

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально-науковий інститут фінансів, економіки і менеджменту
імені Олега Балацького
Кафедра управління імені Олега Балацького
Медичний інститут
Кафедра сімейної медицини

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри
_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему
«Організація роботи менеджера підприємств в галузі
охорони здоров'я»

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма
«Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

Студентки гр. УЗ.МЗ-92Ш Клещової Наталії Юріївни

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.
Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело Клещової Наталії Юріївни

Наукові керівники:

_____ *Сміянов В.А.*
д.м.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я

_____ *Матвєєва Ю.Т.*
к.е.н, старший викладач кафедри управління

Суми 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю
281 «Публічне управління та адміністрування»
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»
студенту групи гр. УЗ.-мз 92Ш
Клещова Н.Ю..

1. Тема роботи: Організація роботи менеджера підприємств в галузі охорони здоров'я.
затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____
3. Мета кваліфікаційної роботи: теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо організації роботи менеджера у сфері охорони здоров'я у Сумській області.
4. Об'єкт дослідження: є процес формування компетентного підходу менеджерів до управління в закладах охорони здоров'я.
5. Предмет дослідження: є відносини, що виникають у процесі планування, управління а також компетентності менеджерів медичних закладів у системі охорони здоров'я, з одного боку, та його пацієнтами - з іншого.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Шосткинської центральній районній лікарні.
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Особливості діяльності менеджерів в системі охорони здоров'я	листопад, 2020
II	Система формування компетентностей менеджерів у	листопад, 2020

	сфері охорони здоров'я	
III	Сучасні тенденції та розвиток сфери управління шосткинської центральної районної лікарні	10 грудня, 2020

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити теоретико-методичні аспекти організації управління медичними закладами.

У розділі 2 студент має провести аналіз організації формування компетенцій менеджерів у сфері охорони здоров'я.

У розділі 3 студент має запропонувати основні шляхи покращення надання медичних послуг населенню.

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Завдання до виконання одержав

(підпис) Клецова Н.Ю.

АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено понятійно-структурний аналіз механізмів формування та реалізації планів галузі охорони здоров'я. Узагальнено сучасні моделі та системи підготовки управлінців галузі охорони здоров'я у зарубіжних країнах (Польща, Німеччина, Франція, США, Канада) та запропоновано імплементацію їх досвіду в Україні. Проведено комплексний аналіз сучасної державної політики у сфері підготовки менеджерів у сфері охорони здоров'я. Запропоновано підхід до оцінювання ефективності управління медичним закладом. Визначено напрями вдосконалення механізмів формування та реалізації сфери охорони здоров'я та управління лікарнею.

Ключові слова: підготовка менеджерів охорони здоров'я, менеджмент лікарні, управління, механізми формування та реалізації сфери охорони здоров'я.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 58 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 64 с., у тому числі 15 таблиць, 9 рисунків, список використаних джерел - 5 сторінок.

Актуальність. Здоров'я населення є найвищою цінністю, необхідним компонентом розвитку і соціально-економічного зростання країни. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина та досягнення адекватних стандартів якості життя і благополуччя населення одне з основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 р., та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Продуктивна діяльність сучасних установ багато в чому визначається результативністю праці працівників, яка залежить від наявності компетентностей, які необхідні для успішного виконання персоналом своїх функцій. У закладах охорони здоров'я з боку управлінців не звертається належна увага на питання побудови системи управління кадровими процесами на основі компетентнісного підходу.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо організації роботи менеджера у сфері охорони здоров'я у Сумській області. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації роботи менеджера у Шосткинській лікарні;
- вивчення складу, структури, напрямків управління лікарнею;
- визначення основних показників роботи управлінського апарату лікарні;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо підвищення

рентабельності роботи управлінської ланки сфери охорони здоров'я.

