

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій  
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

**ПОПЕЛИЧ Катерина Борисівна**

**Підвищення ефективності управління  
людськими ресурсами в закладі охорони  
здоров'я. / Improving the efficiency of human  
resource management in healthcare settings**

спеціальність: 073 - Менеджмент  
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи  
МЗОЗзмсв-21  
К. Б. Попелич

Науковий керівник:  
д.е.н., професор, П. П. Микитюк

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

"02" жовтня 2020 р.

Завідувач кафедри  
Шкільняк М. М. Шкільняк

**ТЕРНОПІЛЬ - 2020**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	6
1.1 Сутність та побудова системи управління в закладі охорони здоров'я ...	6
1.2 Критерії та підходи до визначення ефективності управління ресурсами закладу охорони здоров'я.....	14
Висновки до розділу 1 .....	22
<b>РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	24
2.1 Оцінка компетентностей менеджерів та системи управління мотивацією персоналу закладу охорони здоров'я .....	24
2.2. Аналіз нормативного забезпечення кадрового потенціалу та організації управління закладом охорони здоров'я.....	29
2.3 Оцінка технологій управління ресурсами в закладі охорони здоров'я.....	40
Висновки до розділу 2 .....	46
<b>РОЗДІЛ 3 ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	49
3.1 Проектування ефективної організаційної структури управління персоналом в закладі охорони здоров'я.....	49
3.2 Запровадження інноваційних технологій в систему менеджменту закладу охорони здоров'я.....	58
Висновки до розділу 3 .....	76
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	78
<b>СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	81

## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** В сучасних соціально-економічних та політичних реаліях розвитку України галузь охорони здоров'я розглядається як один з пріоритетних напрямів реформування. Змінюються ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та сама система охорони здоров'я загалом. Разом з цими змінами має бути впроваджена нова система управління закладами охорони здоров'я, що приводить до зміни парадигми системи управління персоналом цих інституцій.

Життя та здоров'я населення напряму залежить від ефективності роботи закладу охорони здоров'я. У сучасному світі величезну роль відіграє саме «ефективність менеджменту закладів охорони здоров'я». Розглядаючи управління системою охорони здоров'я, слід відмітити, що важливою складовою цієї концепції є об'єктивізація загального процесу управління системою охорони здоров'я, головним критерієм оцінки якого є ефективність. Удосконалення процесу управління системою охорони здоров'я має означати, насамперед, пошук відповідних критеріїв ефективності управління. «Ефективність управління» належить до найменш опрацьованих питань теорії державного управління з населенням.

Для того щоб керувати, необхідно впливати, а щоб впливати – необхідно мати основу влади. Для того щоб тримати владу, необхідно мати можливість тримати під своїм контролем що-небудь значуще для виконавця, що зробить його залежним від керівника і примусить діяти так, як хоче керівник. Усі форми впливу спонукають людей виконувати бажання іншої людини, задовольняючи потреби або ні. Вони спонукають виконавця очікувати, що потреба буде або не буде задоволена залежно від поведінки виконавця.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць.** Питанням ефективності державного управління та розгляду соціальної ефективності управління у різних сферах суспільства присвячені роботи К. Адамса, А. Васильєва, С. Глазьєва, В.

Дорофієнко, Е. Нілі, Ж. Новіцької, Н. Фонштейна, М. Хольцера; О. Черниш, Н. Шамшуриної, М. Шутова.

Проте проблема управління персоналом закладу охорони здоров'я не є дослідженою в національних наукових доробках, оскільки у сучасних керівників закладів охорони здоров'я та цієї галузі загалом ще не відбулася зміна погляду на формування ринку праці медичних кадрів із сучасних реалій та парадигми управління кадрами інституцій цієї галузі.

**Мета кваліфікаційної роботи.** Полягає в теоретичному аналізі та дослідженні підвищення ефективності управління людськими ресурсами в закладі охорони здоров'я. Суть роботи полягає у тому, щоб з'ясувати в чому є нагальність необхідності здобуття вищої економічної освіти у сфері менеджменту для працівників закладу охорони здоров'я.

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи були поставлені завдання, які аналізувалися та розв'язувалися:

- проаналізувати сутність та побудову системи менеджменту закладу охорони здоров'я;
- висвітлити критерії ефективності менеджменту закладу охорони здоров'я;
- здійснити оцінку компетентностей менеджерів та системи управління мотивацією персоналу закладу охорони здоров'я;
- продіагностувати ефективність організаційної структури управління персоналом в закладі охорони здоров'я;
- запровадити інноваційні технології в систему менеджменту закладу охорони здоров'я.

**Об'єкт дослідження** є система управління людськими ресурсами в закладі охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** є теоретичні, методичні та практичні аспекти підвищення ефективності управління людськими ресурсами в закладі охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** В процесі дослідження застосовано загальнонаукові та спеціальні методи пізнання економічних явищ і процесів: порівняльний та статистичний аналіз, метод логічного узагальнення - при дослідженні існуючих підходів до суті компетентностей; систематизації й узагальнення - при обґрунтуванні критеріїв і рівнів сформованості якості особистості; багатофакторний аналіз - у процесі розробки механізму компетентності менеджерів у системі охорони здоров'я; кореляційно-регресійного аналізу - при виокремленні показників, які відображають елементи підвищення ефективності управління людськими ресурсами в закладі охорони здоров'я.

**Наукова новизна дослідження** полягає у розвитку теоретичних положень підвищення ефективності управління людськими ресурсами в закладі охорони здоров'я.

**Практичне значення** результатів дослідження полягає у виробленні практичних рекомендацій з удосконалення щодо формування професійних компетентностей управлінського персоналу в закладах охорони здоров'я.

**Апробація.** За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему «Збалансування економічних інтересів у процесі надання медичних послуг» у Збірнику всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ТНЕУ, 2020) та тези доповідей «Підвищення ефективності управління людськими ресурсами в закладі охорони здоров'я» у Збірнику науково - практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі». (Тернопіль, ЗУНУ, 2020).

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 88 сторінках, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 75 найменувань та містить 1 таблицю та 3 рисунки.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1 Сутність та побудова системи управління в закладі охорони здоров'я

Без комплексної узгодженої кадрової політики не може ефективно функціонувати жодна система управління людськими ресурсами незалежно від того, на якому рівні і в якій сфері вона формується та реалізується і вітчизняна сфера охорони здоров'я при цьому не є виключенням.

Кадрова політика у системі охорони здоров'я – це головний вектор роботи з людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я регіону, який визначається системою теоретичних поглядів, ідей, імперативів та прикладних правил, форм і методів кадрової роботи за різними функціональними напрямками, розробленими органами державної влади центрального і регіонального рівнів.

За сучасних умов розвитку економіки України в установах медичної сфери значної актуальності набуває оцінка ролі компетентності менеджера у формуванні високого конкурентного статусу закладів охорони здоров'я за умов глобальних трансформацій, однак потреба у реалізації ряду реформ вітчизняної «системи охорони здоров'я» об'єктивно ставить вимоги щодо вдосконалення професійної підготовки працівників медичних установ, при цьому в основному йдеться саме про кваліфікований медичний персонал, а саме лікарський та мед сестринський склад.

Слово «менеджер» або «менеджмент», котре можна почути в закладах охорони здоров'я, 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 сам щодо

лікувального процесу або може здобути їх під час робочого процесу на протязі відповідного періоду часу. При цьому слід зазначити, що «галузь охорони здоров'я» на сучасному етапі є комплексною системою, котра складається з багатьох взаємопов'язаних організацій та інститутів, котрі у свою чергу, детермінують необхідність володіння менеджером «закладу охорони здоров'я» потужним інноваційним потенціалом, котрий виступає 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», дані програми відкривають як медичні університети, інститути, бізнес-школи, так і невеликі приватні освітні заклади. Їх проводять 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 загальна кількість випускників таких програм поки що незначна, але сам факт наявності знаковий та винятково.

Проаналізуємо «світовий досвід» провідних університетів та 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», а саме:

- «Програми MBA» (Master in Business Administration) – «Майстер ділового адміністрування» дана програма представлена для менеджерів, які бажають робити кар'єру в бізнесі і, відповідно, потребують отримання спеціальних управлінських знань і компетенцій. Спрямованість навчання у галузі охорони здоров'я, зазвичай відбивається в назві програми: «Програма MBA з охорони здоров'я» (MBA in Health Management, Health Sector MBA). Найчастіше такі програми залучають фахівців, які працюють або бажають працювати в окремих компаніях і організаціях, які є самостійними бізнес-одинацями 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-шкіл, поряд з іншими «MBA-програмами», котрі спеціалізуються в певних функціональних областях менеджменту;

- «Програми MPH» (Master in Public Health) – «Майстер громадської охорони здоров'я», ця програма по тривалості, інтенсивності і складу слухачів дуже близькі до «програм MBA», відмінність полягає в тому, що її 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;

- «Програми MHA» (Master of Health Administration) – «Майстер адміністрування в охороні здоров'я», дуже поширена, котра 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 MSc» (Master of Science) in Public Health – «Магістр охорони здоров'я», такі програми зазвичай відрізняє відсутність вимоги, що стосуються досвіду роботи. 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. [62, с.77].



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, а 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.

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 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 зі школи бізнесу IESE Гаварського університету (Барселона, Іспанія), «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».

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 або в області певних менеджерських компетенцій. 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 організовувати 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» та загалом в системі охорони здоров'я зокрема. Перш за все це спричинено тим, що соціально-економічне зростання закладів охорони здоров'я та їх конкурентоспроможність визначальною мірою обумовлюються інтелектуалізацією основних факторів виробництва та наявністю компетентного складу людських ресурсів [5, с.20].

Варто зазначити, що донедавна відсутність знань, умінь та 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.

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].

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», дані 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 [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].

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).

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).

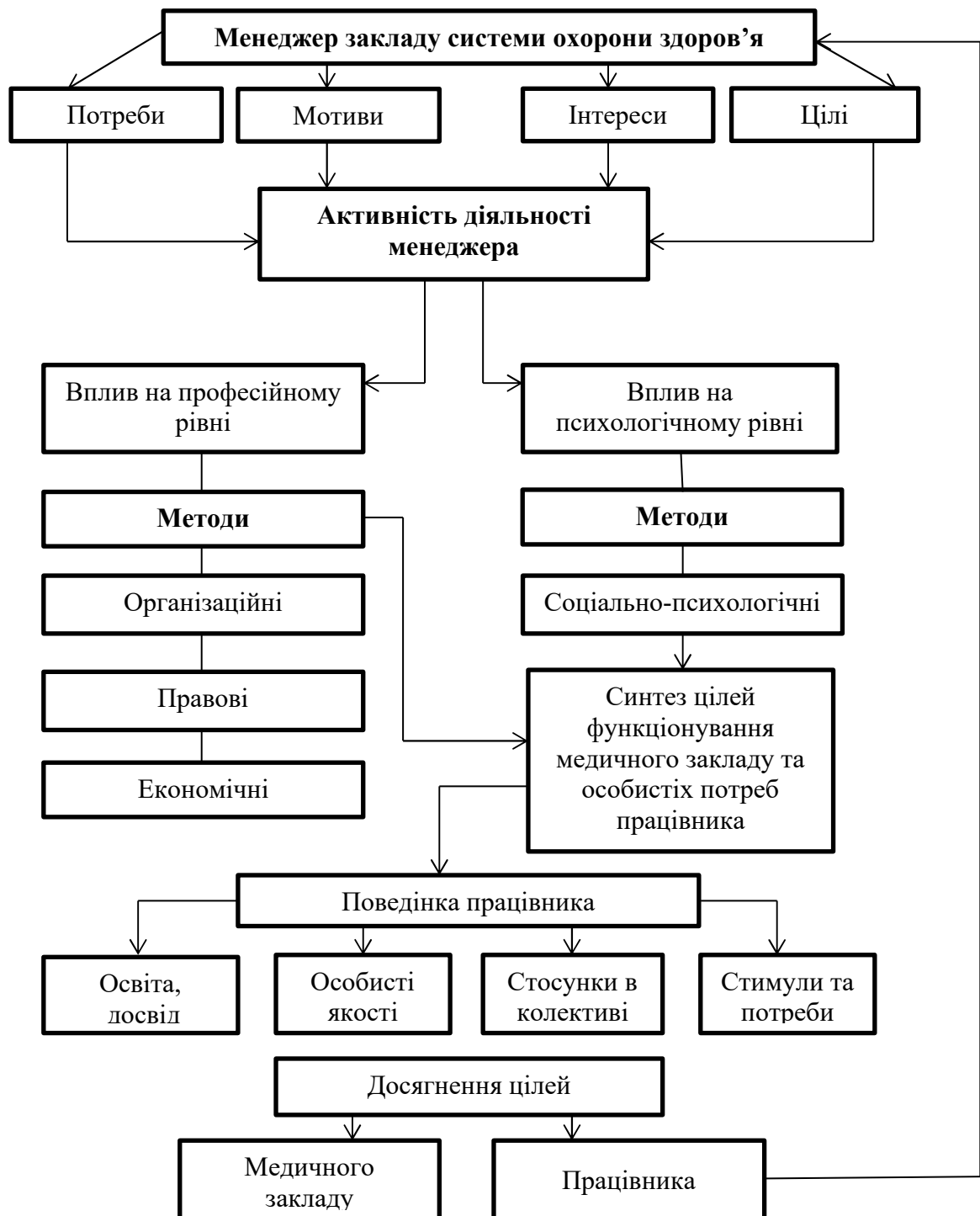


Рис. 1.1. Механізм управлінського впливу менеджера закладу охорони здоров'я на працівника.

\* Примітка: складено автором

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».

Виходячи з усього вище наведеного слід наголосити на тому, що «фахівець з менеджменту у галузі охорони здоров'я» - це спеціаліст, підготовлений за різними освітньо-кваліфікаційними рівнями (бакалавр, спеціаліст, магістр), який здатний реалізовувати «управлінську та економічну роботу» в різних лінійних та 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 санітарно-епідеміологічних станціях, у магазинах «Оптика» та «Медтехніка», на аптечних базах і складах, у структурах Товариства Червоного Хреста тощо [4,с.232].

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 та зниження їх собівартості. Саме тому вони повинні бути ініціаторами новацій в установі. Найперший обов'язок менеджера - виховання почуття ощадливості в персоналу. В зв'язку з цим, менеджери стикаються з опором зі сторони практикуючих лікарів, обслуговуючого персоналу.

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.

