потреби в розвитку і навчанні керівників (розвиток професійних компетенцій вимагає досить тривалого періоду – 12 місяців і більше);
- мотивація керівників;
- визначення відповідності керівника посаді (займаній або вакантній, якщо планується просування).

Досліджуючи процес оцінки компетентностей варто зазначити, що ключовим для всієї системи управління професійними компетенціями є:

- визначення відхилень існуючого рівня професійних компетенцій від встановленого стандарту;
- з'ясування причин систематичної невідповідності результативності менеджера встановленим нормативам;
- оцінка ступеня готовності кандидатів до виконання трудових обов'язків.

Необхідно розуміти, що при оцінці професійних компетенцій слід віддавати пріоритет демонстрації здатності виконувати професійні завдання, а не оцінці ізольованих елементів компетенцій. Найкраще розробляти завдання для оцінки за допомогою кейсів, що імітують реальні професійні ситуації. Крім цього, підсумкові висновки оцінки дають відповідь на запитання, чи достатньо виявленого рівня компетентності менеджера для виконання професійних завдань. У разі невідповідності компетентності менеджера встановленим критеріям необхідно розробити систему розвитку з метою оволодіння ним оптимальним набором компетенцій.

Оцінка працівників, віднесена науковцями до одного з «найважливіших напрямів управління персоналом» [28] організацій (установ, під-

приємств), у сучасній теорії та практиці економічного аналізу здійснюється із застосуванням різних методів, серед яких заслуговують на увагу:

1. рейтинговий метод;
2. метод порівнянь;
3. метод критичних ситуацій;
4. метод «есе»;
5. методи, засновані на психологічних тестах;
6. метод «Оцінка 360°»;
7. метод «Assessment Centre»;
8. метод «Hay Group»;
9. метод «Performance Management».

Перші п'ять із дев'яти названих методів належать до традиційних, останні три – до відносно нових для вітчизняної практики управління людськими ресурсами. Застосування останніх зумовлене притаманними їм особливостями.

Метод «Оцінка 360°» передбачає всебічну оцінку працівника як керівником, так і колективом, в якому здійснюється трудова діяльність, а також колегами та клієнтами [12, с. 17].

Для оцінки компетентності, потенціалу й особистісних якостей управлінців на даний час найчастіше використовують підхід «Assessment Center», або центр оцінки. Це стандартизована технологія, призначена для комплексної оцінки персоналу відповідно до визначених критеріїв. Отримані з її допомогою дані про особистісний, управлінський та професійний потенціал менеджерів допомагають приймати обґрунтовані управлінські рішення.

При якісному проведенні оцінки за допомогою методу «Assessment Center» можна отримати відповіді на такі запитання [102, с. 99]:

- наскільки управлінець підготовлений до виконання важливих управлінських завдань;
- кого з управлінців доцільно направити на навчання;
- які особливості взаємодії в колективі й наскільки злагоджено працює команда в даному складі;
- хто з менеджерів середньої ланки володіє необхідним потенціалом, щоб стати керівником вищої ланки.

Підхід до оцінки діяльності працівників «Hay Group», який розробив у 40-х роках ХХ ст. американський консультант Едвард Хей ґрунтується

на системі оцінки посад [174]. При цьому враховують особливості організації, цілі та фактори, які впливають на її функціонування.

Для оцінки посад найчастіше використовуються три фактори:

1. Відповідальність: усвідомлення працівником важливості поставлених завдань.

2. Рівень знань: володіння набором компетенцій, необхідних для правильного виконання посадових обов'язків.

3. Інноваційність: прояв ініціативи з метою раціоналізації та комерціалізації бізнес-процесів.

По кожному фактору виділяється декілька рівнів вимог до працівника, який займає посаду, що оцінюється.

Новітній метод «Performance Management» (у перекладі з англ. «менеджмент виконання») – це концепція управління підвищенням результативності діяльності працівників підприємств (установ, організацій). Складається з трьох взаємопов'язаних елементів – вимірювання, зворотного зв'язку та мотивації [165]. Метод оцінки «Performance Management» дає змогу:

1. використовувати превентивні заходи з метою уникнення негативних ситуацій;

2. підвищити дієвість управлінського моніторингу за роботою персоналу;

3. гармонізувати цілі діяльності працівника зі стратегічною метою функціонування організації;

4. забезпечити дієвий зворотний зв'язок між усіма рівнями управління;

5. імплементувати ефективну систему мотивації персоналу.

Варто підкреслити, що особливе значення для ефективності виконання функцій керівника мають такі особливості, як:

– розвинене стратегічне та аналітичне мислення;

– високий емоційний інтелект;

– вміння оцінювати ризик;

– тип мотивації (прагнення до досягнення успіху);

– розвинені комунікативні навички.

На даний час науковці розробили різні підходи до оцінки компетентності працівників. На наш погляд, цей процес може складатись із чотирьох етапів (рис. 1.9).

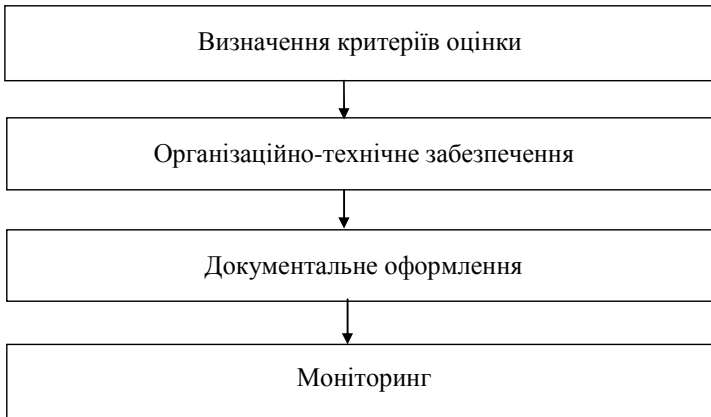


Рис. 1.9. Етапи розробки системи оцінки компетентностей

На етапі визначення критеріїв оцінки важливо, щоб для кожної посади була розроблена модель компетентностей. При цьому кожну компетенцію оцінюють згідно з набором поведінкових індикаторів, які групують у блоки. Рівень розвитку компетенції (наприклад, «висока персональна самостійність і відповідальність» для завідувача відділення лікарні) оцінюють за шкалою, як правило, п'ятибальною. Для того, щоб оцінити, наскільки добре/погано це для конкретної посади, необхідно розробити корпоративні «критерії успішності».

Другий етап «Організаційно-технічне забезпечення» передбачає використання в процесі оцінки комплексного підходу до використання ефективного інструментарію та дієвих мотиваційних методів та зворотного зв'язку на всіх управлінських рівнях.

Етап документального оформлення – це розробка відділом персоналу необхідних документів (положень, інструкцій, форм для оцінки тощо), які регламентують роботу системи оцінки. На даному етапі також здійснюється інформаційна підтримка процесу оцінки всередині організації.

Моніторинг системи оцінки дає змогу розробити та реалізувати превентивні заходи щодо запобігання суб'єктивності оцінки. Це один з найважливіших етапів, оскільки дає змогу своєчасно здійснити контроль над системою оцінки, проаналізувати стандарти та вимоги, яких повинні дотримуватись працівники під час виконання поставлених завдань.

Очевидно, не існує єдиної «типової» моделі управління, оскільки умови його успішності в конкретній організації залежать від багатьох

чинників – оргструктури, сфери діяльності, функціональних обов'язків, особливостей корпоративної культури і т. д.

Для того, щоб розробити профіль посади або модель компетентностей, слід перш за все виділити і точно описати кожну з професійних компетенцій, які потрібні для ефективної діяльності. Компетенції і поведінкові індикатори повинні визначатися чітко і лаконічно; індикатори повинні бути засновані на поведінкових проявах. Крім того, модель компетентностей повинна бути проста у використанні.

Якщо технологія оцінки вибудовується на основі взаємодоповнюючих методик і вправ (ділові ігри, бізнес-симуляції, кейси, тести, особистісні стандартизовані опитувальники, різні види інтерв'ю, спостереження на робочому місці, метод оцінки «360°» та ін.), які дозволяють підвищити достовірність отриманої інформації по кожному з критеріїв, то формується несуперечлива і динамічна процедура оцінки.

Функціонування сучасної системи охорони здоров'я забезпечується діяльністю безлічі суб'єктів. До основних суб'єктів можна віднести державні та місцеві установи охорони здоров'я; лікувально-профілактичні та оздоровчо-реабілітаційні установи різних форм власності; підприємства, що виробляють, поширюють, контролюють і збувають лікарські засоби та препарати; виробники й організатори збуту медичної техніки; статистичні служби, які постачають необхідну інформацію для управлінських медичних структур [3].

Діяльність кожного з даних суб'єктів орієнтована на пріоритетні цілі, а саме на формування, охорону і зміцнення здоров'я людей. Умовою функціональності суб'єкта охорони здоров'я виступає ресурсне забезпечення його діяльності. На сучасному етапі незаперечним є факт, що для вітчизняної системи охорони здоров'я характерний найжорстокіший дефіцит матеріально-технічних і фінансових ресурсів. Це створює ситуацію, в якій діяльність багатьох суб'єктів охорони здоров'я виявляється дисфункціональною, а пошуки шляхів подолання цього стану обмежуються залученням в основному економічних механізмів управління.

Разом із тим, якість медичної допомоги визначається не тільки станом матеріально-технічної бази охорони здоров'я, адекватністю організаційних форм, а й наявністю кваліфікованих фахівців. Саме медичні кадри (як безпосередньо медичні працівники, так і керівники) в кінцевому підсумку забезпечують результативність та ефективність не тільки всієї системи охорони здоров'я в цілому, а й окремих її структурних елементів.

Однак слід зауважити, що проблему кадрового забезпечення та питання підвищення якості управління саме людськими ресурсами охорони здоров'я розглядають як другорядні за значущістю, і якщо аналізують, то на галузевому рівні в узагальненому вигляді. На практиці це призводить до дефіциту персонал-орієнтованих моделей управління закладами охорони здоров'я, впровадження культури управління, здатної «включити» нові ресурси в процес трансформації охорони здоров'я та підвищення якості медичної допомоги.

Таким чином, труднощі, з якими зіткнулася реформа і факт наявності яких визнають не тільки практики, але і теоретики охорони здоров'я, змушують переосмислити і розширити науково-методологічну базу проведених перетворень. Значне місце в цій системі займає саме компетентність менеджерів закладів охорони здоров'я.

Варто зазначити, що головною метою управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я, на наш погляд, є виявлення, вдосконалення, розкриття та максимізація складових компетенцій: професійних, соціальних, ключових та конкурентних. При цьому компетентнісний підхід у процесі управління передбачає виявлення та формування компетенцій, розробку механізму їх імплементації у практичну діяльність з метою задоволення потреб клієнтів закладу охорони здоров'я, а також розкриття потенціалу персоналу та підвищення ефективності діяльності медичної установи.

Управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я повинно бути інтегровано в систему управління медичною установою, ґрунтуватись на збалансованому управлінні потенціалом закладу охорони здоров'я, максимізувати конкурентні переваги як персоналу, так і установи в цілому, передбачати розвиток лояльності персоналу та клієнтів.

Розроблений концептуальний підхід до управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я містить такі складові елементи: об'єкт, предмет, цілі, основні принципи, методи, етапи управління компетентністю, стратегії, критерії оцінки результативності управління компетентністю (рис. 1.10).

Розроблений концептуальний підхід до управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я є синтезом методів, принципів та інструментів, спрямованих на досягнення кумулятивного ефекту від компетентнісно обумовленої активізації діяльності менеджерів.

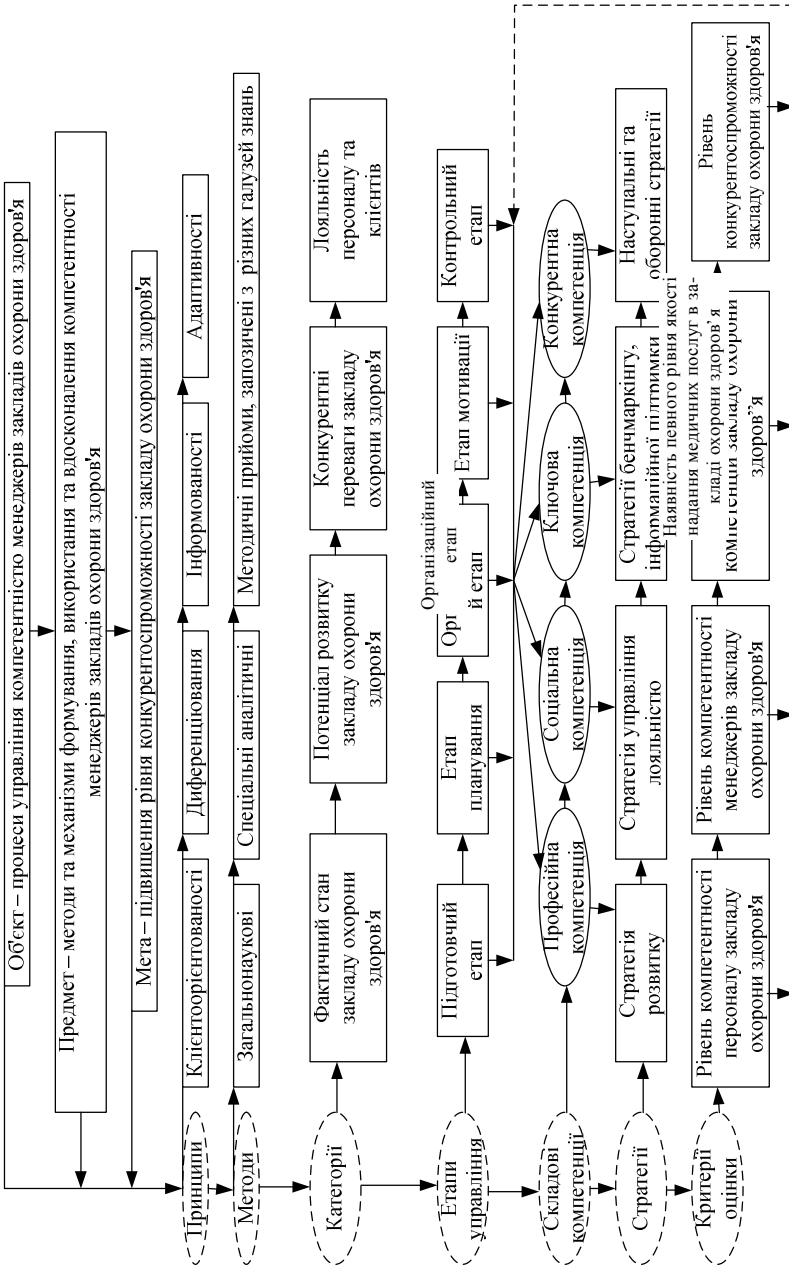


Рис. 1.10. Концептуальний підхід до управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я

Слід зауважити, що вибір як емпіричного об'єкта дослідження лікувально-профілактичного закладу (лікарні) зумовлений низкою обставин: лікарні відіграють центральну роль у наданні медичної допомоги; забирають значну частину бюджету охорони здоров'я; в них працює значна кількість медиків-професіоналів.

Методологія системного підходу передбачає двосторонній погляд на емпіричний об'єкт [116, с. 1018]. По-перше, вивчення її взаємовідносин з середовищем, тобто розгляд лікарні як елемента всередині системи вищого порядку, по-друге, аналіз взаємодії структурних підсистем всередині самої лікарні.

Як відкрита система лікарня взаємодіє із середовищем з метою забезпечення себе ресурсами для виживання, адаптації та розвитку. Зміни у зовнішньому середовищі (змінюються склад населення, картина захворюваності, технічний прогрес, нові суспільні очікування) позначаються на діяльності лікарень.

Політика як чинник зовнішнього середовища створює ідеологічний фундамент діяльності лікарень. Якщо охорону здоров'я вважають громадським благом, а соціальна згуртованість, здоров'я і продуктивність населення потрібні для суспільства, тоді лікарню розглядають як інструмент забезпечення цих цінностей, а держава бере на себе фінансове забезпечення її діяльності. Якщо ж продукт діяльності інституту охорони здоров'я визнають як товар, тоді лікарня перетворюється в продавця своїх послуг. Ці ідеологеми задають різні нормативно-ціннісні підстави діяльності лікарні.

У першому випадку лікарні наділені обмеженою самостійністю, підзвітні державним органам, їх діяльність не пов'язана з фінансовими ризиками. У другому випадку лікарні наділені всіма повноваженнями з прийняття рішень, а їх діяльність пов'язана з фінансовими ризиками. Це крайні позиції, між якими існують проміжні варіанти, що поєднують елементи позначених моделей.

На даний час слід говорити про перехід вітчизняних лікарень з одного стану в інший. Логіка реформування перетворює лікарні з державно-бюрократичних організацій у суб'єктів самостійної діяльності. Фіксувати процес транзиту необхідно для того, щоб правильно інтерпретувати отримані в ході емпіричного дослідження дані.

Лікарня сама може бути представлена як система, тому властивості її окремих частин можуть бути зрозумілі тільки у зв'язку з цілим. До підсистем належать система набору та утримання персоналу, система організа-

ції допоміжних служб, система відтворення діагностичних схем для клініцистів. Зміна в одній із частин впливає на функціонування інших.

Управлінський вплив на внутрішньолікарняні підсистеми впливає на якість діяльності лікарні загалом. Якщо керівництво лікарні діє недостатньо ефективно, потенційно позитивний вплив лікарні на здоров'я може знизитися або навіть переродитися у свою протилежність. Тому проблема управлінської культури та компетенцій менеджерів охорони здоров'я в цілому і керівників лікарень зокрема стає все більш актуальною, але при цьому залишається малоусвідомленою [119, с. 12].

Основну увагу приділено кадровій політиці, що формується і реалізується керівниками лікувально-профілактичної установи (ЛПУ) як стратегічний напрямок в управлінні людськими ресурсами лікарні. Фокусування уваги на даній проблемі дозволяє побачити ряд принципово важливих для сучасної охорони здоров'я питань:

- активний вплив професійних компетенцій у формуванні управлінської культури на процес перетворення охорони здоров'я;
- лікарня як об'єкт дослідження;
- менеджери лікарні як ресурс її розвитку.

Оскільки стратегія дослідження визначалася завданням вивчити вплив компетентності менеджера (керівника) на модернізацію політики сучасної ЛПУ, то насамперед було проведено діагностику актуального стану кадрової політики. Потім досліджували погляди менеджерів (управлінців) на формування та розвиток власних професійних компетенцій як фактора трансформації політики ЛПУ.

Для виконання поставлених завдань і досягнення мети на основі системного підходу було розроблено загальну програму дослідження (рис. 1.11).

Згідно з методологією дослідження, на першому етапі було вивчено вітчизняний і світовий досвід у сфері здійснення управління в системі охорони здоров'я, а також основні фактори, що впливають на формування компетенцій менеджерів в організаціях охорони здоров'я.

За допомогою літературних джерел було піддано поглибленому вивченню такі питання, як:

- підготовка менеджерів у сфері охорони здоров'я;
- особливості управління та розвитку професійних компетенцій у співробітників організацій.

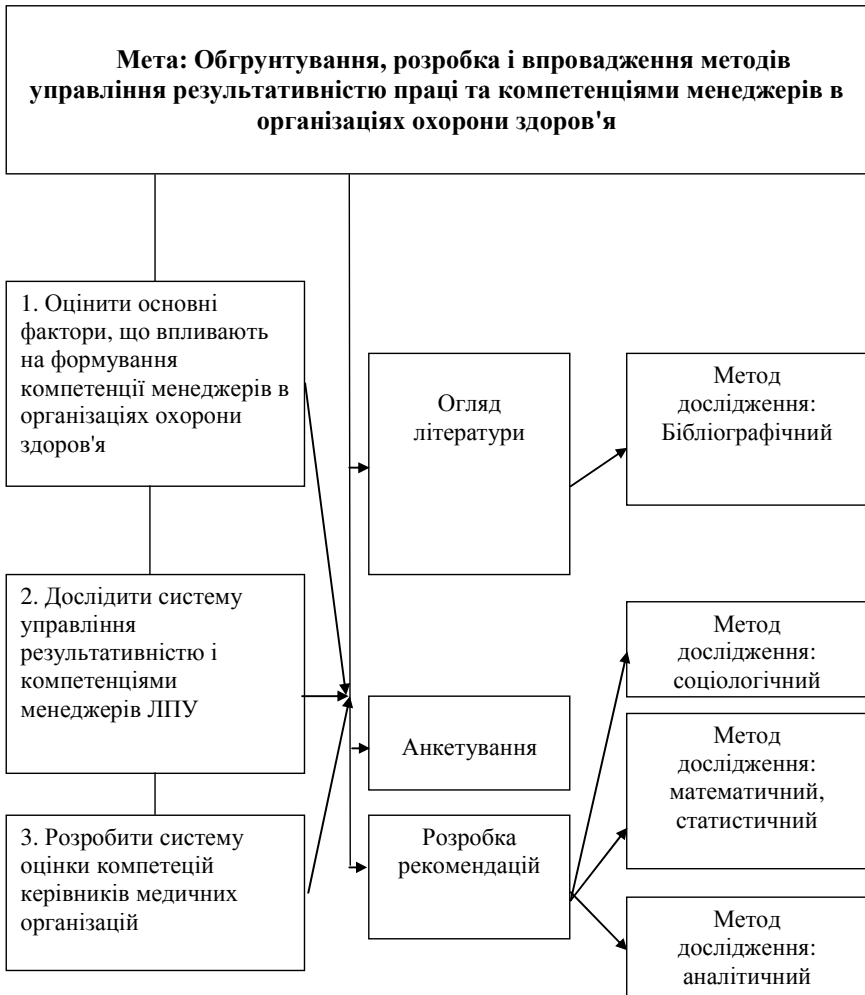


Рис. 1.11. Схема управління результативністю праці та компетенціями менеджерів в організаціях охорони здоров'я

На другому етапі було проведено соціологічне дослідження шляхом анкетування та інтерв'ювання керівників медичних установ, а також їх заступників і завідувачів відділень.

Анкетування проводили у 2 етапи. На першому етапі використовували анкету, розроблену для опитування управлінців медичних установ.

Дана анкета включала в себе 103 питання (додаток А), 57 із яких були із запропонованими варіантами відповідей, крім того, вона містила опис 12 різних ситуацій із запропонованими варіантами їх вирішення для визначення стилю керівництва.

У дослідженні брали участь керівники лікувально-профілактичних установ (головні лікарі, їх заступники та начальники відділень) м. Тернополя і Тернопільської області.

Також запропоновано бланк для самооцінки значущості й ступеня сформованості компетентності, що включав 15 професійних компетенцій. Кожну компетенцію необхідно було оцінити за п'ятибальною шкалою з точки зору важливості для діяльності менеджера і з точки зору її наявності в менеджера. Різниця між ступенем значущості показує, які можливості треба розвивати перш за все: чим більша різниця, тим актуальніша потреба в розвитку.

Компетенції, включені в бланк для опитування, відібрані нами на основі якостей, виділених керівниками при анкетуванні як найбільш важливі для успішної роботи. Вони згруповані в блоки, що відображають організаторські, комунікативні, інтелектуальні й особистісні здібності.

За допомогою цієї анкети було опитано 120 керівників медичних установ м. Тернополя і Тернопільської області. Анкети заповнювали безпосередньо респондентами, вони були анонімними. Статистичну обробку отриманих даних проводили на базі прикладної комп'ютерної програми Microsoft Excel.

На заключному етапі було зроблено висновки і пропозиції. Було проаналізовано вплив факторів соціального і медико-організаційного середовища на результативність праці ЛПУ, значущість мотивуючих чинників, а також рівень розвитку компетенцій у менеджерів (керівників) організації охорони здоров'я.

Таким чином, обрані нами соціологічні, математичні й статистичні методи, на наш погляд, відповідали меті дослідження та дозволили отримати репрезентативну інформацію, аналіз якої дав можливість виконати поставлені завдання і зробити науково обґрунтовані висновки.

Отже, резюмуючи вищесказане, можна констатувати, що оцінка компетентності менеджерів системи охорони здоров'я дає змогу раціонально сформувати та максимізувати компетенції керівників, а також виявити ступінь використання потенціалу працівника під час виконання практичних завдань. Запропонований підхід оцінки дозволяє диференціювати

управлінський персонал та визначити перспективи професійного розвитку і кар'єрного просування кожного працівника. Високий рівень компетентності менеджера закладу охорони здоров'я є домінуючим фактором конкурентоспроможності як окремого керівника, так і медичної установи загалом. Використання системи оцінки компетентності менеджерів є основою якісного планування професійно-особистісного розвитку керівника з урахуванням його потенціалу та вподобань.

Розділ 2

Аналіз механізму формування компетентності фахівців менеджменту в системі охорони здоров'я

2.1 Сучасний стан розвитку та кадрового забезпечення системи закладів охорони здоров'я

На даний час перед регіонами поставлено завдання щодо вдосконалення соціально-економічної політики в сфері охорони здоров'я. Значна диференціація регіонів за соціально-економічними та демографічними параметрами визначає необхідність урахування особливостей різних видів ресурсів системи охорони здоров'я, в тому числі й кадрових, при розробці стратегії сталого розвитку галузі.

Збалансований розвиток кадрового потенціалу значною мірою визначає медико-соціальну й економічну результативність діяльності системи охорони здоров'я регіону.

Під кадровим потенціалом розуміють наявні фізичні (кількісні), інтелектуальні, професійні можливості медичних працівників лікувальних установ, незалежно від типу і рівня ЛПУ, спрямовані на збереження, підтримку та підвищення рівня здоров'я людей. З позиції раціонального застосування ресурсів необхідний його всебічний аналіз з урахуванням обсягів і якості наданої допомоги в зіставленні з факторами, що перебувають в складній залежності від соціально-економічних характеристик регіону,

особливостей стану здоров'я населення, організаційних форм медичного обслуговування, рівня розвитку і впровадження сучасних технологій, використання матеріально-технічних можливостей.

Згідно з даними Держаної служби статистики населення, України на кінець 2015 р. становило 42 760,5 тис. осіб, з них 2 955,4 тис. осіб проживало в міській місцевості, а 13 204,1 тис. осіб – у сільській.

Таблиця 2.1

**Динаміка чисельності населення по областях та м.Києву
за період 2011–2016 рр.**

Адміністративна територія	Рік						2016 у % до 2011
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Україна	43 434,2	43 289,4	43 204,4	43 073,1	42 929,2	42 760,516	98,45
Вінницька	1641,2	1634,2	1627,0	1618,3	1 610,5	1 602,163	97,62
Волинська	1037,2	1038,6	1040,0	1041,3	1 042,918	1 042,668	100,53
Дніпропетровська	3336,5	3320,3	3307,8	3292,4	3 276,637	3 254,884	97,55
Донецька	4433,0	4403,2	4375,4	4343,9	4 297,250	4 265,145	96,21
Житомирська	1279,0	1273,2	1268,9	1262,5	1 255,966	1 247,549	97,54
Закарпатська	1247,4	1250,7	1254,4	1256,9	1 259,570	1 259,158	100,95
Запорізька	1801,3	1791,7	1785,2	1775,8	1 765,926	1 753,642	97,35
Івано-Франківська	1379,8	1380,1	1381,8	1382,1	1 382,553	1 382,352	100,18
Київська	1717,6	1719,5	1722,1	1725,5	1 729,234	1 732,235	100,85
Кіровоградська	1010,0	1002,4	995,2	987,6	980,579	973,150	96,35
Луганська	2291,3	2272,7	2256,5	2239,5	2 220,151	2 205,389	96,25
Львівська	2544,7	2540,9	2540,7	2538,4	2 537,799	2 534,174	99,59
Миколаївська	1183,3	1178,2	1173,5	1168,4	1 164,342	1 158,207	97,88
Одеська	2388,7	2388,3	2395,2	2396,5	2 396,442	2 390,289	100,07
Полтавська	1487,8	1477,2	1467,8	1458,2	1 448,975	1 438,948	96,71
Рівненська	1152,5	1154,3	1156,9	1158,8	1 161,151	1 161,811	100,81
Сумська	1161,5	1152,3	1143,2	1133,0	1 123,448	1 113,256	95,85
Тернопільська	1084,1	1080,4	1077,3	1073,3	1 069,936	1 065,709	98,30
Харківська	2755,1	2742,2	2744,4	2737,2	2 731,302	2 718,616	98,68
Херсонська	1088,2	1083,4	1078,2	1072,5	1 067,876	1 062,356	97,63
Хмельницька	1326,9	1320,2	1314,0	1307,0	1 301,242	1 294,413	97,55
Черкаська	1285,4	1277,3	1268,9	1260,0	1 251,816	1 242,965	96,70
Чернівецька	904,3	905,3	907,2	908,5	909,965	909,893	100,62
Чернігівська	1098,2	1088,5	1077,8	1066,8	1 055,673	1 044,975	95,16

Джерело: побудовано авторами на основі [158; 159].

Скорочення чисельності населення у 2011–2016 рр. спостерігалось у переважній більшості регіонів України.

Чисельність населення Тернопільської області (додаток Б) зменшується, починаючи з 1994 р. (у цілому по Україні – з 1993 р.). Щорічно область втрачала від 2,3 тис. осіб у 1995 р. (найменше) до 8,6 тис. осіб у 2001 р. (найбільше).

У нашій області чисельність населення змінюється за рахунок природного та міграційного рухів. До кінця 80-х років вирішальну роль у формуванні змін чисельності населення відігравав природний приріст, тоді як роль міграції була незначною, а в 1990-1993 рр. вплив міграційних процесів став вирішальним: чисельність населення в ці роки збільшувалась, головним чином, за рахунок міграції (починаючи з 1992 р., спостерігали природне скорочення), а в 1994-2013 рр. зменшення чисельності зумовлено як природним, так і міграційним скороченням. Починаючи з 2014 р., чисельність населення також зменшується, але виключно за рахунок природного скорочення, водночас зафіксовано незначний міграційний приріст населення.

Чисельність населення області за 2014 р. зменшилась на 4000 осіб, і становить 1 070 076 осіб (додаток В). Основною причиною зменшення чисельності населення області є природне скорочення населення і міграційні процеси.

Слід зазначити, що демографічна ситуація, яка склалася в області у 2016 р., характеризується зменшенням народжуваності та загальної смертності й показника природного приросту (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Показники народжуваності, смертності та природного приросту населення

Показники	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Україна 2015
Народжуваність	8,8	9,9	10,9	11,1	11,3	11,0	10,95	10,1	9,3	10,7
Смертність	14,2	15,1	14,4	13,7	13,8	13,7	14,19	14,3	14,0	14,9
Природний приріст	-5,4	-5,2	-3,5	-2,6	-2,5	-2,7	-3,24	-4,2	-4,7	-4,2

За 2016 р. в області народилося 9974 дітей, що на 802 дитини менше, ніж минулого року (2015 р. – 10 776). У розрахунок на 1 тис. населення

народжуваність у 2016р. становила 9,3, у 2015 р. – 10,1, Україна 2015 р. – 10,7. Зменшення народжуваності у 2016 р. в порівняно з минулим роком, спостерігали в 15 районах області та м. Тернополі. Найнижчим цей показник був у Монастирському – 6,6, Гусятинському – 7,9, Чортківському – 8,0, Борщівському – 8,0, Заліщицькому – 8,3, Підгаєцькому – 8,3 районах.

Загальна смертність у 2016 р. зменшилась в абсолютних цифрах на 299 осіб, за рік померло 14 954 особи (2015 р. – 15 253). Показник загальної смертності становив 14,0, за минулий рік – 14,3, Україна 2015 р. – 14,9.

Природний приріст населення в області був від'ємний і становив –4,7 проти –4,2 у 2015 р., Україна 2015 р. –4,2. Таким чином, в області продовжував процес депопуляції. Позитивний природний приріст залишився тільки в м. Тернополі й становив +1,4. Особливо виражений процес депопуляції в районах: Монастирському –11,1, Підгаєцькому –10,7, Борщівському –8,3, Шумському –8,0, Гусятинському –7,8, Підволочиському –7,7, Заліщицькому –7,7, Тербовлянському –6,8 на 1000 населення.

Показник дитячої смертності за 2016 р. склав 5,08‰ (2015 р. – 7,22‰). Найвищі показники у: Бережанському (11,5‰), Тернопільському (9,6‰), Буцацькому (7,3‰), Підгаєцькому (6,5‰), Підволочиському (5,5‰) районах. За причинною структурою дитячої смертності на першому місці – перинатальна патологія – 21 випадок (21,1 на 10 тис. нас.), на другому – вроджені аномалії – 15 випадків (15,0 на 10 тис. нас.), на третьому – нещасні випадки – 5 випадків (5,0 на 10 тис. нас.).

Стан здоров'я населення – найважливіший показник благополуччя нації, що відображає її соціально-економічне, екологічне, демографічне і санітарно-гігієнічне становище, є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, потенціалом економічного зростання та безпеки держави і повинен займати провідне місце в системі цінностей будь-якої цивілізованої країни.

За 2016 р. амбулаторно-поліклінічні заклади області зареєстрували 1 988 430 захворювань (2015 р. – 1 965 697), показник поширеності захворювань становив 1 871 53,8 на 100 тис. населення (2015 р. – 184 280,9) (табл. 2.3).

Кількість захворювань зареєстрованих, серед всього населення в області за 2016 р., збільшилась в абсолютних числах на 22 733 випадки або на 1,1%.

Таблиця 2.3

Поширеність захворювань серед населення

Вікова група	Поширеність				Захворюваність			
	Абсолютні числа		На 100 тис. населення		Абсолютні числа		На 100 тис. населення	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
0–14 років	308815	311499	1832,36	1845,71	232218	234090	1377,87	1387,04
15–17 років	71988	71208	20866,1	21714,4	42598	42465	12347,2	12949,4
0–17 років	380803	382707	1875,56	1898,71	274816	276555	1353,5	1372,16
18 і старше	1584894	1605723	183510,9	186517,7	438223	448331	50740,8	52077,3
Працездатне населення	949596	958953	151665,0	154598,5	365597	373645	58391,4	60237,5
Все населення	1965697	1988430	184280,9	187153,8	713039	724886	66846,3	68227,3

Показник поширеності захворювань збільшився порівнянно з минулим роком і коливався серед районів від 36 969,0 в Підгаєцькому до 152 201,0 в Чортківському.