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

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

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

Наукова новизна. Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

уперше: розроблено та запропоновано концептуальний підхід, щодо управління медичним закладом;

удосконалено:

- систематизацію понять «менеджер у системі охорони здоров'я», під яким запропоновано розуміти фахівця-професіонала, що поєднує в своїй роботі навички раціональної економічної поведінки, володіє технологією управління персоналом та структурними підрозділами системи охорони здоров'я різних рівнів в умовах перманентних змін відповідно до етичного кодексу лікаря і чинного законодавства, та «механізм формування компетентностей управлінського персоналу», який визначено як інтегровану систему знань, навичок і здібностей управлінського персоналу, сформованих у процесі навчання, накопиченого в практичній діяльності професійного досвіду;

– концептуальний підхід до управління компетентністю менеджерів закладів охорони здоров'я, який, на відміну від існуючих, є комплексом методів, принципів й інструментів, спрямованих на: досягнення кумулятивного ефекту від активізації діяльності менеджерів закладів охорони здоров'я з метою ідентифікації та

взаємозв'язку етапів управління; реалізацію стратегії діяльності на основі складових компетентностей персоналу; формування і максимізацію ключових компетентностей відповідно до вимог динамічного глобального ринку, що дасть змогу успішно утримувати конкурентний статус як окремого працівника, так і підприємства загалом;

Набули подальшого розвитку:

- науково-методичні підходи до обґрунтування ролі та діяльності менеджера медичного закладу.

Ключові слова: МЕНЕДЖЕР МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ, УПРАВЛІННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ЛІКАРНЯ.

ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕНЕДЖЕРІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	11
1.1 Поняття терміну менеджер в системі охорони здоров'я.....	11
1.2 Оцінка управлінського персоналу менеджерів лікувального закладу.....	21
РОЗДІЛ 2 СИСТЕМА ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕНЕДЖЕРІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	23
2.1 Компетентнісний підхід в менеджменті закладу лікарні.....	26
2.2 Цілі формування механізму компетентностей менеджерів закладів охорони здоров'я.....	31
2.3 Механізм формування компетентностей управлінської ланки.....	35
РОЗДІЛ 3 СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА РОЗВИТОК СФЕРИ УПРАВЛІННЯ ШОСТКИНСЬКОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ	38
3.1 Менеджмент системи управління закладом Шосткинської лікарні	39
3.2 Аналіз діяльності Шосткинської ЦРЛ.....	41
3.3 Рекомендації, щодо модернізації в системі управління медичним закладом.....	53
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ШЦРЛ – Шосткинська центральна районна лікарня.

ЛПЗ – Лікувально-профілактичні заклади.

ДС – Денний стаціонар

СОЗ – Система охорони здоров'я

ВСТУП

Згідно зі стратегією сталого розвитку «Україна-2020», затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 р., та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Здоров'я громадян та створення сприятливих умов до соціально-економічного розвитку є однією з актуальних питань сьогодення.

Внаслідок реформ, що здійснюються урядом України в системі охорони здоров'я, все більша увага приділяється розриву між наявними знаннями і навичками управлінського персоналу, необхідними для вирішення майбутніх завдань. Кадрові ресурси є важливим фактором впливу на ефективність системи охорони здоров'я. Ефективне управління охороною здоров'я вимагає володіння новітніми знаннями і навичками. Проблематика навчання менеджменту сьогодні особливо актуальна у зв'язку з реалізацією концепції реформи національної системи охорони здоров'я, метою якої є поліпшення здоров'я громадян через надання вільного вибору медичної організації і лікаря, впровадження нових фінансових моделей та економічних стимулів для постачальників медичних послуг.

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

РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕНЕДЖЕРІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Поняття терміну менеджер в системі охорони здоров'я

Постіндустріальна модель економічного розвитку, ядром якої є інформаційно-інтелектуальні технології. Знання та вміння людини, докорінно модернізує традиційну модель управління закладами охорони здоров'я. За сучасних умов розвитку економіки України в установах медичної сфери виникає необхідність забезпечення власного функціонування. «З урахуванням законів і вимог жорсткої конкуренції, коли активна діяльність окремого працівника стає основним імпульсом процесів розвитку цілої системи. У зв'язку з цим, значної актуальності набуває оцінка ролі компетентності менеджера у формуванні високого конкурентного статусу закладів охорони здоров'я за умов глобальних трансформацій» [2].

«Потреба у реалізації ряду реформ вітчизняної системи охорони здоров'я об'єктивно ставить вимоги щодо вдосконалення професійної підготовки працівників медичних установ. Однак при цьому в основному йдеться саме про кваліфікований медичний персонал: лікарів, медсестер. Слово «менеджер» (або «менеджмент»), яке можна почути в коридорах і кабінетах лікарень, часто має виражений негативний відтінок, що спричинено управлінськими прорахунками працівників адміністративного апарату галузі» [1].