## **1.2 Критерії та підходи до визначення ефективності управління ресурсами закладу охорони здоров'я**

Останнім часом дуже багато управлінців різного рівня, починаючи із завідувача кабінету і закінчуючи начальниками управлінь охорони здоров'я облдержадміністрації та керівниками структурних підрозділів МОЗ України, почали отримувати управлінську освіту. Ця тенденція набуває позитивної динаміки з року в рік. Передусім це відбувається тому, що фахівці, які прагнуть розвиватися і йти в ногу з часом, відчули потребу в отриманні спеціальних знань, а також зрозуміли, що їм потрібне підтвердження наявного статусу в мінливому конкурентному середовищі, де в будь-який час може бути поставлено під сумнів кваліфікацію фахівця, що займає певну посаду.

Оскільки є нагальна потреба в підготовці управлінців сучасного виміру, головною метою державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я має бути забезпечення ефективності її функціонування за рахунок створення системи підготовки професійних, кваліфікованих, ініціативних та відповідальних управлінських кадрів, здатних ефективно керувати ресурсами і брати на себе відповідальність за їх використання. При цьому головним завданням кадрової політики держави в системі охорони здоров'я має стати залучення до апарату профільних управлінь, які опікуються питаннями охорони здоров'я та

просування на найвищі посади в галузевому управлінні найбільш компетентних, професійних і відданих справі працівників.

Особливості державної політики формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я досліджували Я. Ф. Радиш, І. М. Солоненко, М. М. Шутов, З. О. Надюк, І. В. Рожкова, В. Ф. Москаленко, Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець, Є. І. Булах, Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер та інші науковці.

«Керівники» – професії, що пов'язані з визначенням та формуванням державної політики в галузі охорони здоров'я, законодавчим регулюванням, вищим державним управлінням, керівництвом об'єднаннями підприємств, підприємствами, установами, організаціями та їхніми підрозділами незалежно від форм власності та видів економічної діяльності. Вимагають від працівника кваліфікації лікаря, спеціалізації з організації охорони здоров'я та спеціальних знань і навичок, які необхідні для виконання різноманітних управлінських функцій.

Щодо професійних знань керівників лікувально-профілактичних закладів, то відповідно до вимог керівник повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я і нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; соціально-демографічну характеристику регіону і показники стану здоров'я населення; основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної та соціальної психології; організацію фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розклад закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації; потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі медицини.

Кого ж вважати професійним управлінцем у сфері охорони здоров'я? «Професійний управлінець» – людина, яка ефективно керує ресурсами та відчуває відповідальність за результати своєї праці. «Професійне управління» – це управління, спрямоване на результат, який відбивається у виробництві та підвищенні якості суспільного продукту у вигляді товарів або послуг, які потрібні та життєво необхідні як для суспільства взагалі, так і його членів зокрема. При цьому професіоналізм управлінців системи охорони здоров'я – це здатність визначати з урахуванням умов і реальних можливостей системи найбільш ефективні шляхи та способи реалізації поставлених завдань у межах нормативно визначених повноважень стосовно збереження, зміцнення здоров'я громадян, їх лікування та профілактики небезпечних для життя людини захворювань.

Професіоналізм управлінця системи охорони здоров'я має забезпечити: якісне виконання посадових обов'язків; стабільність сектора, за який він безпосередньо відповідає; постійну готовність до підготовки та реалізації рішень зі складних завдань; можливість підвищення своєї кваліфікації тощо; професійне виконання спеціальних завдань і функцій, пов'язаних з управлінською діяльністю; галузеве спрямування на основі здобутого досвіду.

Отже, не можна стати професіоналом, лише оволодівши теоретичними знаннями, так само не можна стати професіоналом, лише маючи певний досвід професійної діяльності. Професіонал – це той, хто володіє теоретичними знаннями та ефективно використовує їх у практичній діяльності.

Щодо механізму залучення професіоналів до керівництва на різних рівнях управління в системі охорони здоров'я, то він є, це конкурсний відбір. Конкурс під час прийняття на посади в державні органи – це, з одного боку, історично обумовлений дійовий засіб, а з іншого – сучасний демократичний і важливий компонент набору і добору кадрів.

Інститут конкурсного приймання на керівні посади має базуватися на таких основних принципах: рівноправності, який виключає дискримінацію за походженням, статтю, віросповіданням або політичними поглядами;



відповідності здібностей та професійного рівня вимогам конкретного виду діяльності в системі державного управління; забезпечення гласності.

У зв'язку з поширенням принципів ринкових відносин на сферу охорони здоров'я та запланованим перетворенням закладів охорони здоров'я державної і комунальної форми власності на комунальні підприємства, а також стрімким розвитком приватного сектора в охороні здоров'я виникла необхідність підготовки нового типу керівників цих закладів. Запровадження диференційованої системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я. Для керівників вищої ланки передбачено обов'язкове здобуття кваліфікаційного рівня "магістр" на основі повної вищої освіти будь-якого напрямку за спеціальністю "Державне управління в системі охорони здоров'я". Забезпечення можливості отримання другої вищої освіти для керівників (головних лікарів та їх заступників, а також резервних кадрів на відповідні посади) публічних закладів охорони здоров'я, які мають кваліфікацію лікаря за спеціальністю «Адміністративний менеджмент» з наданням кваліфікації «Менеджер з адміністративної діяльності закладу охорони здоров'я».

Керувати лікувально-профілактичним закладом, а тим більше бути керівником більш високого рівня може людина, яка має не лише організаційну, а й управлінську підготовку. Просування України до Європейської Спільноти, і передусім до європейських соціальних стандартів, потребує визначення нових стандартів і вимог до керівників. Це поряд з базовою вищою медичною освітою принаймні рівень магістра за спеціальностями «Менеджмент організацій», «Адміністративний менеджмент» або «Державне (галузеве) управління», залежно від того, для виконання яких функцій готується той або інший фахівець з урахуванням необхідних теоретичних знань у галузі економіки та сучасного менеджменту, що опановуються упродовж проходження спеціальної професійної підготовки за відповідними напрямами.

Глобальні тенденції соціально-економічного розвитку, загострення міжнародної конкуренції, рух у напрямі євроінтеграції ставлять перед вітчизняною економічною наукою та 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 та 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.

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 формалізувати основні взаємозв'язки між елементами «системи управління людськими ресурсами» (рис. 1.2).

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 підходах оцінки управлінського персоналу», а саме:

- «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 подолання проблем.

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



Рис. 1.2. Оцінка менеджера медичного закладу в системі управління людськими ресурсами

\* Примітка: складено автором

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».

- «Ситуаційний підхід» оцінки 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.

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», котрий 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.

- «Діяльнісний підхід». Серед існуючих підходів до оцінки діяльності керівника можна виділити два найбільш поширених підходи, в процесі яких виконується велика частина досліджень, а саме: «особистісно-опосередкований» та «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 [16].

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, а 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 [41] встановлено, що більш перспективним є «третій варіант підходу» до оцінки керівника на основі діяльнісного підходу, який має комплексний характер.

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.

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.

## **Висновки до розділу 1**

Таким чином, підводячи підсумки проведеного дослідження у першому розділі роботи необхідно відзначити:

1. За сучасних умов становлення 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 при глобальних трансформаціях.

2. Сучасний тип керівника медичного закладу, який може бути достатньо конкурентоспроможним на ринку праці, передбачає наявність ключових компетенцій. При цьому актуальним є не лише наявність певної

кількості компетенцій, а вміння імплементувати їх у практичну діяльність, працювати з масивами інформації, знаходити та верифікувати аналітичні дані.

3. Компетентнісний підхід в 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. 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 загалом.

4. Вирішити проблему якості можна тільки за умови оптимізації управління системою медичного обслуговування на всіх рівнях. У розв'язанні цих питань пріоритет віддають менеджерам системи охорони здоров'я. Розвиток і вдосконалення менеджменту, пристосування його до конкретної обстановки є одним з головних важелів поліпшення результатів діяльності медичних установ. Тому необхідність розробки механізму формування компетентності менеджерів зумовлена вимогами сьогодення, умовами, в яких нині перебуває система охорони здоров'я України.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1 Оцінка компетентностей менеджерів та системи управління мотивацією персоналу закладу охорони здоров'я**

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 обумовлює 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 обґрунтовано визначено її цілі й раціонально сформовано інструментарій оцінки.

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 визначення потреби в розвитку і навчанні керівників (розвиток професійних компетенцій вимагає досить тривалого періоду - 12 місяців і більше), мотивація керівників, визначення відповідності керівника посаді (займаної або вакантної, 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.

Оцінка працівників, віднесена науковцями до одного з «найважливіших напрямів управління персоналом» організацій (установ, підприємств), у сучасній теорії та практиці економічного аналізу здійснюється із застосуванням різних методів, серед яких заслуговують на увагу рейтинговий метод; метод порівнянь; метод критичних ситуацій; метод «есе» тощо [13 с. 17].

Варто зазначити, що головною метою управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я, на наш погляд, є формування, використання та вдосконалення складових компетенцій: професійних, соціальних, інформаційних 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.

На даний час науковці розробили різні підходи до оцінки компетентності працівників. На наш погляд, цей процес може складатись із чотирьох етапів: визначення критеріїв оцінки, організаційно-технічного забезпечення, документального оформлення та моніторингу.

На етапі визначення критеріїв оцінки важливо, щоб для кожної посади була розроблена модель компетентностей. При цьому кожен компетентності оцінюють згідно з набором поведінкових індикаторів, які групують у блоки. Рівень розвитку компетентності (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 кожен з професійних компетентностей, які потрібні для ефективною діяльності. Компетентності і поведінкові індикатори повинні визначатися чітко і лаконічно, індикатори повинні бути засновані на поведінкових проявах. Крім того, модель компетентностей повинна бути проста у використанні.

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 ЛДЦ «Каскад» містить такі складові елементи: об'єкт, предмет, цілі, основні принципи, методи, етапи управління компетентністю, стратегії, критерії оцінки результативності управління компетентністю, які наочно зображені на рисунку 4.

Розроблений концептуальний підхід до управління компетентністю менеджерів ЛДЦ «Каскад» є синтезом методів, принципів та інструментів, спрямованих на досягнення кумулятивного ефекту від компетентісно обумовленої активізації діяльності менеджерів.

Виходячи з цілей дослідження, основну увагу приділено кадровій політиці, що формується і реалізується керівниками ЛДЦ «Каскад» і 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 ЛДЦ «Каскад», то насамперед потрібно проводити діагностику актуального стану кадрової політики. Потім досліджувати погляди менеджерів (управлінців) на формування та розвиток власних професійних компетенцій як фактора трансформації політики ЛДЦ «Каскад». Отже, резюмуючи вищесказане, можна констатувати, що оцінка компетентності менеджерів ЛДЦ «Каскад» дає змогу раціонально сформувати та максимізувати компетенції керівників, а також

виявити ступінь використання потенціалу працівника під час виконання практичних завдань.

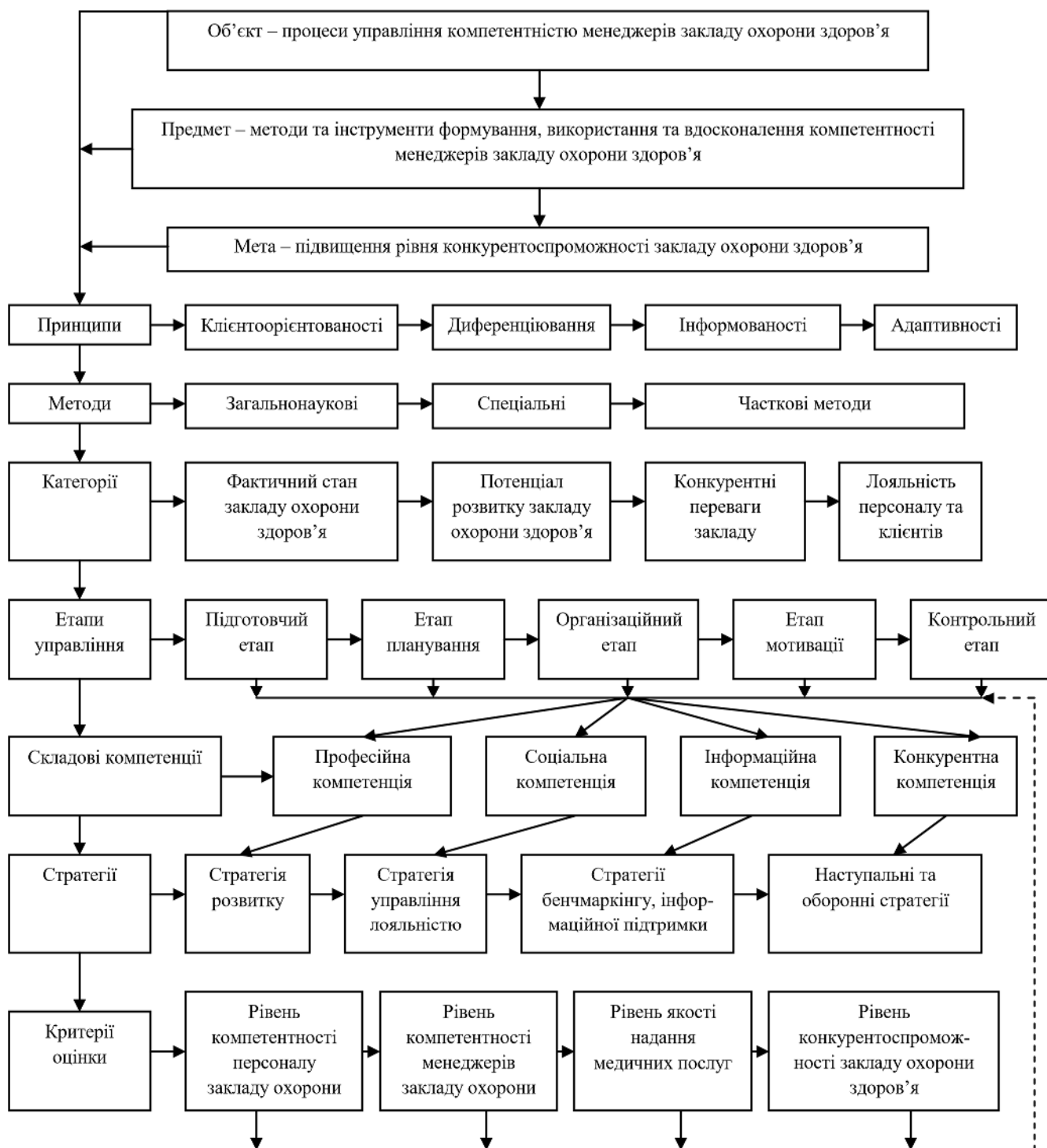


Рисунок 2.1 – Концептуальний підхід до управління компетентністю менеджерів ЛДЦ «Каскад»

\*Розроблено автором

Запропонований підхід оцінки дозволяє диференціювати управлінський персонал та визначити перспективи професійного розвитку і кар'єрного просування кожного працівника.