Найвищі показники поширеності захворювань на 100 тис. населення зареєстровано в: Монастирському – 209 697,8, Підволочиському – 208 264,0, Бучацькому – 206 085,0, Заліщицькому – 205 058,0, Чортківському – 204 585,0, Гусятинському – 199 322,0 та Бережанському – 198 436,0 районах.

Найнижчі показники в: Кременецькому – 156 240,8, Козівському – 164 255,3, Тернопільському – 172 786,3 районах.

Характерною тенденцією розвитку охорони здоров'я на сучасному етапі є поступальний розвиток стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Станом на 01.01.2017 р. у закладах охорони здоров'я області функціонує розгорнута мережа денних і домашніх стаціонарів (табл. 2.4).

У денних стаціонарах за 2016 р. проліковано 100 574 хворих (101 248 у 2015р.). Середня тривалість лікування у 2016 році становить 8,2, як і у 2015 році. Проліковано хворих на 10 тис. населення у 2016 р – 946,6, у 2015 р. – 949,2.

В області продовжується робота щодо розширення стаціонарів удома для лікування хронічних хворих і хворих, які з деяких причин не можуть відвідувати лікувальні заклади. За 2016 р. зареєстровано стаціонарів удома – 715 проти 822 за 2015 р.. За 2016 р. у домашніх стаціонарах проліковано 78 386 хворих, у 2015р – 88 133. Показник пролікованих хворих на 10 тис. населення становив у 2016 р. – 737,8, у 2015 р. – 826,2.

Таблиця 2.4

Динаміка змін мережі ліжкового фонду денних стаціонарів

Показники	2013	2014	2015	2016
<i>Денні стаціонари</i>				
Число ліжок	1661	1683	1676	1672
Число ліжок на 10 тис. нас.	15,7	15,7	15,7	15,9
Число пролікованих	107764	101925	101248	100574
Число пролікованих на 10 тис.нас.	1003,3	952,5	949,2	946,6
<i>Домашні стаціонари</i>				
Число стаціонарів вдома	811	825	830	715
Число пролікованих	89815	86547	88133	78986
Число пролікованих на 10 тис. нас	89815	86547	88133	78986
Число стаціонарів вдома на 10 тис.нас.	836,2	808,8	826,2	737,8

Стаціонарна медична допомога населенню області розвивалася у напрямку подальшої раціоналізації інфраструктури лікарняних закладів, підвищення економічного використання їх ліжкового фонду, поліпшення якості та ефективності медичної допомоги.

Станом на 01.01.2017 р. в області функціонує широка мережа лікарняних закладів різного типу (60 закладів із загальною потужністю ліжкового фонду 8707 ліжок, 2015 р. – 9148).

Зважаючи на зростання поширеності хвороб, збільшуються обсяги медичної допомоги населенню, що, відповідно, повинно бути забезпечено адекватною кількістю, співвідношенням та рівнем підготовки медичних та управлінських кадрів, а також належним рівнем фінансування галузі охорони здоров'я.

Тому важливим є аналіз таких складових цього процесу, як коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер; питома вага атестованих лікарів середніх медичних працівників, організаторів охорони здоров'я; забезпечення населення стаціонарними ліжками і кількість днів роботи ліжка; питома вага закладів охорони здоров'я, що пройшли акредитацію; ступінь залучення позабюджетних коштів; витрати бюджетних коштів у розрахунку на одного жителя.

На належному рівні проведено атестацію медичних працівників. У 2014 р. повністю було атестовано лікарів та середніх медичних працівни-

ків усіх районів області, керівників охорони здоров'я у 8 районах області. Продовжує залишатися актуальною проблема забезпечення ЛПЗ середнім медичним персоналом. Найнижча питома вага атестованих керівників охорони здоров'я у Зборівському районі (71%).

Мережа системи охорони здоров'я – це структура медичних закладів із відповідними матеріальними, фінансовими, трудовими та інформаційними ресурсами.

Стан мережі охорони здоров'я формується за кількістю медичних закладів загалом і за окремими видами: профільною та територіальною структурою закладів, обсягом ресурсів та їх розподілом у мережі, їх структурою, станом, рухом та ефективністю використання.

Діяльність мережі охорони здоров'я залежить від господарської діяльності, забезпеченості населення медичними послугами, доступності та якості медичних послуг.

Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я та якості медичної допомоги вимагає вивчення її ресурсів у контексті основної діяльності. Це зумовлює необхідність аналізу діяльності закладів та якості медичної допомоги.

Медичну допомогу населенню України у 2015 р. надавали 1 457 лікарняних закладів різних типів з числом ліжок 278 753, зокрема: 24 обласних, 327 міських лікарень, 446 центральних районних та 1 районна лікарні; спеціалізовану допомогу надавали 111 лікарень. Дитяче населення отримувало допомогу в 27 обласних та 327 міських дитячих лікарнях(табл. 2.5).

У 2016 р. ліжковий фонд скорочено на 441 ліжко, створено відділ серцево–судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії на 10 ліжок та приєднано до нього «Відділкову клінічну лікарню ст.Тернопіль ДТГО «Львівська залізниця» на 90 ліжок. Забезпеченість ліжками становила 82,0 на 10 тис. населення проти 85,8 у 2015 р., Україна 2015 р. – 72,35.

За 2016 р. у стаціонарах області проліковано 251 966 хворих, за 2015 р. – 25 6411 хворих, що на 4 445 осіб менше, ніж минулого року.

3 8707 ліжок 4052 ліжка розгорнуто в районах області, що становить 47,0%. В міських закладах Тернополя розгорнуто 1065 ліжок – 12,2%. Ліжковий фонд обласних закладів складає 3 590 ліжок, що становить 41,2%. (табл. 2.6).

Таблиця 2.5

Лікарняні заклади України у 2015 році

Тип закладу	Кількість
Обласні лікарні	24
Дитячі обласні лікарні	27
Міські лікарні	327
Дитячі міські лікарні	60
Міські лікарні швидкої допомоги	13
Госпіталі для ІВ	29
Усі спеціалізовані лікарні	111
інфекційні для дорослих	20
інфекційні для дітей	4
туберкульозні для дорослих	33
туберкульозні для дітей	2
офтальмологічні лікарні	3
лікарні відновного лікування	10
центри боротьби зі СНІДом	8
інші лікарні	31
ЦРЛ	446
РЛ	91
Дільничні лікарні	53
Пологові будинки	74
Клініки НДІ	13
Лепрозорії	1
Психіатричні лікарні	62
Наркологічні лікарні	3
Лікарня «Хоспіс»	7
Госпрозрахункові лікарняні заклади	1
Інші лікарняні заклади	4
Усього	1457

Таблиця 2.6

Ресурси охорони здоров'я

Показники	2000	2005	2010	2014	2015	2016
Число лікарняних закладів	77	68	64	59	60	60
Число ліжок в них	10540	9860	9695	9076	9148	8707
Забезпеченість ліжками на 10 тис.нас.	93,3	88,3	89,3	84,8	85,8	82,0
Рівень госпіталізації на 100 жителів	20,1	22,3	24,1	23,9	24,0	23,8
Рівень госпіталізації на с/жителів	19,7	22,6	24,0	23,9	24,1	23,8
Станції швидкої мед.доп.	22	22	22	5	–	–
Число центральних рай-лікарень	17	17	17	16	16	16
в них ліжок	4029	3729	3679	3138	3110	2914
Число районних лікарень	12	12	12	13	13	13
в них ліжок	911	851	831	1093	1093	1068
Число дільничних лікарень	21	13	11	7	7	6
в них ліжок	270	160	160	85	85	70
Число сільських лікарських амбулаторій	104	4	0	–	–	–
Амбулаторії загальної практики – сімейної медицини	–	121	149	198	200	216
Число фельдш.- акушерських пунктів	785	774	754	733	734	734
Денні стаціонари (кількість ліжок)	1119	1442	1603	1676	1672	1687
Стаціонари вдома (кількість)	820	752	780	825	822	715

З 9076 ліжок 4316 ліжок розгорнуто в районах області, що становить 47,5% від загальної кількості. У міських закладах Тернополя розгорнуто 1015 ліжок – 11,2% від загальної кількості. Ліжковий фонд обласних закладів становить 3745 ліжок, що становить 41,2% від загальної кількості (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Аналіз ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів

№ п/п	Показник	2013	2014	2015	2016
1	Кількість ліжок по області	9086	9076	9148	8707
2	Кількість ліжок по районах	4326	4316	4288	4052
3	Питома вага до всіх ліжок	47,6	47,6	46,9	47,0
4	Кількість ліжок по місту	1015	1015	1115	1065
5	Питома вага до всіх ліжок	11,2	11,2	12,2	12,2
6	Кількість ліжок по обласних закладах	3745	3745	3745	3590
7	Питома вага до всіх ліжок	41,2	41,2	40,9	41,2
8	Забезпеченість ліжками на 10 тис. нас. по області	84,6	84,8	85,8	82,0
9	Забезпеченість ліжками по районах	50,4	50,5	50,4	47,9
10	Забезпеченість ліжками по місту	47,1	47,1	51,6	49,1
11	Забезпеченість ліжками по обл. закладах	34,9	35,0	35,1	33,8
12	Зайнятість ліжка по області	344,5	343,1	335,7	338,3
13	Зайнятість ліжка по районах	343,0	342,3	336,4	335,2
14	Зайнятість ліжка по місту	333,8	327,9	321,5	329,1
15	Зайнятість ліжка по обласних закладах	349,1	348,2	339,2	348,2

Найнижчий показник зайнятості ліжка в: Тернопільському – 292,7, Збаразькому – 300,6, Борщівському – 327,9 районах. Високий показник роботи ліжка у: Заліщицькому – 359,6, Лановецькому – 357,1, Шумському – 355,4 районах. Вищевказаним районам необхідно проаналізувати роботу ліжка та вивчити питання ефективності роботи ліжок денного і домашнього стаціонару.

У лікувально-профілактичних закладах області станом на 01.01.2017 р. зареєстровано 4880,0 штатних лікарських посад (без закладів підготовки кадрів та СЕС) (табл. 2.8).

Укомплектованість штатних посад фізичними особами утримується на рівні 94,2%. Кількість вакантних посад зросла з початку року з 387,0 до 438,25, у тому числі: в закладах охорони здоров'я сільської місцевості – 269,25, в обласних закладах на території області – 25,75, у м. Тернополі: у міських закладах – 28,25, обласних закладах – 96,25, крім того в бюджетних акладах – на госпрозрахунку та спецкоштах – 18,75 (табл.2.9).

Таблиця 2.8

Аналіз кваліфікаційних категорій лікарів

Рік	Усього лікарів	Усього атестованих	Із загальної кількості лікарів мають кваліфікаційні категорії		
			вища	I	II
1990	4638	2439	–	–	–
1995	5206	2661	579	1316	766
1998	5142	3106	861	1511	734
1999	5160	3230	941	1491	798
2000	5103	3301	1028	1464	809
2004	5096	3355	1253	1386	716
2005	5123	3426	1372	1371	683
2006	5132	3491	1463	1332	696
2007	5251	3505	1583	1303	619
2008	5288	3487	1658	1210	619
2009	5314	3515	1711	1204	600
2010	5295	3574	1802	1183	589
2011	5287	3617	1928	1125	564
2012	5196	3494	1920	1035	539
2013	5250	3510	1998	982	530
2014	5245	3488	2043	954	491
2015	5312	3528	2095	912	521
2016	5218	3566	2169	870	527

Таблиця 2.9

Аналіз динаміки керівників лікувально-профілактичних закладів та їх заступників

Територія	Число посад в цілому у закладі		У тому числі в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації		Кількість фізичних осіб основних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах
	штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	
1	2	3	4	5	6
Разом	193,00	175,00	56,00	46,00	175,00
Обласні заклади області	46,00	43,00	3,00	2,00	43,00
Обл.заклади м.Тернополя	33,00	30,00	3,00	2,00	30,00
Обл.заклади на території області	13,00	13,00			13,00

Продовження табл. 2.9

1	2	3	4	5	6
м. Тернопіль	25,00	24,00	10,00	10,00	24,00
м. Тернопіль	25,00	24,00	10,00	10,00	24,00
Райони, всього	122,00	108,00	43,00	34,00	108,00
Бережанський	6,00	4,00	6,00	4,00	4,00
Борщівський	9,00	7,00	4,00	2,00	7,00
Бучацький	8,00	8,00	2,00	2,00	8,00
Гусятинський	8,00	8,00	3,00	3,00	8,00
Заліщицький	8,00	8,00	3,00	3,00	8,00
Збаразський	8,00	7,00	2,00	2,00	7,00
Зборівський	9,00	8,00	2,00	2,00	8,00
Козівський	6,00	5,00	2,00	1,00	5,00
Кременецький	8,00	8,00	3,00	3,00	8,00
Ланівецький	5,00	4,00	2,00	1,00	4,00
Монастириський	5,00	5,00			5,00
Підволочиський	7,00	6,00	3,00	3,00	6,00
Підгаєцький	5,00	4,00	2,00	1,00	4,00
Теребовлянський	12,00	9,00	4,00	3,00	9,00
Тернопільський	5,00	5,00			5,00
Чортківський	7,00	7,00	3,00	3,00	7,00
Шумський	6,00	5,00	2,00	1,00	5,00

Чисельність лікарів на 01.01.2017 р. становить 5218, показник забезпеченості лікарями на 10 тис. населення складає 49,1; в тому числі чисельність лікарів (без закладів підготовки кадрів, НДІ, апарату органів управління та СЕС) 4599; показник забезпеченості лікарями на 10 тисяч населення складає 43,3. Протягом 2016 р. 1004 лікарям області було присвоєно або підтверджено кваліфікаційну категорію (присвоєно 506, підтверджено 498): вищу категорію присвоєно – 169, підтверджено – 411, першу категорію присвоєно – 156, підтверджено – 79, другу категорію присвоєно – 181, підтверджено – 8. Із загальної кількості лікарів 3566 (68,3%) мають кваліфікаційну категорію.

Чисельність штатних посад середнього медичного персоналу з початку року зменшилась на 245,75 одиниць (2,38%), зареєстровано 10 086,0 посад. Укомплектованість фізичними особами штатних посад середнього медичного персоналу 113,19%, кількість зайнятих посад – 97,62%. Кількість вакантних посад зменшилась з початку року і складає 240,25 проти 533,25. Чисельність середніх медичних працівників на

01.01.2015 року становить 11416, показник забезпеченості на 10 тис. населення складає 106,7.

Оцінювання управлінської діяльності керівника системи охорони здоров'я є процесом контролю, який реалізується через процедури атестації, ліцензування та акредитації. Першу ми розглядаємо як форму державного контролю, в результаті якого за допомогою оцінювання діяльності медичних працівників встановлюються і закріплюються рівні їх професійної компетенції, підготовленості до діяльності на посаді керівника органу управління системи охорони здоров'я, рівні їх відповідності займаній посаді та управлінської кваліфікації.

Атестація є формою державного контролю, внаслідок якого визначається рівень підготовленості медичних працівників до перебування в кадровому резерві чи бути вперше призначеними на посаду керівника (претендентська атестація). Атестацію, в результаті якої визначається рівень відповідності керівника органу управління охорони здоров'я займаній посаді, ми визначаємо як «кадрова атестація». Визначення рівня управлінської кваліфікації (друга, перша, вища кваліфікаційна категорії) для керівників, які перебувають на посадах в органах управління охорони здоров'я певний термін, ми визначаємо вже як «кваліфікаційна атестація» [141].

У цілому атестаційна діяльність у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення ефективності роботи, поліпшення добору, розстановки керівних кадрів, стимулювання їх до підвищення кваліфікації, ініціативності, творчої активності та відповідальності за доручену справу та нагально потребує сучасної та повної регламентації в єдиному нормативно-правовому акті, що визначатиме права осіб, які проходять атестацію, а також межі повноважень осіб, які проводять її (табл. 2.10).

Показники фінансування галузі в області засвідчують, що передбачені видатками кошторису на 2016 р. кошти профінансовано на 99,7% (2015 р. – 96%).

У профінансованих коштах найбільшу питому вагу становили видатки на оплату праці й нарахування на неї – 73,6% та енергоносії – 8,4%, що не дозволяло більше коштів направити на медикаменти – 10,7% (2015 р. – 7,3%); продукти харчування – 1,8% (2015 р. – 1,6%); господарські видатки – 4,5% (2015 р. – 3,8) ; трансферти населенню 1,0% (2015 р. – 0,8%).

Таблиця 2.10

**Питома вага атестованих керівників органів
і установ охорони здоров'я та їх заступників
зі спеціальності «Управління охороною здоров'я»
від тих, хто підлягає атестації (в %)**

№	Адміністративна територія	2015	2016
1	Бережанський	60,0	100,0
2	Борщівський	71,0	100,0
3	Бучацький	100,0	100,0
4	Заліщицький	100,0	100,0
5	Ланівецький	100,0	100,0
6	Підгаєцький	100,0	100,0
7	Теребовлянський	100,0	100,0
8	Шумський	100,0	100,0
9	Тернопільський	91,0	91,0
10	Гусятинський	100,0	88,0
11	Кременецький	75,0	99,0
12	Чортківський	86,0	86,0
13	Збаразський	100,0	83,0
14	Підволочиський	75,0	93,0
15	Козівський	100,0	80,0
16	Монастирський	80,0	80,0
17	Зборівський	67,0	71,0

Найбільше коштів на оплату праці витратили медичні установи Заліщицького району – 87,3%, Монастирського району – 86,4%. Найменше коштів на оплату праці витрачають медичні установи, що фінансуються з обласного бюджету 63,6%, медичні установи Чортківського району – 77,5%, Тернопільського району – 77,8% (табл. 2.11).

Для зміцнення матеріально-технічної бази лікувальні заклади залучали позабюджетні кошти, яких за 2016 р. надійшло в сумі – 78,2 млн. гривень, що в розрахунку на 1 жителя становить по 73,63 гривень (2015 рік – 109,2 млн. гривень або 102,3 гривень в розрахунку на 1 жителя). З них по закладах, що фінансуються з:

- районних бюджетів – 26,3 млн. гривень або по 31,11 гривень в розрахунку на 1 жителя;

- бюджету м. Тернополя – 11,2 млн. гривень або по 51,69 гривень в розрахунку на 1 жителя;

- обласного бюджету – 40,7 млн. гривень або по 38,32 гривень на 1 жителя.

Таблиця 2.11

Фінансування закладів охорони здоров'я за 2016 р.

№ п/п	Найменування адміністративної території	План на рік (тис. грн.)	Профінансовано (тис. грн.)	Недофінансовано (тис. грн.)
1	Бережанський	762,8	762,2	-0,6
2	Борщівський	705,3	701,2	-4,1
3	Бучацький	666,0	665,7	-0,3
4	Гусятинський	690,8	689,1	-1,7
5	Заліщицький	771,0	769,6	-1,4
6	Збаразький	688,3	684,1	-4,2
7	Зборівський	704,0	702,2	-1,8
8	Козівський	706,8	700,8	-6,0
9	Кременецький	714,6	709,6	-5,0
10	Лановецький	734,1	734,0	-0,1
11	Монастирський	714,9	713,9	-1,0
12	Підволочиський	788,8	787,8	-1,0
13	Підгаєцький	740,0	737,0	-3,0
14	Теребовлянський	656,0	655,0	-1,0
15	Тернопільський	640,8	639,7	-1,1
16	Чортківський	720,3	717,5	-2,8
17	Шумський	699,5	699,4	-0,1
	м. Тернопіль	757,0	756,5	-0,5
	Область	1233,9	1229,8	-4,1

Джерело: побудовано на основі даних [176].

Найбільшу питому вагу в залучених позабюджетних коштах займають надходження від: отримання грантів, дарунків та благодійних внесків 33,8 млн. грн., або 43,2% (2015 р. – 62,3 млн. грн., або 57,1%); надання платних медичних послуг 23,5 млн. грн., або 30,1% (2015 р. – 23,6 млн. грн., або 21,6%); господарської та виробничої діяльності 10,3 млн. грн., або 13,1% (2015 р. – 11,4 млн. грн. або 10,4%); послуги з освіти 5,6 млн. грн., або 7,2% (2015 р.– 7,1 млн. грн. або 6,5%); здачи в оренду майна 5,0 млн. грн. або 6,4% (2015 р. – 4,8 млн. грн., або 4,4%).

Найкраще спрацювали щодо залучення позабюджетних коштів на 1 жителя медичні установи, Тернопільського району – 54,21 гривень, м. Тернополя – 51,69 гривень, Заліщицького район – 42,28 гривень. Проте в медичних установах Монастирського та Борщівського районів показник за-

лучення позабюджетних коштів на 1 жителя становив 14,21 і 17,41 гривень відповідно.

Профінансовані бюджетні кошти та залучені позабюджетні кошти дозволили забезпечити:

- фінансування на 1 жителя за бюджетні кошти – 1229,8 грн; позабюджетні – 73,63 грн;

- вартість 1 ліжко-дня по харчуванню – 10,66 грн. проти 9,58 грн. за відповідний період минулого року, із яких по рівнях бюджетів: з районних бюджетів – 8,23 грн. (2015 рік – 7,08 грн.); з бюджету м. Тернополя – 8,99 грн. (2015 рік – 9,23 грн.); з обласного бюджету – 12,92 грн. (2015 рік – 11,73 грн.). Найвищий показник вартості 1 ліжко-дня по харчуванню в медичних установах Тернопільського району – 27,37 грн., Заліщицького – 9,85 грн., Шумського – 9,85 грн. Найнижчий у: Лановецькому – 4,57 грн., Борщівському – 4,59 грн.

- вартість 1 ліжко-дня по медикаментах – 23,73 гривень проти 21,46 гривень у 2015 році, із яких по рівнях бюджетів: з районних бюджетів – 11,03 гривень (2015 р. – 6,86 гривень); з бюджету м. Тернополя – 22,21 гривень (2015 рік – 23,04 гривень); з обласного бюджету – 36,97 гривень (2015 р. – 36,54 гривень). Найвищий показник вартості 1 ліжко-дня по медикаментах у медичних закладах Тербовлянського району – 32,68 грн., м. Тернополя – 22,21 грн., Заліщицького району – 13,32 гривень, Ланівецького – 12,99 грн. Найнижчий в: Підгаєцькому районі – 6,05 гривень, Борщівському – 6,20 гривень, Збаразькому – 6,27 гривень.

- видачу з аптек медикаментів пільговим категоріям населення на суму – 8503,6 тис. гривень що в розрахунку на 1 пільговика в місяць становить 2,46 грн. (2015 р. – 1,49 грн.). Найвищий показник забезпечення пільговими медикаментами в мед установах м. Тернополя – 14,45 грн. Чортківському – 4,88 грн., Тернопільському – 2,78 грн. Найнижчий – в Зборівському – 0,09 грн., Підгаєцькому – 0,23 грн.

- придбання інсулінів – 25,2 млн. гривень;

- діаліз хворим з хронічною нирковою недостатністю – 45 млн. гривень;

- придбання імуносупресантів для хворих з трансплантованими органами – 1719,5 тис. гривень;

- придбання лінз корекції ока на суму – 47 тис. грн.

- придбання слухових апаратів на суму – 200 тис. грн.

– придбання кардіостимуляторів на суму 149,8 тис. грн.
– зубне протезування пільговим категоріям населення на суму 1492,4 тис. гривень (2015р. – 948,3 тис.грн.). У медичних установах Підволочиського, Підгаєцького, Монастириського, Шумського, районів пільгове зубне протезування не проводиться зовсім.

Упродовж 2016 р. лікувальні заклади області за кошти Державного бюджету отримали лікарських засобів та виробів медичного призначення на суму 45 млн. грн., що дозволило забезпечити медикаментами хворих на онкологію, туберкульоз, серцево-судинні, судинно-мозкові захворювання та населення області вакцинами.

Проте, в медичній галузі з питань фінансування є певні проблемні питання:

– через не проведення у листопаді-грудні органами Державної казначейської служби розрахункових операцій в загальному фонді утворилася кредиторська заборгованість по платежах у сумі 5,6 млн. гривень, що на 0,6 млн. гривень більше ніж у 2013 році, а саме:

- за енергоносіями – 3,0 млн. гривень;
- за іншими господарськими видатками – 1,9 млн. гривень;
- за медикаментами – 0,6 млн. гривень;
- за харчуванням – 0,1 млн. грн.

Системних змін у системі фінансування упродовж 2015 р. не відбулося, крім того, серйозне занепокоєння викликали зростання приватних витрат на охорону здоров'я та зменшення державних, що негативно позначилося на доступності медичної допомоги населенню.

Таким чином, національна система охорони здоров'я потребує як нагальних і швидких змін у частині обсягів фінансування, пошуку додаткових стабільних джерел фінансування, так і раціонального використання обмежених ресурсів.

2.2 Дослідження рівня сформованості професійної компетентності менеджерів закладів охорони здоров'я

Оскільки професіоналізм і лідерські якості управлінця прямо пов'язані з успішним функціонуванням ввіреної йому організації, на наше переконання, необхідна постійна оцінка наявного кадрового управлінського складу.

Оцінку менеджерів в галузі охорони здоров'я проводили шляхом анкетування головних лікарів, їх заступників, керівників відділень на обласному, районному та місцевому рівнях. Було опитано 120 фахівців. При оцінці керівника організації охорони здоров'я 29 (24,2%) опитаних вказали, що він доступний тільки в робочий час, 75 (62,5%) – що доступний завжди (в будь-який час) і 16 (13,3%) вказали, що керівник недоступний зовсім (рис. 2.1).

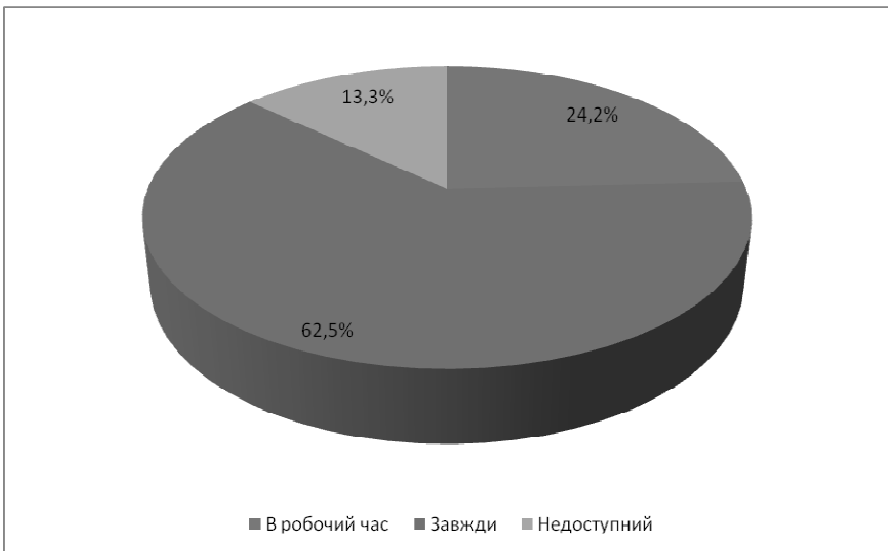


Рис. 2.1. Ступінь доступності керівника медичного закладу

При бальній оцінці (від 1 до 5) того, за якими якостями (ділові якості, особистісні якості, стаж роботи, кваліфікація) необхідно вибирати кері-

вника організації охорони здоров'я оцінки респондентів розподілилися таким чином (табл. 2.12).

Таблиця 2.12

Рівень оцінки необхідних якостей керівника

Показники	Середній бал	%
	1	2
Ділові якості	4,7	93,3
Особистісні якості	3,8	75,0
Стаж роботи	3,8	76,9
Кваліфікація	4,3	86,9

Тобто, на думку опитаних, основними якостями, що визначають вибір керівника організації охорони здоров'я, є ділові якості та кваліфікація. Потрібно відзначити, що саме ділові якості та кваліфікація відображають рівень організаторської культури керівника, володіння технологією управлінської роботи: підбором, розстановкою та використанням кадрів, виробленням норм, нормативів і регламентів, особистих планів і планів діяльності підрозділів, служб, оперативних планів і планів-графіків проведення заходів, доведенням завдань до виконавців інструктажем, контролем.

Також однією з основних при здійсненні управління є проблема вибору стилю керівництва організацією.

Стиль керівництва – спосіб, система методів впливу керівника на підлеглих, один із найважливіших факторів ефективної роботи організації, повної реалізації потенційних можливостей людей і колективу.

Кожен керівник у процесі управлінської діяльності виконує свої обов'язки у властивому тільки йому стилі. Стиль керівництва виражається в тому, якими прийомами керівник спонукає колектив до ініціативного і творчого підходу до виконання покладених на нього обов'язків, як контролює результати діяльності підлеглих [21, с. 127].

Paul Hersey і Kenneth Blanchard сформулювали чотири основних стилі управління: авторитарний, переконуючий, співпрацюючий і делегуючий (рис. 2.2).

Сильна орієнтація на людей означає, що для керівника важливий мікроклімат у колективі (групі), наскільки співробітники зацікавлені завданням, чи отримують вони задоволення від дорученої їм роботи.

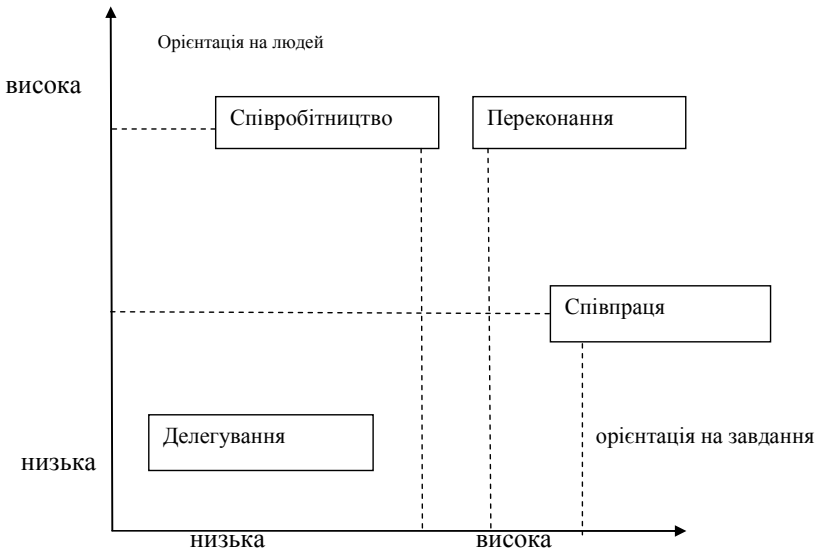


Рис. 2.2. Типологія Херсі-Бланшара

Джерело: побудовано на основі [101].

Слабка орієнтація на людей, у свою чергу, не означає, що керівника взагалі не хвилюють потреби його підлеглих; вона означає, що в даній ситуації (при вирішенні даного завдання) керівник безпосередньо не вирішує проблеми створення сприятливого мікроклімату, його контакти з підлеглими мінімальні.

Орієнтація на завдання означає ступінь структурованості завдання (керівник лише позначає проблему або чітко вказує, що, як і в які терміни має бути зроблено). Іншими словами, слабка орієнтація на завдання зовсім не означає, що керівника не турбує кінцевий результат.

Дамо характеристики стилів керівництва за Paul Hersey і Kenneth Blanchard [29, с. 71].

«Авторитарний» стиль (розпорядчий). Йому властива одностороння комунікація, коли керівник визначає ролі підлеглих і говорить їм, що, як, коли і де має виконуватися при різних завданнях. Робота персоналу будуватиметься відповідно до чітко визначених інструкцій, строго контролюється керівником; заохочується чітке дотримання інструкцій і чітке виконання завдання.

«Переконуючий» стиль. Керівник за допомогою переконання намагається перетворити своїх співробітників у союзників. Ідеї, що виникають, можуть обговорюватися спільно з підлеглими. Ідеї групи приймаються, але при цьому керівник сам контролює і направляє роботу.

«Співпрацюючий» стиль. Керівник і підлеглі беруть участь у процесі прийняття рішень через двосторонню комунікацію. Керівник на рівних з підлеглими бере участь у формуванні завдання. Ініціатива у визначенні тактики та її реалізації належить групі, а завдання керівника – постійно підтримувати ініціативу і зацікавленість підлеглих, нарівні з ними брати участь у роботі.

«Делегуєчий» стиль. Керівник делегує підлеглим свої повноваження, група самостійно визначає завдання, виробляє тактику і виконує роботу. Керівник лише спостерігає за ходом виконання роботи, але відповідальність за кінцевий результат лежить на ньому.

Стиль управління керівників організацій охорони здоров'я ми визначили за допомогою опитувальника Р. Hersey і К. Blanchard. Анкета включала в себе опис 12 різних ситуацій із запропонованими варіантами їх вирішення.

За допомогою цього опитувальника було аналогічно, як і в попередньому дослідженні, опитано 120 менеджерів медичних організацій, з них 60 керівників організацій охорони здоров'я м. Тернополя і 60 керівників з Тернопільської області.

Отримані результати наведено в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Розподіл стилів керівництва

Регіон	Авторитарний стиль	Переконуючий стиль	Співпрацюючий стиль	Делегуєчий стиль
м.Тернопіль	30%	5%	46,7%	18,3%
Тернопільська область	11,7%	10%	63,3%	15%

При порівнянні розподілу стилів керівництва в м. Тернополі й Тернопільській області було отримано такі результати (рис. 2.3).