Кращим доказом цього є зростання попиту на освітні програми з менеджменту в сфері охорони здоров'я. В даний час кращі освітні заклади світового рівня пропонують наступні типи дипломних програм в галузі охорони здоров'я, (рис. 1.1) [1].

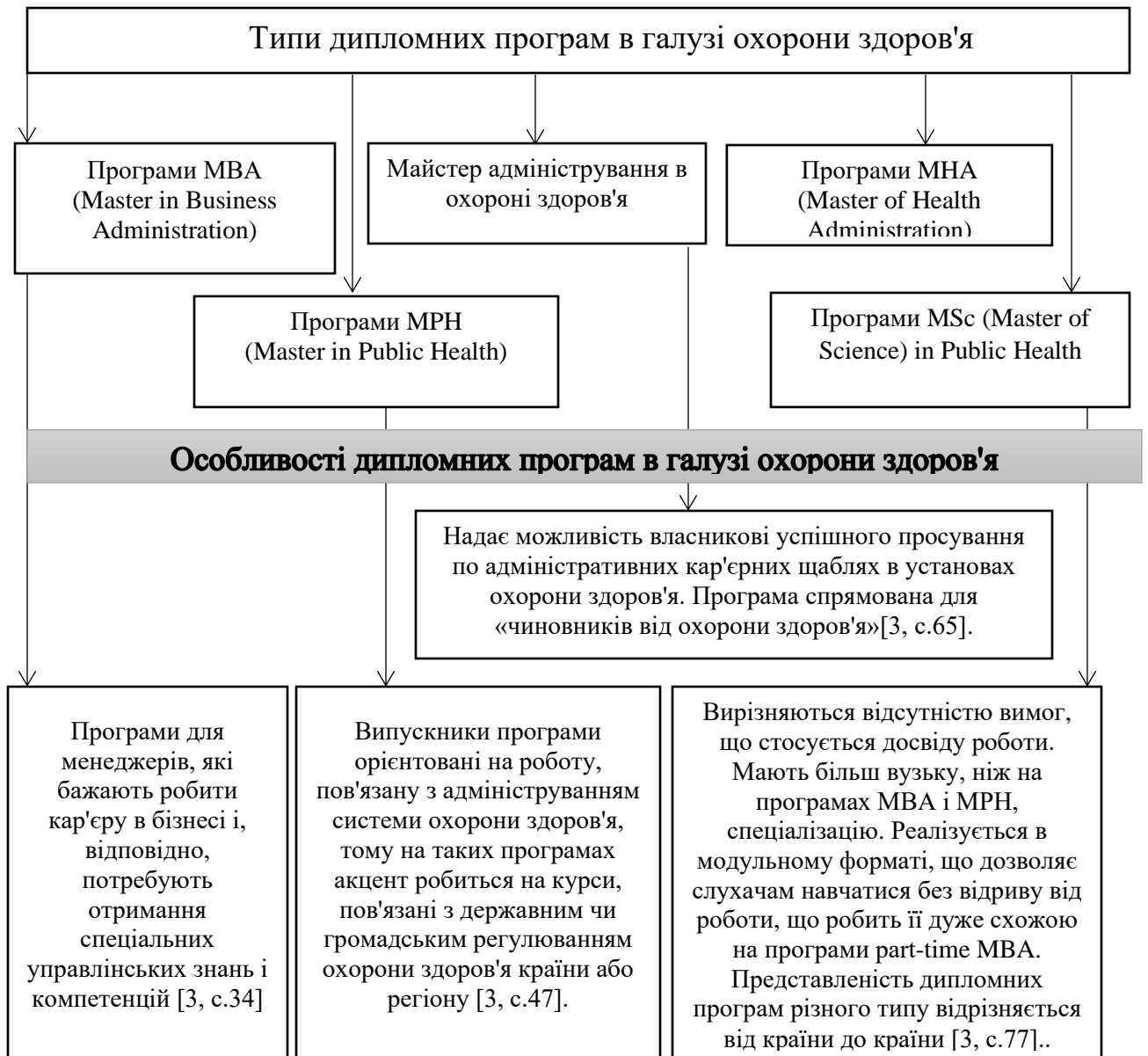


Рисунок 1.1.- Типи дипломних програм в галузі охорони здоров'я. Джерело: побудовано автором, на основі: [3,с.34, с.47, с.65, с.77]