Високий рівень компетентності менеджера ЛДЦ «Каскад» є домінуючим фактором конкурентоспроможності як окремого керівника, так і медичної установи загалом. Використання системи оцінки компетентності менеджерів є основою якісного планування професійноособистісного розвитку керівника з урахуванням його потенціалу та вподобань.

## **2.2. Аналіз нормативного забезпечення кадрового потенціалу та організації управління закладом охорони здоров'я**

З огляду на значний обсяг і складну структуру законодавства в сфері охорони здоров'я, визначальним чинником «ефективності нормативного регулювання» є питання систематизації законодавства цієї сфери. Як один з можливих способів такої систематизації в літературі активно обговорюється можливість створення базового документа – Медичного кодексу України, покликаного комплексно врегулювати усі аспекти охорони здоров'я, у тому числі надання медичної допомоги і медичних послуг.

Досягти «системності» та «ефективності» правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я не можливо без створення юридичних механізмів узгодження правових норм з морально-етичними та релігійними нормами в цій сфері. «Ефективна система» соціальних регуляторів відносин у сфері охорони здоров'я вимагає визначення належного місця норм деонтології, медичної етики та етики пацієнтського руху як складових системи правових, інших (позаправових) соціальних норм (етики, моралі, релігії). при цьому систематизувати медичне законодавство шляхом прийняття медичного (лікарського) кодексу як нормативно-правового акта, що поєднує морально-етичні і правові норми у сфері охорони здоров'я і надання медичної допомоги, недоцільно з огляду на вітчизняні та світові традиції відокремленого

регулювання правових відносин і норм професійної етики та моралі. водночас заслуговує вивчення і запозичення досвід деяких країн (Росії, Польщі, ФРН, Франції, Фінляндії, США, Італії) з прийняття національними медичними асоціаціями медичних (лікарських) кодексів, які містять детальні вимоги деонтології та лікарської етики, тобто норми етичного і морального характеру, що регулюють професійні права медиків. в основу такого кодексу (медичного, лікарського) може бути покладений «Етичний кодекс лікаря України», прийнятий та підписаний всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X з'їздом всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 р. Структурно цей кодекс повинен містити основні сім груп етичних норм лікаря, покликаних регулювати відносини з питань:

- лікарської етики та суспільства;
- загальнолюдської та професійної етики і моралі у відносинах між лікарем та пацієнтом;
- колегіальності лікарів і традицій медичного співтовариства;
- наукових досліджень за участі лікаря;
- застосування новітніх медичних технологій;
- поінформованості лікаря;
- поваги до професії лікаря.

Методичний інструментарій запровадження численних нормативно-правових актів з питань забезпечення якості медичної допомоги, як з'ясувалось в процесі дослідження, виявився достатньо обмеженим: окрім вже згаданих вище в тексті роботи методичних рекомендацій з розробки медико-технологічних документів і моніторингу та оцінки дієвості формулярної системи видані «Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я», які носять описовий характер, «Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України», методичні рекомендації з розробки індикаторів якості медичної допомоги та з розрахунку потреби населення у медичній допомозі. Залишилась без методичного забезпечення

діяльність з організації «соціологічних досліджень», додаткового навчання персоналу (з питань якості медичної допомоги), з формування єдиного блоку планових показників якості та інформаційного забезпечення керівника для управління нею, з залучення персоналу до управління якістю та інші. Таким чином, аналіз нормативно-правових документів засвідчив активну діяльність МОЗ України з регламентації забезпечення якості медичної допомоги медико-технологічними документами, належними умовами, в яких відбувається медична допомога та професійна діяльність співробітників, табелями оснащення медичним обладнанням, що відповідало, за неповним структурним переліком, запровадженню моделі забезпечення якості медичної допомоги А. Донабедіана. «Модель управління» якістю медичної допомоги виявилась несформованою за елементним складом, обмеженою в частині обсягу і змісту функцій управління, зі слабкими внутрішніми взаємозв'язками та зовнішніми комунікаціями, з недосконалим методичним забезпеченням.

Завдання, визначені в прийнятій за короткий термін значній кількості регуляторних документів, виявились новими для працівників галузі, у першу чергу, для керівників закладів охорони здоров'я різних рівнів медичної допомоги. Слід взяти до уваги часті зміни документів, виявлені неузгодженості між ними, дублювання, відсутність адекватного методичного інструментарію для їх реалізації. Окрім того, лише один нормативно-правовий документ, як зазначалось вище, був присвячений посиленню контролю рівня знань лікарів на передатестаційних циклах післядипломного навчання. Саме тому логічним було прийняття рішення надати оцінку професійного рівня керівників закладів охорони здоров'я з питань управління якістю медичної допомоги в рамках наукового дослідження. Адже, незважаючи на покладання діючими наказами МОЗ України функцій управління якістю на медичну раду закладу охорони здоров'я, згідно з статутними положеннями, відповідальність за діяльність закладу охорони здоров'я у всіх його напрямках несе керівник. Доцільність проведення даної частини дослідження підтвердилась і результатами змістовно-структурного аналізу навчальних планів і програм для слухачів циклів

спеціалізації та передатестаційної підготовки вищих навчальних медичних закладів за напрямком «Менеджмент у закладах охорони здоров'я».

«Специфіка управління закладами охорони здоров'я» обумовлена тим, що охорона здоров'я - особлива сфера діяльності, яка значно відрізняється від інших видів діяльності.

Однією з найважливіших управлінських завдань в галузі охорони здоров'я населення стає досягнення цільових орієнтирів: підвищення якості та доступності медичної допомоги за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів охорони здоров'я в умовах швидко зростаючої конкуренції на ринку медичних послуг.

Заклади охорони здоров'я мають особливі характеристики, які вимагають модифікації загальних принципів управління або зміни акцентів.

Найбільш показовим проявом нових тенденцій в управлінні установ охорони здоров'я є поява приватних організацій з властивими їм особливостями. Вони відрізняються від державних закладів більш гнучким управлінням, свободою у прийнятті управлінських та фінансових рішень.

У зв'язку з цим, приватні медичні установи становлять реальну конкуренцію державному сектору: краще задовольняють індивідуальні запити населення на більш високому технологічному рівні, забезпечують високу якість обслуговування.

До нормативно-правової бази управління персоналом відносять сукупність документів, що створюють нормативно-методичне і правове забезпечення функціонування управління персоналом як системи. Невід'ємне право громадянина України на працю гарантує основний закон. Конституція України проголошує працю вільною (ст. 43). Кожен має право самостійно розпоряджатися своїми здібностями, обирати вид трудової діяльності та професію, яка подобається; отримувати за свою працю заробітну плату не нижче встановленого законодавством мінімального розміру; працювати в належних, безпечних і здорових умовах праці. Згідно з Конституцією України кожна людина має право на вільний розвиток своєї особистості (ст. 23).



«Нормативно-методичне забезпечення» системи управління персоналом та менеджменту закладу охорони здоров'я в загальному – це сукупність документів організаційного, організаційно-методичного, організаційно-розпорядницького, технічного, нормативно-технічного, техніко-економічного й економічного характеру, а також нормативно-довідкові матеріали, що встановлюють норми, правила, вимоги, характеристики, методи й інші дані, використовувані при вирішенні задач організації праці та управління персоналом і затверджені у встановленому порядку компетентним відповідним органом чи керівництвом організації. Нормативно-методичне забезпечення створює умови для ефективного процесу підготовки, прийняття і реалізації рішень з питань управління персоналом. Воно складається з організації розробки і застосування методичних документів, а також зведення нормативного господарства у системі управління персоналом закладу охорони здоров'я. До «нормативно-методичних документів» відносять:

- нормативно-довідкові, що включають норми і нормативи для організації і планування праці (маршрутно-технологічні та операційно-технологічні карти, технологічні карти управлінських процедур, норми централізованого характеру, наприклад, розмір прибуткового податку на фізичних осіб тощо);

- документи організаційного, організаційно-розпорядницького та організаційно-методичного характеру, що регламентують завдання, функції, права, обов'язки підрозділів і окремих працівників системи управління персоналом.

Так, важливими «організаційно-розпорядницькими» документами є «Правила внутрішнього трудового розпорядку», що включають такі розділи:

- загальні положення;
- порядок прийому і звільнення робітників та службовців;
- основні обов'язки робітників та службовців;
- основні обов'язки адміністрації;
- робочий час і його використання;

- заохочення за успіхи в роботі;
- відповідальність за порушення трудової дисципліни.

Найважливішим організаційним документом є колективний договір, який розробляється при особистій участі підрозділів служби управління персоналом (відділу кадрів, відділу організації праці та зарплати, юридичного відділу). «Колективний договір» — це угода, що укладається трудовим колективом з адміністрацією щодо регулювання їхніх взаємин у процесі виробничо-господарської діяльності на календарний рік.

Наразі Україна формує стратегію свого розвитку. У відповідності з нею керівництво країни ставить перед органами влади завдання, розв'язання яких потребує нових форм і механізмів стратегічного партнерства держави, бізнесу і інститутів громадянського суспільства. У зв'язку з недостатнім фінансуванням галузі охорони здоров'я реалізація цільових програм набуває особливого значення. Таке програмно-цільове управління дає можливість зосереджувати зусилля на пріоритетних напрямках, комплексно вирішувати особливо важливі проблеми системи охорони здоров'я, беручи за основу міжгалузеву взаємодію. Для інноваційного розвитку притаманні певні методи і інструменти. Їх вибір здійснюється з урахуванням проміжку часу від розробки і створення винаходу або наукової роботи до застосування їх на практиці. Визначення форми нововведень і їх змісту. Докладний аналіз і оцінка труднощів у сфері охорони здоров'я на рівні держави і на міжнародному рівні, визначення основної ідеї, цілей і завдань, планування НДР з їх урахуванням. Організація прикладних і теоретичних наукових досліджень і розробок. Тривалість інноваційного циклу у сфері охорони здоров'я визначається технологічним рівнем виробництва, рівнем адаптації середовища до освоєння, станом інноваційних систем різного рівня: загальнодержавного, регіонального тощо.

«Ефективність» і доцільність переходу від існуючої системи державної підтримки розвитку галузі охорони здоров'я, в основі якої лежить компенсація виробничих витрат за рахунок реалізації першого з нацпроектів і комплексу цільових програм розвитку різних напрямків «сфери охорони здоров'я» в

систему, основу якої складе створення, розвиток і вдосконалення сучасної інфраструктури, постійний аналіз інформації з ринку медичних послуг, збереження високого рівня інтересу до медичних товарів і послуг залежить від швидкості його здійснення. Різкий перехід навряд чи виявиться доцільним і ефективним. Поліпшення індикаторів стану інноваційного розвитку медичного сектору стане можливим за рахунок:

- збільшення обсягу поставок медичного обладнання і техніки у межах системи загальнодержавного лізингу, а також зниження ставок за використання лізингу для медичних закладів до 10 років;
- надання медичним установам кредитів;
- активне співробітництво з Центром з підготовки та перепідготовки співробітників медичної сфери;
- постійний моніторинг процесу запровадження інновацій на практиці.

Механізм моніторингу інноваційної активності в системі охорони здоров'я України, здатний враховувати динаміку контрольних показників на середньостроковий період, а також перерозподіл правомочностей власності є необхідним етапом удосконалення інноваційного стану галузі охорони здоров'я.

Для поліпшення якості медичного обслуговування населення життєво важливим є оптимізація роботи за наступними напрямками:

- здійснення подальшого розвитку амбулаторно-поліклінічної сектору, який в умовах збільшення своєї потужності зможе розвантажити стаціонари, і перебудова структури стаціонарів за принципом: лікарні соціальні, відновлювального лікування або інтенсивного спостереження, а також для лікування хронічних захворювань;
- вдосконалення загальнолікарської практики, що делегує діяльність з надання первинної допомоги лікарями загальної практики;
- розвиток консультативно-діагностичних центрів, служби невідкладної і швидкої допомоги, центрів амбулаторної хірургії ;
- забезпечення послідовності діагностичного і лікувального процесу через рівномірний розподіл функцій між різними медичними установами і

лікарями; – удосконалення системи реабілітації після лікування шляхом розвитку регіональних санаторно-курортних зон;

- модернізація системи платного медичного обслуговування і надання приватним медичним установам рівних з державними закладами можливостей участі в програмах охорони здоров'я і замовлень регіонального та міського рівнів.

Про методологію побудови систем стимулювання і формування мотивації персоналу написано досить багато. На що хотілося б звернути увагу насамперед. У першу чергу на те, що українські керівники намагаються вибудувати власні моделі оцінки, стимулювання і мотивації, виходячи з конкретних умов діяльності. Найбільш загальними критеріями оцінки нижчого персоналу є наступні показники трудової поведінки працівника:

- виконання взятих зобов'язань,
- якість роботи,
- самостійність у роботі,
- компетентність,
- надійність,
- відношення до праці,
- відношення до професії,
- дисциплінованість,
- прагнення до підвищення кваліфікації,
- взаємини з колегами.