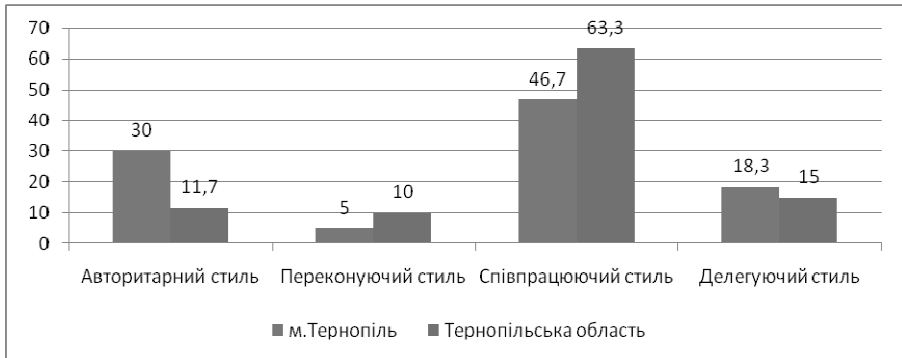


Рис.2.3. Співвідношення стилів керівництва в м.Тернополі порівняно з Тернопільською областю

Таким чином:

1. У Тернопільській області, в тому числі в м. Тернополі переважає співпрацюючий стиль керівництва.
2. У м. Тернополі рівень авторитарного стилю керівництва на 18,3% вищий, ніж у районах.
3. Кількість керівників з делегуючим стилем керівництва залежить від віддаленості району від м. Тернополя.
4. Керівник повинен мати у своєму арсеналі всі чотири стилі й використовувати їх відповідно до конкретної ситуації.
5. При виборі стилю керівництва необхідно орієнтуватися на наступні фактори: ситуацію (спокійна, стресова, невизначена), завдання (наскільки чітко структурована) і групу (її особливості за статтю, віком, часом існування).

На сьогодні професійні компетенції – найбільш універсальний інструмент для використання в кадрових програмах. Сукупність компетенцій необхідна для високоефективної роботи як фахівців, так і всієї організації. Для виконання конкретної ролі людям потрібні знання, технічні навички, досвід і відповідна модель поведінки, а також повний набір необхідних компетенцій.

Останнім часом при розробці та реалізації стратегії управління персоналом організації стали використовувати технології управління компетентностями. Управління компетентностями – процес порівняння потреби організації в кадрах з готівкою трудовими ресурсами і вибір форм впливу

для приведення їх у відповідність до вимог виробництва. У даному випадку під потребою організації розуміють необхідний кількісний і якісний склад персоналу, який визначають відповідно до стратегії її розвитку.

Модель фахівця в галузі суспільної охорони здоров'я повинна базуватися на двох основних групах компетентностей: ключових і спеціальних.

Група ключових компетентностей включає в себе: соціальні компетенції, культурні компетенції, комунікаційні компетенції, інформаційні компетенції, індивідуально-особистісні компетенції і дослідні компетенції.

Якщо провести більш детальний розгляд даної групи соціальних компетенцій, то до них, на наше переконання, повинні входити такі вміння і навички, як:

1. Комунікації з органами влади, органами управління охороною здоров'я, медичними організаціями, НУО та міжсекторальна співпраця.
2. Інформаційний менеджмент.
3. Законодавче та нормативне забезпечення діяльності в сфері охорони здоров'я.
4. Комунікаційний менеджмент.
5. Інноваційний менеджмент.
6. Організація та ведення міжнародних проектів, участь у міжнародних організаціях і проектах.
7. Дотримання етичних і деонтологічних норм.
8. Проблеми біоетики.
9. Самоменеджмент.

Наступна група – група спеціальних компетентностей, включає в себе адміністративні компетенції, інфраструктурні компетенції, медичні компетенції, біологічні компетенції, управління персоналом і менеджмент якості.

На нашу думку, менеджер в галузі охорони здоров'я повинен бути компетентний у таких питаннях, як:

1. Стратегічне й інтерактивне планування розвитку і функціонування системи охорони здоров'я та медичних організацій.
2. Господарське право.
3. Контроль за ефективністю діяльності системи охорони здоров'я і безперервне управління якістю медичної допомоги.
4. Менеджмент якості.
5. Координування діяльності санітарно-епідеміологічної служби.

6. Екологічний менеджмент.
7. Координація дій медичних організацій при надзвичайних ситуаціях.
8. Фінансовий і податковий менеджмент.
9. Управління ресурсами системи охорони здоров'я.
10. Пропаганда здорового способу життя, організація профілактичних заходів.
11. Управління персоналом.
12. Підготовка кадрів, мотивація ефективної праці й підвищення кваліфікації.
13. Координація розробки та впровадження інноваційних медичних технологій.
14. Психологія менеджменту.
15. Бізнес-проекування.
16. Етика менеджменту й організаційна культура.
17. Соціологія.
18. Методи оптимізації.
19. Економіко-математичні методи.
20. Ризик-менеджмент.
21. Логістика.
22. Антикризовий менеджмент.
23. Авторське право.

Більш того, варто запропонувати трирівневу модель компетентності менеджера в охорони здоров'я, в залежності від ступеня розвитку у нього ключових і спеціальних компетентностей.

На нашу думку, тільки поетапне формування цих рівнів дозволяє охопити поряд з конкретними знаннями і навичками категорії, що характеризують здатність, готовність до пізнання, соціальні навички, результативність, а також через атестацію керівників охорони здоров'я здійснювати поетапну підготовку та формування кадрового резерву сучасних менеджерів галузі. Основою даної системи є процес розробки і затвердження єдиних стандартів рівневої компетентності фахівця.

Всі знання, вміння і навички, необхідні керівникам організацій охорони здоров'я були для проведення дослідження розділені нами на 6 груп (табл. 2.14).

Таблиця 2.14

Основні групи компетентностей

№	Група компетенцій
1	Самоорганізація і самоуправління
2	Планування та оцінка
3	Управління персоналом
4	Інформаційний і фінансовий менеджмент
5	Адміністративно-господарське управління
6	Управління якістю, моніторинг та оцінка

У кожену групу було включено по 4 компетенції для більш детального опису тих якостей, якими повинен володіти сучасний організатор охорони здоров'я.

Так, до групи самоорганізація і самоврядування входять такі компетенції:

1. Спілкування і презентація (здатність донести чіткі повідомлення до окремих осіб і груп в організації, зрозуміти і подолати можливі комунікаційні бар'єри).

2. Тайм-менеджмент, у тому числі вміння проводити нараду (ефективне використання часу, чітке визначення пріоритетів, здатність бачити різницю між важливими і терміновими питаннями, ефективно виконання роботи, здатність завершити роботу вчасно).

3. Ведення переговорів (уміння слухати, побудова взаємин, гнучкість, емпатія, вміння дотримуватися балансу індивідуальних інтересів із зобов'язаннями організації).

4. Зворотний зв'язок (здатність здійснювати й отримувати зворотний зв'язок, використовуючи правила та принципи зворотного зв'язку для розвитку взаємин із співробітниками).

Група компетенцій планування і оцінка містить:

1. Визначення проблеми (здатність до встановлення причинно-наслідкових зв'язків, визначенню необхідної інформації і вибір пріоритетів).

2. Планування (здатність сформулювати місію, цілі і завдання і донести їх до членів організації, вміння розробляти план дій).

3. Управління проектом (здатність до успішної діяльності у відповідність з термінами і бюджетом, управління окремими особами і групами, вміння рухатися вперед, незважаючи на невизначеність).

4. Управління змінами (здатність взаємодіяти зі співробітниками для здійснення змін в організації).

Управління персоналом включає в себе такі компетенції:

1. Контроль (здатність контролювати співробітників і, водночас, сприяти їх професійному розвитку).

2. Управління діяльністю (здатність мотивувати й керувати стимулами, оцінювати і розвивати персонал із використанням наставництва, експериментального навчання та групової дискусії).

3. Управління трудовими відносинами (здатність наймати і звільняти співробітників, будувати взаємини всередині організації та із зовнішніми керуючими органами, такими, як регіональні департаменти охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство праці й т. д.).

4. Створення команди (розуміння стилю керівництва та його використання залежно від ситуації для розширення прав і можливостей співробітників під свою відповідальність, вміння бути ефективним лідером команди та її членом).

Інформаційний і фінансовий менеджмент:

1. Інформаційний менеджмент (розуміння принципів інформаційного менеджменту та його можливостей для створення інформаційних мереж в системі доставки).

2. Збір і аналіз даних (здатність визначати необхідну ключову інформацію, її джерела і кращу методику збору та аналізу інформації).

3. Аналіз витрат (можливість використання інформації про вартість як аналітичного інструменту для поліпшення процесу прийняття рішень та фінансової діяльності організації).

4. Бюджетне планування (здатність підготувати і обґрунтувати бюджет на певний вид діяльності).

Адміністративно-господарське управління:

1. Оцінка технології (знання різних типів технологій, особливостей застосування та оптимальне їх використання для вирішення практичних завдань).

2. Лікарський менеджмент (здатність організувати, координувати і контролювати призначення медикаментів відповідно до посібників та формулярів).

3. Технічне обслуговування обладнання (здатність організувати, координувати і контролювати ефективну роботу обладнання та людей).

4. Управління інфраструктурою і будівлями (здатність розробляти і визначати потреби у відповідній організації простору для різних послуг,

вміння організувати та контролювати системи ефективного утримання будівель і його інфраструктури).

Управління якістю, моніторинг та оцінка:

1. Основні принципи управління якістю (здатність визначати критерії якості та основні концепції щодо поліпшення якості медичної допомоги; розуміння і просування ідеї про важливість вимірювання результатів і виходів).

2. Управління якістю (здатність аналізувати і поліпшувати робочий процес за допомогою інструментів аналізу процесів, сприяння в разі необхідності реорганізації процесів).

3. Основні підходи до моніторингу (здатність тренувати і розвивати інших, оцінка сильних сторін і потреб в галузі розвитку, забезпечення відповідного зворотного зв'язку, здатність аналізувати дані в контексті програмних цілей).

4. Основні підходи до оцінки (здатність застосовувати основні принципи оцінки, включаючи методи контролю, нагляду та моніторингу ключових видів діяльності й персоналу).

У нашому дослідженні проводилася оцінка 15 компетенцій керівників організацій охорони здоров'я, які умовно можна розділити на 2 групи: базові та професійні (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Структура компетентності керівників організацій охорони здоров'я

Аналізуючи перелічені вище групи компетентностей менеджерів охорони здоров'я, можна помітити, що, незважаючи на певні відмінності, дані групи мають багато спільного і містять приблизно однаковий перелік необхідних організатору професійних компетенцій.

Так, кожна група містить вказівку на комунікативні навички керівника, ділову обізнаність, вміння управляти персоналом, знання цілей і завдань організації.

Це вказує на те, що управлінець в сфері охорони здоров'я повинен володіти цілком певним переліком компетенцій, щоб успішно слідувати цілям організації.

Запропонована нами модель оцінки компетентності керівників медичних установ має більш спрощений характер та цілком підходить для проведення, як самооцінки, так і оцінки керівника персоналом та вищим керівництвом медичного закладу.

Оцінку розвитку компетентності керівника медичного закладу проводили у два етапи: на першому етапі, в порядку самооцінки головні лікарі оцінювали ступінь розвитку у себе нижчеперелічених компетенцій. Потім подібну оцінку було запропоновано провести заступникам головного лікаря та завідувачам відділень, тобто оцінити розвиток базових компетенцій у головного лікаря організації. При оцінці респондентам надавалося наступний опис оцінюваних навичок:

Ініціативність – визначення можливостей та їх використання, самостійність дії, а не пасивне очікування можливостей.

Ділова обізнаність – здатність бачити і використовувати сприятливі комерційні можливості.

Уміння працювати в команді – бажання пропонувати власні ідеї для вирішення завдання; прояв інтересу до точки зору членів команди; допомога групі в досягненні результату; прагнення до консенсусу; прагнення до вирішення конфліктів.

Орієнтація на досягнення / результат – здатність ставити і досягати мети, створювати власну міру досконалості й здійснювати постійний пошук шляхів підвищення ефективності.

Комунікації – здатність створювати повідомлення і передавати інформацію ясно та послідовно в усній і письмовій формі.

Гнучкість – здатність адаптуватися до різних ситуацій без втрати ефективності.

Лідерство – здатність надихати працівників на досягнення бажаних результатів, підтримка ефективних взаємовідносин як з окремими працівниками, так і з групою загалом.

Планування – здатність вибирати напрямок діяльності, гарантувати, що ресурси для її здійснення є в наявності, й розробити план дій, необхідних для досягнення наміченого результату.

Стресостійкість – стабільність при роботі за умов нестачі часу і / або опору навколишнього середовища, контроль за поведінкою в стресових ситуаціях.

Делегування – вміння ефективно розподіляти відповідальність за прийняття рішень і відповідні обов'язки відповідним для цього підлеглим або колегам.

Розвиток і нововведення – здатність до інноваційного мислення, бачення нових можливостей, здатність думати і діяти нетрадиційно.

Розвиток персоналу – вміння сприяти професійному розвитку підлеглих, як на короткостроковій, так і на довгостроковій основі.

Цілі й стратегії організації – конструктивна і творча участь у дискусіях та формулюванні цілей і стратегій організації.

Корпоративна культура і робочий клімат – взяття на себе персональної відповідальності за забезпечення хорошого (позитивного) і конструктивного трудового клімату, який асоціюється в кожного працівника з його робочим місцем.

Використання ресурсів – застосування сукупних ресурсів організації таким чином, щоб сприяти підвищенню її загальної ефективності.

При оцінці розвитку компетенцій керівника також була використана шкала від 1 до 5, від «абсолютно не розвинене» до «розвинене дуже сильно» для оцінки розвитку того чи іншого якості. Результати визначення даного розриву наведено в таблиці 2.14, як у вигляді середнього бала (тобто в масштабі від 1 до 5), так і у відсотках порівнянно з максимальною оцінкою респондентів.

Керівники медичних установ оцінили розвиток у себе професійних компетенцій таким чином (табл. 2.15).

Таким чином, на думку головних лікарів, найбільш розвиненими компетенціями у керівників є вміння працювати в команді (94,1%) і лідерство (88,9%), а найменш ж розвиненими компетенціями є ділова обізнаність (78,5%) і гнучкість (81,5%).

Таблиця 2.15

Ступінь розвитку компетенцій (на думку головних лікарів)

Компетенція керівника	Бал	%
Ініціативність	4,4	88,2%
Обізнаність	3,9	78,9%
Робота в команді	4,7	94,5%
Орієнтація на результат	4,4	88,2%
Комунікативність	4,3	85,7%
Гнучкість	4,1	81,5%
Лідерство	4,4	88,0%
Планування	4,3	85,7%
Стресостійкість	4,1	82,4%
Делегування повноважень	4,2	84,0%
Нововведення	4,3	86,5%
Розвиток персоналу	4,3	86,5%
Цілі організації	4,3	86,5%
Робочий клімат	4,4	87,4%
Використання ресурсів	4,4	88,1%
Середній бал	4,3	–

Потрібно відзначити, що вміння працювати в команді – одна з основних компетенцій керівника, оскільки він повинен не тільки грамотно управляти групою підлеглих, але і бути частиною колективу.

Заступники головних лікарів та завідувачі відділень оцінили розвиток базових компетенцій у керівників таким чином (табл. 2.16).

З таблиці 2.15 видно що найбільш розвиненими компетенціями у керівників є орієнтація на результат (71,9%) і гнучкість, тобто здатність адаптуватися до різних ситуацій без втрати ефективності (69,8%), а найменш розвинутими є використання ресурсів (58,1%) та стресостійкість (57,7%).

Також аналіз даних показав, що при проведенні самооцінки, тобто в разі, коли керівники організацій охорони здоров'я оцінюють розвиток у себе певних навичок, отримані бали вищі, порівнянно з оцінкою їх заступників та завідувачів відділень (рис. 2.5).

Так, середній бал розвитку оцінюваних компетенцій головними лікарями склав 4,3 бала (тобто компетенції розвинені на 86%), середній бал в оцінці лікарів ординаторів дорівнює 3,2 бала (64,9%).

Таблиця 2.16

**Ступінь розвитку компетенцій
(на думку заступників головних лікарів та завідувачів відділень)**

Компетенція керівника	Бал	%
Ініціативність	3,3	66,2%
Обізнаність	3,3	66,7%
Робота в команді	3,3	65,5%
Орієнтація на результат	3,6	71,9%
Комунікативність	3,4	68,3%
Гнучкість	3,5	69,8%
Лідерство	3,1	61,2%
Планування	3,3	66,9%
Стресостійкість	2,9	57,4%
Делегування повноважень	3,0	59,8%
Нововведення	3,2	64,5%
Розвиток персоналу	3,2	64,5%
Цілі організації	3,3	66,2%
Робочий клімат	3,3	66,9%
Використання ресурсів	2,9	58,1%
Середній бал	3,24	–

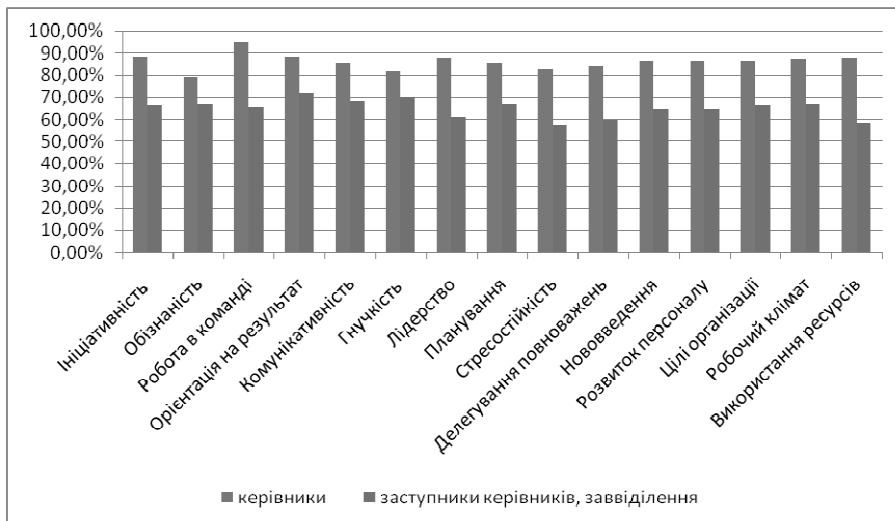


Рис. 2.5. Ступінь розвитку базових компетенцій у керівників медичних закладів

Потім було проведено ранжування за такими запропонованими нами критеріями:

- високий рівень розвитку компетенцій – 100–76%;
- середній – 75–51%;
- низький – 50% і менше.

Такий розподіл був визначено на підставі використання шкали розвитку компетенцій керівника від 1 до 5 – від «абсолютно не розвинене» до «розвинене дуже сильно».

З цього випливає, що базові компетенції у керівників організацій охорони здоров'я, на думку самих головних лікарів, мають високий рівень, а на думку їх заступників та завідувачів відділень, компетенції керівників мають середній рівень розвитку.

Ці дослідження дозволили нам обчислити середній бал розвитку компетенцій керівників, виходячи з оцінок всіх респондентів (табл. 2.17).

Таблиця 2.17

Середні показники розвитку компетенцій керівників

Компетенція керівника	Бал	%
Ініціативність	3,6	71,4%
Обізнаність	3,5	69,5%
Робота в команді	3,6	72,4%
Орієнтація на результат	3,8	75,9%
Комунікативність	3,6	72,6%
Гнучкість	3,6	72,6%
Лідерство	3,4	67,9%
Планування	3,6	71,5%
Стресостійкість	3,2	63,4%
Делегування повноважень	3,3	65,8%
Нововведення	3,5	69,9%
Розвиток персоналу	3,5	69,9%
Цілі організації	3,6	71,2%
Робочий клімат	3,6	71,9%
Використання ресурсів	3,3	65,4%
Середній бал	3,5	–

Як видно з таблиці 2.16, найбільш розвиненими компетенціями у керівників є орієнтація на результат (75,9%), а найменш розвинутими є стресостійкість (63,4%) і використання ресурсів (65,4%).

Таким чином, середній бал розвитку базових компетенцій дорівнює 3,5 бала, тобто компетенції розвинені на 70,1%. Звідси випливає, що базові компетенції керівників організацій охорони здоров'я мають середній рівень розвитку.

Беручи до уваги ступінь розвитку тих чи інших компетенцій керівників закладів охорони здоров'я, отримані нами в ході проведення дослідження, було побудовано схему, що дозволяє візуалізувати ступінь розвитку компетенцій керівників організацій охорони здоров'я (рис. 2.6).

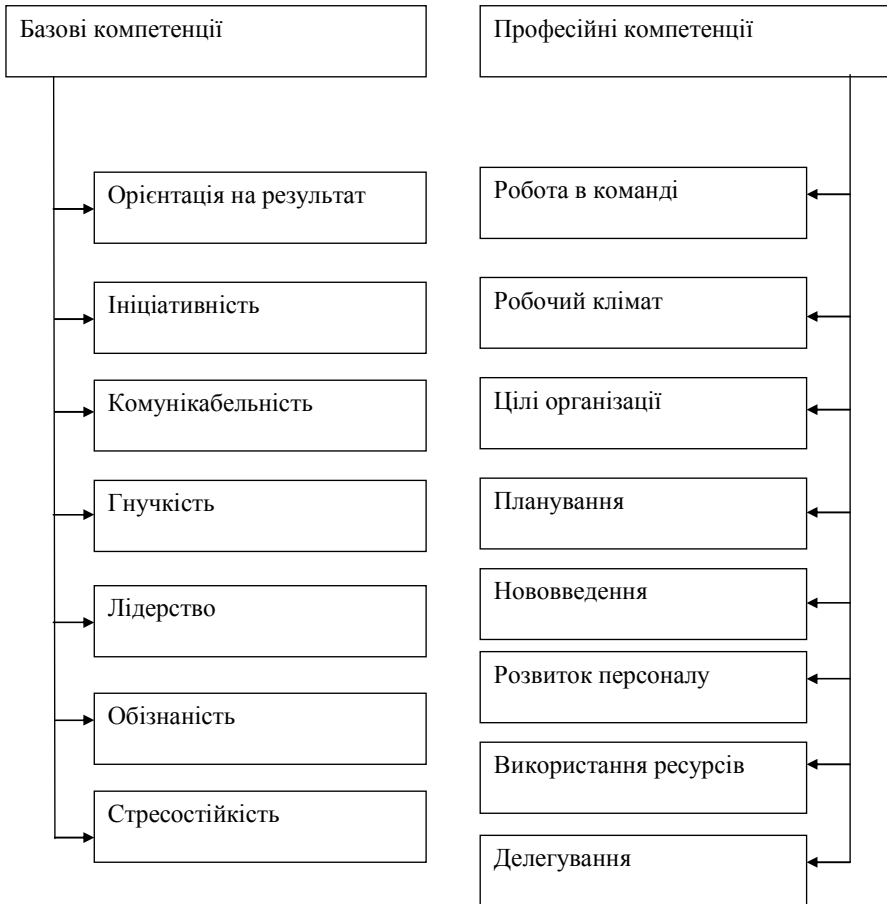


Рис. 2.6. Ранжування ступеня розвитку компетенцій керівників за результатами дослідження

Далі було сформульовано модель оцінки та розвитку базових і професійних компетенцій співробітників закладів охорони здоров'я (рис 2.7).

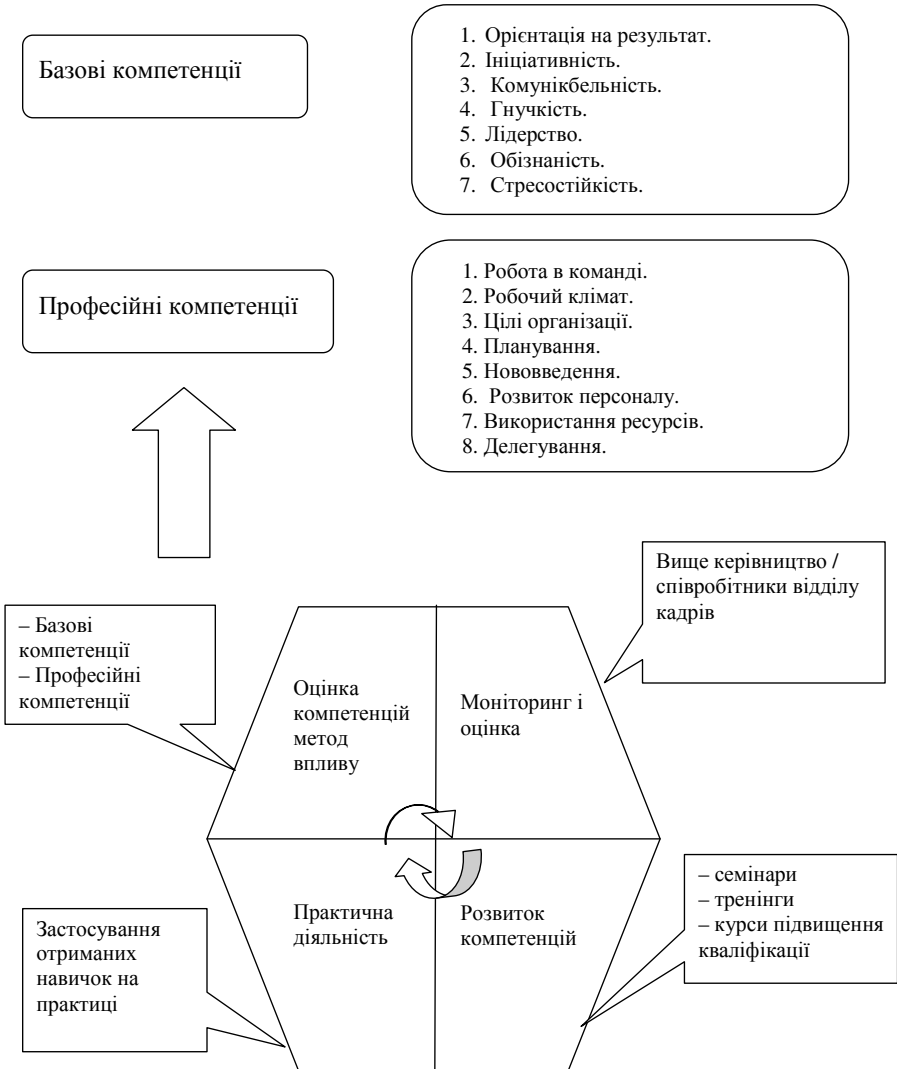


Рис. 2.7. Модель оцінки та розвитку компетенцій менеджерів закладів охорони здоров'я

Запропонована нами Модель оцінки та розвитку компетентностей має циклічну схему функціонування і включає в себе 4 етапи.

На першому етапі оцінюють розвиток базових і професійних компетенцій. Це може мати вигляд як самооцінки, так і оцінки співробітниками відділу кадрів, менеджерами з персоналу, представниками вищого керівництва. Передбачається, що працівники будуть оцінені за 15 запропонованими нами компетенціях.

На другому етапі оцінюють точки необхідного впливу, визначають ступінь необхідного впливу з метою підвищення розвитку базових або професійних навичок, підбирають методи і способи розвитку співробітників. У даному процесі можуть брати участь безпосередні керівники, представники відділу кадрів. Крім того, у визначенні стратегії розвитку та професійного зростання співробітника необхідно враховувати думку і самого працівника.

Наступним етапом є проходження необхідного навчання, атестації, згідно зі стратегією розвитку даного фахівця. Вид навчання визначають з огляду на потреби навчання. Це може бути як короткострокове навчання у вигляді тренінгів, семінарів, майстер-класів, так і довгострокове підвищення кваліфікації та спеціалізація за профілем.

На четвертому етапі отримані знання і навички застосовують на практиці. Однією з найважливіших умов цього етапу є оцінка ефективності навчання, тому що вона дає можливість визначити сильні й слабкі програми, зрозуміти ступінь досягнення цілей і якість навчання, оцінити якість організації навчання, оцінити, чого більшою мірою навчилися співробітники.

Можна виділити такі критерії, які використовуються при оцінці ефективності навчання:

- Засвоєння навчального матеріалу
- Поведінкові зміни
- Робочі результати
- Ефективність витрат

Проведене дослідження показало, що більша частина опитаних керівників сприймає свою діяльність перш за все як таку, що керує процесами в установі, адекватно розуміє свою роль керівника й основні функції, усвідомлено виділяє найбільш значущі компетенції.

2.3 Аналіз факторів, що впливають на становлення і розвиток професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я

Для аналізу факторів, які формують професійну компетентність керівника медичного закладу, ми застосували експертну оцінку із залученням провідних фахівців на обласному, районному та місцевому рівнях.

Професіоналізм керівників медичних установ оцінювався нами на підставі загального медичного стажу роботи, стажу роботи на керівній посаді, наявності наукового ступеня, використання в роботі медичної літератури, заняття науково-дослідницькою діяльністю, кількості наукових публікацій, проходження курсів підвищення кваліфікації.

Оцінку менеджерів закладів охорони здоров'я проводили шляхом анкетування головних лікарів, їх заступників, керівників відділень на обласному, районному та місцевому рівнях. Як і в попередньому випадку, було опитано 120 фахівців.

Із 60 опитаних керівників закладів охорони здоров'я м. Тернополя, вищу кваліфікаційну категорію мають 43 (71,7%) особи, першу категорію мають 15 фахівців (25%), другої категорії не має жоден з опитаних, 2 (3,3%) керівники медичного закладу не мають кваліфікаційної категорії.

При аналізі наявності кваліфікаційної категорії в керівників організацій охорони здоров'я Тернопільської області виявлено, що із 60 фахівців вищу кваліфікаційну категорію мають 28 (46,7%) керівників, першу категорію також мають 12 (20%) керівників, другу категорію мають 16 (26,7%) опитаних, 4 (6,7%) керівники медичних установ районів не мають кваліфікаційної категорії.

Було встановлено, що кількість керівників організацій охорони здоров'я м. Тернополя, які мають вищу кваліфікаційну категорію, на 25% більша, ніж в області. Кількість головних лікарів медичних установ, які не мають кваліфікаційної категорії в Тернопільській області на 3,4% вища, в порівнянні з м. Тернопіль (рис. 2.8).

Проаналізувавши отриману інформацію, нами були отримані наступні дані: загальний медичний стаж роботи 11-15 років мають 16,7% керівників організацій охорони здоров'я м. Тернополя (по області 5% керівників мають даний стаж роботи), 16-20 років – 25% керівників з м. Тернополя (по області – 10%), стаж роботи понад 20 років м. Тернополя мають 58,3% керівників (по області – 83%), крім того, в районах 2% керівників медичних установ мають стаж роботи 6–10 років.

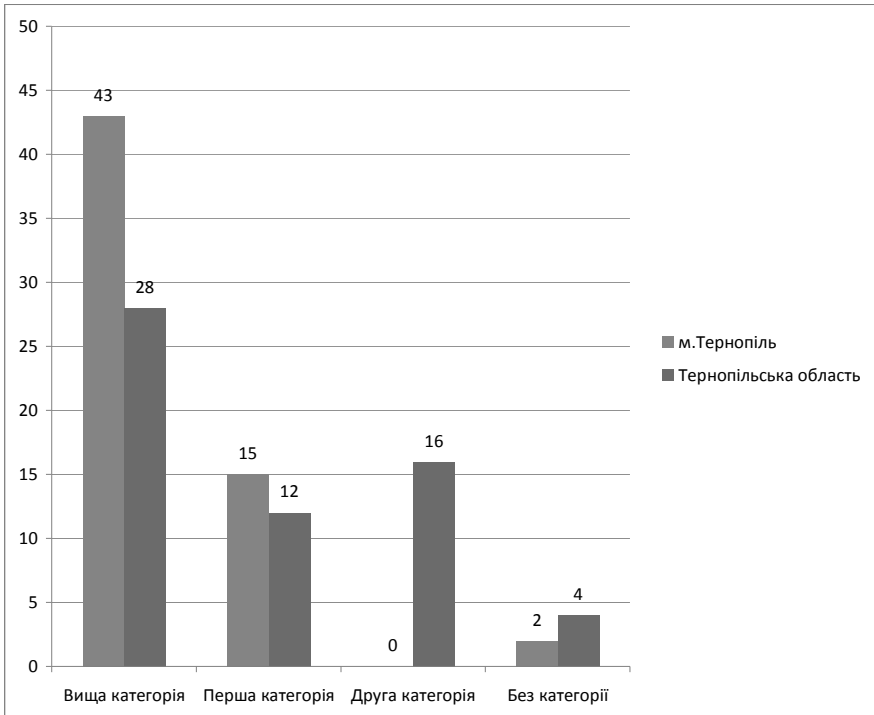


Рис. 2.8. Наявність кваліфікаційної категорії в головних лікарях м. Тернополя і Тернопільської області

Дані щодо стажу роботи на керівній посаді наведено в таблиці 2.18.

Таблиця 2.18

Стаж роботи на керівній посаді

Стаж	м.Тернопіль		Тернопільська область	
	Абс.	%	Абс.	%
6–10 років	–	–	1	2
11–15 років	10	16,7	3	5
16–20 років	15	25	6	10
Понад 20 років	35	58,3	50	83
Σ	60	100	60	100

Джерело: побудовано автором.

Потім було оцінено наявність наукового ступеня в керівників медичних організацій. У м. Тернополі 35% опитаних мають ступінь кандидата медичних наук (по області – 15%) і 10% мають ступінь доктора медичних наук.

96,7% опитаних керівника в м.Тернопіль, вказали, що регулярно читають медичну літературу (по області – 93,3% головних лікарів регулярно використовують медичну літературу в своїй роботі).

Як один із показників, що визначають професіоналізм керівника організації, нами було взято наявність наукових публікацій (рис. 2.9).

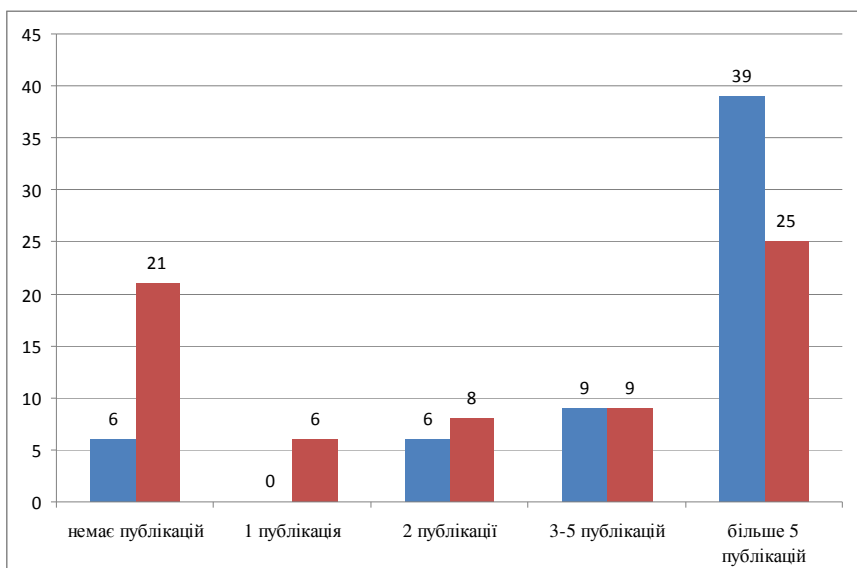


Рис. 2.9. Кількість наукових публікацій

У м.Тернополі кількість керівників, які не мають наукових публікацій, на 25% менша, ніж по області, кількість керівників, які мають понад 5 публікацій на 23% більша порівнянно з Тернопільською областю.