Аналізуючи особливості дипломних програм в галузі охорони здоров'я, необхідно зазначити, що ступінь MBA з'явилася в США в кінці 19 століття, коли промислові підприємства стали застосовувати науковий підхід до управління [3,с.34]. Програми MPH була заснована в 1970 році і акредитована Комісією з акредитації освітніх програм з менеджменту в охороні здоров'я. Специфіка MPH проявляється в наявності цілого ряду спеціалізацій (епідеміологія, міжнародне

громадське здоров'я, біостатистика, біоінформатика, навколишнє середовище та суспільне здоров'я і т. д.). Причому менеджмент в охороні здоров'я лише одне з них, яке має на увазі отримання міждисциплінарної підготовки за всіма зазначеними напрямками. Ще один аспект - програми МРН традиційно реалізуються окремими школами громадського здоров'я та організаційно відокремлені від бізнес шкіл. Це призводить до формування специфічного контингенту учнів, вельми відмінного по мотивації від студентів МВА.

Дисить відомою та розповсюдженою програмою вважається майстер адміністрування в охороні здоров'я [3, с.65].

Європейські країни, особливо Франція і Німеччина, тяжіють до реалізації таких магістерських програм як MS або MSc (Master of Science). У США, Канаді та Великобританії більше поширені програми МВА. Цікаво, що існує певна кореляція між кількістю програм, що реалізуються в тій чи іншій країні, і місцем країни в рейтингу національних систем охорони здоров'я, складеному ВООЗ (Всесвітньою організацією охорони здоров'я). Однак слід зазначити, що і Франція, і Німеччина, і Великобританія, безумовно, є лідерами на європейському просторі і за кількістю програм, і за рівнем розвитку систем охорони здоров'я. Великий вплив на розвиток шкіл охорони здоров'я в Європі здійснюють дві організації. Асоціація шкіл суспільного здоров'я (ASPHER), що займається в основному освітою, і європейська асоціація суспільного здоров'я (EUPHA), що підтримує наукові дослідження в сфері суспільного здоров'я, зміцнення здоров'я і епідеміології [3,4,с.42]. Асоціація шкіл охорони здоров'я європейського регіону (Association of Schools of Public Health in The European Region, ASPHER) – ключова незалежна організація в Європі. Створена з метою підсилення ролі охорони здоров'я шляхом навчання професіоналів охорони здоров'я як практики так і дослідженням. Заснована в 1966 р. Асоціація має понад 70 членів. Вони є членами Європейського Союзу, Ради Європи, представлені на вебсайті ASPHER [5,с.11].

«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» [6,с.20].

Варто зазначити, що донедавна, відсутність знань, умінь і навичок у так званих «сучасних» методах управління не розглядалася серед пріоритетних завдань сектора охорони здоров'я. Жорстко регульована система охорони здоров'я, яку країна успадкувала від Радянського Союзу, передбачала досить обмежені повноваження для менеджерів щодо використання ресурсів. Також не вимагала володіння широким спектром управлінських навичок. Тому не дивно, що навіть зараз традиційна назва посади для керівників лікарень залишається колишньою - «Головний лікар». Координація діяльності медичних закладів на обласному та державному рівнях привела до появи менеджерів охорони здоров'я, які мають справу з управлінням системи охорони здоров'я загалом і на різних її рівнях. Вони зазвичай починали свою кар'єру як керівники медичних закладів і поступово піднімалися по «вертикалі влади» (з медичної установи в регіональні департаменти охорони здоров'я, а потім - на рівень міністерства) [7,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» [8]. Ці поняття є дуже схожими на перший погляд, але, розглянувши їх значення, можна виокремити такі відмінності, а саме:

– спеціалістом з державного управління охороною здоров'я є державний службовець, який є, як правило, лікарем за фахом, котрий займає певну посаду на державній службі (приміром, очолює районне чи працює в обласному управлінні охорони здоров'я) [9];

– 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 [10,11,с.21].

Сукупність засобів впливу на поведінку працівників є основою формування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я (рис. 1.2).