Сучасна система охорони здоров'я сформована відповідно до принципів і пріоритетів державної політики в охороні здоров'я, які визначені Конституцією України, «Основами законодавства про охорону здоров'я» та іншими прийнятими відповідно до них актами законодавства, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Доведено, що удосконалення механізмів державного управління реформуванням сферою охорони здоров'я може бути здійснене шляхом інтенсивних змін законодавчих та інших нормативно-правових актів, удосконалення управління, забезпечення належного

фінансування. Право у демократичній країні спрямоване, насамперед, на забезпечення належної організованості та впорядкованості, доцільної сталості та динамічності суспільних відносин, оскільки право визначається як система загальнообов'язкових норм і правил поведінки, що офіційно встановлюється або санкціонується державою. Це дуже важливо, щоб його застосування було однаковим для всіх громадян не залежно від звання і посади. Тільки після досягнення такого рівня відносин можна говорити про справжню демократію, про справжні правоохоронні органи, про незалежність гілок влади тощо. Тому здійснення державного управління неможливе поза правом, бо управління і право перебувають в органічній єдності. Існування права означає застосування однакових заходів до всіх членів суспільства. Право регулює суспільні відносини через управлінську діяльність. За допомогою правових норм забезпечується управлінський вплив.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з «Основ законодавства України про охорону здоров'я» та інших прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні та регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності, довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що негативно впливають на їх здоров'я, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності й запобігання їм, поліпшення спадковості. Загальнодержавним нормативним документом, яким уперше організаційно запропоновано комплексний механізм подальшого удосконалення первинної медико-санітарної допомоги, була постанова Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20.06.2000 р. № 989, на виконання якої Міністерством охорони здоров'я видано наказ «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної

медицини» від 11.09.2000 р. № 214 та низка інших наказів, якими встановлювались штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я, затверджувалась номенклатура закладів сімейної медицини і типові положення про них, таблиці оснащення закладів і підрозділів загальної практики – сімейної медицини. До центру первинної медико-санітарної допомоги як організаційно-функціонального модуля в нормативно-правовому механізмі державного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні значно підвищилась увага закладів ПМСД після затвердження політичного механізму державного управління удосконаленням системи охорони здоров'я постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 року № 208 [1]. Нею затвердженні «Основні концептуальні напрямки реформування системи охорони здоров'я». Названою постановою Кабінету Міністрів України визначені стратегічні перетворення у системі охорони здоров'я, які розробляє Міністерство охорони здоров'я разом з іншими зацікавленими органами, та законодавчі акти щодо реформування надання громадянам медичної допомоги, удосконалення системи контролю за її якістю, фармакотерапії захворювань і якості лікарських засобів. Визначено також механізми оптимізації надання послуг з екстреної та невідкладної медичної допомоги, первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної, лікарняної, а також високоспеціалізованої медичної допомоги; критеріїв класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги (первинний, вторинний і третинний) та порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного рівня; методичні рекомендації органам місцевого самоврядування щодо спеціалізації закладів задоволення таких потреб; підготовки та внесення на розгляд органів місцевого самоврядування пропозицій щодо утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги, оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів, поступової реорганізації закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства і створення міжрайонних об'єднань таких підприємств охорони здоров'я і оптимізації їх мережі та створення

міжрайонних об'єднань таких закладів; рекомендації щодо економічного механізму управління реорганізацією закладів охорони здоров'я. У комплексному механізмі державного управління розвитком системи охорони здоров'я населення України, накресленому названою постановою Кабінету Міністрів, визначені завдання регіональним органам державного управління щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та комунальному рівнях. При цьому акцентується увага на проведенні аналізу потреб населення кожного регіону щодо кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, а також забезпечення фінансовими та матеріальними ресурсами, необхідними для задоволення таких потреб; підготовки та внесення на розгляд органів місцевого самоврядування пропозицій щодо утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги, оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів, поступової реорганізації закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства і створення міжрайонних об'єднань таких підприємств.

Основними завданнями управління є:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям та на їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

## 2.3 Оцінка технологій управління ресурсами в закладі охорони здоров'я

На сьогодні система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації управлінців галузі охорони здоров'я посідає ключове місце і передбачає дотримання принципу безперервності навчання, основною метою якого є забезпечення і підтримка високого професійного рівня фахівців в умовах прискореного розвитку медичної науки. Необхідний рівень кваліфікації керівних кадрів у галузі охорони здоров'я досягається шляхом поєднання різних видів навчання в навчальних закладах післядипломної освіти, а також системної самоосвіти та постійної практичної діяльності керівників, які мають працювати в умовах інноваційної економіки, коли потреба в нових знаннях випереджає темпи набуття цих знань. В Україні гострою є потреба в підготовці управлінців нової генерації, компетентних фахівців, що здатні приймати ефективні рішення в нових суспільних умовах.

- управління медичною установою - це, перш за все, хороший маркетинг, контроль якості медичних послуг, управлінський облік, а також система оцінки якості роботи кожного співробітника. Розробка і своєчасне впровадження системи управлінського обліку дає можливість власникам бізнесу говорити про підвищення обсягів продажів медичних послуг і зростання прибутку клініки. Впровадження цієї системи дозволяє виявити і організувати збір, реєстрацію, інтерпретацію, узагальнення результатів, а також підготувати і надати інформацію, важливу при прийнятті управлінських рішень.

- управління клінікою через систему управлінського обліку дозволяє домогтися результативності без особливих витрат людських і матеріальних ресурсів.

- «ефективне управління медичним закладом» неможливо без оцінки ефективності фінансового планування. Оцінка маркетингу також важлива. Від того наскільки ви ефективно залучаєте і утримуєте клієнтів залежить



прибутковість вашого медичного центру або клініки Оцінка відповідності витрат доходам - ще одна складова ефективно працюючого медичного закладу. Правильно організоване управління медичним закладом - це оцінка його внутрішніх ресурсів.

Аналіз основних нормативно-правових документів по нормування праці фахівців первинної ланки свідчить про невідповідність нормативів навантаження фахівців, встановлених в минулому столітті. В сучасних умовах надання медичної допомоги одним із важливих завдань вітчизняної охорони здоров'я є підвищення якості надання медичної допомоги при раціональному використанні матеріально-технічної та кадрових ресурсів медичних організацій. У період впровадження в практичну охорону здоров'я сучасних технологій надання медичної допомоги головним інструментом їх раціонального використання є нормування праці. У 70-80-ті роки багато уваги приділялося питанням нормування праці. Основна частина з нормативно-правових документів, прийнятих з 30 і більше річної давністю, продовжують діяти і по теперішній час в зв'язку з відсутністю нових, відповідних сучасним вимогам. Відомо, що змінилися умови в організації медичної допомоги вимагають не тільки нарощування матеріальних ресурсів, а й подальшого вдосконалення стилю організації і методів надання медичних послуг. Однією з глобальних завдань «вітчизняної охорони здоров'я» є раціональність використання матеріально-технічних і кадрових ресурсів, головним інструментом якого є нормування праці фахівців в галузі охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України запроваджує використання оцінки медичних технологій.

Це науковий підхід визначення, які лікарські засоби і медпослуги доцільно фінансувати та закуповувати державою за кошти платників податків. Міністерство планує, що цей метод стане основним для визначення пріоритетів в українській системі охорони здоров'я.

Метод оцінки медичних технологій використовують у більшості країн ЄС. Оцінку проводять окремі експертні органи, кінцева мета яких – знайти

найоптимальніший метод лікування через порівняння його клінічної ефективності та вартості і рекомендувати його Міністерству охорони здоров'я. На основі цих експертних висновків МОЗ має обрати найефективніше лікування для окремих захворювань та станів, яким можна охопити якомога більшу кількість пацієнтів.

Згідно того, що у КНП головним є директор, тому директор/начальник (завідувач) керує згідно з чинним законодавством виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю закладу охорони здоров'я, відповідає за фінансово-господарські результати його діяльності. Організовує розробку та забезпечує реалізацію довгострокової стратегії розвитку закладу на основі потреб громади та ринкової ситуації. Організовує формування та моніторинг виконання операційних планів. Забезпечує виконання усіх зобов'язань перед державним та місцевим бюджетами, державними позабюджетними соціальними фондами, постачальниками, замовниками та кредиторами, а також виконання господарських і трудових договорів. Організовує роботу та ефективну взаємодію всіх структурних підрозділів, спрямовує їх діяльність на розвиток і вдосконалення з урахуванням соціальних та ринкових пріоритетів, підвищення ефективності роботи закладу охорони здоров'я, якості та конкурентоспроможності послуг, що надаються, їх відповідність до стандартів надання медичної допомоги і задоволення потреб замовників і споживачів у відповідних видах медичної допомоги. Веде переговори з представниками власника закладу та замовниками щодо виконання планів та умов надання послуг. Забезпечує залучення коштів на інвестиційні потреби закладу. За необхідності створює та забезпечує роботу опікунських та наглядових громадських рад при закладі. Вживає заходів щодо забезпечення закладу охорони здоров'я «кваліфікованими кадрами» а також найкращого використання знань та досвіду працівників. Відбирає та призначає працівників на керівні посади закладу. Виступає наставником та забезпечує професійний розвиток працівників. Вживає заходів щодо створення безпечних і сприятливих умов праці, додержання вимог законодавства про охорону навколишнього

середовища. Забезпечує розроблення, укладення і виконання колективного договору. Вирішує питання щодо фінансово-економічної та господарської діяльності закладу охорони здоров'я в межах наданих йому прав, доручає виконання окремих організаційно-господарських функцій іншим посадовим особам: заступникам директора, керівникам виробничих підрозділів, функціональних підрозділів закладу охорони здоров'я. Здійснює зовнішнє представництво закладу в адміністративних органах, засобах масової інформації тощо. Захищає майнові інтереси закладу охорони здоров'я в суді, органах державної влади та управління. Кожен, без винятку директор установи повинен знати: закони, постанови, укази, розпорядження, рішення та інші нормативно-правові акти органів державної влади і місцевого самоврядування, які регулюють порядок діяльності закладу охорони здоров'я; профіль, спеціалізацію й особливості структури закладу охорони здоров'я; податкове та екологічне законодавство; перспективи, вітчизняні і світові тенденції технологічного, технічного, економічного і соціального розвитку галузі і закладу охорони здоров'я; можливості «ефективного використання виробничих потужностей», наявних технологічних процесів, їх реструктуризації або заміни; кадрові ресурси закладу охорони здоров'я; порядок розроблення і затвердження бізнес-планів, фінансових планів (у разі необхідності) та програм виробничо-господарської діяльності; ринкові методи господарювання та управління; кон'юнктуру ринку; порядок укладення і виконання господарських та фінансових договорів, галузевих тарифних угод, колективних договорів та регулювання соціально-трудових відносин; вітчизняні і зарубіжні досягнення науки та технології у відповідній галузі виробництва і досвід завоювання позицій на світових та регіональних ринках продукції; основи економіки, менеджменту, маркетингу, організацію виробництва, праці та управління; етику ділового спілкування та ведення переговорів; трудове законодавство, технології інформаційного забезпечення управління, форми та методи роботи із засобами масової інформації; правила ділового етикету; сучасні засоби комунікацій та зв'язку; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом; методика

визначення потреби в лікарських засобах, медичних виробках, обладнанні; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі охорони здоров'я. Згідно Закону, який був прийнятий стосовно закладів охорони здоров'я, існують кваліфікаційні вимоги:

- до 01 січня 2022 року – повна вища освіта (спеціаліст, магістр) у галузі знань «Управління та адміністрування» (за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» або «Менеджмент») або «Охорона здоров'я» з наступною спеціалізацією зі спеціальності «Організації і управління охороною здоров'я» або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки».

- з 01 січня 2022 року – повна вища освіта (спеціаліст, магістр) у галузі знань «Управління та адміністрування» (за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» або «Менеджмент») або «Охорона здоров'я» або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки». У разі освіти у галузі знань «Охорона здоров'я», «Право» та «Соціальні та поведінкові науки», або гуманітарні науки» вимагається також наявність вищої освіти у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» (крім як для керівників закладів охорони здоров'я, які надають тільки первинну медичну допомогу). Стаж роботи: для закладів національного рівня - не менше 10 років на керівних посадах, обласного рівня – 7 років, районного рівня – 5 років. Для керівників закладів охорони здоров'я, які надають тільки первинну медичну допомогу, – не менше 3-х років трудового стажу за основою спеціальністю або одного року на керівних посадах.»;

Ціль «оцінки якості управління» полягає у виявленні того, наскільки характеристики обраної моделі системи менеджменту відповідають вимогам ефективності й конкурентоспроможності. Для цього оцінюється зміст діяльності й устанавлюється ступінь раціональності обраних підходів до рішення проблем управління з позицій вироблення ефективних реакцій на зміни середовища, що сприяють зміцненню позицій підприємства на ринку, підвищенню рівня функціональної й структурної організованості системи, удосконалюванню

механізмів самоорганізації. Подібна оцінка орієнтована на краще використання ресурсів і підвищення конкурентоздатності підприємства. Вимір і оцінювання результатів на основі показників, що відбивають кількісну сторону діяльності підприємства, не є складним, оскільки існує методика економічного аналізу. Однак для оцінки якості управління закладом охорони здоров'я недостатньо знати тільки значення й рівень досягнутих економічних показників, необхідно також оцінити їхню структуру, тобто розташування (співвідношення) у певній послідовності залежно від обраних пріоритетів у зміні їхніх значень. Вимір і оцінка «якості управління» можуть здійснюватися за допомогою методу розпізнавання образів, тобто шляхом порівняння оцінюваної структури показників (за певний період) зі структурою, обумовленою як еталон (нормативу). «Нормативна структура» являє собою впорядкований ряд показників, проєктований з урахуванням умов найкращого, тобто якісного використання ресурсів і можливостей підприємства, виходячи з характеру поставлених цілей, ситуації й етапу розвитку підприємства.

Оцінювана (фактична) структура показників може представляти будь-які їхні комбінації й відбивати сформовані пріоритети в реальних умовах дії системи менеджменту. Відхилення в структурі показують рівень якості управління, досягнутий за певний період. По величині відхилення можна судити про зміст і характер діяльності в області рішення проблем, допущених помилках у розробці й реалізації стратегій розвитку. Число показників у структурах встановлюється виходячи із цілей оцінки, наявних ресурсів і вимог до точності. Причому для оцінки якості управління підприємством у цілому повинна розглядатися тільки та група показників, що є загальносистемною. Для інших рівнів управління варто використати свою деталізовану структуру показників. «Ефективність методу» багато в чому залежить і від наукових позицій дослідника, адекватності розуміння аналізованих ситуацій, наявних аналогій, успішних прикладів і навичок рішення подібних проблем. Якщо оцінка використовується для оперативного вдосконалювання діяльності підрозділів і процесу прийняття управлінських рішень, то треба продовження:

- виявити зовнішні й внутрішні фактори, що обумовили значення й пріоритети показників фактичної структури, установити їхній вплив;
- розробити й здійснити заходи щодо підвищення якості управління, передбачивши поліпшення організації потенціалу й підвищення ступеня його системності;
- знову оцінити досягнутий рівень якості управління.

## **Висновки до розділу 2**

Отже, за результатами досліджень, ми можемо прийти до висновку, про те що, сфера охорони здоров'я – складна, багаторівнева система, ключова галузь соціального компонента суспільства, що потребує постійного регулювання і системного підходу до підвищення рівня її ефективності.

При формуванні механізму управління закладами охорони здоров'я слід враховувати специфічні особливості зазначеної галузі, адже медичним послугам, через неподільність їх соціальної та економічної значущості, властиві певні характеристики, що потребують урахування в економічному управлінні діяльністю установ, які спеціалізуються на їх виробництві та реалізації, а саме: об'єктивна розбіжність поглядів на споживчі властивості медичної послуги в уявленнях її виробників і споживачів; висока залежність попиту на медичні послуги від ступеня агресивності їх пропозиції; неможливість повного переведення медичних послуг на платну основу через їх приналежність до соціально-суспільних благ; обмеження вільної конкуренції на ринку медичних послуг.