Також одним із критеріїв оцінки було заняття керівником медичного закладу науково-дослідницькою діяльністю.

У м. Тернополі 65% керівників вказали, що займаються науково-дослідною роботою (по області – 30%).

Далі оцінювалася наявність доступу до мережі Інтернет та використання його ресурсів у своїй роботі. Практично всі головні лікарі вказали, що використовують Інтернет у своїй роботі (96,2% і 89,9% відповідно).

І останнім пунктом оцінки було проходження курсів підвищення кваліфікації. 100% керівників як в м.Тернополі, так і по області проходили курси підвищення кваліфікації.

На наступному етапі кожному варіанту відповідей за 9 перерахованими вище критеріями було присвоєно рейтинговий бал з таким урахуванням, що максимально можлива кількість балів дорівнювала 100.

Був підрахований рейтинг кожного керівника організації охорони здоров'я в м. Тернополі й по області.

Середній рейтинг керівника в м.Тернополі становив 62,6 бали, а по Тернопільській області склав 57,1 бали.

Потім було проведено ранжування за такими критеріями: високий рівень професіоналізму – 100-76 балів, середній – 75-51 бал і низький – нижче 50 балів.

Кількість керівників організацій охорони здоров'я, які мають високий, середній і низький рівні професіоналізму, показано на рисунку 2.10.

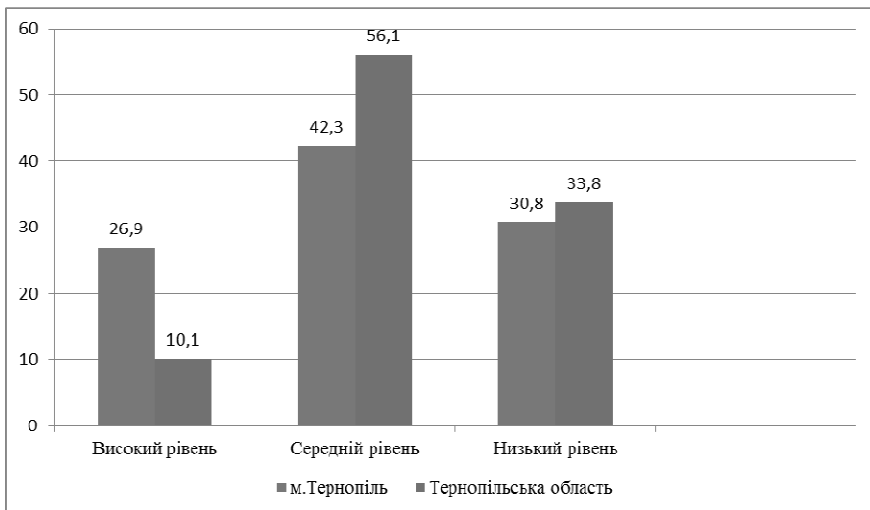


Рис. 2.10. Кількість керівників, які мають високий, середній і низький рівні професіоналізму

Відбір факторів проводили на основі якісного теоретико-економічного аналізу. Однак теоретичний аналіз часто не дозволяє однозначно відповісти на питання про кількісний взаємозв'язок розглянутих факторів і важливості врахування фактора. Тому відбір факторів зазвичай здійснюють у дві стадії: на першій підбирають фактори з огляду на сутність проблеми, на другій – визначають статистичні характеристики на основі матриці показників кореляції.

Фактори, що формують результуючу ознаку, в нашому випадку професійну компетентність менеджерів провідного рівня медичних закладів системи охорони здоров'я, повинні відповідати таким вимогам:

1. Вони повинні бути кількісно вимірні. Якщо необхідно включити в модель якісний фактор, який не має кількісного виміру, то йому потрібно надати кількісну визначеність.

2. Фактори не повинні бути взаємнокорельованими і, тим більше, перебувати в точній функціональній залежності.

Для проведення факторного аналізу введемо позначення факторів:

x_1 – загальний медичний стаж роботи,

x_2 – стаж роботи на керівній посаді,

x_3 – наявність наукового ступеня,

x_4 – використання в роботі медичної літератури,

x_5 – заняття науково-дослідницькою діяльністю

x_6 – кількість наукових публікацій,

x_7 – використання в роботі інноваційних технологій,

x_8 – проходження курсів підвищення кваліфікації.

Оскільки значення деяких факторів мають якісний характер, приведемо їх до кількісного вираження на основі введення шкали.

Так, для фактора, що характеризує наявність наукового ступеня введемо шкалу, яка враховує наукові ступені, включаючи – магістра (табл. 2.20).

Таблиця 2.20

Кількісне вираження фактора наявності наукового ступеня

Показник	Науковий ступінь			
	відсутній	магістр	кандидат медичних наук	доктор медичних наук
Якісний				
Кількісний	0	1	5	10

Фактори, які приймають значення: «так», «ні», відповідно, будуть виражатися через значення: {1, 0}.

Коефіцієнти взаємкореляції (тобто кореляції між факторами) дозволяють виключати дублюючі фактори. Перевагу при цьому віддають не факторам, які більш тісно пов'язані з результируючою ознакою, а тому фактору, який при досить тісному зв'язку з результатом має найменшу тісноту зв'язку з іншими факторами. У цій вимозі проявляється специфіка методу дослідження комплексного впливу факторів за умов їх незалежності один від одного.

Як бачимо, фактори x_4 , x_7 та x_8 , що відповідають використанню в роботі медичної літератури, інноваційних технологій та проходженню курсів підвищення кваліфікації мають сталі значення для заданої вибірки, тому в подальшому дослідженні їх не враховуємо, але приймаємо як обов'язковий мінімум.

Для здійснення комплексного факторного аналізу необхідно виділити результируючу ознаку, яка б відображала ефективність та професійну компетентність керівника медичного закладу. Згідно з наказом МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги» смертність виступає головним показником результативності та компетентності роботи управлінця ЛПУ. Провівши експертну оцінку на основі опитування фахівців, було встановлено, що основні показники професійної компетентності керівників є впровадження інноваційних технологій лікування, підбір кваліфікованих медиків. Наявність таких ознак призводить до ефективного функціонування медичного закладу, що виражається через кількість та якість пролікованих пацієнтів. Тому за основу результируючої ознаки було запропоновано взяти коефіцієнт смертності по закладу, зменшення якого буде свідчити про кваліфіковане управління (табл. 2.21).

Таблиця 2.21

Коефіцієнт смертності по закладу

Медичний заклад	Проліковано, осіб	Зафіксовано летальних випадків, осіб	Коефіцієнт смертності, %
1	2	3	4
Тернопільська університетська лікарня	2931	12	0,41

Продовження табл. 2.21

1	2	3	4
Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер	5141	28	0,55
Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня	4750	19	0,4
Тернопільська міська комунальна лікарня № 3	2721	13	0,48
Кременецька центральна районна лікарня	5491	32	0,58
Чортківська центральна районна лікарня	5929	36	0,61
Бережанська центральна районна лікарня	3281	18	0,55

Введемо коефіцієнт професійної компетентності керівника медичного закладу, який повинен відображати здатність керівника ефективно використовувати медичні кадри, інноваційні технології, що, відповідно, повинно забезпечувати низький відсоток летальних випадків у підпорядкованому закладі.

Отже, запишемо формулу коефіцієнта професійної компетентності керівника медичного закладу в такому вигляді:

$$K_{\text{ПКМ}} = (1 - K_c/d) \cdot 100, \quad (2.1)$$

де $K_{\text{ПКМ}}$ – коефіцієнт професійної компетентності менеджера медичного закладу, K_c – коефіцієнт смертності в медичному закладі, d – коефіцієнт нормування, що нормує значення коефіцієнта K_c в межах $[0, 1]$, в нашому випадку – рівний 1, привівши його до стобальної шкали.

Отже, для розглянутих факторів одержимо такі кількісні характеристики (табл. 2.22).

Провівши кореляційний аналіз засобами MS Excel, зокрема за допомогою пакета «Аналіз даних», одержали коваріаційну матрицю, на основі якої можна зробити висновок про наявність стохастичного зв'язку між факторами та його напрямку (табл. 2.22).

Таблиця 2.22

**Кількісні значення факторів впливу на професійну компетентність
керівників медичних закладів**

	Коефіцієнт професійної компетентності	Фактори, що формують професійну компетентність							
		<i>K_{ЛКМ}</i>	<i>x₁</i>	<i>x₂</i>	<i>x₃</i>	<i>x₄</i>	<i>x₅</i>	<i>x₆</i>	<i>x₇</i>
1	59	30	20	10	1	1	101	1	1
2	53	17	4	10	1	1	135	1	1
3	60	36	22	10	1	1	54	1	1
4	52	30	11	1	1	0	0	1	1
5	42	27	18	1	1	1	9	1	1
6	39	41	22	1	1	0	0	1	1
7	45	38	11	1	1	0	0	1	1

Для оцінки мультиколінеарності факторів можна використовувати визначник матриці парних коефіцієнтів кореляції між факторами (табл. 2.23). У нашому випадку він рівний 0,00167, що означає наявність мультиколінеарності між факторами.

Отже, проаналізувавши коваріаційну матрицю, можна зробити висновок, що між факторами загального медичного стажу роботи і стажу роботи на керівній посаді наявний стохастичний зв'язок за величиною, де більші значення з одного набору даних співвідносяться з більшими значеннями другого набору, тобто має місце позитивна коваріація, $\text{cov}(x_1, x_2) \approx 30$. Також такий характер зв'язку мають фактори публікації наукових результатів наявності наукового ступеня і заняття науково-дослідницькою діяльністю: $\text{cov}(x_3, x_5) \approx 46$ та $\text{cov}(x_4, x_5) \approx 18$.

Негативну коваріацію, коли малі значення одного набору даних співвідносяться з більшими значеннями другого набору, можна відслідкувати для факторів, що характеризують стаж роботи, як загальний, так і на керуючій посаді, та факторів наукового рівня менеджера. Наприклад, $\text{cov}(x_1, x_3) \approx -269$ та $\text{cov}(x_2, x_3) \approx -100$.

Дуже малу лінійну залежність демонструють фактори стаж роботи на керівній посаді та науковий ступінь, $\text{cov}(x_2, x_3) \approx -0,1$, що свідчить про незловживання службовим становищем для отримання наукового ступення.

Таблиця 2.23

Коваріаційна матриця для факторів впливу на професійну компетентність керівників медичних закладів

Фактори	загальний медичний стаж роботи	стаж роботи на керівній посаді	науковий ступінь	науково-дослідницька діяльність	публікація наукових результатів
загальний медичний стаж роботи	55,102	29,959	-3,224	-2,245	-269,306
стаж роботи на керівній посаді	29,959	37,673	-0,081	0,326	-100,449
науковий ступінь	-3,224	-0,081	0,979	0,367	46,245
науково-дослідницька діяльність	-2,245	0,326	0,367	0,245	18,306
публікація наукових результатів	-269,306	-100,449	46,245	18,306	2664,49

Поряд з коваріаційним аналізом, дослідимо коефіцієнт кореляції Пірсона для факторів та результуючої величини коефіцієнта професійної компетентності (табл. 2.24). На відміну від коваріаційного аналізу, коефіцієнт кореляції масштабується таким чином, що його значення не залежить від одиниць, в яких виражені фактори.

Аналізуючи кореляційну матрицю можна відмітити, що високий ступінь кореляції між собою мають фактори, які характеризують наукові досягнення в професійній діяльності менеджера медичної установи. Зокрема, коефіцієнт кореляції Пірсона для цих факторів вище $r > 0,7$. В той же час, всі ці фактори мають високу кореляцію з професійною компетентністю, тому доцільно їх використовувати, для формування таких показників, як інтенсивність наукової діяльності, яка б визначалась як кількість публікацій на рік стажу, тощо.

Таблиця 2.24

**Кореляційна матриця для факторів впливу
на професійну компетентність керівників медичних закладів**

Фактори	професій- на компе- тентність	загальний медичний стаж роботи	стаж роботи на керів- ній посаді	науковий ступінь	науково- дослідни- цька діяльність	публікація наукових результатів
професій- на компе- тентність	1	-0,29	-0,003	0,83	0,53	0,65
загальний медичний стаж роботи	-0,29	1	0,65	-0,42	-0,58	-0,68
стаж роботи на керівній посаді	-0,003	0,65	1	-0,01	0,1	-0,3
науковий ступінь	0,83	-0,42	-0,01	1	0,75	0,9
науково- дослід- ницька діяльність	0,53	-0,58	0,1	0,75	1	0,71
публікація наукових результатів	0,65	-0,68	-0,3	0,9	0,71	1

Також необхідно відмітити, що фактор стажу роботи на керівній посаді практично не корелюється з іншими факторами, включаючи і результуючу ознаку – професійну компетентність.

Для формування системи факторів, що забезпечують професійну компетентність, необхідно провести кореляційно-регресійний аналіз. Для цього побудуємо кореляційне поле кожного фактора відносно професійної компетентності та побудуємо на основі цих полів рівняння ресресії. Такий підхід дасть змогу отримати аналітичну залежність результуючої ознаки – професійної компетентності від окремих факторів.

Отже, для факторів, які характеризують стаж роботи отримали регресійні моделі у вигляді поліномів 3-го ступеня(рис. 2.11, 2.12).

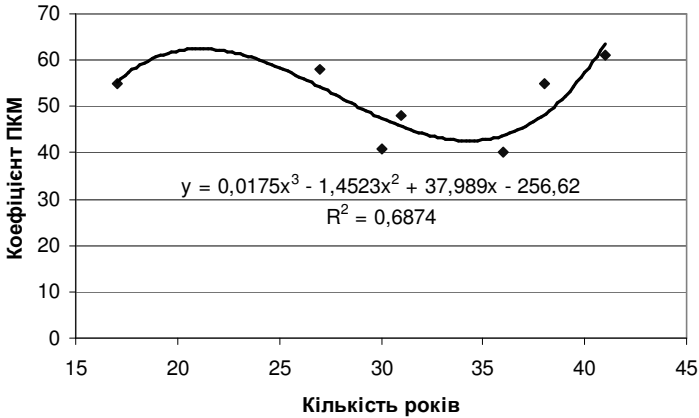


Рис. 2.11. Кореляційно-регресійний аналіз впливу загального медичного стажу керівника на його професійну компетентність

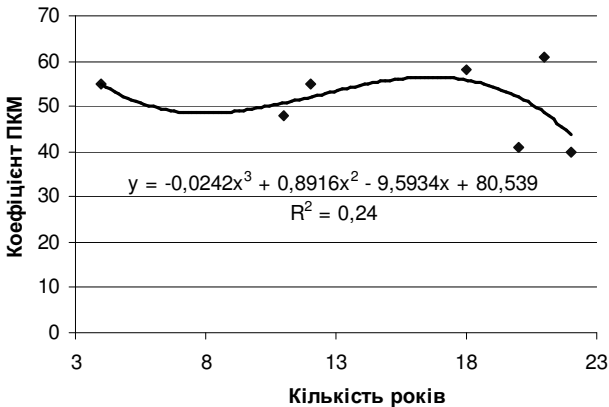


Рис. 2.12. Кореляційно-регресійний аналіз впливу стажу роботи на керівній посаді на професійну компетентність менеджера медичного закладу

Коефіцієнт детермінованості для загального стажу рівний $R^2 = 0,68$, що свідчить про достатньо високу ступінь відповідності моделі. Коефіцієнт детермінації для фактору, що відповідає стажу роботи на керівній посаді рівний $R^2 = 0,24$, що свідчить про низьку ступінь відповідності моделі.

Для факторів, які відповідають науковій діяльності, оцінка кореляційного поля (рис. 2.13) показала, що для таких факторів, як науковий ступінь та науково-дослідницька діяльність, одержати адекватне рівняння регресії неможливо.

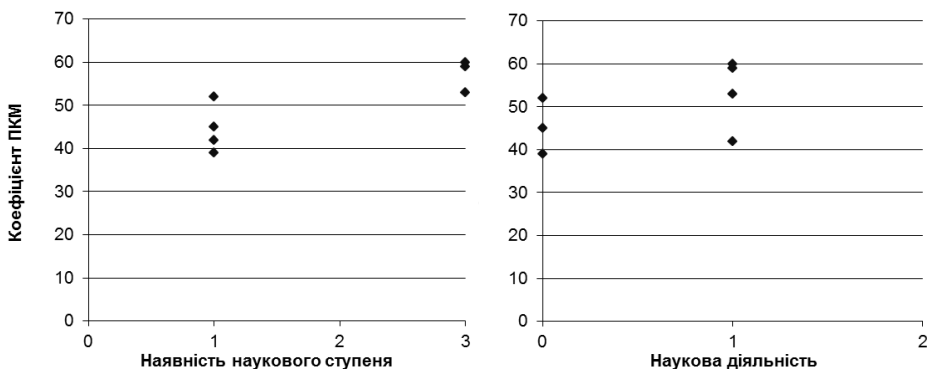


Рис. 2.13. Кореляційне поле для факторів науковий ступінь та науково-дослідницька діяльність

Враховуючи попередні дослідження кореляції факторів, можна зазначити, що кількість наукових публікацій відображає є результатом науково-дослідницької діяльності та необхідним атрибутом отримання наукового ступеня. Тому для відображення впливу цих факторів можна використовувати саме кількість наукових публікацій.

Для даного фактора отримали рівняння регресії другого порядку з коефіцієнтом детермінації близько 0,7 (рис. 2.14), що вказує на сильний зв'язок даного фактору з професійною компетентністю менеджера медичної установи.

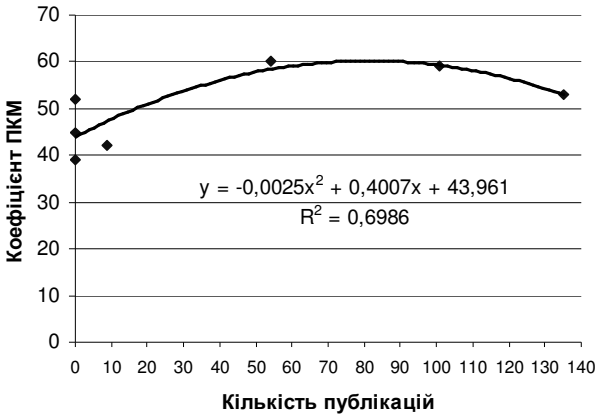


Рис. 2.14. Кореляційно-регресійний аналіз впливу кількості наукових публікацій на професійну компетентність менеджера медичного закладу

Для врахування взаємодії факторів проведемо дослідження впливу на професійну компетентність такого показника, як частка стажу на керівній посаді від загального (рис. 2.15).

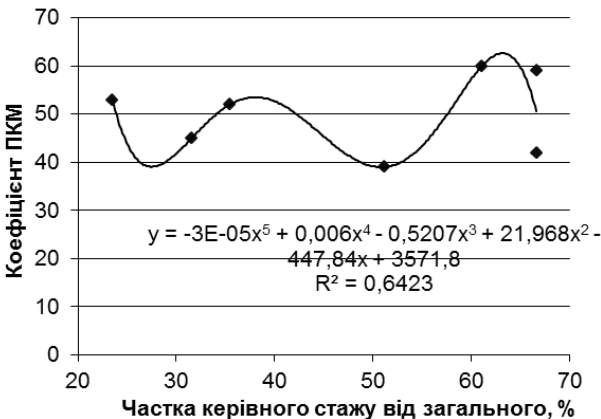


Рис. 2.15. Кореляційно-регресійний аналіз впливу взаємодії факторів стажу роботи на керівній посаді та загального на професійну компетентність менеджера медичного закладу

Адекватне рівняння регресії для даного показника одержано у вигляді полінома п'ятого порядку з коефіцієнтом детермінації $R^2=0,64$.

Також проведемо кореляційно-регресійний аналіз впливу показника інтенсивності публікування наукових результатів на періоди загального та керівного стажів, що виражатиметься через відношення кількості публікацій до кількості років відповідного стажу.

На рисунках 2.16 та 2.17 наведено регресійні рівняння для даних показників.

В обох випадках одержано моделі другого порядку з високим коефіцієнтом детермінації $R^2 > 0,6$. Даний факт свідчить про те, що ці показники можна враховувати при побудові багатофакторної моделі, яка б враховувала комплексний вплив усіх факторів.

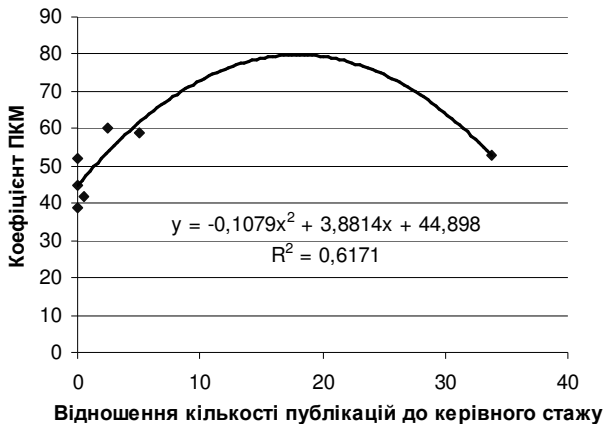


Рис. 2.16. Кореляційно-регресійний аналіз впливу взаємодії факторів кількості наукових публікацій і стажу роботи на керівній посаді на професійну компетентність менеджера медичного закладу

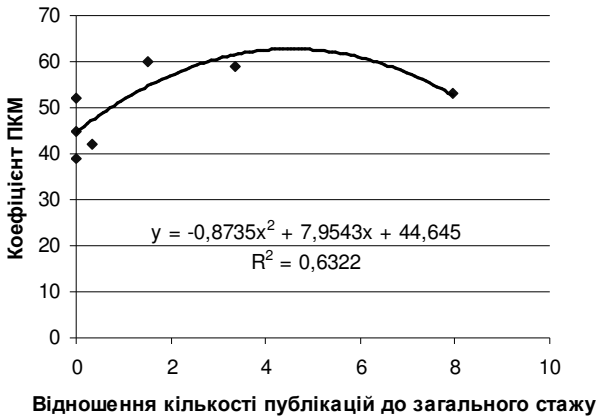


Рис. 2.17. Кореляційно-регресійний аналіз впливу взаємодії факторів кількості наукових публікацій і стажу роботи на керівній посаді на професійну компетентність менеджера медичного закладу

Загалом систему факторів, що формують професійну компетентність менеджера закладу системи охорони здоров'я, можна відобразити у вигляді схеми, яку наведено на рисунку 2.18.

Отже, з урахуванням проведеного факторного аналізу, можна підсумувати, що основними факторами формування високої професійної компетентності менеджерів установ системи охорони здоров'я є: загальний медичний стаж роботи, частка стажу на керівних посадах від загального, кількість наукових публікацій, яка відображає результати науково-дослідницької діяльності й націленість на підвищення свого фахового рівня та одержання наукових ступенів. Також важливим показником професійної компетентності є інтенсивність публікування, що, зокрема, відносно стажу на керівних посадах, може відображати здатність поєднувати в собі компетентності самоорганізації і самоуправління з адміністративно-господарським управлінням.

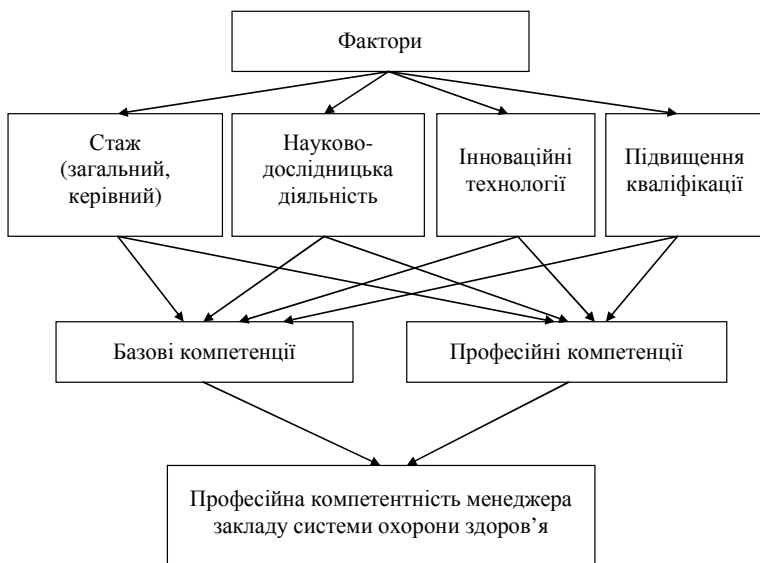


Рис. 2.18. Система факторів формування професійної компетентності менеджера закладу системи охорони здоров'я

Необхідною умовою високої професійної компетентності менеджерів установ системи охорони здоров'я є використання в роботі інноваційних технологій та постійне підвищення кваліфікаційного рівня.

Розділ 3

Методи та шляхи формування механізму компетентності менеджерів медичних закладів в системі охорони здоров'я

3.1 Організаційно-економічні засади механізму формування компетентностей менеджерів

На сучасному етапі медичні заклади стикаються з постійними змінами та проблемами звільнень, реорганізацій, нових пріоритетів. Успіх чи невдача лікарні багато в чому залежить від здатності її керівництва створити організацію, яка може максимально адаптуватися до умов, що змінюються. Знаходять усе більш широке застосування нові технології, що збільшують очікування споживачів, обмеженість ресурсів, тиск з боку конкурентів і ринкових умов та інших факторів, що вимагають постійної адаптації, випробовують наше уявлення про те, що є раціональним і передбачуваним в галузі охорони здоров'я. Зміна це одне з основних ключових слів в управлінні охороною здоров'я. Зміна це одне з основних ключових слів в управлінні охороною здоров'я. На власне переконання, зміна повинна відбуватися не тільки в структурі й способі фінансування, а також у способах, діях, стилі мислення менеджерів охорони здоров'я. А це означає нові компетентності в управлінні. Розуміння зміни і вміння управляти даним процесом залежать від того, як менеджери бачать проблеми, що стоять перед лікарнями, і те, що вони вважають кращим спосо-

бом для того, щоб впоратися з несприятливими змінами в складному середовищі.

Очевидно, вітчизняна галузь охорони здоров'я потребує розвитку і підвищення управлінських та лідерських навичок, якостей і в новому типі організаційної культури управлінського персоналу, тому що прогрес неможливий без зміни стилю управління та лідерства. Готовність до змін і реалізації інноваційних стратегій є необхідною умовою для успішного управління.

Результати дослідження дозволяють визначити наявність поведінкових дефіцитів відносно до навичок планування, організації, постановки цілей, управління змінами і можливості впоратися з опором при застосуванні інноваційних підходів, навичок спілкування та лідерських компетентностей в управлінні людськими ресурсами в сфері закладів охорони здоров'я, в яких проводили дослідження. Дослідження задоволеності роботою, трудової мотивації і лояльності до організації респондентів розглядають як набір поведінкових компетенцій в управлінні людськими ресурсами в організації охорони здоров'я. Фактор задоволеності відносинами з керівництвом має статистичну значущість з точки зору любові й лояльності співробітників до організації охорони здоров'я. Задоволеність співпрацею позитивно впливає як на емоційну складову особистості співробітника, так і на раціональну. Задоволеність управлінням тісно пов'язана з можливістю професійного та особистісного розвитку і визнання. Управлінську команду розглядають як хорошу можливість для оцінки і зворотного зв'язку відносно до роботи і зусиль, вкладених у неї. Той факт, що співробітники пов'язують визнання та можливості в рамках організації зі своїм безпосереднім керівником, свідчить про необхідність вдалого управління командою менеджерів у цій сфері й поліпшення взаємодії між різними рівнями. Загальна задоволеність безпосередньо пов'язана зі змістом роботи і можливістю виявлення та контролю оплати, а також розвитку, визнання і відносин з іншими людьми (колегами та керівниками).

Турбота менеджера охорони здоров'я – стежити за виникненням конфліктів між задоволенням потреб – дефіцитом (низького рівня) і необхідністю самореалізації. В епоху тендітних або нерегульованих ринкових механізмів в охороні здоров'я кількість таких конфліктів, імовірно, буде помітно зростати. Існує виражена кореляція задоволеності змістом роботи, що значно підвищує цінність членства у відповідній організації охорони

здоров'я. Ми можемо очікувати, що професіонали, для яких робота є цікавою, складною і задовольняє їх вимоги, легше розвинуть прихильність до конкретної організації. Відповідно, чим більш рутинною є робота відповідного службовця, тим менш імовірний розвиток у нього почуття власної значущості членства в організації.

Досягнення задоволеності персоналу є не одноразовим процесом, а процесом системної активності. Досвід показує, що найбільше задоволені люди в колективах, побудованих на довірі, з правильно організованою роботою, добре обдуманими термінами виконання, балансом між роботою і відпочинком, визначеними стандартами продуктивності й адекватною системою оплати. Очевидно, виділяються три основних навички, що необхідні менеджерам-респондентам оперативного і командного рівнів: робота в команді, дисциплінованість, планування та організація. Найкраще оцінено управлінські якості щодо взаємин, лідерства та ініціативності. Розбіжності між необхідними і наявними управлінськими якостями намітили сфери управлінського поведінкового дефіциту в респондентів: в сфері діючих навичок (планування, організація, постановка цілей), в області роботи з людьми (відносини, спілкування, лідерство – здатність впливати та переконувати, гуртуватися і багато іншого). Найбільш бажані для відповідальних керівників сфери професійного вдосконалення, в яких необхідно зосередити майбутні плани навчання, пов'язані з навичками мотивації, врегулюванням конфліктів і створенням команди, навичками спілкування, переконання і впливу (якості керівника). Без сумніву, значною мірою успіх менеджера в охороні здоров'я, зокрема в лікувальних установах, залежить від особистих якостей, таких, як: комунікативні навички, мотивація, особиста відповідальність, лідерство, довірчі відносини. Деякі керівники дійсно справляються з цією роллю краще і легше, ніж інші, але кожен менеджер може набути навичок для управління, якщо зрозумів їх потребу і готовий до необхідних зусиль.

Проведене дослідження дозволило зробити висновки про те, що велика частина опитаних керівників сприймають свою діяльність як, перш за все, керуючу, адекватно розуміють свою роль керівника і основні функції, усвідомлено виділяють найбільш значущі компетенції. Опитані керівники не задоволені своєю управлінською компетентністю, усвідомлюють потребу в розвитку компетенцій, пов'язаних з оволодінням сучасними методами і технологіями управління, вважають найкращими способами організоване навчання на курсах підвищення кваліфікації та в ході стажу-

вань. Як правило, опитані керівники досить високо оцінюють своє вміння впливати на людей і інші значущі компетенції, практично всі респонденти володіють в цілому адекватною самооцінкою і при цьому високою самокритичністю, вимогливістю до себе і своїх дій.

Керівники виявляють здатність нести відповідальність за свої рішення і діяльність підлеглих, упроваджувати нове, вболівати за роботу підлеглих, раціонально підходити до вирішення завдання, що узгоджується з їх посадовим статусом.

Разом із тим, частина респондентів мають нечіткі уявлення про управлінську діяльність і, як наслідок, не можуть встановити пріоритети в діяльності керівника. Опитані керівники в ряді випадків схильні ототожнювати управлінську діяльність з організаторською роботою, адмініструванням. Керівники недооцінюють ефективність практико-орієнтованих форм розвитку управлінських компетентностей, групових і проектних видів роботи.

Найяскравіше у респондентів виявилися обмеження, пов'язані з розвитком особистісного потенціалу, невміння управляти собою і нечіткість, розмитість особистих цінностей. Тільки частина керівників з групи опитаних має яскраво виражені лідерські якості.

Курси підвищення кваліфікації проводиться, як правило, за спеціально розробленими програмами, теми яких пов'язані з певними сферами або технологіями професійної діяльності.

У найзагальнішому вигляді освітні програми для керівників повинні бути спрямовані на вирішення двох основних завдань: розширення горизонту бачення і формування більшої сприйнятливості до нового досвіду та здатності позбавлятися від усталених стереотипів. В освітньому процесі досягненню цього сприяє вивчення конкретних ситуацій (кейсів), що дозволяють ефективно, з точки зору витрат часу, розширити уявлення слухачів про практику діяльності. Загалом керівники більш чутливі й сприйнятливі до формування нових знань через вирішення конкретних завдань, оскільки це відповідає їх повсякденній діяльності. Протягом робочого дня керівник вирішує кілька десятків локальних завдань. Однак нерідко в них спостерігають оборонну позицію по щодо нових знань у зв'язку із запереченням можливостей застосування нового досвіду в реальній практиці.

Рекомендації керівникам лікарень:

– акцент на розвитку людського потенціалу на основі глибокого розуміння організаційної поведінки та мотиваційного зв'язку;

– інвестиції в підготовку і підтримання кваліфікації для роботи в якості стратегічного управління людськими ресурсами в сфері охорони здоров'я;

– розробка і підтримка такої організаційної культури в лікарні, яка створює сильний емоційний і раціональний зв'язок співробітників з органами охорони здоров'я;

– проведення досліджень мотиваційних чинників і задоволення від роботи, що здійснюються періодично, для визначення зміни в мотиваційній структурі і адаптації мотиваційних підходів;

– підвищення задоволеності від співпраці шляхом реалізації програм професійної підготовки, програм тимблдінга і т.д;

– збільшення соціально-психологічної компетенції менеджерів охорони здоров'я для досягнення більш глибокого розуміння організаційної взаємодії.

Усі ці заходи підводять до необхідності формування стратегії розвитку управлінських компетентностей менеджерів сфери охорони здоров'я, що полягає в:

– досягненні конкурентних переваг персоналу ЛПУ, що визначає її конкурентоспроможність на ринку;

– плануванні й організації розвитку знань, навичок і здібностей управлінського персоналу відповідно до рівня управління та відповідної стратегії функціонування ЛПУ;

– встановленні динаміки вимог до компетентностей управлінського персоналу в частині його розвитку.

Компетентнісний підхід до формування стратегії розвитку компетенцій управлінського персоналу ЛПУ являє собою систему (рис. 3.1).