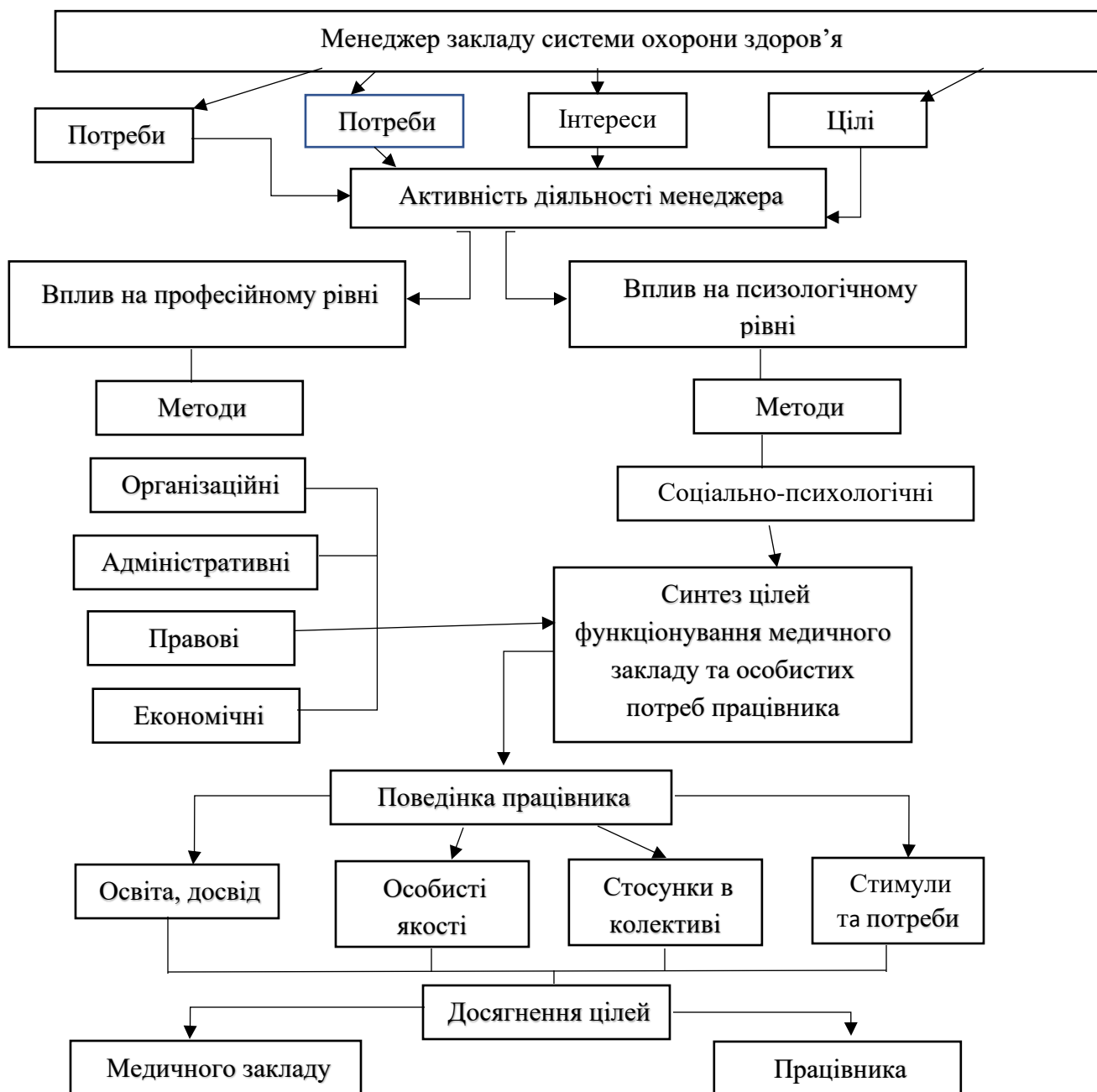


Рисунок 1.1. Механізм управлінського впливу менеджера медичного закладу на працівників Джерело: побудовано автором, на основі [12]

Професіоналізм – це насамперед здатність державного службовця, колективу державних службовців розкривати з урахуванням умов. Також реальних можливостей найбільш продуктивних способів та шляхів реалізації поставлених у межах нормативного визначення повноважень. Високий професіоналізм є однією з першорядних і фундаментальних рис сучасного керівника. «Професіоналом є працівник, який вдало виконує завдання відповідно до своїх службових обов'язків. Володіє певними здібностями, а також має мотивацію до цієї роботи. Досягає бажаних для суспільства результатів шляхом виконання своїх функцій. Досягає необхідного рівня професійних особистісних якостей, знань і вмінь. Користується сучасними технологіями, засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії), виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність. Відкритий для фахового навчання, здобуття досвіду, змін; відданий професії, соціально активний, здатен якісно і кількісно оцінити власну працю і т.д.» [13,с.321].