Таким чином, як ще одну специфічну особливість медичних послуг визначено непередбачуваність потреби в них через неможливість прогнозування їх виробництва та розподілу. Кінцевою метою будь-якої медичної послуги є підтримка стану здоров'я або відновлення тимчасової втрати працездатності людини, що з позицій економіки передбачає її подальшу ефективну зайнятість у суспільному виробництві або з позицій соціального аспекту – поліпшення якості

життя населення – як зайнятого в суспільному виробництві, так і вивільненого з нього. Управління закладом охорони здоров'я, який є складною системою, має ґрунтуватися на загальних принципах теорії систем.

Застосування системного підходу до управління закладом охорони здоров'я дає змогу покращити процеси керівництва, а відтак позитивно впливає на розвиток системи охорони здоров'я в цілому. Чим вищий рівень якості складових системи управління надання медичних послуг (медичний персонал, обладнання, будівлі, інформація тощо), тим більша вірогідність отримання якісної медичної послуги. Надання медичної послуги залежить від двох важливих факторів: людських ресурсів та обладнання. Під час надання медичних послуг людський фактор є вирішальним.

Описуючи медичний заклад як відкриту систему можливо створити моделі, які висвітлюють її в різних аспектах. Кожна підсистема лікувального закладу має бути керована, пов'язана з іншими відповідними нормативними документами. Відсутність цих документів є ознакою некерованої системи. Серед напрямів подальших досліджень зазначеної проблематики на особливу увагу, з нашого погляду, заслуговують питання формування в Україні нової «парадигми» розвитку методів управління закладами охорони здоров'я, що базуються на основі системного підходу для покращення якості надання медичних послуг населенню. «Система охорони здоров'я» є важливою рівня та якості життя населення і її розвиток виконує найважливішу роль в економічному розвитку країни, забезпечуючи відтворення та якість трудових ресурсів, що створюють базу для соціально-економічного зростання. Проблемні питання охорони здоров'я та відповідно діяльність, спрямована на збереження та зміцнення здоров'я, вимагають постійної уваги з боку держави.

Охорона здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики та одним із основних факторів національної безпеки країни. Подальше «ефективне функціонування» та розвиток системи охорони здоров'я в умовах обмеженості фінансових ресурсів є найважливішим завданням органів влади всіх рівнів. Тому питання оцінки сучасного стану охорони здоров'я та виокремлення

основних проблем фінансового забезпечення установ охорони здоров'я є як ніколи актуальним.



## РОЗДІЛ 3

### ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Проектування сучасних структур управління повинно будуватися на наукових принципах управління і враховувати особисті якості і досвід керівників, які добре знають можливості підприємства. Процес проектування складається з трьох основних етапів:

- аналіз оргструктур;
- проектування;
- оцінка ефективності.

Аналіз діючої оргструктури управління дозволяє встановити, якою мірою ця структура задовольняє вимогам, що пред'являються до організації, тобто наскільки структура управління раціональна з точки зору встановлених оціночних критеріїв, що характеризують її якість. До оціночних критеріїв належать:

- принципи управління - співвідношення між централізацією і децентралізацією (скільки і які рішення приймаються на нижньому рівні, які їхні наслідки, який обсяг контрольних функцій виконується на кожному рівні управління);
- «апарат управління - перегрупування підрозділів, зміна взаємозв'язків між ними, розподіл повноважень і відповідальності; виділення ланок у самостійні структури, зміна характеру міжфірмових зв'язків, створення в апараті управління необхідних проміжних ланок і т.д .;
- «функції управління» - посилення стратегічного планування (коригування бізнес-плану), посилення контролю за якістю продукції, залучення

працівників до управління шляхом реалізації акцій, зміна підходів до мотивації праці та ін.;

- «господарська діяльність» - зміна технологічного процесу, поглиблення межфірменного співробітництва, технічне переоснащення організації тощо.

У результаті аналізу організаційної структури виявляються "вузькі" місця в діяльності організації: велика пропуски управління, паралелізм у роботі, відставання в розвитку оргструктури від змін зовнішнього середовища.

Перш ніж визначити структуру управління, слід проаналізувати всі види діяльності, необхідні для функціонування підприємства; виділити з них ключові, від яких насамперед залежить успіх справи, і потім розподілити їх але блокам.

Основне правило при проектуванні структури управління - залучати якомога менше рівнів управління і створювати найкоротшу ланцюг команд.

Фахівці вважають, що не існує єдиної ідеальної моделі управління, оскільки кожна фірма унікальна і їй необхідно знайти свою модель. Даний процес є безперервним, так як змінюються сама фірма та її середу.

Сучасна система управління повинна бути простою і гнучкою. Її головний критерій - забезпечення ефективності та конкурентоспроможності роботи підприємства.

Методичні підходи до проектування оргструктури управління в залежності від використовуваних в них методів можна умовно об'єднати в чотири групи:

- за аналогією - використовується досвід проектування структур управління в аналогічних організаціях;

- експертний - базується на вивченні пропозицій експертів-фахівців, які можуть (залежно від поставлених завдань) або самі спроектувати варіанти організаційної структури, або оцінити (провести експертизу) розроблені проектувальниками структури;

- структуризація цілей - виробляється система цілей організації, яку потім суміщають з розробляється структурою. У цьому випадку оргструктура управління будується на основі системного підходу - структура описується

графічно з якісним і кількісним аналізом і обґрунтуванням варіантів її побудови та функціонування;

- організаційне моделювання - дозволяє чітко сформулювати критерії оцінки ступеня раціональності організаційних рішень. Його суть полягає в розробці формалізованих математичних, графічних або машинних описів розподілу повноважень і відповідальності в організації.

У процесі проектування оргструктур управління організацією, як правило, вирішуються такі завдання:

- визначення типу структури управління;
- уточнення складу і числа підрозділів за рівнями управління;
- визначення чисельності адміністративно-управлінського персоналу;
- характер співвідпорядкованості між ланками організації;
- розрахунок витрат на утримання апарату управління.

Зрештою для кожного структурного підрозділу встановлюються управлінські функції, потоки інформації, взаємозв'язку і документообіг, повноваження, відповідальність і права підрозділів і працівників. Разом з тим, проектуючи нову організаційну структуру управління, не можна забувати про вимоги, що пред'являються до оргструктур, і принципи їх побудови.

Вимоги до організаційної структури.

- оптимальність. Структура управління визнається оптимальною, якщо між ланками і ступенями управління на всіх рівнях встановлюються раціональні зв'язки при найменшому числі ступенів управління. Чим більше ступенів управління, тим менш ефективно управління.

- оперативність. Суть даної вимоги полягає в тому, щоб за час від прийняття рішення до його виконання у керованій системі не встигли відбутися незворотні негативні зміни, що роблять непотрібною реалізацію прийнятих рішень. Управлінські рішення необхідно приймати швидко. Враховуючи цю вимогу, слід розподіляти повноваження і відповідальність.

- надійність. Структура апарату управління повинна гарантувати достовірність передачі інформації, не допускати спотворень керуючих команд та інших даних, забезпечувати безперебійність зв'язку в системі управління.

- економічність. Завдання полягає в тому, щоб потрібний ефект від управління досягався при мінімальних витратах на управлінський апарат. Критерієм цього може служити співвідношення між витратами ресурсів і корисним результатом. Ця вимога задовольняється шляхом оптимального поділу управлінської праці.

- гнучкість. Оргструктура повинна бути здатна змінюватися відповідно до змін зовнішнього середовища і стратегії розвитку підприємства.

- стійкість. Основні властивості системи управління повинні залишатися незмінними при різних зовнішніх діях.

#### Третій етап - оцінка ефективності оргструктур

Ступінь досконалості оргструктур визначається чіткістю управління організацією і високими кінцевими результатами її діяльності. Ефективність управління можна оцінити за рівнем реалізації завдань, надійності та організованості системи управління, швидкості і оптимальності прийнятих управлінських рішень.

У підсумку весь процес проектування структури управління зводиться до вироблення напрямків щодо вдосконалення діючої організаційної структури і підвищенню ефективності роботи апарату управління.

Для ефективної організації структури управління закладом охорони здоров'я, можна створити певне порівняння майбутнього та колишнього з сьогоденням (табл. 3.1)

Структура має тісні зв'язки з її елементами: ланками управління на кожному рівні, цілями, функціями, процесом управління, чисельним і професійно-кваліфікаційним складом працівників, ступенем централізації і децентралізації функцій управління, інформаційними зв'язками. В рамках організаційної структури відбувається рух потоків інформації і прийняття

управлінських рішень, у чому беруть участь менеджери всіх рівнів, категорій і професійної спеціалізації.

Таблиця 3.1

**Порівняльний аналіз закладів охорони здоров'я, щодо ефективності управління**

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

\* Примітка: складено автором

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

Побудова організаційних структур відбувається поетапно. На першому етапі – «ініціювання» - відбувається постановка завдань організації, визначаються способи їх вирішення та проектується система комунікацій. На

другому етапі – «координації» визначаються необхідні види діяльності, визначається склад виконавців, створюються системи мотивації. На третьому етапі – управління – здійснюється делегування повноважень та забезпечується їх виконання.



Рис.3.1. Принципи побудови організаційної структури

\* Примітка: складено автором

Розробляючи організаційну структуру, необхідно дотримуватись таких основних вимог: - адаптивність, тобто здатність організаційної структури пристосовуватись до змін, що відбуваються у зовнішньому середовищі;

- перспективність, а саме вирішення стратегічних задач, пов'язаних з майбутнім розвитком виробництва та управління, а не лише оперативних;
- спеціалізація, тобто функціональна замкнутість структурних підрозділів, конкретизація сфери діяльності кожної ланки управління;
- узгодженість інтересів між усіма ланками управління;
- ефективність - через організаційну структуру повинні підвищуватись процеси управління, продуктивність праці адмінперсоналу, витрати на утримання органів управління повинні відповідати можливостям організації;
- простота, а саме легкість для розуміння персоналом та пристосування до даної форми управління;
- еластичність, тобто здатність до розвитку, яка обумовлена вдосконаленням виробництва, зміною зовнішніх умов, появою інновацій тощо.

Нова національна система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на такі принципи:

- гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину;
- дотримання національних стандартів якості та професіоналізму;
- взаємоповага пацієнтів та медичних працівників;
- співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (між секторальна взаємодія);
- співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів.

Основні етапи організаційного проектування:

- поділ організації по горизонталі на широкі блоки, які відповідають найважливішим напрямам діяльності організації по реалізації стратегії.
- встановлення співвідношення повноважень різних посад. Керівництво встановлює ланцюг команд кожного рівня управління, подальший поділ на більш дрібні організаційні підрозділи для ефективнішого використання спеціалізації та уникнення перевантаження керівництва.
- визначення службових обов'язків працівників. В організаціях, діяльність яких тісно пов'язана з технологією, керівництво розробляє конкретні

завдання та закріплює їх за безпосередніми виконавцями, які несуть відповідальність за їх виконання.

Основними факторами, які характеризують існуючу модель охорони здоров'я (далі – ОЗ) та унеможливають отримання якісних доступних послуг з ОЗ, є неефективність та застарілість:

- системи управління, яка забюрократизована і не забезпечує адекватного реагування галузі на потреби людини і суспільства, що динамічно змінюються, врахування ризиків та використання потенційних можливостей;
- організаційно-правової бази з ОЗ, яка не повною мірою відповідає сучасним світовим тенденціям щодо функціонування та розвитку систем ОЗ;
- системи фінансування галузі ОЗ та окремих СОЗ, яка зорієнтована на утримання неефективної структури, а не на результати діяльності та у цілому не забезпечує захисту фінансових ризиків громадян, пов'язаних з захворюванням;
- структури ОЗ, яка характеризується диспропорційним розвитком елементів, які забезпечують затратні втручання, і водночас виразною слабкістю та нерозвиненістю складових, що спрямовані на зміцнення здоров'я та профілактику;
- системи кадрового забезпечення, яка не задовольняє потреби галузі щодо адекватного відновлення та підвищення кадрового потенціалу СОЗ у його кількісному і якісному аспектах
- інформаційно-аналітичного забезпечення, яке спирається на паперовий медико-статистичний облік і звітність та унеможливує комплексний моніторинг і оцінку ресурсів СОЗ з метою ефективного оперативного управління та стратегічного планування;
- механізмів міжсекторіальної координації і взаємодії в інтересах здоров'я населення, що зумовлено інституційною та функціональною нерозвиненістю системи громадської охорони здоров'я;
- системи науково-методичного забезпечення діяльності і розвитку СОЗ, віддаленістю її від нагальних і стратегічних потреб галузі;



- інформаційно-комунікаційного забезпечення (далі - ІКЗ), яке не відповідає вимогам сьогодення і не має випереджаючого характеру.

Організаційні структури формуються відповідно до вимог довготривалого забезпечення конкурентоспроможності та економічної ефективності підприємства для забезпечення координації й контролю діяльності підрозділів фірми та її співробітників.

Першим кроком при формуванні організаційної структури є розподіл організації на підрозділи або департаменти, про які говорилось вище.

Другим кроком у формуванні організаційної структури є встановлення кількості підрозділів, які входять до структури, та їх обов'язків. Для цього необхідно провести такі розрахунки:

- для кожного підрозділу визначити кількість робочих місць. Для розрахунку використовують дані загальної трудомісткості виконаних робіт у межах підрозділу за фіксований проміжок часу (рік, квартал, місяць). При цьому для виробничих підрозділів використовують аналітико-розрахункові методи, які дають змогу точно визначити загальну трудомісткість робіт на основі витрат часу й річного обсягу робіт на кожній технологічній операції. Для функціональних підрозділів, праця в яких має творчий та індивідуальний характер, для розрахунків беруть середні показники витрат праці за результатами фотографії робочого часу чи моментних спостережень або використовують для проектування кількості робочих місць з досвіду аналогічних фірм;

- встановлюється ефективний фонд робочого часу одного працівника за той же період, для якого було розраховано обсяг робіт у попередньому пункті з врахуванням нормованих перерв у роботі;

- розраховується необхідна кількість робочих місць (працівників) на кожній операції технологічного процесу й у цілому по підрозділу діленням загальної трудомісткості виконання встановленого обсягу робіт на ефективний фонд робочого часу одного працівника. Отриманий результат показує загальну кількість працівників, що будуть зайняті в даному підрозділі, працю яких необхідно координувати для досягнення поставлених завдань;

- розраховують оптимальну кількість керівників і визначають їхню ієрархію. Оскільки, якщо в керівника багато підлеглих – він не в змозі ефективно виконувати свої функції, а при малій кількості підлеглих зростає ієрархічність в управлінні та посилюється його централізація. Для визначення оптимальної кількості підлеглих використовують норму керованості.