Як видно з рисунка 3.1, мета стратегічно-компетентнісного підходу до розвитку компетентностей управлінського персоналу ЛПУ досягається за допомогою реалізації таких основних завдань:

– залучення управлінського персоналу в систему змін, підвищення його сприйнятливості й відкритості до змін – участь управлінського персоналу в проектах змін забезпечує його компетентність і зацікавленість у впровадженні змін;

– виявлення в програмах розвитку компетентностей управлінського персоналу найбільш активних співробітників, на яких можна в подальшому покластися в процесі впровадження змін;



Рис. 3.1. Структура формування стратегії розвитку компетентностей управлінського персоналу лікувально-профілактичної установи

– посилення мотивації діяльності управлінського персоналу – беручи участь у розвивальних програмах, співробітники отримують чіткі орієнтири у своїй діяльності, працюють у рамках поставлених завдань, що дає їм упевненість у своїх силах і стимул до роботи; сам по собі процес розвитку компетентностей управлінського персоналу є сильним мотивом у його діяльності, дає управлінському персоналу усвідомлення своєї затребуваності і корисності;

– посилення прихильності управлінського персоналу до своєї установи- співробітники, залучені в програми розвитку персоналу, виявляють до закладу більшу лояльність;

– підвищення якості виконання своїх посадових обов'язків – у процесі навчання і розвитку компетентностей менеджери підвищують свою кваліфікацію, використовуючи її потім на своїх робочих місцях.

– підтримання відповідності якісної характеристики менеджерів вимогам робочих місць;

– формування мотивації управлінського персоналу до підвищення рівня кваліфікації;

– збереження професійного ядра ЛПУ;

– своєчасне покриття потреби в кадрах;

– створення кадрового резерву.

В основу запропонованого підходу покладено зв'язок варіації корисного ефекту (розвиток компетентностей управлінського персоналу як результат вирішення управлінського завдання) з формуванням конкурентних переваг управлінського персоналу. Конкурентна перевага, якою володіє управлінський персонал, дозволяє йому мати вигідне становище стосовно іншого фахівця в певний час, на певному ринку.

Стратегія розвитку компетентностей управлінського персоналу розрахована на довгострокову перспективу, яка враховує стратегічні цілі й орієнтири діяльності ЛПУ (рис. 3.2).

Стратегічний підхід представлений двома напрямками: розгляд розвитку компетентностей з позиції управлінського персоналу і з позиції ЛПУ.

З позиції розвитку компетентностей управлінського персоналу розглядається в двох аспектах:

По-перше, як змістовна характеристика стану управлінського персоналу, що включає сукупність якостей, які можуть бути виміряні кількісно, що дозволяє говорити про певний їх рівень. Ця точка зору є досить поширеною і представлена різними варіаціями.

По-друге, як динамічна характеристика, тобто яка розглядає розвиток як процес зміни структури компетентностей управлінського персоналу. Трансформація індивіда в процесі розвитку приводить до вдосконалення знань, навичок, здібностей управлінського персоналу і посилення їх вираження. При цьому процес розвитку компетентностей управлінського персоналу відбувається за власною ініціативою або в результаті керуючого впливу з боку ЛПУ.

Ці дві точки зору часто протиставляються одна одній, що лише ускладнює знаходження єдиного розуміння даної категорії. На наш погляд, дані аспекти розвитку з позицій працівника нерозривно пов'язані один з одним та у своїй єдності формують уявлення про розвиток персоналу.



Рис. 3.2. Схема стратегічного підходу до розвитку компетентностей управлінського персоналу лікувально-профілактичної установи

З позиції ЛПУ розвиток управлінських компетентностей розглядають в таких аспектах:

– як якісну зміну кадрів, яка відбувається з ініціативи організації і в результаті цілеспрямованого впливу керівництва на якісні характеристики персоналу;

– як механізм, що включає взаємодію учасників процесу, а також відповідну умовам управління сукупність засобів впливу, кадрових технологій, методів і способів, які забезпечують його реалізацію; в цьому аспекті досліджують сукупність засобів впливу, кадрових технологій і відносин;

– як систему, при цьому аналіз літературних джерел показав, що лише деякі дослідники і практики розглядають розвиток компетентностей управлінського персоналу як систему; система поділяється на елементи різними способами залежно від формулювання завдання, цілі та її конкретизації в процесі аналізу.

Таким чином, на основі критичного аналізу напрямків розвитку управлінських компетентностей можна, на нашу думку, зробити висновок, що найбільш доцільно розглядати це поняття у двох основних значеннях. По-перше, з позицій менеджера, розвиток компетентностей управлінського персоналу – це найважливіша характеристика, що відображає як якісну зміну управлінського персоналу, пов'язана з виникненням чогось нового, що відбувається в результаті керівного впливу і (або) з ініціативи самих працівників для забезпечення їх відповідності умовам діяльності й самореалізації, так і якісний стан працівника в певний момент часу.

По-друге, з позицій організації, розвиток управлінських компетентностей виступає як підсистема управління персоналом, що включає сукупність процесів, механізмів, методів впливу організації на якість управління для досягнення нового, більш вищого, якісного рівня персоналу, який забезпечує розвиток організації.

Стратегію розвитку управлінських компетентностей менеджерів в галузі охорони здоров'я в сучасних умовах необхідно формувати, враховуючи положення інноваційного менеджменту в системі медицини. Інноваційний медичний менеджмент – сплав глибоких і широких професійних знань, мистецтва управління людьми, пасіонарності, здатності до системного стратегічного мислення, потреби в накопиченні нових знань, високої працездатності й самодисципліни, комунікабельності, відповідальності, принциповості та боргу. Але це тільки реперні, найважливіші критерії відповідності, оскільки можна навести ще багато інших якостей, можливо, менш значущих у стандартних, штатних ситуаціях, але таких, що актуалізуються при виникненні особливих нестандартних обставин.

Тривалий період в охороні здоров'я переважало уявлення про те, що досвідчений, висококваліфікований фахівець, що до певного часу забезпе-

чував успішну діяльність структурного підрозділу медичної організації, при виникненні потреби в тому, може бути призначений її керівником (менеджером – головним лікарем, директором клініки і т. п.), що в багатьох випадках так відбувалося в минулому і так відбувається зараз. Нерідко таке призначення призводить до того, що «вмирає» хороший хірург і «народжується» посередній менеджер. Саме інноваційний менеджмент у медичній організації передбачає одночасну системну роботу з багатьох напрямків, але провідними з них є такі:

- кадровий менеджмент (управління персоналом і навчання);
- медичний технологічний менеджмент – організація і моніторинг лікувально-діагностичних процесів;
- ресурсний менеджмент (комплектація штатних посад персоналу, економіка і фінанси, лікарське і технічне забезпечення – обладнання);
- господарський менеджмент (будівництво, реконструкція, ремонт, транспорт, зв'язок, матеріально-технічне забезпечення);
- інформаційний і комунікативний менеджмент;
- середовищний менеджмент (представництво, взаємодія з керівництвом та іншими організаціями);
- перспективний менеджмент – ситуаційно-тактичне і стратегічне проектування і планування;
- бенчмаркінг.

Безумовно, можна назвати ще багато спільних і специфічних сфер менеджменту (управління), властивих профілям і внутрішнім потребам самої організації, особливостям зовнішнього середовища, в якій здійснюється робота медичної організації.

Важливим є визначення сфер, які не підлягають управлінню (адміністративної регламентації та адміністративного втручання), що перш за все стосується професійної діяльності лікаря під час надання ним медичної допомоги пацієнту (професійна автономія лікаря з правом прийняття самостійних рішень і здійснення самостійних дій, керуючись виключно інтересами пацієнта), але передбачає подальший аналіз і прийняття управлінських рішень при виникненні в тому необхідності.

Результатом успішно сформованої стратегії є наявність менеджерів сфери охорони здоров'я таких компетенцій, як:

Професійні компетенції:

I. «Взаємодія з вищестоящими і партнерськими організаціями» – здатність спілкуватися ясно і лаконічно з внутрішніми та зовнішніми пар-

тнерами з метою вирішення конкретної проблеми, встановлювати і підтримувати взаємини, сприяти конструктивній взаємодії з окремими особами та групами:

1. комунікативні навички,
2. ведення переговорів,
3. управління взаємовідносинами з клієнтами та партнерами);

II. «Лідерство» – здатність надихати персонал і оточуючих на досягнення найкращих результатів діяльності медичної організації, а також успішно управляти змінами для реалізації стратегічно важливих цілей:

4. реалізація філософії, стратегії і місії організації,
5. управління змінами,
6. демонстрація лідерських навичок і поведінки лідера;

III. «Професіоналізм» – здатність здійснювати професійну діяльність відповідно до етичних і професійних норм, включаючи відповідальність перед пацієнтом, колегами і суспільством, з орієнтацією на якість послуг; обов'язок безперервної освіти і професійного розвитку:

7. професійний розвиток і безперервна освіта,
8. внесок в розвиток професії та суспільства,
9. реалізація особистої і професійної відповідальності;

IV. «Знання середовища охорони здоров'я» – здатність розуміти особливості системи охорони здоров'я і навколишнє середовище медичної організації і усвідомлювати свою роль в ній:

10. знання системи охорони здоров'я,
11. знання потреб пацієнтів,

12. знання структури кадрового складу і особливостей діяльності окремих категорій працівників;

V. «Навички ділового адміністрування» – здатність здійснювати ділове адміністрування з урахуванням знань середовища охорони здоров'я:

13. навички загального управління,
14. навички фінансового управління,
15. навички управління інформаційними ресурсами,
16. навички управління персоналом,
17. навички стратегічного управління,
18. навички управління ризиками,
19. навички управління якістю продукції / послуг.

Інноваційний характер стратегії розвитку управлінських компетенцій полягає в тому, що вона дає повну та ясну картину множинних і різно-

спрямованих зв'язків з надсистемою (охороною здоров'я як галуззю), з іншими системами в надсистемі і містить в собі характеристику множинних і також різноспрямованих зв'язків між структурними складовими самої системи (підрозділами медичної організації – підсистемами) – процесний командний менеджмент. Наведене відповідає професійним компетенціям 1, 3, 4, 5, 9 і 13.

Такий підхід, таке бачення і позиціонування необхідні головному менеджеру (керівнику) медичної організації для вирішення наступної найважливішою завдання – багатоетапного кадрового підбору і роботи з персоналом, що входить в професійні компетенції 12 і 16.

При успішному впровадженні і застосуванні стратегії розвитку управлінських компетентностей значно зросте ефективність роботи менеджерів закладів охорони здоров'я, а саме розподіл робочого часу буде такими:

- | | |
|--|-----|
| а) управління (адміністративно-розпорядчі та контрольні функції) | 25% |
| б) аналіз діяльності організації і проектування..... | 25% |
| в) взаємодія з вищим керівництвом, організаціями-партнерами і постачальниками..... | 15% |
| г) робота з документами і поштою..... | 15% |
| д) інформація і безперервне накопичення знань..... | 20% |

На наш погляд, необхідно розмежувати завдання, які вирішуються при розробленні стратегії розвитку управлінських компетентностей. Якщо мова йде про створення рольового профілю, обумовленого позицією (посадою), то сформована модель компетентностей, де визначається очікувана поведінка, дійсно, може стати дієвим інструментом. Однак тут необхідний ситуаційний підхід, що дозволяє враховувати не тільки вимоги, пов'язані зі специфікою завдань керівника на різних рівнях, але і вимоги, пов'язані зі ступенем жорсткості технологій базової діяльності організації, з типом зовнішнього середовища і т. д.

Водночас, якщо ставиться завдання розробки стратегії розвитку управлінських компетентностей щодо відібраних кандидатів, які з великою ймовірністю продемонструють ефективність діяльності в майбутньому (тобто завдання прогнозування ефективності діяльності майбутніх керівників), то розроблена модель компетентностей буде неефективною.

3.2 Розробка механізму компетентності менеджерів

На основі моделі оцінки та розвитку компетентностей, а також з огляду на результати проведеного дослідження, ми розробили механізм компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я (СОЗ).

Суб'єктом та об'єктом виступають керівництво та менеджери різних ланок, відповідно, які є основними учасниками процесів, що становлять основу даного механізму. Дана модель покликана забезпечити досягнення цілей і завдань медичної організації, порівнянних зі стратегією і місією організації.

Процес оцінки та розвитку компетентності, який має циклічну схему функціонування, можна розділити на чотири етапи.

На першому етапі проводиться оцінка розвитку базових і професійних компетенцій співробітника.

На другому етапі проводиться оцінка точок необхідного впливу, визначається ступінь необхідного впливу з метою підвищення розвитку базових, або професійних навичок, підбираються методи і способи розвитку менеджерів.

Наступним етапом співробітник проходить необхідне навчання, згідно зі стратегією розвитку даного фахівця. Аналіз теоретичних джерел дозволяє визначити шляхи розвитку управлінської компетентності керівників. Найбільш традиційним способом є підвищення кваліфікації.

Метою підвищення кваліфікації є оновлення теоретичних і практичних знань фахівців в зв'язку з підвищенням вимог до рівня кваліфікації і необхідністю освоєння сучасних методів вирішення професійних завдань. Підвищення кваліфікації проводиться, як правило, за спеціально розробленими програмами, теми яких пов'язані з певними областями або технологіями професійної діяльності.

Технологія процесу навчання передбачає послідовну реалізацію таких видів діяльності, як: визначення потреби в навчанні; організація навчання; оцінка ефективності освоєння освітніх програм.

Як показало наше дослідження, успішно визначити потребу в навчанні можна способом самооцінки на основі оцінки значущості певних знань, умінь та навичок (компетенцій) і ступеня їх сформованості в керівника. Для цього можна застосовувати спеціально розроблені анкети або

бланки, в яких перераховано всі компетенції, необхідні для успішної професійної діяльності на даній посаді (такий перелік може бути створений експертним шляхом або на основі регламентів – кваліфікаційних характеристик, посадових інструкцій і т.п.).

На рис. 3.3. подано організаційно-економічний механізм компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я.

Організація навчання передбачає формування програм на підставі вивчення освітніх потреб. Такий підхід буде сприяти мотивації до навчання. Зміст програм має виходити з напрямків діяльності, різнитися за видами, формами, тривалості. У змістовному плані програми повинні забезпечувати диференційований підхід і враховувати специфіку управлінської діяльності в сфері охорони здоров'я.

На четвертому етапі відбувається застосування отриманих знань і навичок на практиці.

На етапах навчання і застосування отриманих навичок у практичній діяльності повинні здійснюватися заходи мотивування управлінського персоналу.

Даний процес обов'язково повинен перебігати також і на етапі навчання менеджера новим знанням і навичкам, тому що фахівець повинен бути зацікавлений в отриманні нових знань і підвищенні своєї кваліфікації. Крім того, співробітник повинен чітко уявляти де, і яким чином він буде застосовувати отримані навички та прагнути до отримання якомога більшого обсягу найсучаснішої і найякіснішої інформації.

При оцінці співробітниками організації охорони здоров'я факторів, що впливають на результативність праці, на перше місце в загальному рейтингу вийшов такий показник, як сприятливий психологічний клімат.

Сприятливий психологічний клімат у колективі характеризують оптимізм, радість спілкування, довіра, почуття захищеності, безпеки і комфорту, взаємна підтримка, теплота й увага у відносинах, міжособистісні симпатії, відкритість комунікації, впевненість, бадьорість, можливість вільно мислити, творити, інтелектуально і професійно зростати, робити внесок у розвиток організації.

Таким чином, клімат у колективі є невід'ємною частиною процесу підвищення результативності праці, досягнення цілей і виконання завдань організації, а також підвищення якості послуг, що надаються.

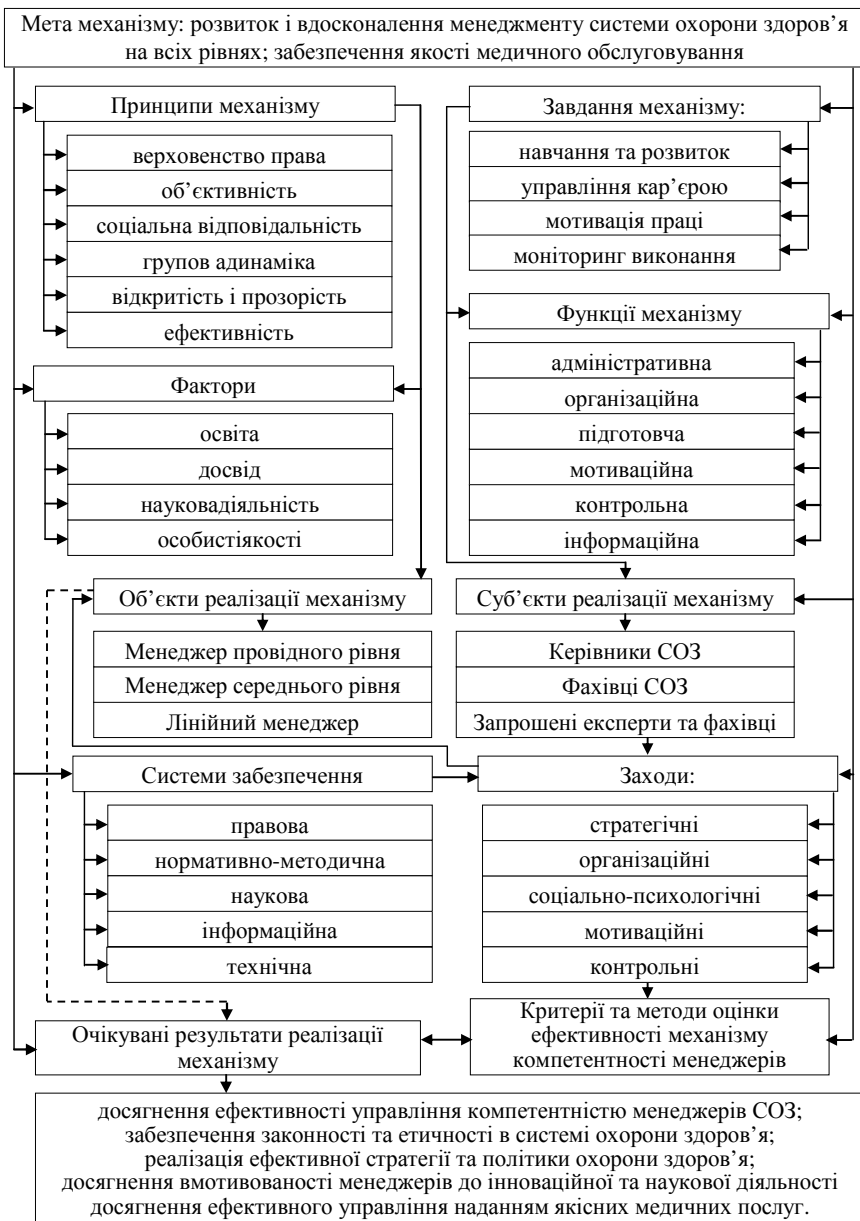


Рис. 3.3. Організаційно-економічний механізм компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я

Фігура керівника у створенні оптимального психологічного клімату є вирішальною. Керівник може істотно вплинути на характер міжособистісних відносин у робочому колективі, на ставлення до спільної діяльності, задоволеність умовами і результатами роботи, тобто психологічний клімат, від якого багато в чому залежить результативність діяльності організації загалом.

У цьому контексті важливим є вибір стилю керівництва керівником медичної організації, оскільки від обраного стилю керівництва безпосередньо залежить результативність організації.

Таким чином, процес управління результативністю праці є складним багатоступеневим циклічним процесом, що включає в себе оцінку та розвиток компетентностей, атестацію, процес мотивування співробітників, створення сприятливого психологічного клімату шляхом грамотного вибору стилю керівництва медичною організацією.

Для проведення оцінки розвитку базових і професійних компетенцій менеджера необхідно побудувати дерево онтологій поняття професійної компетентності менеджера системи охорони здоров'я, яке є формальною моделлю поняття компетентності. Саме онтології є найуживанішим засобом подання знань про предметну область, що дає змогу аналізувати і зіставляти компетентності менеджерів різних ланок системи охорони здоров'я.

Для побудови дерева онтологій слід здійснити таку послідовність процедур (рис. 3.4):

- визначення структури дерева онтологій;
- визначення концептів (термінів) онтології верхнього рівня;
- визначення класів для кожної онтології;
- формування глосаріїв для кожної онтології;
- розподіл концептів по класах і рівнях;
- визначення зв'язків між концептами;
- редагування онтологій з метою досягнення відповідності між професійними й управлінськими вимогами.

Визначення структури дерева онтологій у нашому випадку засновано на поданнях про сутність і зміст компетентнісного підходу до управління закладами системи охорони здоров'я.

Для побудови дерева онтологій поняття професійної компетентності менеджера системи охорони, *Competence_Manager_Health_System*, введемо такі терміни область компетенції – *Area_Competence* та рівень менеджера – *Manager_Level*.



Рис. 3.4. Алгоритм побудови дерева онтологій поняття професійної компетентності менеджера системи охорони

Загальне поняття професійної компетентності менеджера будуть формувати сім областей компетенцій:

$$Area_Competence = \{A_{personal_skills_management}, B_{management_assurance}, C_{changes_support}, D_{work_with_people}, E_{resource_usage}, F_{results_achievement}, G_{healthcare_occup_and_envir_safety}\},$$

де $A_{personal_skills_management}$ – область управління собою та власними навичками,

$B_{management_assurance}$ – область забезпечення керівництва,
 $C_{changes_support}$ – область підтримки змін,
 $D_{work_with_people}$ – область робота з людьми,
 $E_{resource_usage}$ – область використання ресурсів,
 $F_{results_achievements}$ – область досягнення результатів,
 $G_{healthcare_occup_and_envir_safety}$ – область охорона здоров'я, безпеки праці та довкілля.

Поняття область компетенції формується на основі блоків компетенцій, кількість яких визначається при досягненні цілісності поняття відповідної області компетенції.

Компетенцій області $A_{management_skills}$ – управління собою та власними навичками включають в себе два блоки:

$$A_{management_kills} = \{ A_1, A_2 \},$$

де A_1 – управління своїми ресурсами і професійним розвитком;
 A_2 – розвиток мережі своїх ділових зв'язків.

Область забезпечення керівництва $B_{management_assurance}$ включає в себе дев'ять блоків компетенцій:

$$B_{management_assurance} = \{ B_1, B_2, \dots, B_9 \},$$

де B_1 – розробка і здійснення оперативних планів щодо відповідальності;
 B_2 – характеристика середовища, в якому здійснює діяльність організація;
 B_3 – розробка стратегічного бізнес-плану для організації;
 B_4 – реалізація стратегічного бізнес-плану;
 B_5 – забезпечення лідерства в сфері відповідальності;
 B_6 – забезпечення лідерства в організації;
 B_7 – забезпечення виконання законодавчих, правових, етичних і соціальних вимог;
 B_8 – розвиток культури організації;
 B_9 – управління ризиками.

Область підтримки змін $C_{changes_support}$ включає в себе 5 блоків компетенцій:

$$C_{changes_support} = \{ C_1, C_2, C_3, C_4, C_5 \},$$

де C_1 – сприяння інноваційному процесу в області відповідальності;
 C_2 – сприяння інноваційному процесу в організації;
 C_3 – ініціювання змін;

C_4 – планування змін;

C_5 – здійснення змін.

Область робота з людьми $D_{work_with_people}$ включає в себе 17 блоків компетенцій:

$$D_{work_with_people} = \{ D_1, D_2, \dots, D_{17} \},$$

де D_1 – розвиток результативних робочих взаємин з колегами;

D_2 – розвиток результативних робочих взаємин з колегами і зацікавленими сторонами;

D_3 – набір, відбір і утримання співробітників;

D_4 – планування людських ресурсів;

D_5 – координація та контроль роботи у команді;

D_6 – координація та моніторинг ходу робіт і якості роботи у певній сфері відповідальності;

D_7 – забезпечення можливостей для навчання співробітників;

D_8 – допомога членам команди в рішенні проблем, які впливають на їх роботу;

D_9 – створення команд і управління ними;

D_{10} – зменшення кількості конфліктів і управління ними в команді;

D_{11} – проведення нарад;

D_{12} – участь в нарадах;

D_{13} – підтримка співробітників в розвитку і підтримці ефективної роботи;

D_{14} – ініціювання та проходження дисциплінарної процедури;

D_{15} – ініціювання та дотримання процедури розгляду скарг;

D_{16} – управління скороченням штатів у визначеній області відповідальності;

D_{17} – створення та підтримка співпраці з іншими організаціями.

Область використання ресурсів $E_{resource_usage}$ включає в себе 13 блоків компетенцій:

$$E_{resource_usage} = \{ E_1, E_2, \dots, E_{13} \},$$

де E_1 – управління бюджетом;

E_2 – управління фінансами в області відповідальності;

E_3 – отримання додаткового фінансування для організації;

E_4 – впровадження технологій у організації;

E_5 – управління матеріальними ресурсами;

E_6 – ухвалення ефективних рішень;

- E_7 – передача інформації і знань;
 E_8 – управління знаннями в області відповідальності;
 E_9 – просування управління знаннями в організації;
 E_{10} – підтримка команди і віртуальної роботи;
 E_{11} – закупівля матеріалів;
 E_{12} – вибір постачальників через тендер;
 E_{13} – аутсорсинг бізнес-процесів.

Область досягнення результатів $F_{results_achievement}$ містить 17 блоків компетенцій:

$$F_{results_achievement} = \{ F_1, F_2, \dots, F_{17} \},$$

- де F_1 – управління проектами;
 F_2 – управління програмою додаткових проєктів;
 F_3 – управління бізнес-процесами;
 F_4 – розвиток і реалізація маркетингових планів у області відповідальності;
 F_5 – рішення проблем обслуговування споживачів;
 F_6 – моніторинг та забезпечення вирішення проблем обслуговування споживачів;
 F_7 – сприяння підвищення якості в обслуговуванні споживачів;
 F_8 – робота з іншими співробітниками для поліпшення обслуговування споживачів;
 F_9 – побудова розуміння ринків організації та її споживачів;
 F_{10} – розвиток клієнтського підходу в організації;
 F_{11} – управління досягненням задоволеності споживачів;
 F_{12} – поліпшення виконання організаційної діяльності;
 F_{13} – управління системами якості;
 F_{14} – підготовка та участь в процесі перевірки якості;
 F_{15} – виконання перевірки якості;
 F_{16} – управління розробкою та збутом продуктів/послуг області відповідальності;
 F_{17} – управління наданням послуг споживачам у області відповідальності.

Область охорона здоров'я, безпеки праці та довкілля $G_{healthcare_occup_and_envir_safety}$ формує 4 блоки компетенцій:

$$G_{healthcare_occup_and_envir_safety} = \{ G_1, G_2, G_3, G_4, G_5 \},$$

- де G_1 – забезпечення впевненості в тому, що дії спрямовані на зниження ризику для здоров'я і безпеки співробітників;

G_2 – забезпечення охорони здоров'я та безпеки праці у області відповідальності;

G_3 – забезпечення результативного організаційного підходу до охорони здоров'я і безпеки праці;

G_4 – управління впливом власної роботи на навколишнє середовище.

Розробляючи модель формування компетентностей менеджерів для закладів охорони здоров'я варто розробляти її не в загальному, а розподіливши по окремих рівнях. Отже, на рівні закладів охорони здоров'я ми виділимо три рівні менеджменту, що формуватимуть множину *Manager_Level*. Відповідно, блоки компетентностей, будуть розподілені між трьома рівнями менеджменту: провідним, середнім і лінійним (рис. 3.5).



Рис. 3.5. Рівні менеджерів в сфері охорони здоров'я

Відповідно, сформуємо множину:

$$Manager_Level = \{Top, Middle, Line \},$$

де *Top* – множина, що включає менеджерів провідного рівня – керівників медичних організацій, працівники управлінь охорони здоров'я;

Middle – множина, що включає менеджерів середнього рівня: керівники підрозділів. Це можуть бути завідувачі відділеннями, начальник відділу кадрів, головний бухгалтер і т.п.;

Line – множина, що включає лінійних менеджерів: старші чергової зміни або старша медсестра.

Відповідно, отримаємо формальну модель поняття професійної компетентності менеджера системи охорони у такому вигляді:

$$Competence_Manager_Health_System = \{Area_Competence, Manager_Level\}.$$

Отже, отримаємо дерево онтологій, яке включає в себе онтологію верхнього рівня – мета-онтологію теорії управління (рис. 3.6).

Розроблена онтологія професійної компетентності менеджерів системи охорони здоров'я може використовуватися для оцінки компетентності менеджерів. Загальна оцінка професійної компетентності на основі формальної моделі у вигляді онтології буде здійснюватися за допомогою тривимірної матриці *B*:

$$B = (b_{A_i b_A L}), i = 1, \dots, 7, b_A = 1, \dots, N_{A_i}, L = 1, \dots, 3,$$

$$\text{де } b_{A_i b_A L} = \begin{cases} 1, \text{ якщо відповідає компетенції} \\ \text{блоку } b_A \text{ області } A_i \text{ для рівня } L \\ 0, \text{ якщо не відповідає.} \end{cases}$$

Як оцінка компетентності може використовуватись сума елементів матриці *B* для відповідного рівня менеджера:

$$O_L = \sum_{i=1}^k \omega_i \cdot \sum_{b_A=1}^{N_{A_i}} b_{A_i b_A L}, \quad (3.1)$$

де ω_i – ваговий коефіцієнт компетенції *i*-ї області, який розраховується при рівнозначній важливості областей компетенцій за формулою:

$$\omega_i = \frac{1}{k} \cdot \frac{N_B}{N_{A_i}}, \quad (3.2)$$

де *k* – кількість областей компетенцій, N_B – розмірність матриці компетенцій, N_{A_i} – розмірність *i*-ї області компетенцій.



Рис. 3.6. Дерево онтологій для побудови формальної моделі поняття професійної компетентності менеджера системи охорони

Відносна оцінка буде мати вигляд:

$$O_{відн} = \frac{O_L}{B_N} \cdot 100. \quad (3.3)$$

Продемонструємо використання розробленої онтології для оцінки професійної компетентності менеджерів системи охорони здоров'я на прикладі Тернопільської міської комунальної лікарні № 3.

Для отримання даних, що відображають наявність компетенцій за визначеними областями компетентності, шляхом експертного оцінювання були сформовані матриці, які містять відомості про наявність вказаних компетенцій у менеджерів різних рівнів. В якості менеджера провідного

рівня діагностувався головний лікар, менеджера середнього рівня – завідувачий відділенням та лінійний менеджер – старша медсестра.

У матриці для області *A* управління собою та власними навичками (табл. 3.1) наведено відповідність менеджерів медичного закладу наявним компетенціям.

Таблиця 3.1

**Експертні оцінки компетенцій області
управління собою та власними навичками**

Менеджери медичного закладу	A_1	A_2
Менеджер провідного рівня	+	–
Менеджер середнього рівня	+	+
Лінійний менеджер	+	+

У таблиці 3.2, представлено наявність компетенцій області *B* для відповідного рівня менеджера.

Таблиця 3.2

**Експертні оцінки компетенцій
області *B* – забезпечення керівництва**

Менеджери медичного закладу	B_1	B_2	B_3	B_4	B_5	B_6	B_7	B_8	B_9
Менеджер провідного рівня	–	+	+	+	–	+	+	+	+
Менеджер середнього рівня	+	–	–	–	+	–	+	–	–
Лінійний менеджер	–	–	–	–	+	–	–	–	–

Джерело: побудовано автором.

У таблиці 3.3 відображено розподіл компетенцій області *C*.

Таблиця 3.3

Експертні оцінки компетенцій області *C* – Підтримка змін

Менеджери медичного закладу	C_1	C_2	C_3	C_4	C_5
Менеджер провідного рівня	–	+	+	+	+
Менеджер середнього рівня	+	–	+	+	+
Лінійний менеджер	+	–	+	+	–

З таблиці 3.4 видно, що практично всіма навичками по роботі з людьми володіють менеджери всіх ланок. Такі компетенції, як координація і контроль у команді, забезпечення можливості для навчання співробітників, створення команди, проведення та участь у нарадах, а також питання дисципліни і розгляду скарг, характерні для всіх рівнів. А, наприклад,

планування людських ресурсів – тільки для менеджерів провідної ланки. Розвиток же результативних робочих взаємин з колегами – більшою мірою властиві для лінійних менеджерів.

Таблиця 3.4

Область D – Робота з людьми

Менеджери медичного закладу	D ₁	D ₂	D ₃	D ₄	D ₅	D ₆	D ₇	D ₈	D ₉	D ₁₀	D ₁₁	D ₁₂	D ₁₃	D ₁₄	D ₁₅	D ₁₆	D ₁₇
Менеджер провідного рівня	-	+	-	+	+	-	+	-	+	-	+	+	-	+	+	+	+
Менеджер середнього рівня	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Лінійний менеджер	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-

У таблиці 3.5 відображено розподіл компетенцій області E, що стосуються розподілу ресурсів. Як видно з таблиці, більшою мірою цими навичками володіють менеджери провідного рівня, меншою – лінійні менеджери.

Таблиця 3.5

Область E – Використання ресурсів

Менеджери медичного закладу	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈	E ₉	E ₁₀	E ₁₁	E ₁₂	E ₁₃
Менеджер провідного рівня	-	-	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+
Менеджер середнього рівня	-	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+	-
Лінійний менеджер	+	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-

У таблиці 3.6 представлені компетенції по області F – досягнення результатів. Як видно з таблиці більшою мірою цими компетенціями володіють менеджери середнього рівня і лінійні менеджери. Для менеджерів провідної ланки властиві навички управління додатковими проектами, розвиток клієнтського підходу в організації, поліпшення виконання організаційної діяльності та ряд інших.

Як видно з таблиці 3.6, більшістю компетенцій даної області повинні володіти менеджери провідного рівня.