Специфічність сфери охорони здоров'я полягає в необхідності двох типів керівників: управлінців та менеджерів. Це насамперед пов'язано з тим, що в галузі охорони здоров'я на сьогодні існують два типи організацій [14,с.285]. Першим типом виступають державні заклади охорони здоров'я. Що працюють як організації, які не є самостійними господарюючими суб'єктами (лікарні, поліклініки, санітарно-епідеміологічні станції, клініки при медичних науково-дослідних інститутах, центри здоров'я тощо). Дані заклади охорони здоров'я фінансуються з державного бюджету України, держава визначає і контролює всі статті витрат.

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

недержавної форми власності, які є самостійними господарюючими суб'єктами в умовах ринку.

Здійснення управління даними закладами здійснюють менеджери в галузі охорони здоров'я. Необхідно зазначити, що первинним документом, у якому зауважено, що медичний менеджмент є новою спеціальністю для України, була програма реорганізації медичної допомоги «Перспектива-2010». Дана програма схвалена на Першому всеукраїнському з'їзді медичних працівників у 1999 р. У програмі зазначено, що медичний менеджмент – цілком нова кваліфікація [15].

Менеджер охорони здоров'я відіграє три види ролей, що характеризують різні рівні системи охорони здоров'я. Менеджер з медичного обслуговування здійснює управління трудовими, матеріальними та фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я. Друга категорія менеджерів забезпечує медичне інспектування окремих лікарень або регіонів, третя - реалізацію загальнодержавних чи місцевих програм з охорони здоров'я [16,с.27]. Фахівець з менеджменту підприємств і організацій у галузі охорони здоров'я - це спеціаліст, підготовлений за різними освітньо-кваліфікаційними рівнями (бакалавр, спеціаліст, магістр), який здатний реалізовувати управлінську та економічну роботу в різних лінійних і функціональних підрозділах лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності, на підприємствах медичної та мікробіологічної промисловості, в консультативно-діагностичних центрах, у фармацевтичних фірмах, у санаторно-курортних закладах, в закладах медико-соціального захисту, в санітарно-епідеміологічних станціях, у магазинах «Оптика» та «Медтехніка», на аптечних базах і складах, у структурах Товариства Червоного Хреста тощо [17,с.232].

Спеціалісти з менеджменту в сфері охорони здоров'я можуть працювати також як менеджери медичних закладів недержавної форми власності та установ медичного страхування. Варто погодитися з думкою Ситника Й.С., який у своїй роботі [18] виокремив такі ключові підсистеми управління знаннями. Як формування знань, поширення знань, зберігання знань, використання знань. На