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

Інноваційним менеджментом називають систему підготовки та прийняття рішень, спрямованих на формування, підтримку і розвиток інноваційно-технічного потенціалу підприємства (в нашому випадку лікувально-профілактичного закладу, в якому ведеться інноваційна діяльність). Інноваційний менеджмент є однією з форм загального, функціонального менеджменту, об'єктом якого є процеси інноваційно-технологічного розвитку. Іншими словами, інноваційний менеджмент являє собою систему, сукупність систематизованих знань з сучасного менеджменту про методи створення трудомістких інновацій та їх ефективності. Нововведення у сфері охорони здоров'я реалізуються у формі створення нових технологій, медичних приладів, препаратів та засобів медичного призначення, лікувальних методик або організаційних процесів, що впливають на виробництво товарів або надання послуг.

З погляду інноваційного менеджменту в галузі охорони здоров'я можна виокремити кілька видів інновацій:

- медичні технологічні інновації, пов'язані із застосуванням нових методів (способів, прийомів) профілактики, діагностики та лікування на базі наявних препаратів (устаткування) або нових комбінацій їх застосування.

- організаційні інновації, що реалізують ефективну реструктуризацію діяльності системи охорони здоров'я, вдосконалення організації праці персоналу та організаційної структури процесу управління і окремого медичного закладу.

- економічні інновації, які забезпечують впровадження сучасних методів планування, фінансування, стимулювання та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я.

- інформаційно-технологічні інновації, спрямовані на автоматизацію процесів збору, обробки, аналізу інформаційних потоків у медичній галузі.

- медико-фармацевтичні, медико-технічні інновації, що є різновидом медичних технологічних інновацій, однак полягають у використанні нових лікарських засобів (технічних систем), конкурентоспроможних за ціною і основними параметрами медичної ефективності.

Однією з головних причин низького рівня інноваційного розвитку медицини є вкрай слабе освоєння системи сучасних організаційно-економічних інструментів інноваційного розвитку охорони здоров'я, покликаних виконувати двояку роль: по-перше, стимулювати появу, оформлення та реалізацію інноваційних ідей, продуктів і технологій, по-друге, формувати ринковий попит на інновації — управлінські, інформаційні та лікувально - діагностичні.

З іншого боку, низька ефективність сформованої системи управління системою охорони здоров'я та недосконалість лікувально-діагностичних методів надання медичних послуг (допомоги) доповнюються нераціональною структурою надання медичної допомоги та низькою здатністю системи адекватно реагувати на потреби населення — забезпечити досягнення сучасних світових стандартів надання медичних послуг (медичної допомоги). Основні причини такого критичного стану — низька ефективність системи управління практикою надання медичних послуг (медичної допомоги), відсутність у медичних установ і закладів (підприємств) ефективних інструментів для забезпечення інноваційного розвитку. Відповідно, актуальність дослідження і розробки методів і засобів інноваційного розвитку медичних закладів залишається високою.

Для вдосконалення та переорієнтації роботи медичного закладу в напрямі інноваційної діяльності необхідні відповідні зміни. Інноваційні знання, вміння та

навички ведення лікувально-діагностичного процесу. На якість лікувально-діагностичного процесу безпосередньо впливають такі фактори:

1. кваліфікація персоналу медичного закладу;
2. оснащеність медичного закладу сучасним обладнанням;
3. володіння сучасними методами ведення лікувально-діагностичного процесу;
4. рівень інформаційної підтримки лікувально-діагностичного процесу, включаючи процес прийняття лікарем клінічних рішень.

Інноваційні управлінські та структурні зміни. Очевидно, що медичним закладам необхідно постійно оптимізувати свою організаційну структуру з урахуванням мінливої кон'юнктури ринку медичних послуг. До сучасних управлінських змін можна віднести впровадження аутсорсингу, що є ефективним інструментом для увільнення медичного закладу від непрофільних видів діяльності; переведення бюджетного функціонування медичного закладу на режим державно-приватного партнерства, що зменшить навантаження на бюджет, сприятиме створенню конкурентного середовища та підвищенню якості медичних послуг. Забезпечення інформаційної підтримки клінічної практики. За експертними оцінками, застосування інформаційних систем у медицині дасть можливість скоротити кількість медичних помилок, пов'язаних з неправильним призначенням медикаментів, у середньому на 70–75 %. До 50 % робочого часу лікаря витрачається на пошук необхідної інформації та ведення документації. Однак головне призначення інформаційного забезпечення пов'язано з підтримкою безпосередньо лікувально-діагностичного процесу.

Таким чином, підводячи підсумки проведеного дослідження у цьому підрозділі нашої роботи необхідно відзначити, що менеджмент у галузі охорони здоров'я є важливою складовою для повноцінної діяльності системи. Так, як дана методика роботи є новою для нашої держави, потрібно докладно вивчати, та вчитись застосовувати на практиці отримані знання.

Підґрунтям підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності функціонування системи охорони здоров'я є раціональне впровадження

інноваційних технологій лікування, діагностики, профілактики та реабілітації захворювань, вдосконалення менеджменту та професійної підготовки медичних кадрів закладів охорони здоров'я. Інноваційні підходи відіграють вирішальну роль у поступальному розвитку будь-якого сектору економіки, у тому числі й сектору охорони здоров'я.

Необхідність придбання і впровадження технологій для підтримки успішного розвитку країн підкреслює Організація Об'єднаних Націй, що особливо важливо для країн із перехідною економікою і низькими доходами на душу населення. Це повною мірою стосується й медичної галузі, тому що саме технологічні поліпшення дозволять забезпечити значні позитивні зрушення в розвитку вітчизняної медицини. Впровадження теоретичних знань та розроблених технологій у практичну охорону здоров'я стають вирішальними чинниками для поліпшення показників здоров'я населення та отримання максимальної користі для пацієнтів від сучасних досягнень медицини. Актуальність дослідження обумовлена важливістю реалізації інноваційної моделі розвитку України у сфері охорони здоров'я для оптимізації раціонального використання ресурсів та управління якістю надання медичної допомоги. розробка основних підходів щодо системного впровадження ефективних і безпечних для пацієнтів сучасних інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу.

Важливим підґрунтям реалізації інноваційних процесів є розробки комплексного підходу до трансферу технологій у діяльність закладів охорони здоров'я та оцінки ефективності практичних результатів інноваційних моделей, особливо в такому пріоритетному секторі охорони здоров'я, як первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Це обумовлено тим, що досягнення найбільш високих рівнів результативності, якості та доступності медичного забезпечення для населення значною мірою визначається саме функціонуванням ПМСД, пріоритетний розвиток якої визначено однією з основних стратегій державної політики України у сфері охорони здоров'я та основою сучасної системи медичної допомоги. Співзвучною сучасним світовим тенденціям стала

концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» на 2012-2020 роки, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 року №1164-р, на виконання Указу Президента України від 27.04.2011 року №504/2011 «Про затвердження Національного плану дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Завдання програми спрямовано на реалізацію в Україні державної політики у сфері охорони здоров'я стосовно збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики неінфекційних захворювань, мінімізації чинників ризику захворювань Резюме.

У статті визначено та сформовано основні підходи щодо системного впровадження ефективних і безпечних для пацієнтів сучасних медичних інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу. Обґрунтовано розробку ефективних інноваційних моделей закладів охорони здоров'я, орієнтованих на потреби місцевих громад. Ключові слова: інноваційні технології, заклади охорони здоров'я, первинна медична допомога, трансляція знань, трансфер технологій та формування сприятливого для здоров'я середовища, створення системи охорони здоров'я, яка відповідає реальним потребам населення з організацією виконання спеціальних заходів щодо медичного забезпечення хворих за окремими найбільш значущими в соціально-економічному та медико-демографічному плані класами хвороб і нозологічними формами, формування культури здоров'я, мотивації населення до здорового способу життя. Для того, щоб забезпечити здоров'я для всіх, системи охорони здоров'я повинні відповідати вимогам суспільства та зростаючим очікуванням щодо поліпшення їх роботи. Це передбачає істотну переорієнтацію і реформування нинішніх принципів функціонування систем охорони здоров'я в суспільстві: ці реформи становлять суть програм оновлення системи ПМСД, одним із ключових моментів яких є ефективна інноваційна політика.

Поняття інновацій як систематичних знань, націлених на виробництво продукту, послуг або на впровадження певного процесу в практику, представляє особливу цінність у медицині. Медична технологія – це будь-яке втручання з метою зміцнення здоров'я, профілактики, діагностики, лікування захворювання, реабілітації або довгострокового догляду, а також застосування вакцин, лікарських засобів, інструментів та обладнання, виконання медичних процедур, вдосконалення системорганізації охорони здоров'я, у рамках яких захищається і підтримується здоров'я людини. Динаміка розвитку медицини, а саме інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування, перевищує розвиток технологій у багатьох інших галузях, беручи до уваги її високу технологічність, тісний взаємозв'язок з наукою і вплив людського чинника в медицині.

Вирішальним чинником для отримання кінцевого результату – користі від сучасних досягнень медицини для пацієнтів у вигляді поліпшення показників здоров'я – є перенесення теоретичних знань і навичок у практичну охорону здоров'я. Цей процес називають дифузією в практиці або трансляцією знань. Трансляція знань – це обмін, синтез і етично обгрунтоване застосування знань у рамках комплексних систем взаємодії між вченими і користувачами з метою прискорення отримання користі від науки.

У медицині трансляція знань спрямовується на поліпшення здоров'я населення, підвищення ефективності медичних послуг і продуктів та поліпшення системи охорони здоров'я. Іншим ефективним напрямком розвитку медичної галузі є передача знань та розроблених технологій, що вже використовуються, від одного виробника медичних послугіншому. Даний процес у сучасній літературі описується як трансфер технологій. Трансфер технологій – це перенесення результатів фундаментальних і прикладних досліджень на рівень розробок, виробництва та комерціалізації нових і поліпшених продуктів, послуг або процесів, що становлять інтелектуальну цінність для захисту інтелектуального продукту дослідників.

Під поняттям трансферу технологій частіше мають на увазі інноваційну ідею (продукт або процес), що не освоєна до цього часу в промисловому масштабі ніде у світі. Однак, з точки зору управління впровадженням інновації, важливішим є її територіальний масштаб, тому що для споживача інноваційної технології актуальна не абсолютність нововведення даної конкретної технології на світовому рівні, а її новизна в певному регіоні. Загалом, ці терміни позначають впровадження нових медичних технологій, нових методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації.

Останніми роками в розвинених країнах світу спостерігається велике зростання кількості нормативних і програмних ініціатив із сприяння дифузії та трансферу медичних інноваційних технологій. Особлива увага приділяється не лише конкретним нормативним заходам для прискорення поширення технології та поглибленню зв'язків між розробниками та користувачами технології, а також створенній підтримці допоміжних систем та інфраструктур для поширення технології.

В Україні ця проблема вивчалась з точки зору реалізації та оцінки ефективності інноваційних проектів у системі охорони здоров'я, правових аспектів інновацій, державної політики щодо соціальних інновацій у галузі охорони здоров'я, управління якістю вищої медичної освіти, гуманітарних, соціальних та економічних пріоритетів інноваційного розвитку. Варто зазначити, що сфера охорони здоров'я нашої країни знаходиться в епіцентрі масштабних змін як сфери законодавства, так й реалізації нагальних програм модернізації охорони здоров'я, серед яких розробка і впровадження медичних інновацій визначені одними з пріоритетних напрямів розвитку. Розробка і впровадження інноваційних технологій у галузі охорони здоров'я регламентовані рядом державних нормативних актів, у тому числі Законами України «Про внесення змін до Закону України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» від 09.09.2010 року №2519-VI та «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» від 08.09.2011 року №3715-V, Державною цільовою програмою «Створення в Україні інноваційної структури» на 2009-2013 роки, затвердженою



постановою Кабінету Міністрів України від 14.05.2008 року №447, постановами Кабінету Міністрів України від 07.09.2011 року №942 «Про затвердження переліку пріоритетних тематичних напрямів наукових досліджень і науково-технічних розробок на період до 2015 року», від 12.03.2012 року №294 та від 17.05.2012 року №397, які затвердили середньострокові пріоритетні напрями інноваційної діяльності загальнодержавного та галузевого рівнів на 2012-2016 роки.

Разом із тим, сучасний динамічний розвиток медичної науки та поява нових медичних технологій зумовлюють виникнення ряду проблем щодо тактики вибору та подальшого впровадження найбільш оптимальних технологій з позицій клінічної, економічної і етичної ефективності та безпеки їх застосування для пацієнтів. Функціонування сучасної системи охорони здоров'я України в умовах ринкових відносин та досить обмежених у закладах охорони здоров'я первинної ланки наявних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів вимагає розробки заходів для зростання ефективності їх використання.

У зв'язку з цим, виникають проблеми організаційно-економічного характеру, одними з яких є планування і управління процесами розробки та впровадження медичних інновацій, спрямованих на задоволення споживачів якістю нових технологій медичної допомоги та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Безумовно, орієнтуючись на максимально оптимальні якісні кінцеві результати, увага при цьому повинна також акцентуватись на раціоналізацію використання наявних ресурсів. Якість має ставати метою управління даним процесом при розробці та впровадженні будь-якої нової медичної технології в рамках комплексного інтегрованого інноваційного циклу. Для реалізації даних завдань виникає необхідність розробки практичних рекомендацій для керівництва закладів охорони здоров'я з чітким і науково-обґрунтованим алгоритмом дій щодо управління впровадженням сучасних інноваційних технологій у діяльність медичних організацій.

Складність розробки таких заходів зумовлена недостатністю рекомендацій загального характеру щодо конкретних технологій управління даним процесом у закладах охорони здоров'я. Варто зазначити, що в основі моделі системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД покладено застосування комплексного підходу до надання медичної допомоги, який базується на принципах всебічної продовженої, координованої, профілактичної медичної допомоги та зміцнення здоров'я, орієнтованих на потреби пацієнта, його родини і громади.

Практика сімейної медицини в моделі розглядається як всебічний системний підхід до охорони здоров'я, коли лікар загальної практики-сімейний лікар (ЗП-СЛ) виступає як координатор, керуючий різними біопсихосоціальними системами і чинниками із активним системним залученням всіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси – для того, щоб забезпечити позитивний вплив на здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади. Модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД була сформована, орієнтуючись на основні складові компоненти громадсько-орієнтованої первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб громад, а саме:

- забезпечення доступу пацієнтам до ПМСД та всієї необхідної для них інформації, що включає швидке реагування на потреби пацієнта, надання медичної допомоги поза робочі години, доступну інформацію як про пацієнта, так й про дані лабораторних досліджень, Інтернет-сервіс, групові візити пацієнтів, рівну допомогу для громад різних культур і віросповідань.