Таблиця 3.6

Область F – Досягнення результатів

Менеджери медичного закладу	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	F ₆	F ₇	F ₈	F ₉	F ₁₀	F ₁₁	F ₁₂	F ₁₃	F ₁₄	F ₁₅	F ₁₆	F ₁₇
Менеджер провідного рівня	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+	+	-	-
Менеджер середнього рівня	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	-
Лінійний менеджер	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	+

У таблиці 3.7 представлено розподіл навичок (компетенцій) за останньою областю – охорона здоров'я, безпека праці та довкілля. Ці компетенції також дуже важливі для ефективної роботи персоналу, створення здорової атмосфери в колективі й надання якісних медичних послуг населенню. Як видно з таблиці, такі компетенції, як забезпечення охорони здоров'я і безпеки праці в області відповідальності й управління впливом роботи певного менеджера на навколишнє середовище, більш притаманні менеджерам середнього рівня і лінійним менеджерам. А така компетенція як «Забезпечення результативного організаційного підходу до охорони здоров'я і безпеки праці» – тільки менеджерам провідного рівня.

Таблиця 3.7

Область G – Охорона здоров'я, безпека праці та довкілля

Менеджери медичного закладу	G ₁	G ₂	G ₃	G ₄
Менеджер провідного рівня	+	-	+	-
Менеджер середнього рівня	+	+	-	+
Лінійний менеджер	+	-	+	+

На основі одержаних даних, сформуємо множину компетенцій для всіх рівнів менеджерів лікарні, яка буде основою для формування матриці В та визначимо абсолютну та відносну оцінку компетентності атестованих менеджерів.

Для головного лікаря одержали таку множину компетенцій:

$$\begin{aligned}
 \text{Competence_Manager_Health_System} = \{ & \text{Area_Competence, Top} \} = \\
 & \{ \{1, 1\}, \{0, 1, 1, 1, 0, 1, 1, 1, 1\}, \{0, 1, 1, 1, 1\}, \\
 & \{0, 1, 0, 1, 1, 0, 1, 0, 1, 1, 0, 1, 1, 1\}, \\
 & \{0, 0, 1, 1, 0, 1, 1, 0, 1, 1, 1, 1\}, \\
 & \{0, 1, 0, 0, 0, 0, 0, 1, 1, 0, 1, 1, 1, 0, 0\} \\
 & \{0, 1, 0, 1\} \},
 \end{aligned}$$

та визначили абсолютну (3.1)

$$O_{\text{Тор}} = 4,78 \cdot 2 + 1,06 \cdot 7 + 1,9 \cdot 4 + 0,56 \cdot 11 + 0,73 \cdot 9 + 0,56 \cdot 7 + 2,4 \cdot 2 = 46,4,$$

та відносну (3.2) оцінку $O_{\text{відн}} = 69$.

Розподіл оцінок компетентності по областях наведено на рисунку 3.7. Як бачимо, компетенції області досягнення результатів та охорони здоров'я, безпеки праці та довкілля є притаманні даному менеджеру на досить низькому рівні.

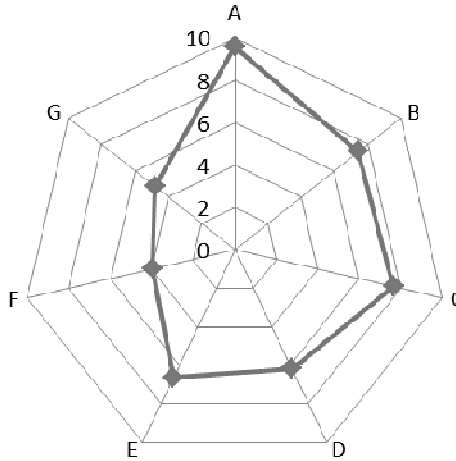


Рис. 3.7. Розподіл оцінок по областях компетентності для менеджера провідного рівня

Для менеджера середнього рівня, завідувача відділення, одержали такі результати.

Множина компетенцій:

$$\begin{aligned} \text{Competence_Manager_Health_System} = \{ \text{Area_Competence, Middle} \} = \\ \{ \{1, 1\}, \{1, 0, 0, 0, 1, 0, 1, 0, 0\}, \{1, 0, 1, 1, 1\}, \\ \{0, 1, 1, 0, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1\}, \\ \{0, 1, 0, 0, 1, 1, 1, 1, 0, 1, 1, 1, 0\}, \\ \{1, 1, 1, 1, 0, 0, 0, 1, 1, 0, 1, 1, 1, 1, 0\} \\ \{1, 1, 0, 1\} \} \end{aligned}$$

абсолютна $O_{\text{Middle}} = 48$ та відносна оцінка $O_{\text{відн}} = 71$.

Розподіл оцінок компетентності по областях наведено на рисунку 3.8. Можна відзначити досить високий рівень компетенції менеджера по всіх областях, крім забезпечення керівництва.

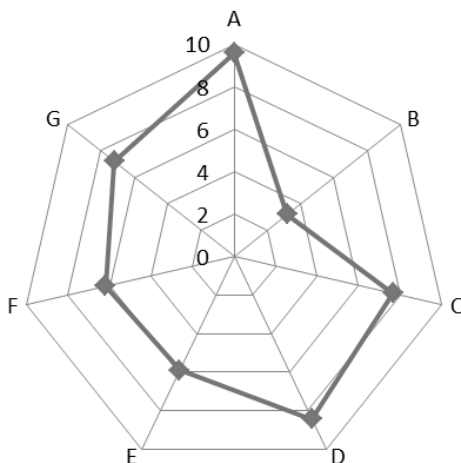


Рис. 3.8. Розподіл оцінок по областях компетентності для менеджера середнього рівня

Результати атестації лінійного менеджера наведено нижче:

$$\begin{aligned}
 \text{Competence_Manager_Health_System} = \{ \text{Area_Competence, Line} \} = \\
 \{ \{1, 0\}, \{0, 0, 0, 0, 1, 0, 0, 0, 0\}, \{1, 0, 1, 1, 0\}, \\
 \{1, 0, 1, 0, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 0\}, \\
 \{1, 0, 0, 0, 1, 1, 1, 0, 0, 1, 1, 1, 0\}, \\
 \{1, 0, 0, 0, 1, 1, 1, 0, 0, 0, 1, 1, 1, 1, 0, 1\} \\
 \{1, 0, 1, 1\} \}
 \end{aligned}$$

абсолютна $O_{Line} = 37,4$ та відносна оцінка $O_{відн} = 56$.

Розподіл оцінок компетентності по областях наведено на рисунку 3.9. Бачимо компетенції області забезпечення керівництва є притаманні даному менеджеру на низькому рівні та середні особистісні компетенції обумовлюють невисокий рівень компетентності.

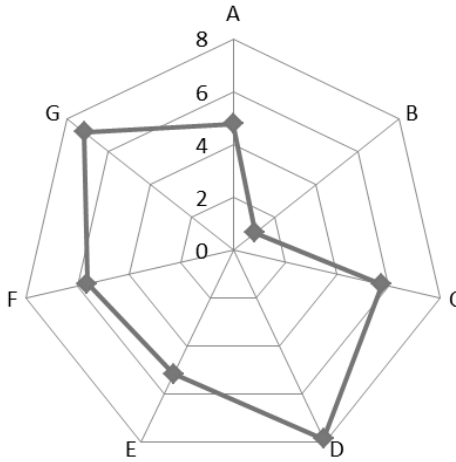


Рис. 3.9. Розподіл оцінок по областях компетентності для лінійного менеджера

Отже, впровадження створених онтологій професійної компетентності менеджера системи охорони та стандартів менеджменту охорони здоров'я дозволить:

- привести до спільного знаменника критерії відбору осіб на керівні посади;
- створити відповідні індикатори для оцінки діяльності, моніторингу та атестації;
- скласти програми підготовки менеджерів з огляду на сучасні вимоги до менеджера, враховуючи встановлені стандарти необхідних навичок і знань.

3.3 Інтервальні моделі професійної компетентності менеджерів

Механізм професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я слід розглядати як комплексну оцінку, що складається із системи забезпечення, функціональної та цільової систем, які містять певну сукупність організаційних і економічних важелів, що впливають на систему охорони здоров'я (медичний заклад, установа, тощо) з метою забезпечення ефективної діяльності менеджерів різного рівня.

Інформаційна система забезпечення механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я являє собою сукупність рішень зберігання та форм організації інформації, яка опрацьовується при функціонуванні механізму. Вона включає нормативно-довідкову інформацію та оперативну інформацію.

Проблема збору та обробки інформації має велике значення для аналізу компетентності менеджерів різних. Без повної інформаційної картини про стан рівня компетентності менеджерів процес створення ефективного організаційно-економічного механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я не отримає свого логічного завершення.

Інформація про якісний стан управлінського кадрового забезпечення стане базою для прийняття рішень стосовно підвищення його компетентності.

Введемо поняття «інформаційна база компетентності управлінського кадрового забезпечення», під яким будемо розуміти обсяг інформації, що належить до управлінського складу, який є в медичному закладі, та обробляється на ньому протягом визначеного періоду часу. При цьому якість та кількість інформації, що обробляється, забезпечать досягнення цілей механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я. На рисунку 3.10 зображено шляхи отримання інформації для прийняття рішень щодо заходів реалізації механізму, виходячи з трьох типів систем збору даних.

Для отримання реальної картини про стан компетентності менеджерів різних рівнів необхідно постійно збирати потрібну кількість інформації та аналізувати її. Збір на будь-якому етапі означає втрату часу та втрачені можливості реалізації цілей.

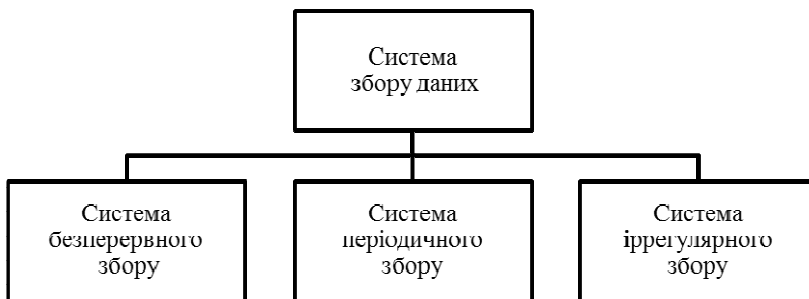


Рис. 3.10. Системи отримання інформації для прийняття рішень стосовно заходів механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я

При прийнятті рішень рекомендується використовувати комп'ютерні та інформаційні технології, які включають: нові технології комунікацій на основі локальних і розподілених мереж ЕОМ; нові технології обробки інформації спеціалізованих АРМ; нові технології підтримки прийняття рішень на основі засобів штучного інтелекту (баз знань, експертних оцінок, систем моделювання); засоби зберігання інформації (машинна пам'ять, бази даних).

Удосконалення інформаційного забезпечення системи механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я може бути реалізоване шляхом управлінсько-інформаційного забезпечення на основі використання сучасної організаційної техніки (рис. 3.11). Така система повинна передбачити видачу повної інформації для роботи з кадрами. Основною метою її розробки є створення масиву даних такої інформації, яку можна було б використати не лише для звітних документів, але й для прийняття управлінських рішень.

Дана система повинна функціонувати, виходячи із сукупності наступних принципів: єдності складу інформаційної бази; комплексності та сумісності інформації за рівнями управління; одноразового вводу інформації при багаторазовому її використанні (принцип нових завдань); безперервного розвитку системи; системного підходу до проектування; надійності та узгодженості пропускових здатностей різних ланок системи.

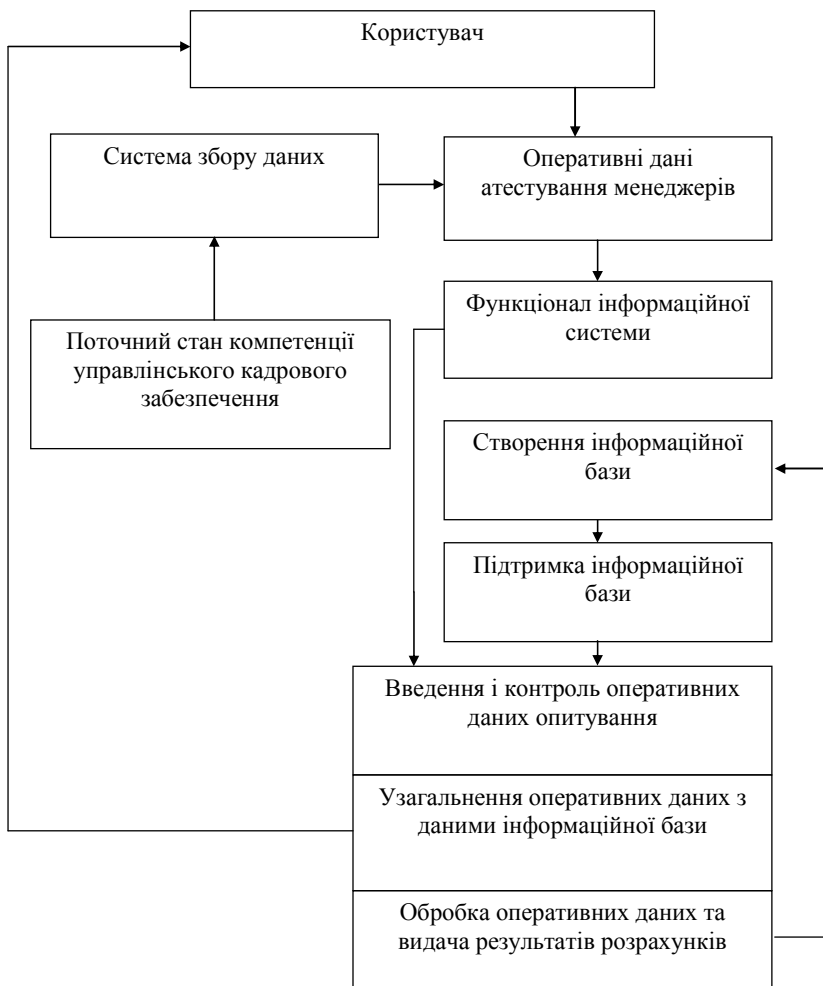


Рис. 3.11. Структурна схема інформаційного забезпечення механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я

Повністю автоматизувати процес прийняття рішень на основі інформаційного забезпечення механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я неможливо. А тому значна увага повинна надаватися системам підтримки прийняття рішень (СППР). База даних про стан компетентності менеджерів різних рівнів створюється для того, щоб надати

можливість суб'єктам механізму, які відповідають за розробку рішень стосовно моніторингу та мотивації компетентності, безпосередньо і неодноразово в режимі реального часу проглядати різні варіанти розв'язання цих проблем.

На основі створення баз даних та моделей стає можливим підвищення ефективності організаційних і мотиваційних рішень за рахунок раціональної систематизації інформації та аналітичних закономірностей правильного її розподілу. Бази даних і моделей повинні забезпечити: прямий доступ користувачів до інформації та можливість її багаторазового використання; максимальний обсяг потрібної інформації для всіх суб'єктів механізму компетентності менеджерів на всіх рівнях управління системою охорони здоров'я; оперативний пошук та видачу інформації згідно із запитом; захист інформації від спотворень та несанкціонованого доступу.

Розподіл інформаційних потоків у системі інформаційного забезпечення визначається стратегічними цілями механізму, що визначає способи збору, аналізу та зберігання інформації. У процесі дослідження виявлено основні етапи збору та обробки інформації, яка необхідна для аналізу компетентності управлінського кадрового забезпечення системи охорони здоров'я (рис. 3.12).

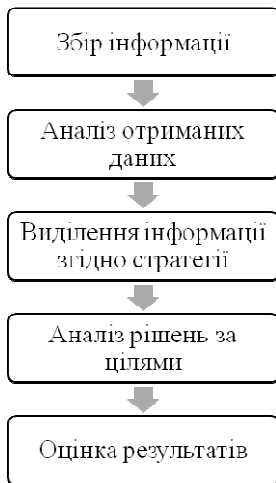


Рис. 3.12. Етапи збору та обробки інформації для розробки й аналізу заходів механізму компетентності

Перший етап – збір необхідної інформації про стан компетентності управлінського кадрового забезпечення СОЗ.

Другий етап – аналіз отриманих даних з точки зору їх інформативності відносно цілей механізму.

Третій етап – виділення інформації, яка є пріоритетною з точки зору узгодженості зі стратегіями організаційно-економічного механізму компетентності менеджерів СОЗ, цілями та їх досяжністю.

Четвертий етап – аналіз управлінського кадрового забезпечення СОЗ та співвідношення можливостей розробки заходів відповідно до цілей механізму компетентності менеджерів.

П'ятий етап – оцінка та співвіднесення отриманого результату з кінцевими цілями.

Ця система забезпечить: високий рівень автоматизації процесів збору, зберігання та обробки текстової інформації для потреб реалізації механізму.

Організаційно-економічний механізм професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я включає такі основні функціональні підсистеми: стратегічного планування, організації, мотивації та контролю. Відповідно, перед суб'єктами механізму стоїть питання розробки ефективних заходів з метою підвищення компетентності менеджерів.

Згідно з розробленою структурою механізму, такі заходи поділено на категорії: стратегічні, організаційні, соціально-психологічні, мотиваційні та контрольні. Зокрема, до них можна віднести заходи реалізації інвестиційної політики підвищення кваліфікації для роботи як стратегічного управління людськими ресурсами в сфері охорони здоров'я, організаційної культури в лікарні, яка створює сильний емоційний і раціональний зв'язок співробітників з органами охорони здоров'я, програм професійної підготовки, програм тимблдіingu, підвищення соціально-психологічної компетенції менеджерів системи охорони здоров'я для досягнення більшої організаційної взаємодії тощо.

Процес розробки і реалізації вказаних заходів передбачає необхідність їх обґрунтування та оцінки. Для цього суб'єкти механізму повинні володіти інструментарієм, що забезпечить дані етапи процесу. Як інструментарій обґрунтування можна використати апарат математичного моделювання у вигляді дескриптивних та нормативних моделей професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я, як інструментарій оцінки результатів упровадження заходів – методику на основі побудова-

них онтологій поняття професійної компетенції. Основні елементи процесу функціонування механізму наведено на рисунку 3.13.

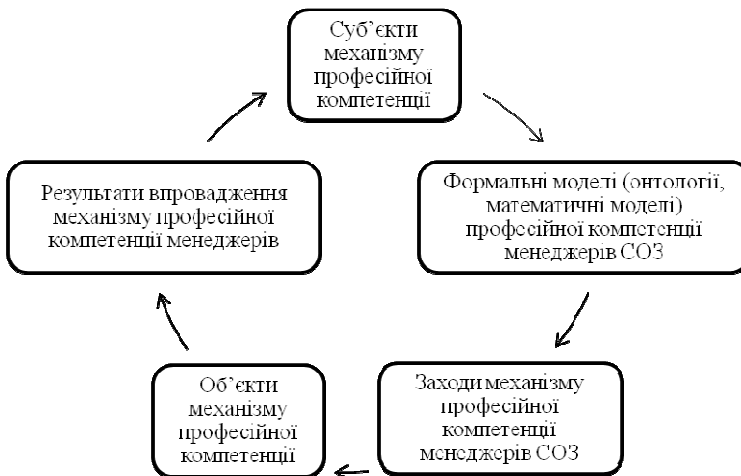


Рис. 3.13. Схема функціональної підсистеми механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я

Для обґрунтування розробки заходів часто застосовують математичні моделі. Головна особливість моделювання в тому, що це метод опосередкованого пізнання за допомогою об'єктів-замінника. Модель є своєрідним інструментом пізнання, який дослідник ставить між собою та об'єктом і за допомогою якого вивчає його.

Моделювання умовно можна поділити на шість етапів (рис. 3.14).

1. Постановка проблеми та її якісний аналіз. На цьому етапі формують суть проблеми, висловлюють певні припущення, вирізняють важливі характеристики компетентності менеджерів. Окреслюють первісну гіпотезу, яка пояснює розвиток компетентності. Досліджують фактори впливу на компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я.

2. Підготовка вихідних даних. Обмаль інформації ускладнює процес моделювання, а відсутність її переводить модель із класу прикладних до класу теоретичних. Цей етап свідчить про системність процесу моделювання, оскільки вихідна інформація одних моделей може стати вхідною для інших.

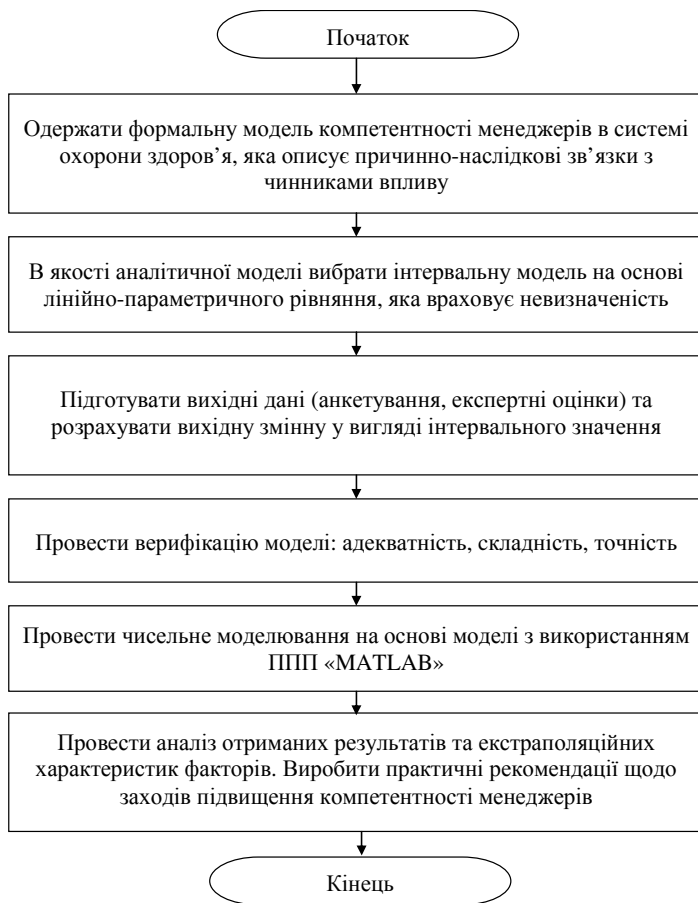


Рис. 3.14. Етапи моделювання компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я

3. Побудова математичної моделі. Це – етап формалізації причинно-наслідкових зв'язків між професійною компетентністю менеджерів в системі охорони здоров'я та факторами, які її формують, вираження їх у вигляді конкретних математичних залежностей. Зазвичай спочатку визначають основну конструкцію (тип) математичної моделі, а потім уточнюють деталі цієї конструкції (конкретний перелік змінних і параметрів, форма зв'язків, облік факторів випадковості й невизначеності).

4. Аналіз моделі. Досліджують загальні властивості моделі. Якщо доведено, що розв'язку немає, то наступні етапи моделювання не проводять. Побудовану модель коректують і дослідження починають спочатку.

5. Чисельне рішення. На цьому етапі розробляють алгоритм, складають програми для ПЕОМ і проводять розрахунки.

6. Аналіз чисельних результатів та їх застосування. На останньому етапі досліджують, коректною чи некоректною є побудована модель. Підтверджують або спростовують висунуту гіпотезу щодо економічного процесу.

Відповідно, для встановлення причинно-наслідкових зв'язків між професійною компетентністю менеджерів в системі охорони здоров'я та факторами, які її формують, використаємо такі позначення:

$f_{1,j}$ – загальний медичний стаж менеджера, років;

$f_{2,j}$ – частка стажу роботи на керівній посаді відносно загального стажу;

$f_{3,j}$ – інтенсивність науково-дослідницької роботи, як відношення публікації результатів до стажу на керівній посаді;

$f_{4,j}$ – показник публікування результатів наукових досліджень, од.,

де $j = \overline{1, N}$, N – кількість протестованих менеджерів провідного рівня.

Як показник професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я використаємо розроблену в попередньому пункті оцінку (3.2) на основі онтології професійної компетентності (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Вихідні дані

	Загальний медичний стаж менеджера, років	Частка стажу роботи на керівній посаді відносно загального стажу	Показник інтенсивності науково-дослідницької роботи	Показник публікування результатів наукових досліджень	Показник професійної компетентності менеджерів
j	$f_{1,j}$	$f_{2,j}$	$f_{3,j}$	$f_{4,j}$	$Comp(f)$
1	30	66,7	5,05	101	89
2	17	23,5	33,75	135	93
3	36	61	2,5	54	84
4	31	35,5	0	0	71
5	27	66,7	0,5	9	76
6	41	51	0	0	68
7	38	31,6	0	0	72

Інтервальну модель професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я задамо лінійним рівнянням з фіксованою кількістю коефіцієнтів:

$$[Comp(\vec{f})] = \sum_{i=1}^m f_i \cdot [\beta_i], \quad (3.4)$$

де $[Comp(\vec{f})]$ – інтервальне значення показника професійної компетентності менеджерів, яке отримують шляхом врахування похибок (обчислень, статистичних, методологічних), f_i – значення i -го чинника, $[\beta_i]$ – інтервальна оцінка i -го параметра моделі, m – розмірність моделі.

Структуру інтервальної моделі професійної компетентності менеджерів формують усі відібрані фактори впливу. На наступному етапі досліджують можливість спрощення цієї моделі, тобто виключення з неї окремих показників, які не впливають на модельовану величину або корельовані з іншими показниками. Для цього проводять цілеспрямовану перевірку гіпотез відносно параметрів.

Для оцінки коефіцієнтів моделі використовують дані, представлені у вигляді матриці F значень чинників формування професійної компетентності менеджерів і відповідних інтервальних значень модельованого показника професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я $[Comp_i]$, $i = 1, \dots, N$, де N – кількість проатестованих менеджерів:

$$F = \{f_{ij}, i = 1, \dots, N, j = 1, \dots, n\} \quad (3.5)$$

$$[Comp_i] = \{[Comp_i^-, Comp_i^+], i = 1, \dots, N$$

де $Comp_i^-; Comp_i^+$ – відповідно, нижня та верхня межа значення показника, які утворюються внаслідок врахування похибки комп'ютерної обробки статистичних даних та методологічної похибки. Задавши значення похибки в розмірі 5%, одержимо такі інтервальні значення показника професійної компетентності менеджерів (табл. 3.9).

Для знаходження оцінок параметрів моделі (3.4) побудуємо на її основі та даних (3.5) інтервальну систему лінійних (відносно оцінок параметрів) алгебраїчних рівнянь (ІСЛАР):

$$\{Comp_j^- \leq \beta_1 f_{j1} + \dots + \beta_m f_{jm} \leq Comp_j^+, j = 1, \dots, N, \quad (3.6)$$

Розв'язком ІСЛАР (3.6) є множина Ω оцінок параметрів моделі (3.4), яка в просторі параметрів є опуклим многогранником. На основі отриманої множини Ω отримують коридор адекватних інтервальних моделей професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я.

Таблиця 3.9

Інтервальне представлення показника професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я

	Значення показника на основі методики	Відносна похибка	Нижнє інтервальне значення показника	Верхнє інтервальне значення показника
i	$Comp_i$	$\varepsilon_i = Comp_i \cdot 5\%$	$Comp_i^- = Comp_i - \varepsilon_i$	$Comp_i^+ = Comp_i + \varepsilon_i$
1	89	4,45	84,55	93,45
2	93	4,65	88,35	97,65
3	84	4,2	79,8	88,2
4	71	3,55	67,45	74,55
5	76	3,8	72,2	79,8
6	68	4,45	64,6	71,4
7	72	4,65	68,4	75,6

Для отримання з точкової моделі професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я, яка належить визначеному коридору, можна взяти одну із точок області параметрів, як центр ваги многогранника Ω :

$$\bar{\beta} = \frac{1}{K} \sum_{s=1}^K \bar{\beta}_s, \quad (3.7)$$

де $\bar{\beta}_s$ – вершини многогранника Ω та K – їх кількість.

Підхід до розв'язування системи (3.6) дозволяє знаходити інтервальну оцінку параметрів $[\bar{\beta}]$ на основі відомих обчислювальних процедур лінійного програмування. Ми використаємо відомий пакет прикладних програм МАТЛАБ, зокрема бібліотеку для оптимізаційних задач (Optimization Toolbox).

Оберемо початкову структуру для моделі професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я, що включає всі фактори:

$$Comp(\bar{f}) = f_1 \cdot \beta_1 + f_2 \cdot \beta_2 + f_3 \cdot \beta_3 + f_4 \cdot \beta_4.$$

Провівши обчислення, згідно з наведеною методикою на основі вихідних даних, одержали модель професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я:

$$Comp(\bar{f}) = 1,3 \cdot f_1 + 0,53 \cdot f_2 + 1,5 \cdot f_3 + 0,05 f_4. \quad (3.8)$$

Для використання моделі у механізмі професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я необхідно підтвердити її адекватність на основі верифікації. У випадку дескриптивних моделей верифікація зводиться до зіставлення розрахункових результатів по моделі з відповідними даними дійсності – результатами атестації менеджерів провідного рівня в системі охорони здоров'я Тернопільської області (рис. 3.15).

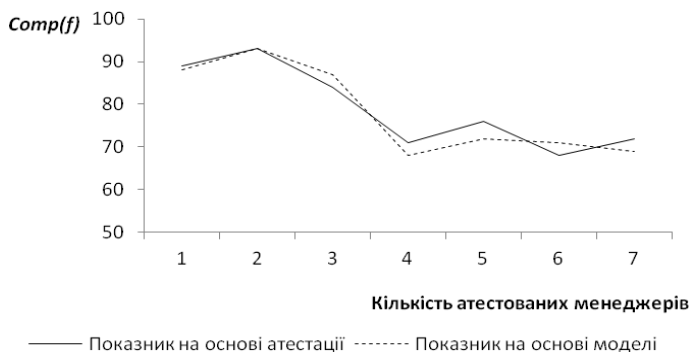


Рис. 3.15. Компаративний аналіз розрахункових результатів на основі моделі з відповідними результатами атестації менеджерів провідного рівня

Як критерій адекватності моделі використаємо відносну похибку моделювання показника професійної компетентності менеджерів. Результати верифікації наведено на рисунку 3.16.

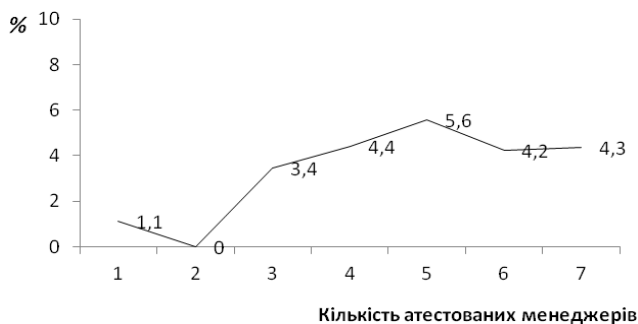


Рис. 3.16. Результати верифікації моделі на основі відносної похибки моделювання

Як видно з рисунка 3.16, максимальна відносна похибка рівна 5,6%. Отже, одержана модель є адекватною із заданою точністю та її можна використовувати для аналізу сукупного впливу факторів управлінської та професійної діяльності на професійну компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я. Дану модель можуть застосовувати суб'єкти організаційно-економічного механізму формування професійної компетентності менеджерів різного рівня як обґрунтування для вироблення стратегії і політики системи охорони здоров'я та організаційних заходів.

Якщо проаналізувати параметри одержаної моделі, то бачимо, що з кожним роком загального медичного стажу менеджер може підвищити свою професійну компетенцію на 1,3 бала. Характер екстраполяційного впливу даного фактора, за рівних умов для інших чинників, константне середнє значення, показник професійної компетентності менеджерів провідного рівня системи охорони здоров'я Тернопільської області наведено на рисунку 3.17.

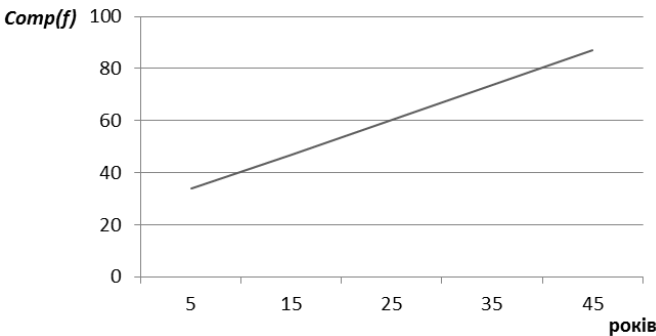


Рис. 3.17. Екстраполяційні характеристики загального медичного стажу менеджера відносно його професійної компетентності

Розглянемо дану характеристику для фактора управлінського стажу, який виражається через його відношення до кількості років загального стажу (рис. 3.18).

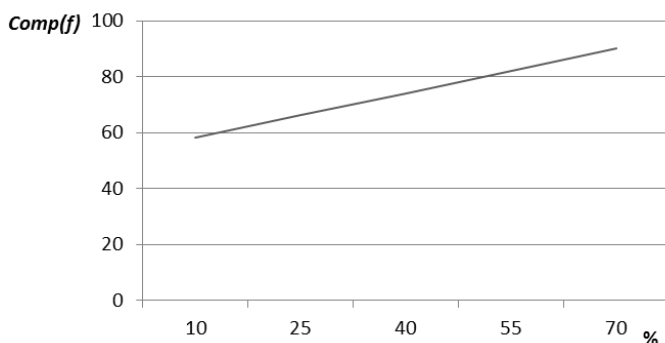


Рис. 3.18. Екстраполяційні характеристики частки управлінського стажу менеджера відносно його професійної компетентності

Збільшення ж частки стажу на керівній посаді дозволить підвищити рівень професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я на 0,53 бала.

З цієї точки зору, найвагомішим є показник інтенсивності науково-дослідницької роботи, оскільки він враховує суміщення управлінської діяльності менеджера та його науково-дослідницьку діяльність, що призводить до підвищення його професійної компетентності на 1,5 бала (рис. 3.19).

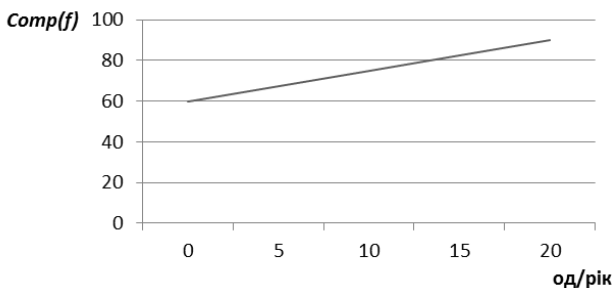


Рис. 3.19. Екстраполяційні характеристики інтенсивності науково-дослідницької діяльності менеджера відносно його професійної компетентності

Також збільшення загальної кількості публікацій робить свій внесок у розвиток професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я на 0,05 бала. Це спонукає до розробки організаційних та економічних важелів для мотивації наукової діяльності та публікування її результатів протягом усього загального медичного стажу.