- холістичний підхід, або допомога, орієнтована на пацієнта, що включає всебічну медичну допомогу як для хронічних, так й гострих станів, запобігання захворюваності та проведення скринінгів, хірургічні втручання в межах компетенції лікарів ЗП-СЛ, доступ до високотехнологічної діагностичної і лабораторної діагностики.

- сучасні технології управління ПМСД, професійний менеджмент, що включає використання фінансового менеджменту для практики ПМСД, збільшення заробітної плати (за критеріями роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік і аудит, оптимізацію кадрового забезпечення, обслуговування медичного устаткування, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами.

- використання медичних інформаційних систем, що включає електронні медичні записи, електронні рахунки та звіти, електронні рецепти, підтримку з боку доказової медицини, електронний реєстр хворих, веб-сторінку закладу охорони здоров'я, портал пацієнта, єдиний інформаційний медичний простір.

- просування здорового способу життя, охорона здоров'я, що включає популяційний менеджмент, заохочення і просування здорового способу життя, запобігання захворюваності, лікування хронічних захворювань, заохочення хворих до змін способу життя та їх санітарну просвіту.

- координація медичної допомоги, що включає використання ресурсів громади, формування взаємовигідних відносин, роботу у відділенні невідкладної допомоги, забезпечення стаціонарного лікування, психологічну допомогу, координацію акушерсько-гінекологічної допомоги, координацію вузькоспеціалізованої допомоги, підтримку діяльності з боку фармацевтів, реабілітаційну і фізіотерапевтичну допомогу, консиліумний розгляд випадків, транспортне забезпечення.

- якість і безпека діяльності, що включає практику застосування найкращої доказової медицини, керування лікуванням, зворотний зв'язок щодо вивчення задоволеності пацієнтів, аналіз клінічної діяльності, підтримку належної якості, управління ризиками, відповідність діяльності чинному законодавству.

- командна медична практика, що включає лідерство провайдера/конкуренцію надавачів медичних послуг, формування спільної місії та бачення, ефективні комунікації, окреслення завдань відповідно до

професійних вмій і навичок, активну і повноцінну роботу сімейних медсестер, активне залучення пацієнтів, формування додаткових можливостей для родин пацієнтів.

Тобто основні складові компоненти системної моделі громадсько-орієнтованої ПМСД складають єдину організаційно-функціональну структуру, об'єднану за базовим принципом охорони здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади, коли лікарі ЗП-СЛ виступають у ролі координаторів медичного забезпечення, із активним залученням всіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього відповідну підготовку, необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси. У міжнародній практиці, у рамках впровадження інноваційних методів профілактики, лікування та діагностики, особлива увага приділяється процесу вибору необхідної медичної технології. Наприклад, в умовах Національної системи охорони здоров'я Великобританії вибір тієї чи іншої медичної технології визначається на основі наявних доказів її клінічної ефективності та економічної доцільності.

Клінічна ефективність медичної технології визначається за допомогою застосування підходів доказової медицини, при чому рішення про застосування профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів приймається, виходячи з наявних доказів їх ефективності і безпеки, які піддаються порівнянню, узагальненню і широкому поширенню для використання в інтересах пацієнтів. Економічна доцільність медичної технології визначається за допомогою аналізу ефективності витрат, аналізу рентабельності, та/або аналізу корисності витрат. У більшості розвинених країн світу на національному рівні організуються центри і розробляються програми з оцінки медичних технологій (ОМТ) – це систематична оцінка властивостей, впливів або інших наслідків технологій в охороні здоров'я. Основною метою ОМТ є поінформоване ухвалення рішень в охороні здоров'я, у тому числі рішень, прийнятих на рівні індивідуального пацієнта, на рівні постачальника медичних послуг і медичних організацій, або на регіональному, національному та міжнародному рівнях [37].

Інноваційні проекти часто вимагають певних фінансових витрат. Світова тенденція розглядати економічну доцільність розподілу фінансових ресурсів призвела до створення бюджетування, орієнтованого на результати [36]. При такому підході планування витрат здійснюється в безпосередньому зв'язку з кінцевими бажаними результатами. Впровадження інноваційних технологій, у тому числі й у первинній ланці охорони здоров'я, а саме нових методів профілактики, діагностики та лікування, організаційних технологій тощо, включає в себе три основних етапи: придбання первинної інформації (знань і технічних навичок) про технології; організацію впровадження технології з рішенням матеріально-технічних, юридичних, фінансових і кадрових питань надання послуги або продукту; і після впровадження – підтримку організаційних заходів – таких, як отримання державного замовлення на медичні послуги, з урахуванням запровадженої технології, маркетинг технології тощо.

На першому етапі спеціаліст або організація набувають первинні знання про інновації, а також технічні навички, необхідні для впровадження технології. На організаційному етапі впровадження технології вирішуються юридичні, фінансові питання, адаптується організаційна структура. Якщо нова технологія призведе до надання нової медичної послуги, постає питання щодо розробки медико-економічних протоколів, реєстрації нових лікарських засобів або медичного обладнання. На етапі підтримки впровадженої технології проводяться такі заходи, як маркетингові дослідження, забезпечення адекватної компенсації за виконання технології тощо.

Також важливо оцінювати ефективність впровадженої технології за показниками здоров'я пацієнтів, за показниками зручності для персоналу та успішності виконання вимог, фінансовими показниками. У результаті оцінки результатів запровадженого методу виробництва послуги або продукту, організацією можуть бути зроблені заходи щодо вдосконалення технології. Вищевказані етапи – це послідовні кроки інноваційного циклу. Вибір технології – це процес визначення технології, що представляє інтерес для впровадження в закладі з метою надання нових і поліпшених послуг або процесів, іноді з їх

подальшою комерціалізацією. Таким чином, визначається область розподілу ресурсів у рамках обраної для впровадження технології. На вибір технології також можуть вплинути такі чинники:

- державне замовлення;
- маркетингові дослідження;
- зіставлення потреб і ресурсів закладу охорони здоров'я (аналіз виробничих потреб та ефективності витрат);
- оцінка медичних технологій.

Державне замовлення у формі бюджетних програм у рамках законів, стратегій і політик державних органів може істотно вплинути на розвиток тієї чи іншої сфери або сервісної лінії/послуги. Ключову роль у формуванні інноваційних проектів можуть відіграти результати маркетингових досліджень. Зіставлення потреб і ресурсів закладу дозволяє об'єктивно оцінити можливості реалізації інноваційного проекту.

Моніторинг фінансових показників, потенціалу кадрових ресурсів та інші види оцінки є необхідною. Схема системи впровадження медичних інноваційних технологій в закладі охорони здоров'я умовою для об'єктивної оцінки ресурсів закладу охорони здоров'я. Необхідно відмітити, що ОМТ у світовій практиці є визнаним популярним методом систематичної оцінки соціальних, етичних, технічних і економічних наслідків впровадження та використання медичної технології. Для клініцистів і медичних страхових компаній даний термін часом несе більш вузьке значення. Для медичних організацій питання оцінки технологій частіше зводиться до оцінки вартості обладнання щодо корисного внеску в процес надання медичних послуг. Для страхових компаній оцінка технологій – це процес з'ясування питання, чи вони мають справу з експериментальною розробкою або з дійсно висококласною технологією для прийняття рішення про оплату за послугу з використанням даної технології. Важливими критеріями при виборі нової технології для включення до переліку високоспеціалізованих медичних послуг є:

- унікальність медичної технології або послуги;

- клінічна ефективність і безпека;
- економічна ефективність;
- соціально-значуще захворювання;
- рідкісне захворювання.

Матеріально-технічне забезпечення є важливим розділом системи впровадження інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування.

Він включає вирішення таких питань:

- оцінка ресурсів організації;
- закупівля ресурсів (обладнання, лікарські засоби, інше);
- реконструкція нерухомого майна для відповідності потребам проекту;

- контроль та моніторинг.

Ключовим моментом є завчасне або своєчасне включення витрат на бажану медичну технологію до бюджету організації. Під юридичними та правовими питаннями впровадження інноваційних медичних технологій мається на увазі діяльність із забезпечення юридичного супроводу впроваджуваної технології. Крім створення проектної команди, складання проекту і визначення юридичних проблем, важливими аспектами даного розділу системи впровадження технологій є:

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

Рішення загальних організаційних питань передбачає проектний менеджмент. Управлінський потенціал важливий протягом усього життєвого циклу інноваційного проекту. Проект – це спосіб, організаційна форма досягнення мети, визначеної за складом і обсягом робіт, вартості, часу, якості й задоволення учасників проекту та мистецтво керівництва проектами, яке полягає в координації людських і матеріальних ресурсів із застосуванням сучасних методів і техніки управління.

Проектний менеджмент як вид професійної діяльності включає планування, організацію, моніторинг та контроль всіх аспектів проекту в ході безперервного досягнення його мети. Враховуючи, що в організації одночасно може проходити кілька проектів, їх реалізація повинна проводитись скоординовано та відповідно до загальних завдань закладу охорони здоров'я. Важливим аспектом при реалізації інноваційного циклу є точне формулювання мети і завдань та ефективно їх досягнення. Іншим аспектом в управлінні інноваційним проектом є менеджмент людських ресурсів, або управління людьми, які забезпечують процеси управління, комунікації і прийняття рішень по проекту.

Формування та створення проектної команди є важливим процесом цілеспрямованого створення особливого способу взаємодії людей, що дозволяє ефективно реалізовувати їх професійний, інтелектуальний і творчий потенціал у відповідності зі стратегічною метою. Команда в цьому випадку визначається як група людей, які взаємодоповнюють та можуть замінювати один одного в ході досягнення поставленої мети. Умовно можна визначити чотири види команд, класифікованих за змістом їхньої роботи, які найбільш часто формуються в практичній діяльності організацій [30], що може застосовуватись й в закладах охорони здоров'я:

- команди, що створюють новий продукт для організації.
- команди, які мають справу з проблемами, метою і завданнями на підприємстві шляхом аналізу, контролю та рекомендацій.
- команди, які не є спеціальними, а складають постійну частину організаційного розвитку та здійснюють процес виробництва та виконання робіт.
- управлінські команди, які можуть функціонувати у формі виконавчих комітетів або іншої вищої управлінської ланки закладу.

Ефективність керівника команди в даному контексті полягає в тому, щоб забезпечити конструктивний перехід команди проекту з однієї стадії проекту в іншу і довести проект до успішного завершення. Таким чином будь-які зміни, нововведення, які заклад втілює в життя за допомогою реалізації тих чи інших



проектів, вимагають цілеспрямованого підбору професіоналів, здатних організувати роботу проектних команд.

У процесі аналітичного вивчення показників діяльності закладів ПМСД та медико-демографічних індикаторів здоров'я населення, релевантних до оцінки ефективності впровадження інноваційних організаційних, медичних, освітніх технологій у первинну ланку системи охорони здоров'я, були визначені дві групи критеріїв як кінцевих результатів надання медичної допомоги. Так, до критеріїв якості діяльності закладів охорони здоров'я ПМСД віднесені визначення потреби пацієнтів у необхідних медичних послугах; раціональне використання ресурсів; профілактична спрямованість у роботі; безперервність нагляду за членами сімей; ефективність лікування; впровадження сучасних медичних технологій; своєчасне та ефективне надання медичних послуг; розширення обсягу спеціалізованої допомоги в практиці сімейної медицини.

До критеріїв ефективності надання медичної допомоги населенню віднесено зменшення захворюваності у вікових групах; зниження смертності; відсутність ускладнень у перебігу хвороби протягом року; одужання; зміна способу життя; зменшення втрат у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю; зменшення виходу на первинну інвалідність; подовження «здорових років життя»; стійка ремісія; перерозподіл пацієнтів у групах здоров'я. Разом із тим, викликає науковий інтерес класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій, відповідно до якої можна визначити такі рівні:

- I рівень – початковий, базовий;
- II рівень – стандартизований;
- III рівень – комплексний, розвинутий, орієнтований на модернізацію;
- IV рівень – реалізуючий інновації, здатний до динамічного та самостійного розвитку.

Дана класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій дозволяє всебічно оцінити досягнення закладу охорони здоров'я в цій галузі за основними напрямками: лікувально-діагностичний процес, систему організаційно-управлінську та інформаційного забезпечення, а також дає

можливість медичним організаціям виявляти сильні та слабкі моменти свого інноваційного розвитку, розробляти і здійснювати необхідні заходи щодо активізації інноваційної діяльності за пріоритетними напрямками.

Основними джерелами розробок медичних інновацій в нашій країні є вищі медичні навчальні заклади, науково-дослідні установи, інноваційна активність яких оцінюється кількістю патентів, винаходів, ноу-хау, публікацій. Однак варто зазначити, що для практичної охорони здоров'я більш важливими показниками стають показники ефективності впровадження нових медичних технологій у клінічну практику, питома вага закладів охорони здоров'я, що здійснюють технологічні медичні інновації, тобто розробку і впровадження нових або вдосконалених медичних товарів, робіт, послуг, технологічних процесів та інші види інноваційної діяльності.

Враховуючи це, для оцінки реального інноваційного розвитку практичних закладів охорони здоров'я доцільним вбачається орієнтуватись не на загальноприйняті показники оцінки результативності фундаментальних досліджень (кількість патентних заявок і виданих патентів, індекс публікаційної активності співробітників тощо), так як їх кількість не впливає на показники здоров'я населення і враховується в загальному індексі інноваційного розвитку регіону. Разом із тим, для практичної охорони здоров'я важливі, насамперед, медико-демографічні показники, на динаміку яких має вплинути впровадження інновацій, а також кількісні та економічні показники ефективності впровадження медичних технологій у клінічну практику. Так, має цільову практичну спрямованість розроблений комплекс з 34 показників, що складається з медико-демографічних показників, об'ємних (кількісних) показників інноваційного розвитку, ресурсно-технологічних та економічних коефіцієнтів, який може, з нашої точки зору, успішно використовуватись для оцінки ефективності впровадження інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічної мережі.

Одним із ключових компонентів успішного впровадження інноваційних медичних технологій є розробка основних принципів та технологій застосування

сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, медичних інформаційних систем як окремого напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Раціональне використання інноваційних медичних інформаційних систем суттєво впливає на підвищення якості та доступності медичних послуг населенню, у тому числі за рахунок зручного моніторингу та аналізу показників якості медичної допомоги, планування та управління ресурсами як первинної ланки, так й системи охорони здоров'я в цілому.