Розподіл показника професійної компетентності менеджерів провідного рівня системи охорони здоров'я Тернопільської області в площині загального стажу та здійснення науково-дослідницької діяльності, яка виражається через публікацію результатів досліджень, наведено на рисунку 3.20.

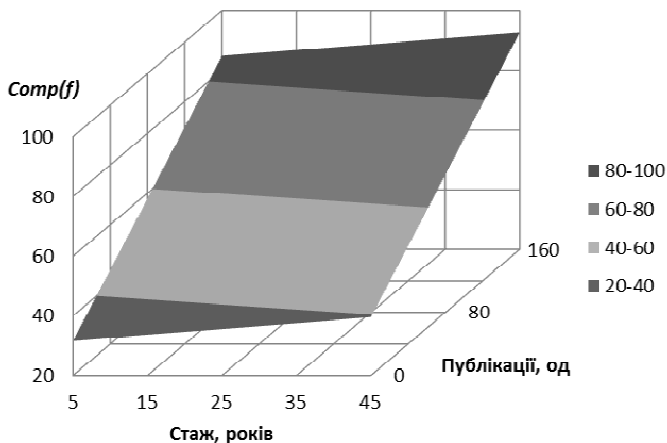


Рис. 3.20. Розподіл показника професійної компетентності в площині загального стажу і науково-дослідницької діяльності

Одержані математичні моделі будуть слугувати основою для бази моделей, яка становить іншу підсистему інформаційного забезпечення – підсистему моделей. За допомогою бази моделей експерт може в системі конструювати, аналізувати та інтерпретувати окремі моделі, домагаючись більшої їх ідентичності з аналогом.

База моделей включає статистичні моделі (з лінійним і нелінійним регресійним аналізом), інтервальні моделі професійної компетентності менеджерів провідного рівня системи охорони здоров'я. Для зберігання та маніпулювання моделями використовують такі поняття і методи предста-

влення знань, як: формальна логіка, семантичні мережі, моделі продукції, фреми і т. д.

Основною перевагою такого підходу є можливість створення групових систем підтримки прийняття рішень (СППР), які враховують роль багатьох експертів у груповому прийнятті рішення, за рахунок поєднання комунікацій, комп'ютерних обчислень і технологій на базі локальних та глобальних мереж.

Висновки

У монографії здійснено теоретичне узагальнення і запропоновано нове вирішення наукового завдання, що полягає в обґрунтуванні теоретико-методичних засад та наданні практичних рекомендацій щодо формування компетентності менеджера медичного закладу в системі охорони здоров'я. За результатами проведеного дослідження зроблено такі висновки:

1. Процеси трансформаційних перетворень в Україні створили об'єктивні передумови для орієнтації вітчизняних закладів охорони здоров'я на інтерактивні методи роботи й досягнення рівня, що відповідає світовим стандартам якості надання медичних послуг. У цих умовах суттєво зростає роль менеджерів медичних установ, які володіють комплексом професійних, управлінських і особистісних компетенцій. Сучасний компетентний менеджер орієнтований на постійне оновлення знань, готовий до розробки та впровадження інновацій на рівні світових стандартів. При цьому система компетентності менеджера в системі охорони здоров'я формується з урахуванням корпоративних стандартів ефективності, стратегії медичного закладу і завдань щодо її реалізації, а також корпоративної культури. Відповідно до зазначених характеристик, менеджер системи охорони здоров'я – це фахівець-професіонал, що поєднує в своїй роботі навички раціональної економічної поведінки, володіє технологією управління персоналом та структурними підрозділами СОЗ різних рівнів за умов перманентних змін відповідно до етичного кодексу лікаря і чинного законодавства. Під механізмом формування компетентностей управлінського персоналу необхідно розуміти інтегровану систему знань, навичок та

здібностей управлінського персоналу, сформованих у процесі навчання, накопиченого в практичній діяльності професійного досвіду.

2. Існуючі визначення поняття «компетентність» мають еволюційний характер, який корелює з динамікою переходу від технократичних до ціннісних позицій розгляду людини як основного джерела прогресивного економічного зростання. При цьому компетентність необхідно трактувати як інваріантну здатність трансформувати знання у практичне виконання завдань на основі релевантного механізму діяльності, що складається із синтезу ключових компетенцій з метою реалізації потенціалу кожного працівника і медичної установи загалом. Компетентнісний підхід передбачає визнання домінантної ролі людини, яка володіє набором компетенцій, результатом чого є соціально-економічний прогрес, стійкий розвиток та формування знанневої економіки.

3. Концептуальний підхід до управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я, який формує взаємозв'язок змісту, мети, завдань, принципів, функцій і методів такого управління, відрізняється від існуючих досягненням кумулятивного ефекту від компетентнісної активізації діяльності менеджерів, ідентифікацією та максимізацією складових компетенцій персоналу закладів охорони здоров'я з метою отримання працівниками випереджальних знань, розвитку здатності до освоєння новітніх технологій, визначення стратегічної траєкторії розвитку медичного закладу.

4. При розробці й реалізації стратегії управління персоналом організації, як правило, використовують технології управління компетенціями. Управління компетенціями є процесом порівняння потреби медичного закладу в кадрах з наявними трудовими ресурсами і вибір форм впливу для приведення їх у відповідність до вимог установи. В даному випадку під такою потребою закладу потрібно розуміти необхідний кількісний та якісний склад персоналу, який визначається відповідно до стратегії її розвитку, а під ресурсами – працівників організації з досягнутими рівнями компетенції, бажаннями, мотивацією, прагненнями. Результатом порівняння потреб і ресурсів стають управлінські рішення щодо найму, ротації, розвитку персоналу. Технологія компетентісного управління інтегрує технології управління за цілями, визначає вимоги виробництва та передбачає приведення персоналу лікувального закладу у відповідність до цих вимог. Ця технологія надає найбільш широкі можливості для використання її ре-

зультатів у різних кадрових програмах і для управління персоналом загалом.

5. Розроблений організаційно-економічний механізм компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я на основі використання формальних моделей у вигляді онтології поняття компетентності менеджера сприятиме ефективному управлінню компетентністю менеджерів та їх вмотивованості до інноваційної та науково-дослідницької діяльності. Впровадження створених онтологій дасть змогу: уніфікувати критерії відбору осіб на керівні посади; сформувати індикатори для оцінки діяльності, моніторингу й атестації; розробити програми підготовки менеджерів, виходячи із сучасних вимог до менеджера і враховуючи встановлені стандарти необхідних навичок та знань.

6. Виокремлені й синтезовані з використанням методів кореляційно-регресійного аналізу показники, які адекватно відображають систему формування компетентності менеджерів медичних закладів, дали змогу врахувати особистісні, управлінські та фахові якості менеджерів різних рівнів у систем охорони здоров'я. Основними факторами формування високої професійної компетентності менеджерів установ системи охорони здоров'я є: загальний медичний стаж роботи, частка стажу на керівних посадах від загального, кількість наукових публікацій, які відображають результати науково-дослідної діяльності, націленість на підвищення фахового рівня й одержання наукових ступенів. Також важливим показником професійної компетентності є інтенсивність публікування, що, зокрема, у відношенні до стажу на керівних посадах може відображати здатність поєднувати в собі компетентності самоорганізації і самоуправління з адміністративно-господарським управлінням.

7. Побудована для проведення оцінки розвитку базових й професійних компетенцій менеджера онтологія професійної компетентності менеджера медичного закладу є формальною моделлю поняття компетентності. Розроблені методи і критерії оцінки компетентності менеджерів у системі охорони здоров'я, які базуються на онтології поняття компетентності та системі компетенцій менеджера на основі трирівневої топології кадрової політики, забезпечують якісний моніторинг ефективності механізму компетентності менеджерів по всій вертикалі управління.

8. Отримані на основі інтервального підходу моделі професійної компетентності менеджерів встановлюють причинно-наслідкові зв'язки між професійною компетентністю менеджерів медичних закладів у систе-

мі охорони здоров'я і факторами, які її формують. Дані моделі можуть використовуватись суб'єктами організаційно-економічного механізму формування професійної компетентності менеджерів різного рівня як обґрунтування для вироблення стратегії та політики системи охорони здоров'я й організаційних заходів для досягнення ефективності управління компетентністю менеджерів у СОЗ і в наданні якісних медичних послуг.

9. Згідно з розробленою структурою механізму компетентності менеджерів медичних закладів його заходи доцільно поділити на категорії: стратегічні, організаційні, соціально-психологічні, мотиваційні та контрольні. Процес розробки і реалізації вказаних заходів передбачає необхідність їх обґрунтування й оцінки. Для цього суб'єкти механізму повинні володіти відповідним інструментарієм. На основі застосування інтервального підходу розроблено інструментарій обґрунтування доцільності розробки організаційних, мотиваційних і контрольних заходів у вигляді дескриптивних та нормативних моделей професійної компетентності менеджерів у системі охорони здоров'я. В якості інструментарію оцінки результатів впровадження заходів використано методіку на основі побудованих онтологій поняття професійної компетенції.

Список використаних джерел

1. Андреев А. Л. Знания или компетенции? Высшее образование в России. 2005. № 2. С. 103 – 110.
2. Армстронг М. Практика управления человеческими ресурсами. 8-е изд. / Пер. с англ. под ред. С. К. Мордовина, СПб.: Питер, 2008. 832 с.
3. Баєва О. В. Менеджмент в галузі охорони здоров'я. URL: http://pidruchniki.ws/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_-_bayeva_ov.
4. Баєва О. Формування державних освітньо-кваліфікаційних вимог до підготовки фахівців з менеджменту підприємств і організацій у сфері охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2009. Вип. 4. С. 231 – 238.
5. Балканска П. Защо е необходим модел за развитие на лидерски компетенции в сферата на здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2011. № 3. С. 19 – 25.
6. Балканска П., Проданова Я., Попова К. Компетентностен профил на ефективния лидер. Здравна политика и мениджмънт. 2010. том 10. С. 100 – 103
7. 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.

8. Барскова Г. Н., Князев А. А., Смирнов А. А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров. Социальные аспекты здоровья населения. 2010. № 15. С. 9 – 16.
9. Безродная Г. В. Принципы компетентностного подхода в медицинском вузе. Медицина и образование в Сибири : сетевое научное издание. 2008. № 2. URL: : http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=251
10. Белова О. Л. Квалификационная характеристика и модель компетенций: Можно ли ставить знак равенства? Кадровик. Кадровое делопроизводство. 2010. № 1. С. 10 – 15.
11. Білінська М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. Главный врач. 2007. № 11 (79). С. 69 – 73.
12. Бирли У. Оценка 360 градусов. Стратегии, тактики и техники для воспитания лидеров. М.: Эксмо, 2009. 45 с.
13. Богдан Н. Н. Модель управленческих компетенций руководителя. Современные кадровые технологии в системе государственного и муниципального управления Сибирского федерального округа : сб. «Научные записки СибАГС». 2008. № 2. С. 23 – 30.
14. Боятцис Р. Компетентный менеджер. Модель эффективной работы. М.: НИРРО, 2008. – 352 с.
15. Брагина З. В., Смирнова Т. А. Состав компетенций менеджера и их взаимодействие. Вестник ГУУ. 2009. № 7. С. 65.
16. Брич В. Я., Ліштаба Л. В. Поняття моделі менеджерських компетенцій та етапи її розробки в закладах охорони здоров'я. Інноваційна економіка: науково-виробничий журнал. 2016. № 7-8. С. 36 – 41.
17. Менеджмент персоналу: навч. посіб./за заг. ред. д.е.н., проф. В. Я. Брича.-Тернопіль: ТНЕУ, 2012. – 520с.
18. Брич В. Я., Корман М. М. Психологія управління: навч. посібн. / В. Брич, М. Корман. – К: Кондор-Видавництво, 2013. – 384 с.
19. Брич В., Борисьяк О. Вплив депресивних ринків праці на управління персоналом підприємств / В. Брич, О. Борисьяк // Соціально-економічний розвиток регіонів в контексті міжнародної інтеграції. – № 21(10). – 2016 – С. 60-65.

20. Брич В. Я., Нагара М. Б. Девелопментизаційні особливості ринку праці в умовах глобалізації / В. Брич, М. Нагара.– Тернопіль / Зб. наук. пр. Економічний аналіз. – 2016. – С.6-12.
21. Брич В.Я., Колодницька О. З. Людські ресурси як чинник забезпечення конкурентоспроможності підприємства / В. Брич, О. Колодницька // Інноваційна економіка. – №4.– 2015. – С.72-76.
22. Брич В. Я. Трансформація ринку праці та проблеми підвищення життєвого рівня населення / В. Брич.– Тернопіль: Економічна думка, 2003.– 375 с.
23. Брич В. Я. Трансформація ринку праці та проблеми підвищення життєвого рівня населення / В.Я.Брич, Тернопіль: Економічна думка, 2003.– 375 с.
24. Брич В. Я., Нагара М.Б. Методологічні засади розвитку коучингу в Україні / В. Я. Брич, М. Б. Нагара // Україна: аспекти праці, 2009. – №6. – С.18-23.
25. Брич В. Я., Шушпанов П. Г. Соціально-економічна структура населення Тернопільської області як чинник зовнішньої трудової міграції / В. Брич, П. Шушпанов // Україна: аспекти праці, 2009.–№1.–С.33-37
26. Вороненко Ю. В. Кваліфікаційні вимоги та професійна модель сучасного керівника військово-медичної служби. Укр. мед. часоп. 2009. № 1 (69) С. 56 – 61.
27. Вучкович-Стадник А. А. Оценка персонала: четкий алгоритм действенный и качественные практические решения. М. : Эксмо, 2012. 392 с.
28. Гарет Р. Рекрутмент и отбор. Подход, основанный на компетенциях. М.: НИРО, 2005. 288 с.
29. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с. URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf.
30. Глузман О. В. Базові компетентності : сутність та значення в життєвому успіху особистості. Педагогіка і психологія. 2009. № 2. С. 51 – 61.
31. Гуияр Ф. Ж. Преобразование организации. Пер. с англ. М.: Дело, 2010. 376 с.
32. Демин Б. А. Профессиональная компетентность специалиста: понятие и виды. Мониторинг образовательного процесса. 2000. № 4. С. 35 – 37

33. Дем'янченко Н. В. Компетенция персонала в системе менеджмента современной организации. URL:http://journal.kfrgteu.ru/files/1/2012_5_12.pdf.
34. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2004. 116 с.
35. Державне управління у сфері охорони здоров'я: суспільні потреби та підготовка кадрів : метод. рек. / авт. кол. : І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. ; за заг. ред. д-ра мед. наук І. М. Солоненка. К. : НАДУ, 2010. 56 с.
36. Державний стандарт вищої освіти: Освітньо-кваліфікаційна характеристика та освітньо-професійна програма підготовки бакалавра на пряму підготовки 0502 «Менеджмент». К.: М-во освіти і науки України, 2001. 59 с.
37. Дивак М. Використання властивостей інтервальних моделей в задачах послідовного планування оптимальних експериментів. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». 2001. № 418. С. 53 – 58.
38. Дивак М. П., Крамар О. В. Ідентифікація параметрів моделі на основі аналізу інтервальних даних. Вісник Тернопільського державного технічного університету. 1999. Т. 4, № 1. С. 76 – 80.
39. Димитров Д. Стил на лидерство и мениджмънт в болницата. Здравна политика и мениджмънт. 2009. С. 25 – 30.
40. Довбня С. Кому нужен коучинг. Топ-менеджер. 2003. № 6. С. 128 – 132.
41. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників галузі охорони здоров'я / розроб. Підаєв А. В. та ін. К.: МОЗ України, Мін-во праці та соц. політики. 2004. 229 с.
42. Доронина О. С. Компетенции как инструмент менеджмента, ориентированный на практическую деятельность в организации. Консультант. 2010. № 23. С. 59 – 63.
43. Дурдикулиєва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2011. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862>
44. Евдокимова Н. В. Становление понятий «компетентность» и «компетенция» в современной педагогической практике. Преподаватель высшей школы в XXI веке : труды междунар. науч.-практ. интернет-конфр. Ростов-на-Дону, 2007. Сб. 5. Ч. 1. С. 49 – 55.

45. Енциклопедичний словник з державного управління : довідков. вид. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В.Кобасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 819 с.
46. Євмешкіна О. Л. Підходи до визначення профілю професійних компетентностей керівника сфери охорони здоров'я. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики галузі охорони здоров'я / Матеріали наук.-практ. конф. Київ. 2015. С. 34 – 36.
47. Єрмаков І., Софій Н. Життєва компетентність особистості: від теорії до практики : наук.-метод. зб. Запоріжжя : ЦентрІон, 2005. 640 с.
48. Єфремов В. С., Хаников І. А. Ключова компетенція організації як об'єкт стратегічного аналізу. Менеджмент в Росії і за кордоном. 2002. № 2. С. 37 – 45.
49. Ждан В. М., Скрипник І. М., Марченко А. В. Проблема кадрової політики медичної галузі в розрізі часу. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики галузі охорони здоров'я / Матеріали наук.практ. конф. Київ. 2015. С. 37 – 39.
50. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. К. : [б. и.], 1994. 335 с.
51. Журавлев П. В. Менеджмент персонала: учеб. пособие для студентов эконом. спец. М.: Экзамен, 2004. 447 с.
52. Зими́на Э. В., Найговзина Н. Б. Руководящие кадры в медицине. Вестн. Росздравнадзора. 2010. № 1. С. 52 – 57.
53. Зимняя И. А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентного подхода в образовании. Авторская версия. М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2015. 279 с.
54. Зимняя И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. Высшее образование сегодня. 2003. № 5. С. 34–42.
55. Зорин А. И. Взаимосвязь понятия «квалификация» и «компетенция» в профессиональном образовании. Среднее профессиональное образование. 2010. № 12. С. 7 – 9.
56. Иванова С. В. Методы оценки профильных компетенций. Справочник по управлению персоналом. Журнал российской практики HR-практики. 2002. № 12. С. 27 – 31.

57. Идрисов А. Б. Стратегия на ключевых компетенциях и динамических способностях. Экономические стратегии. 2015. № 1. С. 11 – 19.
58. Кадрова політика і державна служба : навч. посіб. / С. М. Серьогін, Н. Т. Гончарук, Н. А. Липовська та ін. ; за заг. ред. проф. С. М. Серьогіна. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2011. 352 с.
59. Кадрова політика і державна служба : конспект лекцій / уклад. : В. М. Сороко. К. : НАДУ, 2009. 104 с.
60. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку / М. М. Білинська, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова // Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. С. 284 – 319.
61. Камерон Ш. Руководство по MBA. Пер. с англ.. Москва: Эксмо; 2007. 480 с.
62. Капацина А. О. Характерологічна обумовленість розвитку компетенцій менеджерів. Правничий вісник Університету «КРОК». 2014. Вип. 18. С. 133 – 139.
63. Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління. 2011. Вип. 3 (34). URL : <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2011-3/doc/4/01.pdf>
64. Катуніна І. Управленческие компетенции в контексте организационного развития: содержание и структура. Кадровик. Кадровый менеджмент. 2010. № 3. С. 11 – 15.
65. Кибанов А. Я., Митрофанова Е. А., Коновалова В. Г., Чуланова О. Л. Концепция компетентностного подхода в управлении персоналом : монография. М. : НИЦ ИНФРАМ, 2014. 156 с.
66. Колот А.М. Наукове забезпечення управління працею та соціально-трудовими відносинами на засадах міждисциплінарного підходу. Україна: аспекти праці. 2014. № 8. С. 3 – 9.
67. Комарова А. В. Понятия «компетентность» и «компетенция» как смыслообразующие единицы компетентностного подхода. Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. 2010. № 123.

68. Королёв О. Г. Формирование компетенций менеджеров разных уровней для инновационной экономики. Инициативы XXI века. 2012. № 2. С. 40 – 48.
69. Кристопчук Т. Є. Компетентнісний підхід: європейський вимір. Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького. Серія педагогіка. 2011. № 6. С. 33 – 41.
70. Криштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджмент в здравоохранении. – К. : Здоров'я, 1993. 180 с.
71. Кропотова Н. В. Компетентностно-ориентированное профессиональное образование: контекстность, комплексность, креативность. Профессионализм педагога в контексті Європейського вибору України. 2006. Ч. 1. С. 84 – 90.
72. Крюкова Г. М. Формирование профессиональной компетенции: контекст цивилизации. СПб, 2004. 452 с.
73. Ксенофонтова Х. З. Компетенции управленческого персонала и формирование конкурентных преимуществ предприятия. Человек и труд. 2010. № 7. С. 63 – 65.
74. Кудрявцева Е. И. Современные подходы к проблеме формирования и использования моделей компетенций. Управленческое консультирование. Актуальные проблемы государственного и муниципального управления. 2012. № 1. С. 166 – 177.
75. Кудрявцева Е. И. Компетенции и менеджмент: компетенции в менеджменте, компетенции менеджеров, менеджмент компетенций : монографія. СПб. : СЗИУ РАНХиГС, 2012. 340 с.
76. Кузнецова І. О. Модель компетенцій менеджера як складова ключової здібності підприємства. Сталій розвиток економіки. 2011. № 2. С. 228 – 234.
77. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції : автореф. дис.... канд. держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. К., 2006. 20 с.
78. Крыштопа Б. П. Менеджер в здравоохранении. – К. : [б. и.], 1995. 118 с.
79. Кудряшова Л. Д. Системно-психологическая оценка кадров руководителей и управленческих систем. Кишинев, 1983. 158 с.

80. Лаврищев М. П. Формирование профессиональных компетенций менеджера в условиях глобализации. URL: <http://research-journal.org/featured/social/formirovanie331professionalnyx-kompetencij-menedzhera-v-usloviyax-globalizacii>.
81. Латишев Є. Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції. Одеський медичний журнал. 2005. № 1 (87). С. 109 – 115.
82. Левченко Ф. М., Мегедь В. П., Радиш Я. Ф.. Професійна модель керівника військово-медичної служби. Військ. медицина України. 2004. № 4 (4). С. 9 – 15.
83. Лежнина Г. В. Компетентностный подход: теоретический анализ понятия. URL: <http://www.eduhmao.ru/info/1/3760/83683/>.
84. Ліштаба Л. В. Дефініції моделі менеджерських компетенцій в закладах охорони здоров'я. Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Чотирнадцяті економіко-правові дискусії. Економічне спрямування», 5 жовтня 2016 р., м. Львів. С. 13 – 14.
85. Ліштаба Л. В. Інноваційні стратегії формування і використання людського капіталу в сфері охорони здоров'я. Міжнародна наукова конференція «Інноваційна економіка: процеси, стратегії, технології», 27 січня 2017 р., м. Кельце (Республіка Польща). С. 1 – 3.
86. Ліштаба Л. В. Інтервальні моделі професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я. Економіка та суспільство. 2017. № 10. URL: <http://www.economyandsociety.in.ua>
87. Ліштаба Л. В. Необхідність впровадження програм навчання професійних менеджерів в системі охорони здоров'я. Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми і тенденції розвитку сучасної економіки в умовах інтеграційних процесів. Теоретичні та практичні аспекти», 10–11 листопада 2016 р., м. Херсон. С. 361 – 363.
88. Ліштаба Л. В. Особливості формування ключових лідерських компетенцій менеджерів в сфері охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2016. № 20 [частина 1], серія «Економічні науки». С. 119 – 122.
89. Ліштаба Л. В. Особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. Міжнародна науково-практична конференція «Перспективи

- економічного зростання та інноваційного розвитку України», 9–10 грудня 2016 р., м. Ужгород. С. 80 – 81.
90. Ліштаба Л. В. Поняття та аналіз кадрового забезпечення в системі управління закладами охорони здоров'я Тернопільської області. Соціально-економічні проблеми і держава. 2016. № 2 (15). С. 48 – 54.
91. Ліштаба Л. В. Сучасний стан та особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. Східна Європа: економіка, бізнес та управління. 2017. № 6. URL: <http://www.easterneurope-ebm.in.ua/6-2017-ukr>.
92. Ліштаба Л. В. Тенденції розвитку теоретичних аспектів компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я. XII Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених «Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна візія та виклики глобалізації», 24–25 березня 20106 р., м. Тернопіль. С. 82 – 83.
93. Ліштаба Л. В. Теоретичні підходи до визначення компетентності менеджера. Економічний аналіз. 2015. Т. 22, № 2. С. 75 – 81.
94. Ліштаба Л. В. Теоретичні основи компетентності менеджерів в галузі охорони здоров'я. Міжнародна наукова конференція «Проблеми та перспективи розвитку національних економік: від мікро- до макрорівня», 8 квітня 2016 р., м. Одеса. С. 175 – 177.
95. Ліштаба Л. В. Управління персоналом як провідна функція менеджера в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2016. №1(50). С. 163 – 169.
96. Ліштаба Л. В. Формування основних лідерських компетенцій менеджерів для роботи в сфері охорони здоров'я. Міжнародна науково-практична інтернет-конференція економічного спрямування «Проблеми стабілізації економіки країни», 16 грудня 2016 р., м. Тернопіль. С. 126 – 128.
97. Луговий В. І. Компетентності та компетенції: поняттєво-термінологічний екскурс. Вища освіта України. 2009. № 3. С. 8 – 14.
98. Маркова А. К. Психология профессионализма. М., 1996. 308 с.
99. Мартинюк О. І., Жаліло Л. І.. Системно-синергетичний підхід до підготовки кадрового потенціалу реформування системи охорони здоров'я в Україні. Стратегія державної кадрової політики – основа модернізації країни: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. за між-

- нар.участю, Київ, 31 трав. 2012 р.: : до 15-річчя галузі науки «Державне управління». К. : НАДУ, 2012. С. 255 – 257.
100. Машин В. А. Руководство по разработке моделей компетенций. – URL: <http://mashinva.narod.ru/safety.html>.
 101. Мерзлякова С. В. Ассесмент-центр как эффективный метод обучения. Акмеология. 2016. № 2. С. 99-103.
 102. Миллс Р. Карманный справочник по компетенциям. М. : НИРРО, 2004. 85 с.
 103. Минкова Э. Б. Развитие персонала на основе компетенций. URL: http://www.savproject.ru/services/kadrovyyu-konsalting/model_kompetentsiy.
 104. Митрофанова Е. А., Коновалова В. Г., Белова О. Л. Управление персоналом: теория и практика. Компетентностный подход в управлении персоналом : учебно-методическое пособие. под ред. А. Я. Кибанова. М. : «Проспект», 2012. 72 с.
 105. Митрофанова Е. А. Формирование модели компетенций: методический подход. Кадровик. Кадровый менеджмент. 2010. № 8. С. 103 – 111.
 106. Михеев Ю. Как в компаниях используется модель компетенций. URL: <http://trainings.ru>.
 107. Модель компетенций сотрудника: советы по созданию и применению. URL: <http://www.bzzn.ru>.
 108. Нижник В.М., Харун О.А. Механізм мотивації високопродуктивної праці персоналу підприємств : монографія / В. М. Нижник, О. А. Харун. – Хмельницький : ХНУ, 2011. – 210 с.
 109. Огнев В. А. Вюн В. В., Чухно І. А. Підвищення кваліфікації керівників сфери охорони здоров'я як один із напрямів зростання їх управлінської компетентності. Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку : матеріали доповідей IV науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 3 листопада 2015 р., 2015. С. 181 – 183.
 110. Освітньо-професійна програма за спеціальністю 8.150105 «Державне управління у сфері охорони здоров'я»: Галузевий стандарт вищої освіти / О. Ю. Оболенський, Г. М. Солоненко, Л. Г. Жаліло та ін. К. : Вид-во НАДУ, 2009. 54 с.

111. Пахлова И. В. Значение компетентностного подхода в управлении персоналом современных организаций. Молодой ученый. 2014. № 12. С. 162 – 169.
112. Поживілова О. В., Радиш Я. Ф., Васюк Н. О., Ляховченко Л. А. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. Інвестиції: практика та досвід. 2011. № 19. С. 76 – 83.
113. Построение модели компетенций в компании : методическое пособие /Авт.-сост. Е. Рудавина. М. : Международный центр финансово-экономического развития, 2008. 51 с.
114. Прасол В. П. До питання вдосконалення кадрового менеджменту закладів охорони здоров'я в Україні. Охорона здоров'я: державна політика та розвиток ринку медичних та фармацевтичних послуг : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., Сімферополь, 28 груд. 2011 р. Сімферополь, 2011. С. 40– 43.
115. Протопопов А. А., Еругина М. В., Коршевер Н. Г. и др. Методологические аспекты профессиональной подготовки организаторов здравоохранения. Саратов. науч.-мед. журн.2012. № 8. С. 1017–1022.
116. Равен Джон. Компетентность в современном обществе. Выявление, развитие и реализация / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2002. 396 с.
117. Радиш Я. І. Із досвіду формування професійної моделі керівника системи охорони здоров'я. Охорона здоров'я України. 2002. № 3/4. С. 25 – 29.
118. Решетников В. А., Сквырская Л. Е., Сырцова Л. Е. и др. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением. Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 6. С. 11 – 12.
119. Робертс Г. Подход, основанный на компетенциях. М.: Гиппо, 2010. 288 с.
120. Рожкова І. В. Конкурентоспроможність регіонального управління охороною громадського здоров'я в умовах суспільних трансформацій в Україні. К. : Фенікс, 2009. 372 с.
121. Романюк М. Д. Соціальні аспекти розвитку регіону за умов економічної кризи / Михайло Дмитрович Романюк // Вісник соціально-економічних досліджень: зб. наук. праць; за ред.: М. І. Зверькова (го-

- лов. ред.) та ін. (ISSN 2313-4569). – Одеса: Одеський національний економічний університет. – 2015. – Вип. 1. – № 56. – С. 254–259.
122. Садон Е. В. Контроль за формированием профессиональных компетенций. Психолого-организационные формы. Вестник СибГАУ. 2006. № 6. С. 9 – 26.
123. Селевко Г. К. Компетентности и их классификация. Народное образование. 2004. № 4. С. 138.
124. Ситник Й. С. Управління знаннями як складова процесу інтелектуалізації систем менеджменту підприємств. URL: <http://economyandsociety.in.ua>.
125. Славинский А. Э. Модель компетенций в системе управления персоналом. Нефть, газ и бизнес. 2009. № 9. С. 78 – 79.
126. Солоненко І. М., Рожкова І. В.. Сучасні суспільні вимоги щодо підготовки керівників у сфері охорони здоров'я в Україні. Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я (Житомир, 23-25 жовт. 2008 р.). Житомир, К. : [б. в.], 2008. С. 166 – 168.
127. Солоненко І. М., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10 simsoz.pdf>.
128. Состояние подготовки специалистов в области общественного здравоохранения в Украине и в мире / Ю. В. Вороненко, В. В. Глуховский, А. С. Коваленко и др. К. : Сфера, 2003. 59 с.
129. Спенсер Л. М. Компетенции на работе. пер. с англ. М. : НІРРО, 2005. 384 с.
130. Стан підготовки спеціалістів у галузі охорони громадського здоров'я в Україні та в світі: огляд / Р. В. Вороненко, В. В. Глухівський, О. С. Коваленко, В. М. Лехан, В. М. Рудий, Л. М. Скоропада, І. М. Солоненко. К.: Сфера, 2003. 86 с.
131. Стёганцев А. В. Компетентностный подход: от профессионального образования к образованию профессионалов. URL: http://www.stiogantsev.ru/st/biz_komppodhod.htm.
132. Страхова О, Голант З., Швецова О. Развитие конкурентоспособности организации на основе управления компетенциями: учеб. пособие. СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2010. 68 с.

133. Субетто А. И. Компетентностный подход: онтология, эпистемология, системные ограничения, классификация – и его место в системе ноосферного императива в XXI веке. Уфа, 2007. 95 с.
134. Субетто А. И. Онтология и эпистемология компетентностного подхода, классификация и квалиметрия компетенций. Санкт-Петербург; Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2006. 72 с.
135. Татур Ю. Г. Компетентность в структуре модели качества подготовки специалиста. Высшее образование сегодня. 2004. № 3. С. 20 – 27.
136. Уиддет С. Руководство по компетенциям. М. : НИРО, 2008. 240с.
137. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : кол. моногр. / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло та ін. ; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. К. : МАУП, 2007. 376 с.
138. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2008. 276 с.
139. Формирование компетенций организаторов здравоохранения в ходе дополнительной профессиональной подготовки / Кича Д.И., Фомина А.В., Маарян А.С., Пачгин И.В., Иваненко А.В., Луговой В.Е. // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 6. С. 42 – 48.
140. Хожило І. І., Акуленко О.В. Атестація як технологія формування компетентності керівників органів управління охороною здоров'я. Державне будівництво. 2010. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2010_1_24.
141. Хуторской А. В. Определение общепредметного содержания ключевых компетенций как характеристика нового подхода к конструированию образовательных стандартов. URL: www.eiudos.ru/news.
142. Чемяков В. П. Диагностика компетенций в системе оценки персонала. Кадровик. РУ. 2011. № 4 (53). URL: <http://www.best-staff.ru/index.php?page=page46>.
143. Черепанов А. В. Формирование профессиональных компетенций управленческих кадров современной организации. Образование. 2010. № 6. С. 115 – 122.
144. Чуланова О. Л. Актуальность компетентностного подхода в управлении персоналом. Интернет-журнал «Науковедение». 2014. № 5 (24). URL: <http://naukovedenie.ru/PDF/79EVN514.pdf>.