Без застосування сучасного комп'ютерного та програмного забезпечення практично неможливо забезпечити повноцінний моніторинг стану здоров'я населення, формувати потоки пацієнтів і керувати ними та ресурсними базами, здійснювати зворотний зв'язок і оперативний контроль за дотриманням нормативів та стандартів лікування, забезпечувати перехід від постатейного бюджетування до сучасних методів економічного управління у сфері охорони здоров'я. Впровадження інформаційних систем є значним інформаційним та фінансовим підґрунтям для керівників закладів охорони здоров'я на шляху до розширення автономізації та роботи в нових економічних умовах.

Таким чином, забезпечення необхідного рівня якості продукції та послуг в охороні здоров'я має здійснюватися на всіх рівнях системи охорони здоров'я взаємопов'язаними заходами щодо оптимізації використання ресурсів, модернізації, впровадження інновацій, сучасних технологій управління, з подальшою оцінкою ефективності одержуваних результатів. Упровадження ефективних інноваційних моделей закладів охорони здоров'я, орієнтованих на потреби місцевих громад як в містах, так і в сільській місцевості, забезпечить покращання рівнів доступності та якості системи надання медичної допомоги, профілактики хвороб і сприяння здоровому способу життя шляхом вдосконалення раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я населення України.

### Висновки до розділу 3

Проведене дослідження у третьому розділі роботи дозволило зробити наступні висновки, що важливим етапом у вивченні проблеми державного управління охороною здоров'я є прогнозування тенденцій та основних шляхів його розвитку, які залежать від умов соціально-економічного становища в Україні та тенденцій розвитку систем охорони здоров'я в інших країнах світу. Структура управління має передусім відображати цілі й завдання організації, тобто бути підпорядкованою виробництву та його потребам.

Формування структури управління належить пов'язувати з визначенням повноважень і відповідальності кожного працівника та органа управління, з установленням системи вертикальних і горизонтальних зв'язків між ними. Між функціями і обов'язками з одного боку, і повноваженнями й відповідальністю – з іншого, необхідно підтримувати відповідність, порушення якої призводить до дисфункції структури управління в цілому.

Доведено необхідність модернізації структури управління у дослідженій сфері, що зумовлює вжиття таких заходів, як: запровадження прогресивних форм керівництва, які будуть засновані на принципах демократії і децентралізації; реформування законодавчої і нормативно-правової бази галузі охорони здоров'я; модернізація інформаційної складової системи охорони здоров'я на основі прогресивних комп'ютерних інновацій; забезпечення активної взаємодії та ефективного співробітництва між різними структурними ланками системи охорони здоров'я, такими як: власне лікувальні заклади і державні органи управління в медичній сфері, соціальні та страхові установи, органи санітарно-епідеміологічного нагляду. Це дасть змогу створити корпоративні регіональні об'єднання, що будуть сприяти ефективному розподілу повноважень, удосконаленню системи моніторингу, впровадженню громадського контролю в систему охорони здоров'я України, протидії службовим зловживанням, вирішенню питань якісної освіти, оплати праці і кадрової політики, удосконаленню системи підвищення кваліфікації та післядипломної освіти працівників сфери охорони здоров'я тощо.

Також розробка основних підходів щодо системного впровадження ефективних і безпечних для пацієнтів сучасних інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та вирішено актуальне завдання щодо науково-теоретичного обґрунтування щодо оптимізації роботи закладів охорони здоров'я. Були поставлені завдання проаналізувати ефективність управління людськими ресурсами та побудову системи менеджменту закладу охорони здоров'я.

На підставі отриманих досліджень, зроблені висновки:

1. В сучасних соціально-економічних та політичних реаліях розвитку України галузь охорони здоров'я розглядається як один з пріоритетних напрямів реформування. Змінюються ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та система охорони здоров'я загалом. Разом з цими змінами має бути впроваджена нова система управління закладами охорони здоров'я, що приводить до зміни парадигми системи управління персоналом цих інституцій. Ідеальною моделлю кадрової політики в системі охорони здоров'я будь-якого організаційного рівня, виходячи із зазначеної вище класифікації, можна вважати активну, відкриту, практичну, послідовну, конструктивну, усвідомлену і цілеспрямовану, комплексну, гнучку, демократичну та засновану на сучасній кадровій концепції політику управління людськими ресурсами.

2. 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 обґрунтовано визначено її цілі й раціонально сформовано інструментарій оцінки. Головними чинниками покращення мотивації працівників ЛДЦ «Каскад» мають стати: навчання керівників та опанування ними методики мотивації персоналу та побудови ефективної команди; запровадження системи винагород, що передбачає мотивацію за результат; здійснення оцінювання ефективності праці працівників та формування кадрового резерву.

3. Сучасна освіта, зокрема й у медицині, вимагає безупинного розширення сприйняття та комплексного підходу у формуванні інформаційного середовища у суспільстві. Для того, щоб знання отримали конкретний зв'язок з діями, для медичного працівника надзвичайно актуально постійно вчитися, поповнюючи й розширюючи свої знання.

4. Керівники – професії, що пов'язані з визначенням та формуванням державної політики в галузі охорони здоров'я, законодавчим регулюванням, вищим державним управлінням, керівництвом об'єднаннями підприємств, підприємствами, установами, організаціями та їхніми підрозділами незалежно від форм власності та видів економічної діяльності. Вимагають від працівника кваліфікації лікаря, спеціалізації з організації охорони здоров'я та спеціальних знань і навичок, які необхідні для виконання різноманітних управлінських функцій.

5. Щодо професійних знань керівників лікувально-профілактичних закладів, то відповідно до вимог керівник повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я і нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; соціально-демографічну характеристику регіону і показники стану здоров'я населення; основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної та соціальної психології; організацію фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розклад закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації; потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі медицини.

6. Сфера охорони здоров'я – складна, багаторівнева система, ключова галузь соціального компонента суспільства, що потребує постійного

регулювання і системного підходу до підвищення рівня її ефективності. При формуванні механізму управління закладами охорони здоров'я слід урахувати специфічні особливості зазначеної галузі, адже медичним послугам, через неподільність їх соціальної та економічної значущості, властиві певні характеристики, що потребують урахування в економічному управлінні діяльністю установ, які спеціалізуються на їх виробництві та реалізації, а саме: об'єктивна розбіжність поглядів на споживчі властивості медичної послуги в уявленнях її виробників і споживачів; висока залежність попиту на медичні послуги від ступеня агресивності їх пропозиції; неможливість повного переведення медичних послуг на платну основу через їх приналежність до соціально-суспільних благ; обмеження вільної конкуренції на ринку медичних послуг.

7. Управління закладом охорони здоров'я, який є складною системою, має ґрунтуватися на загальних принципах теорії систем. Застосування системного підходу до управління закладом охорони здоров'я дає змогу покращити процеси керівництва, а відтак позитивно впливає на розвиток системи охорони здоров'я в цілому.



## СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрійко О. Ф. Державний контроль у сфері виконавчої влади України / О. Ф. Андрійко. – К. : Вид. дім «Ін-Юре», 1999. – 238 с
2. Конституція України від 28.06.1996 року №254к/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
3. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 року № 2456-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року №2801-XII [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
5. Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин» від 28.12.2014 року № 79-VIII [Електронний ресурс]: - Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/>.
6. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 року № 280/97-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
7. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, Указ Президента України від 07.12.2000р. № 1313 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
8. Порядок складання, розгляду, затвердження та основні вимоги до виконання кошторисів бюджетних установ, постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 року №228 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
9. Банчук М. В. Визначення ефективності наукових досліджень у контексті державного управління медичною галуззю / М. В. Банчук [Електронний ресурс] // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2011. – № 8. – Режим доступу : // <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=310>. – Назва з екрана.

10. Білик О.І. Удосконалення механізму фінансування охорони здоров'я України / О.І. Білик // Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова. - 2014. - Т. 19. - Вип. 2/5. - С. 105-109.
11. Бондар М. І. Бюджетна і податкова система України у запитаннях і відповідях : навч. посіб. / М. І. Бондар, В. М. Опарін, О. М. Тимченко, В. В. Бабич, Т. А. Бондар; Держ. навч.-наук. установа "Акад. фін. упр.". - К. : ДННУ "Акад. фін. упр.", 2012. - 333 с.
12. Бюджетна система України : тренінг-курс : навч. посібник / [В. М. Опарін, С. Я. Кондратюк, Є. О. Малік та ін.]; за заг. ред. В. М. Опаріна ; Академія фінансового управління. – К. : ДННУ АФУ, 2012. – 392 с.
13. Бюджетна система: підручник / [А.Є. Буряченко, Л.П. Гладченко, С.Я. Кондратюк та ін.]; за наук. ред. В.М. Федосова, С.І. Юрія. - К.: Центр учбової літератури; Тернопіль: Економічна думка, 2012. – 871 с.
14. Гончарук С.М. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні / С.М. Гончарук, С.В. Приймак, Л.Я. Даниляк // БІЗНЕСІНФОРМ. – 2016. - №1. – С. 190-194
15. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України [Електронний ресурс]: Режим доступу:[http://moz.gov.ua/docfiles/pre\\_20160205\\_0\\_dod.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf)
16. Крук О. М. Аналіз кошторису видатків бюджетних установ / О. М. Крук, В. С. Кончатна // Вісник Донбаської державної машинобудівної академії. - 2016. - № 3. - С. 107-112.
17. Міщенко Д.А. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення / Д. А. Міщенко, Л. О. Міщенко // Економічний простір. - 2016. - №106. – С. 168-17.
18. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я». — К., 2012. — 23 с.

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

20. Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://www.eushc.com.Ua/catalogs/4/54/103/412/Book14of\\_SHC.pd](http://www.eushc.com.Ua/catalogs/4/54/103/412/Book14of_SHC.pd)

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

22. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі / Міністерство охорони здоров'я України. — Офіц. вид. — К., 2011. — 420. — (Нормативний документ МОЗ України. Наказ). [Електронний ресурс] — Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110715\\_420.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_420.html).

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

24. Про концепцію удосконалення охорони здоров'я населення України // Указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 49. – С. 3–8.

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

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

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

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

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

29. Банчук М. В. Визначення ефективності наукових досліджень у контексті державного управління медичною галуззю / М. В. Банчук [Електронний ресурс] // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2011. – № 8. – Режим доступу : // <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=310>. – Назва з екрана.

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

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

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

33. Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги / Міністерство охорони здоров'я України та Національна академія медичних наук України. — Офіц. вид. — К., 2011. — 141/21. — (Нормативний документ МОЗ України та НАМН України. Наказ).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

43. Андреева И.Л. К вопросу организации центров современных медицинских технологий в субъектах федерации / И.Л. Андреева, И.Ю. Абрамова // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – №4. – С. 217-219.

44. Задыхайло Д.В. Инвестиционное право Украины: сборник нормативно-правовых актов с комментариями / Д.В. Задыхайло. – Харьков: Эспада, 2002. – 752 с.

45. Закон України №1841-17 від 22.01.2010 р. «Про затвердження Загально державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги

на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2010. – №13. – С. 126.

46. Кан В.В. Моделирование организации инновационной деятельности в учреждении здравоохранения / В.В. Кан, Е.Г. Тощая, В.П. Новоселов // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – №3. – С. 157-162.

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

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

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

50. Муртазин А.З. Организационно-экономические инструменты обеспечения инновационного развития сферы медицинских услуг: автореф. дис. канд. эконом. наук / А.З. Муртазин. – Уфа, 2010. – 24 с.

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

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

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

54. Андреева И.Л. Модель оптимизации внедрения результатов научной деятельности в практику здравоохранения / И.Л. Андреева // Вестник Волгоград. гос. мед. ун-та. – 2009. – №4. – С. 23-29.

55. Солоненко І. Аналіз державної політики з реформування галузі охорони здоров'я / І. Солоненко // Управління сучасним містом. – 2001. – №10/12. – С. 54-59.
56. Спасібо - Фатєєва І. Правовий аспект інновацій в українських реаліях / І. Спасібо-Фатєєва // Вісник Академії правових наук України. – 2005. – №4. – С. 15-23.
57. Стратегія інноваційного розвитку України на 2010–2020 роки в умовах глобалізаційних викликів / Г.О. Андрощук, І.Б. Жилияєв, Б.Г. Чижевський, М.М. Шевченко. – К: Парламентське вид-во, 2009. – 632 с.
58. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. – К., 2009. – 34 с.
59. Титов В.В. Трансфер технологій: учебное пособие / В.В. Титов // М.: Альфа-Пресс. – 2002. – 342 с.
60. Тюмина О.В. Региональная система управления инновационной деятельности по разработке и внедрению клеточных и лабораторных технологий / О.В. Тюмина // Фундаментальные исследования. – 2013. – №11. – С. 85-89.
61. 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
62. Boyatzis R.E. The competent manager: a model for effective performance [Text]. New York: Wiley, 1982.
63. 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).
64. Control of Your Industry and Creating Markets of Tomorrow. – Boston: Harvard Business School Press. 2014. 340 p.

65. Hendry C., Pettigrew A. The Practice of Strategic Human Resource Management. *Personnel Review*. 2014. № 15. P. 2 – 8.
66. Klein A. L. Validity and reliability for competency-based system: Reducing litigation risks. *Compensation and Benefits Review*. 1996. 28. P. 31–37.
67. Lihstaba L. V. Organization and implementation of training programs in healthcare management: international experience. *East European Scientific Journal*. 2016. № 12 (16). P. 122 – 126.
68. Mansfield R. S. Building competency model. *Human Resource management*. 1996. 35. P. 7 – 15.
69. Mirabile R. J. Everything you wanted to know about competency modeling. *Training and Development*. 1997. August. P. 73 – 77.
70. Qvretveit J. A. Developing public health service management in Europe. *European J. Public Health*. 1998. № 8. P. 87 – 88.
71. 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.
72. Spencer L. M., McClelland D. C., Spencer S. Competency assessment methods: History and state of the art. Boston: Hay-McBer Research Press, 1994.
73. Stotey J. *New Developments in the Management of Human Resources*. Oxford : Blackwell, 2015. 476 p.
74. Tidd J. *From strategic management to strategic competence: Measuring technological, Market and Organization Innovation*. 2nd Edition. London : Imperial College Press, 2013. 437 p.
75. Woodruff C. What is meant by a competency? *Leadership and Organizational Development Journal*. 1993. P. 29 – 36.