145. Чуланова О. Л. Кластеры компетенций управленческого персонала организации. Вопросы экономики и управления в современном обществе : сб. науч. стат. по итогам междунар. науч.-практ. конф. (Волгоград, 17–18 ноября 2011 г.) / Под ред. В. Н. Гуляихина. Волгоград : Волгоград. науч. изд-во, 2011. С. 270 – 272.
146. Чуланова О. Л. Компетентностный подход в управлении персоналом как инструмент формирования конкурентных преимуществ организации. Современные проблемы социального и экономического управления : сб. науч. тр. Вып. 4 / Сургут. гос. ун-т ХМАО – Югры. Сургут : ИЦ СурГУ, 2011. С. 136 – 145.
147. Чуланова О. Л. Компетентностный подход в управлении человеческими ресурсами как интеграционный метод стратегического управления вузом. «Имиджология – 2011: развитие и продвижение территорий : материалы IX Междунар. симп. по имиджологии / Под ред. Е. А. Петровой. М. : РИЦ АИМ, 2012. С. 229 – 237.
148. Чуланова О. Л. Эволюция развития компетентностного подхода в управлении персоналом. Современные проблемы социального и экономического управления : сб. науч. тр. Вып. 5 / Сургут. гос. ун-т ХМАО – Югры. Сургут : ИЦ СурГУ, 2012. С. 192 – 206.
149. Чуркина М. Управленческая эффективность руководителя. М.: Альпина Бизнес Букс, 2009. 320 с.
150. Чухно І. А. Професійна компетентність керівника в сфері охорони здоров'я в сучасних умовах. Формування національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф., м. Харків, 12 березня 2015 р. / ред. кол. : А.С. Немченко та ін. Х. : Вид-во НФаУ, 2015. С. 218– 219.
151. Шадриков В. Д. Новая модель специалиста: инновационная подготовка и компетентностный подход. Высшее образование сегодня. 2004. № 8. С. 26 – 33.
152. Шамова Т. И., Лебедев В. В. Структурирование компетенций и их связь с компетентностью. Сборник материалов VIII международной научно-практической конференции : в 2 ч. Ч. 1. М. : АПК и ПРО, 2004. С. 26 – 35.

153. Шеметова Н. К. Использование модели компетенций как метод принятия управленческих решений в сфере управления персоналом. ЭГО. 2010. № 1 (1). С. 13 – 17.
154. Шишов С. Е., Агапов И. Г. Компетентностный подход к образованию: прихоть или необходимость? Стандарты и мониторинг в образовании. 2002. № 2. С. 58 – 62.
155. Шматко Д. Значение коучинга для организации. Управление персоналом. 2002. № 7. С. 23 – 24.
156. Щокін Г. В. Соціальна теорія та кадрова політика : монографія. К.: МАУП, 2000. 576 с.
157. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності галузі охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К., 2015. 460 с.
158. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності галузі охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. К., 2016. 452 с.
159. Щур О. Визначення та оцінка компетенцій, що зумовлюють ефективність працівника. Практика управління. березень. 2007. URL: www.hr.kavjarnia@gmail.com.
160. Bonder A., Hollands D., & Miles J. A blue-print for the future: Competency-based management in the Public Service of Canada. Ottawa. The Treasury Board Secretariat. Public Service Commission Working Group on Competency. Based management. 1999
161. Boyatzis R.E. The competent manager: a model for effective performance [Text]. New York: Wiley, 1982.
162. Fleischman E. A., Wetrogan L. I., Uhman C. E., Marshall-Miles J. C., (1995) In Peterson N. G., Mumford M. D., Borman W. C., Jeanneret P. R., Fleishman E. A. (Eds.). Development of prototype occupational information network content model (vol. 1, pp. 10.1–10.39). Utah: Utah Department of Employment Security (Contract Number 94–542).
163. Hamel G., Prahalad C.K. Competing for the Future: Breakthrough Strategies for Seizing Control of Your Industry and Creating Markets of Tomorrow. – Boston: Harvard Business School Press. 2014. 340 p.

164. Hendry C., Pettigrew A. The Practice of Strategic Human Resource Management. *Personnel Review*. 2014. № 15. P. 2 – 8.
165. Klein A. L. Validity and reliability for competency-based system: Reducing litigation risks. *Compensation and Benefits Review*. 1996. 28. P. 31–37.
166. Lihstaba L. V. Organization and implementation of training programs in healthcare management: international experience. *East European Scientific Journal*. 2016. № 12 (16). P. 122 – 126.
167. Mansfield R. S. Building competency model. *Human Resource management*. 1996. 35. P. 7 – 15.
168. Mirabile R. J. Everything you wanted to know about competency modeling. *Training and Development*. 1997. August. P. 73 – 77.
169. Qvretveit J. A. Developing public health service management in Europe. *European J. Public Health*. 1998. № 8. P. 87 – 88.
170. Slivinski L., Donoghue E., Chadwick M., Ducharme F. A., Gavin D. W., Lorimer A., Mcsheffrey R., Mile J., & Morry G. The wholistic competency profile: A model. Ottawa: Staffing Policy and Program Development Directorate, Public Service Commission of Canada, 1996.
171. Spencer L. M., McClelland D. C., Spencer S. *Competency assessment methods: History and state of the art*. Boston: Hay-McBer Research Press, 1994.
172. Stotey J. *New Developments in the Management of Human Resources*. Oxford : Blackwell, 2015. 476 p.
173. Tidd J. *From strategic management to strategic competence: Measuring technological, Market and Organization Innovation*. 2nd Edition. London : Imperial College Press, 2013. 437 p.
174. Woodruff C. What is meant by a competency? *Leadership and Organizational Development Journal*. 1993. P. 29 – 36.
175. <http://uoaz.gov.ua> – Офіційний сайт Головного управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА.

Додатки

Додаток А**Анкета**

Перш ніж відповісти на питання, уважно прочитайте всі варіанти відповідей, потім обведіть кружечком цифри проти тієї відповіді, яка відповідає Вашій думці або обведіть саму відповідь.

1. Вкажіть Вашу стать:

1. Чоловіча.
2. Жіноча.

2. Ваш Вік:

1. До 30 років.
2. 31-40 років.
3. 41-50 років.
4. 51-60 років.
5. Понад 60 років.

3. Вкажіть область, місто та район, в якому розміщений Ваш медичний заклад, і його офіційне найменування _____

4. Ваш загальний медичний стаж роботи:

1. До 1 року.
2. 1- 5 років.
3. 6-10 років.
4. 11-15 років.
5. 16-20 років.
6. понад 20 років.

5. Ваша посада _____

6. Ваш стаж роботи в охороні здоров'я (на керівних посадах):

1. До 1 року.
2. 1-5 років.
3. 6-10 років.
4. 11-15 років.
5. 16-20 років.
6. 21-25 років.
7. Понад 26 років.

7. Скільки років Ви працюєте в даному лікувальному закладі?

1. До 1 року.
2. 1-5 років.
3. 6-10 років.
4. 11-15 років.
5. 16-20 років.
6. 21-25 років.
7. Понад 26 років.

8. Скільки років Ви працюєте на даній посаді?

1. До 1 року.
2. 1-5 років.
3. 6-10 років.
4. 11-15 років.
5. 16-20 років.
6. 21-25 років.
7. Понад 26 років.

9. Чи маєте Ви кваліфікаційну категорію?

1. Першу.
2. Другу.
3. Вищу.
4. Не маю.

10. Який ВНЗ закінчували? _____

11. Рік закінчення ВНЗ _____

12. Факультет _____

13. Чи маєте Ви науковий ступінь?

1. К.мед.н.
2. д.мед.н.
3. Магістр.
4. Доктор PhD.
5. Не маю.

14. Чи прагнете Ви просунутися по службовій драбині?

1. Так.
2. Ні.
3. Важко відповісти.

15. Які якості, на Ваш погляд, необхідні для подальшого професійного росту і кар'єри (можливі кілька варіантів відповідей)? _____

16. Яка основна мета в керівника медичного закладу? Проведіть ранжування:

1. Удосконалювати якість наданої допомоги.
2. Забезпечувати якість послуг, що надаються.
3. Допомогати вижити медичному закладу.
4. Здійснювати керівництво.
5. Покращувати виробничі показники установи.
6. Контролювати діяльність установи.
7. Поліпшувати показники здоров'я населення.
8. Забезпечувати конкурентну здатність.
9. Задовольняти пацієнтів.

17. Чи читаєте Ви медичну літературу?

1. Так, регулярно.
2. Так, іноді.
3. Ні, не читаю.

18. Якщо «Так», то де Ви її берете?

1. Виписую.
2. Беру в колег.
3. У бібліотеці своєї ЛПУ.
4. Інше.

19. Чи маєте Ви наукові публікації?

1. Ні.
2. 1.
3. 2.
4. 3-5.
5. більше 5.

20. Чи займаєтеся Ви паралельно з практичною діяльністю науково-дослідницькою роботою?

1. Так.
2. Ні.
3. Важко відповісти.

21. Чи маєте Ви доступ до мережі INTERNET:

1. Так (вказіть де) _____
2. Ні.

22. Чи використовуєте Ви в своїй роботі ресурси мережі INTERNET:

1. Так
2. Рідко
3. Ні

23. Як Ви оцінюєте стан охорони здоров'я в регіоні?

1. Відмінний.
2. Хороший.
3. Задовільний.
4. Поганий.
5. Кризовий.
6. Важко відповісти.

24. Чи прагнете Ви до використання новітніх досягнень?

1. Так.
2. Ні.

25. Чи довіряють Вам люди, які постійно або тимчасово перебувають у Вашому підприємстві?

1. Так.
2. Ні.

26. Чи заохочуєте в підлеглих Вам людей прояв самостійності, незалежності в роботі й ініціативу?

1. Так.
2. Ні.

27. Чи контролюєте хід виконання завдання Вашими підлеглими?

1. Так.
2. Ні.

28. Чи висловлюєте Ви подяку підлеглому за добре виконану роботу?

1. Так.
2. Ні.

29. Чи знаєте про те, як найкращим чином використовувати позитивні якості, Ваших підлеглих у роботі?

1. Так.
2. Ні.

30. Чи розкриваєте значення роботи, яку виконує кожен Ваш підлеглий для спільної справи?

1. Так.
2. Ні.

31. Чи є у Вас план щодо підвищення своєї кваліфікації?

1. Так.
2. Ні.

32. Де Ви самі проходите цикли підвищення кваліфікації та які? _____**33. Чи знаєте Ви про те, на які якості працівника необхідно орієнтуватися при прийманні його на роботу?**

1. Так.
2. Ні.

34. Чи готові Ви змінити стиль свого керівництва, якщо буде потрібно?

1. Так.
2. Ні.

Шановні керівники лікувальних установ, пропонуємо Вам тест Поля Херсі й Кеннета Х. Бланчард. Вам необхідно уявити себе в кожній з наведених нижче ситуацій. Для кожної ситуації запропоновано 4 альтернативні варіанти дій, які Ви могли б зробити. Уважно прочитайте всі варіанти. Подумайте про те, якби Ви вчинили за таких обставин. Ви повинні вибрати лише один варіант відповіді для кожної ситуації і позначити:

35. Ситуація 1. Ваші підлеглі останнім часом уникають дружніх бесід з Вами, і Ваша щира турбота про їхнє добробут не знаходить у них відгуку. Якість їх роботи різко знижується. Ви:

- A. Підкреслюєте необхідність виконання повсякденних обов'язків і важливість завдань, які стоять перед колективом.
- B. Не проявляючи особливої особистої ініціативи, надаєте групі можливість вести діалог з Вами.
- C. Спілкуєтеся з даною проблемою з підлеглими і визначаєте мету подальшої роботи.
- D. Навмисно не втручаєтеся.

36. Ситуація 2. Продуктивність праці Вашого колективу помітно зростає. Ви намагаєтеся переконатися, що всі його члени знають свої функціональні обов'язки і відповідають поставленим вимогам. Ви:

- A. Підтримуєте з членами колективу дружні стосунки, водночас постійно перевіряючи, наскільки сумлінно виконують свої функціональні обов'язки.
- B. Не вживаєте ніяких дій.
- C. Робите все, що від Вас залежить, щоб створити в колективі атмосферу загальної причетності й важливості виконуваних завдань.
- D. Підкреслюєте важливість вирішення задач до зазначеного терміну.

37. Ситуація 3. Ваші підлеглі виявилися не здатними вирішити проблему, що виникла. Зазвичай Ви покладалися на їх самостійність. Робота і взаємини всередині колективу хороші. Ви:

- А. Разом із ними візьмете участь у вирішенні проблеми.
- В. Дозволите підлеглим самим вибрати шляхи вирішення проблеми.
- С. Проявите твердість у керівництві і швидко відреагуєте на необхідність реорганізації роботи колективу.
- Д. Заохотите членів колективу в їх роботі над вирішенням проблеми і підтримаєте їх ініціативу.

38. Ситуація 4. Ви хочете, щоб у колективі відбулися будь-які зміни. У Ваших підлеглих чудовий послужний список. Вони розуміють необхідність змін. Ви:

- А. Залучите членів колективу до розробки необхідних змін, не нав'язуючи при цьому своєї думки.
- В. Оголосите про необхідні зміни і безпосередньо будете керувати їх втіленням.
- С. Дозволите колективу самому виробити напрямок діяльності.
- Д. Врахуєте пропозиції членів колективу, але втіленням змін будете керувати самі.

39. Ситуація 5. Якість роботи Вашого колективу погіршується вже протягом декількох місяців. Члени колективу не прагнуть виконувати поставлених перед ними завдань. У минулому перерозподіл і перегляд ролей та обов'язків допомагали виправити ситуацію. Вам постійно доводиться нагадувати підлеглим про необхідність виконання завдань до зазначеного терміну. Ви:

- А. Дозволите колективу самому визначити напрямок діяльності.
- В. Врахуєте пропозиції колективу, але простежите, щоб вони відповідали цілям Вашої організації.
- С. Перерозподілите ролі й обов'язки своїх підлеглих і надалі будете безпосередньо керувати їх діяльністю.
- Д. Залучите колектив до визначення ролей та обов'язків його членів, при цьому, не нав'язуючи своєї думки.

40. Ситуація 6. Ви прийшли керівником в організацію з добре налагодженою системою управління. Ваш попередник здійснював жорсткий контроль за її функціонуванням. Ви хочете, не знижуючи ефективності системи управління, створити більш невимушену атмосферу в колективі. Ви:

- А. Зробіть все, що від Вас залежить, щоб кожен член колективу відчув свою значимість і причетність.
- В. Підкреслите важливість виконання поставлених завдань до зазначеного терміну.
- С. Навмисно не будете втручатися.
- Д. Постараетесь залучити всю групу до процесу прийняття рішень, але особисто прослідкуєте, щоб поставлені цілі були досягнуті.

41. Ситуація 7. Ви хочете змінити структуру колективу. Ваші підлеглі висловили свої пропозиції з приводу необхідних змін. Ваш колектив працює ефективно і продемонстрував гнучкість у вирішенні завдань. Ви:

A. Визначите, що саме треба змінити, й особисто будете керувати процесом змін.

B. Разом із членами колективу визначите напрямки, в якому повинні відбуватися зміни, і доручите підлеглим самим втілити їх в життя.

C. Приймете пропозиції своїх підлеглих щодо необхідних змін, але їх втіленням у життя будете керувати самі.

D. Щоб уникнути конфронтації залишите все, як є.

42. Ситуація 8. Робота Вашого колективу і відносини між його членами хороші. Однак Вам здається, що Ви недостатньо керуєте його діяльністю. Ви:

A. Не зробите жодних кроків.

B. Обговорите становище з підлеглими і запропонуєте необхідні зміни.

C. Будете вживати заходів з метою організувати роботу підлеглих у чітко визначеному напрямку.

D. Будете підтримувати ініціативу підлеглих в обговоренні з ними проблеми, не нав'язуючи при цьому своєї думки.

43. Ситуація 9. Вас призначено очолювати робочу групу, яка з великим запізненням виконує завдання вироблення рекомендацій щодо впровадження нововведень. Групі не зовсім зрозуміло, які завдання і цілі перед нею поставлено. Відвідуваність засідань дуже низька. Проведені наради швидше нагадують вечори відпочинку. Але члени групи мають у своєму розпорядженні достатній потенціал для того, щоб виконати поставлене перед ними завдання. Ви:

A. Дозволите групі самостійно вийти із ситуації, що склалася.

B. Врахуєте пропозиції колективу, але простежите, щоб вони відповідали завданням, які стоїть перед Вашою організацією.

C. Переглянете цілі й завдання групи і будете ретельно стежити за ходом їх виконання.

D. залучите всіх членів групи до визначення цілей її роботи, не здійснюючи на них тиску зі свого боку.

44. Ситуація 10. Ваші підлеглі, які зазвичай здатні виконувати свої обов'язки добре, не відповідають нещодавно переглянутим Вами стандартам. Ви:

A. залучите групу до процесу перегляду стандартів, вдаючись до жорсткого контролю.

B. Змінивши вимоги, будете ретельно контролювати їх виконання.

C. Щоб уникнути конфронтації, не будете вдаватися до тиску, дозволите подіям розвиватися природно.

D. Врахуєте пропозиції колективу за умови їх відповідності новим стандартам.

45. Ситуація 11. Вас підвищили на посаді. Попередній керівник не втручався в роботу колективу, який досить добре справлявся зі своїми завданнями та напрямками роботи. Взаємини між його членами хороші. Ви:

А. Вживете заходів з метою організувати роботу підлеглих у чітко визначеному напрямку.

В. Залучите підлеглих до процесу прийняття рішень і підтримаєте хороші починання.

С. Обговорите з підлеглими виконану роботу і потім проаналізуєте необхідність нововведень.

Д. Як і Ваш попередник, не будете втручатися в роботу колективу.

46. Ситуація 12. Ви отримали інформацію про те, що Ваш колектив зіткнувся з тимчасовими труднощами. У Ваших підлеглих чудовий послужний список. Вони ефективно справлялися з виконанням довгострокових завдань. Члени колективу працювали гармонійно протягом минулого року. Всі підлеглі мають високу кваліфікацію для виконання завдань. Ви:

А. Винесете на розгляд колективу свій варіант вирішення проблеми і проаналізуєте необхідність нововведень.

В. Дозволите членам колективу самим прийняти рішення.

С. Проявите швидкість і твердість, вносячи корективи.

Д. Візьмете участь в обговоренні проблеми, підтримавши, таким чином, своїх підлеглих.

47. Рівень підпорядкованості Вашої організації:

1. Обласний.
2. Міський.
3. Районний.
4. Інша.

48. Яка кількість населення прикріплена до Вашої медичної установи?

49. Яка спеціалізація Вашої медичної установи? _____

50. Скільки відділень у Вашій медичній установі? _____

51. Скільки ліжок загалом у Вашій медичній установі?

1. До 20 ліжок.
2. Від 20 до 50 ліжок.
3. Від 50 до 100 ліжок.
4. Від 100 до 200 ліжок.
5. Від 200 до 300 ліжок.

52. Чи пройшла Ваша організація акредитацію?

1. Так.
2. Ні.

53. Який бал набрала Ваша організація при акредитації? _____

54. Вартість пасиву Вашої медичної установи _____

55. Вартість обладнання на балансі Вашої медичної установи _____

56. Свої умови праці Ви оцінюєте як:

1. Відмінні.
2. Хороші.
3. Задовільні.
4. Незадовільні.
5. Важко відповісти.

57. Якщо Ви не задоволені своїми умовами праці, то причиною є (можливо кілька варіантів відповідей):

1. Погана матеріально-технічна база.
2. Не влаштовує стиль керівництва.
3. Нераціональна організація праці.
4. Надмірні навантаження.
5. Поганий психологічний клімат в колективі.
6. Важко відповісти.
7. Ваш варіант.

58. Який відсоток зносу медичного обладнання Вашої медичної установи? _____

59. Хто, на Вашу думку, бере участь у процесі вдосконалення системи управління медичної установи?

1. Всі медпрацівники.
2. Заступник головного лікаря і завідувач відділенням.
3. Головний лікар.
4. Головний лікар, його заступник, завідувач відділенням.
5. Лікуючий лікар.
6. Завідувач відділенням.
7. Заступник головного лікаря.
8. Лікарі та завідувачі відділенням.
9. Заступник головного лікаря, завідувач відділенням, лікарі.
10. Головний лікар і завідувачі відділеннями.
11. Головний лікар і фахівці.
12. Заступник головного лікаря і лікарі.
13. Медичні асоціації.

14. Методична рада, наукові співробітники, експертні ради.
15. Міністерство охорони здоров'я і т. д.
16. Важко відповісти на це питання.

60. Назвіть 5 найбільш гострих, з Вашої точки зору, проблем сьогоденної охорони здоров'я:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

61. Вкажіть нижче наведених прикладів, які, на Вашу думку, може сприяти вдосконаленню системи управління і поліпшенню діяльності медичної установи загалом на сучасному етапі

1. Оснащення, гідне фінансування, зміцнення матеріально-технічної бази.
2. Впровадження новітніх технологій.
3. Підвищення кваліфікації медичного персоналу.
4. Оплата за якість медичних послуг.
5. Підвищення заробітної плати.
6. Посилення експертного контролю.
7. Стимулювання роботи за якість наданої допомоги.
8. Введення часткової оплати за лікування пацієнтами.
9. Повне забезпечення медикаментами.
10. Важко відповісти на це питання.
11. Або наведіть конкретні приклади можливих заходів.

Наведіть деякі показники діяльності Вашого закладу:

№	Показник	Динаміка показників за 5 років				
		2011	2012	2013	2014	2015
1	Загальна смертність					
2	Дитяча смертність					
3	Материнська смертність					
4	Захворюваність населення					
5	Хворобливість					
6	Вихід на первинну інвалідність					
7	Робота ліжка					
8	Середня тривалість перебування хворого на ліжку					
9	Кількість хворих на одного практикуючого лікаря в стаціонарі					
10	Кількість хворих на одного практикуючого лікаря в поліклініці					

62. Який загальний штат Вашої медичної установи?

1. Адміністрація _____
2. Лікарів _____
3. Середнього медичного персоналу _____
4. Молодшого медичного персоналу _____

63. Чи існує недоукомплектованість персоналом Вашої медичної організації відповідно до штатного розкладу (понад 6 місяців)?

- Ні.
- Так, (відзначте):
 1. ВОП.
 2. Дільничних терапевтів.
 3. Дільничних педіатрів.
 4. Акушер – гінекологів.
 5. Стоматологів.
 6. Медсестер.
 7. Допоміжного персоналу.

64. З якими проблемами у сфері оплати праці стикається медична установа? _____**65. Чи існує проблема стимулювання і мотивації праці?** _____**66. Як її вирішити?** _____**67. Чи є необхідність у диференціації оплати праці окремих категорій працівників?** _____**68. Як вирішити це питання?** _____**69. Як у Вашій організації визначають розмір фонду заробітної плати на рік?** _____**70. Які показники й орієнтири приймаються в розрахунок?** _____**71. Чи планується фонд заробітної плати по окремих підрозділах?** _____**72. На основі яких показників?** _____**73. Яку роль при цьому відіграють керівники підрозділів (завідувачі відділень)?** _____

74. Яким чином контролюються витрати по оплаті праці? _____

75. Чи є в керівництва бачення політики в галузі заробітної плати на перспективу, стратегія у виборі системи оплати праці? _____

76. Які її орієнтири? _____

77. Стратегія у виборі системи оплати праці:

1. Орієнтація на скорочення витрат.
2. Орієнтація на підвищення ефективності роботи.
3. Інша _____

78. Яка система оплати керівників? _____

79. Як часто переглядається розмір оплати праці основних виробничих робітників? _____

80. Коли було останнє підвищення заробітної плати? _____

81. Що вплинуло на дану зміну (інфляція, збільшення обсягів виробництва і т. д.)? _____

82. Як це позначилося на ефективності роботи основних виробничих працівників? _____

83. Яка система оплати праці основних виробничих робітників на підприємстві?

1. Відрядна (в т. ч. преміальна)
2. Погодинна (в т. ч. преміальна)
3. Змішана (частина робітників оплачується відрядно – частина почасово)
4. Інша _____

84. Де в основному проходять курси підвищення кваліфікації співробітники Вашої медичної установи? _____

85. Чи фінансує Ваша організація цикли підвищення кваліфікації медичного персоналу?

1. Так.
2. Ні.

86. Скільки лікарів Вашої медичної установи мають кваліфікаційні категорії?

1. Вища категорія у _____ лікарів.
2. Перша категорія у _____ лікарів.
3. Друга категорія у _____ лікарів.

87. Скільки лікарів Вашої медичної установи мають наукові ступені?

1. К.м.н. – _____
2. д.м.н. – _____

88. Скільки медичних сестер Вашої медичної установи мають кваліфікаційні категорії?

1. Вища категорія у _____ медичних сестер.
2. Перша категорія у _____ медичних сестер.
3. Друга категорія у _____ медичних сестер.

89. Як здійснюється прийом на роботу фахівців Вашої організації?

1. На конкурсній основі.
2. Співбесіда.
3. Колегіальний рішення.
4. За рекомендацією.

90. Яка плінність кадрів у Вашій медичній установі?

1. Низька, у нас постійний склад (1%–2% на рік)
2. Середня (5%–6% на рік)
3. Висока, кадри змінюються щомісяця (10% і більше на рік)

91. Яким, Ви вважаєте, повинен бути сьогодні рівень середньомісячної заробітної плати лікаря-фахівця:

1. У місті в стаціонарі _____ поліклініці _____
2. В ЦРЛ у стаціонарі _____ поліклініці _____
3. У лікарській амбулаторії _____
4. Важко відповісти.

92. При необхідності пошуку лікаря на вакантне місце адміністрація Вашої установи звернеться в:

1. В газету з оголошенням про вакансії.
2. В службу зайнятості.
3. В медичну академію.
4. В орган управління охороною здоров'я.
5. _____ (інше).

93. При прийманні і лікаря на вакантну посаду він проходить:

1. Співбесіду з головним лікарем або його заступником.
2. Співбесіду з керівником відділу кадрів із заповненням анкети.
3. _____ (інше).

94. Як надають допомогу новим співробітникам при адаптації?

1. Кадрова служба складається план адаптації.
2. За необхідності допомагає завідувач відділення або старший колега.
3. Співробітники адаптуються переважно самостійно

95. Які з перерахованих документів розроблено у Вашому закладі?

1. Вимоги до посади.
2. Посадові інструкції.
3. Анкета для нових співробітників.
4. План підвищення кваліфікації.
5. Графік підготовки резерву на керівні посади.
6. Оцінювальні листи.

96. Чи є у Вашій установі комп'ютерна програма (база даних) для роботи з кадрами?

1. Так.
2. Немає.

97. Чи вважаєте Ви необхідним?

1. Присутність у медичній установі фахівця, який має підготовку з управління персоналом.
2. Навчання керівників охорони здоров'я з управління кадрами.
3. _____ інше.

98. Хто переважно затверджує звіти співробітників для отримання кваліфікаційних категорій?

1. Тільки головний лікар.
2. У разі відсутності головного лікаря – його заступник з лікувальної роботи.
3. Лише заступник головного лікаря з лікувальної роботи.
4. Повноваження розділено в залежно від категорій персоналу (наприклад: головний лікар – лікарям, заступник – середньому персоналу).

99. У Вашій медичній установі проводять:

1. Регулярну атестацію робочих місць.
2. Конкурси професійної майстерності.
3. Регулярні засідання ради трудового колективу.
4. Нічого з перерахованого не проводять

100. При появі вакантної посади керівника структурного підрозділу або заступника головного лікаря Ви:

1. Запросите фахівця з іншої організації.
2. Виберете кандидатуру зі співробітників Вашої медичної установи

101. Якщо вибирати керівника, то за якими якостям? За 5-бальною шкалою. 5 – впливає дуже сильно, 1 – не впливає.

Характеристика	5	4	3	2	1
За діловими					
За особистісними					
За стажем роботи					

102. Якщо у Вас або Ваших колег по роботі виникають непорозуміння, конфлікти з керівниками, то з якої причини?

1. Стиль управління, грубість з підлеглими.
2. Некомпетентність керівництва.
3. Неуважне ставлення до потреб співробітників, до поліпшення їх соціально-побутових умов, праці й відпочинку.
4. Необґрунтована зміна функціональних обов'язків співробітників і нав'язування додаткових.
5. Переробка, часті понаднормові навантаження.
6. Часта змінюваність складу відділу.
7. Несправедливий розподіл заробітної плати, премій.
8. Незадовільний розподіл відпусток.
9. Незадовільне забезпечення технікою та матеріалами.
10. Немоżliвість кар'єрного росту.
11. Інша _____

103. Оцініть за 5-бальною шкалою ступінь розвитку перерахованих нижче якостей і компетенцій у Вашого безпосереднього керівника: 5 – якість розвинена дуже сильно, 1 – якість зовсім не розвинена.

Якості та компетенції	5	4	3	2	1
Ініціативність – визначення можливостей і їх використання, самостійність дій, а не пасивне очікування можливостей					
Ділова обізнаність – здатність бачити і використовувати сприятливі комерційні можливості					
Уміння працювати в команді – бажання пропонувати власні ідеї для вирішення завдання; прояв інтересу до точки зору членів команди; допомога групі в досягненні результату; прагнення до консенсусу; прагнення до вирішення конфліктів					

Якості та компетенції	5	4	3	2	1
Орієнтація на досягнення / результат – здатність ставити і досягати мети, створювати власну міру досконалості та здійснювати постійний пошук шляхів підвищення ефективності					
Комунікації – здатність створювати повідомлення і передавати інформацію ясно та послідовно в усній і письмовій формах					
Гнучкість – здатність адаптуватися до різних ситуацій без втрати ефективності					
Лідерство – здатність надихати працівників на досягнення бажаних результатів, підтримка ефективних взаємовідносин, як з окремими працівниками, так і з групою загалом					
Планування – здатність вибрати напрямок діяльності, гарантувати, що ресурси для її здійснення є в наявності й розробити план дій, необхідних для досягнення наміченого результату					
Стресостійкість – стабільність при роботі за умов нестачі часу і / або опору навколишнього середовища, контроль за поведінкою в стресових ситуаціях					
Делегування – вміння ефективно розподіляти відповідальність за прийняття рішень і відповідні обов'язки відповідним для цього підлеглим або колегам					
Розвиток і нововведення – здатність до інноваційного мислення, бачення нових можливостей, здатність думати і діяти нетрадиційно					
Розвиток персоналу – вміння сприяти професійному росту підлеглих як на короткостроковій, так і на довгостроковій основі					
Цілі й стратегії організації – конструктивна і творча участь у дискусіях та формулюванні цілей і стратегій організації					
Корпоративна культура і робочий клімат – взяття на себе персональної відповідальності за забезпечення хорошого (позитивного) і конструктивного трудового клімату, який асоціюється в кожного співробітника з його робочим місцем					
Використання ресурсів – застосування сукупних ресурсів організації таким чином, щоб сприяти підвищенню загальної ефективності організації					

Дякуємо за співпрацю!

Додаток Б

Таблиця Б.1

Територія і кількість населення Тернопільського регіону

Адміністративна територія	Територія, км ²	Кількість населення, тис. осіб	У тому числі		Відсоток сільського населення	Щільність населення, осіб на 1 км ²
			міське	сільське		
Бережанський	661	41 361	17 818	23 543	56,9	62,57
Борщівський	1006	68 421	19 070	49 351	72,1	68,01
Бучацький	802	64 114	15 014	49 100	76,6	79,94
Гусятинський	1016	61 446	22 648	38 798	63,1	60,48
Заліщицький	684	47 234	12 313	34 921	73,9	69,06
Збарзький	863	58 466	17 252	41 212	70,5	67,75
Зборівський	978	42 716	9402	33 314	78,0	43,68
Козівський	694	38 720	10 997	27 723	71,6	55,79
Кременецький	918	68 797	29 098	39 699	57,7	74,94
Лановецький	632	30 080	8615	21 465	71,4	47,59
Монастирський	558	29 349	9431	19 918	67,9	52,60
Підволочиський	837	43 221	12 096	31 125	72,0	51,64
Підгаєцький	496	19 124	2754	16 370	85,6	38,56
Теребовлянський	1130	66 046	18 909	47 137	71,4	58,45
Тернопільський	749	65 980	11 224	54 756	83,0	88,09
Чортківський	903	75 499	32 881	42 618	56,4	83,61
Шумський	838	33 874	5310	28 564	84,3	40,42
м. Тернопіль	59	215 628	215 628	–	0,0	3654,71
По області	13824	1 070 076	470 460	599 616	56,0	77,41

Додаток В

Таблиця В.1

Чисельність постійного населення станом на 1 січня 2015 р.

Адміністративна територія	Усього	Дорослі (18 років і старші)	Підлітки (15–17)	Діти (0–14)	Місто	Село
Бережанський	41 361	33 793	1467	6101	17 818	23 543
Борщівський	68 421	56 349	2077	9995	19 070	49 351
Бучацький	64 114	49 513	2513	12 088	15 014	49 100
Гусятинський	61 446	50 124	1890	9432	22 648	38 798
Заліщицький	47 234	38 630	1714	6890	12 313	38 798
Збаразький	58 466	47 615	1944	8907	17 252	41 214
Зборівський	42 716	3438	1588	6745	9402	33 314
Козівський	38 720	32 152	1331	5237	10 997	27 723
Кременецький	68 797	53 519	2521	12 757	29 098	39 699
Лановецький	30 080	24 392	1025	4663	8615	21 465
Монастириський	29 349	24 254	1026	4069	9431	19 918
Підволочиський	43 221	35 218	1490	6513	12 096	31 125
Підгасцький	19 124	15 343	760	3021	2754	16 370
Теребовлянський	66 046	53 520	2374	10 152	18 909	47 137
Тернопільський	65 980	5385	2198	9929	11 224	54 756
Чортківський	75 499	61 949	2947	1003	32 881	42 618
Шумський	33 874	26 590	1188	6096	510	28 564
По районах	854 448	691 197	30 053	133198	254 832	599 616
м. Тернопіль	215 628	175356	6524	34 748	215 628	–
По області	1 070 076	865553	36 577	167946	740 460	599616

Наукове видання

*Брич Василь Ярославович,
Ліштаба Людмила Вікторівна,
Микитюк Петро Петрович*

КОМПЕТЕНТНІСТЬ МЕНЕДЖЕРІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Монографія

Комп'ютерна верстка *Юрія Хомацького*

Дизайн обкладинки *Марії Одобецької*

Підписано до друку 13.04.2018 р.
Формат 60x84/8. Гарнітура Times.
Папір офсетний. Друк на дублюванні.
Ум. друк. арк. 11,16. Обл.-вид. арк. 13,14.
Зам. № М036-18. Тираж 300 прим.

Видавець
Тернопільський національний економічний університет
вул. Львівська, 11, м. Тернопіль

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців ДК №3467 від 23.04.2009 р.