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

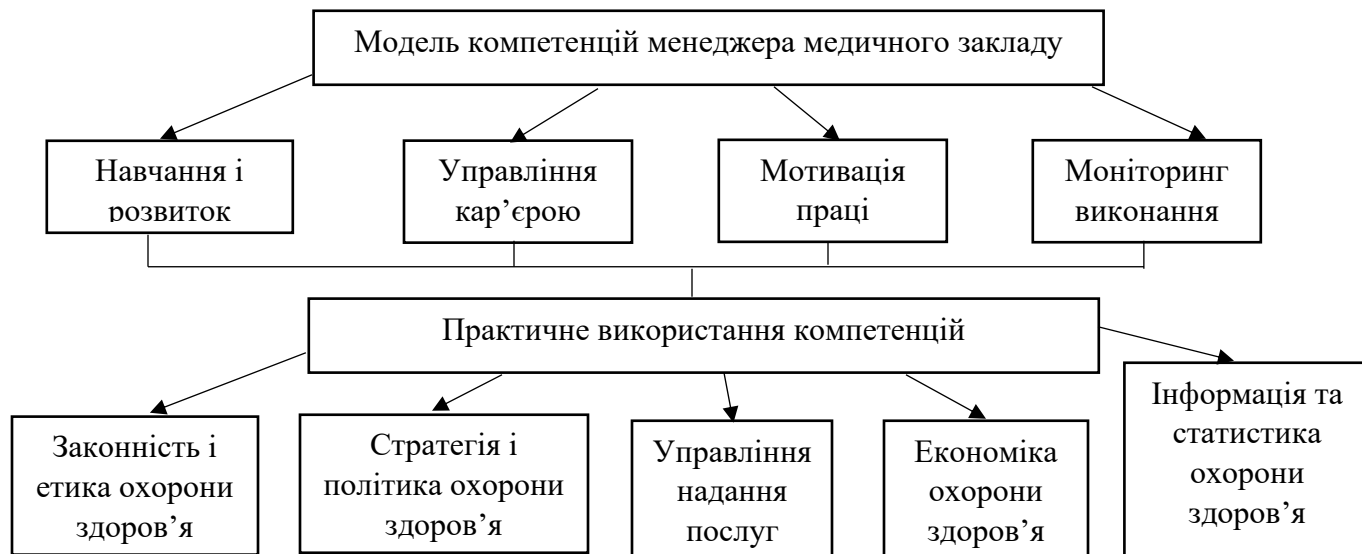


Рисунок 1.3 - Практичне застосування моделі компетентцій менеджера медичного закладу Джерело: побудовано автором [10]

Навчання фахівців в сфері охорони здоров'я базових принципів і основних практичних навичок ефективного менеджменту варто розглядати як один із найважливіших кроків у процесі реформування системи охорони здоров'я. Менеджери закладів охорони здоров'я повинні дуже добре знати інфраструктуру своєї установи і відслідковувати ефективність її роботи [19,с.37]. Менеджери, володіючи інформацією стосовно ринку системи охорони здоров'я, прагнуть зберегти конкурентоспроможність на цьому ринку за рахунок поліпшення якості послуг і зниження їх собівартості.

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 [1]. Слід наголосити, що менеджер в галузі охорони здоров'я повинен бути обізнаним в сфері трудового законодавства, техніки ведення комерційних переговорів, організації процесу надання медичних послуг, менеджменту, маркетингу, бухгалтерського обліку, юриспруденції тощо. Основні риси менеджера в галузі охорони здоров'я наведено на рисунку 1.3.

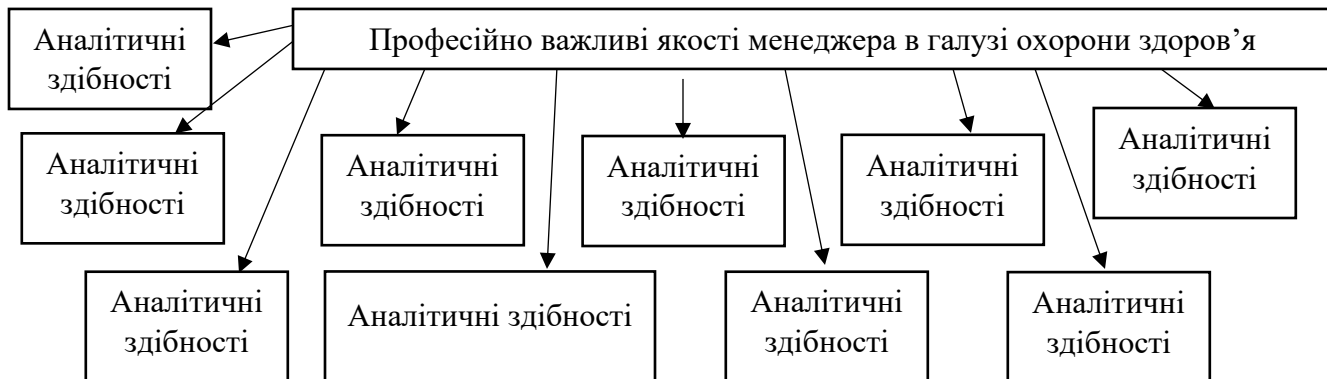


Рисунок 1.4 - Якості менеджера в галузі охорони здоров'я.

Джерело: розробка автора [1]

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

1. На рівні менеджера медичного закладу:

- рівень організації медичної допомоги відповідно до сучасного розвитку науки;
- організація медичної допомоги згідно із затвердженими стандартами лікування;
- оплата праці медичного працівника залежно від обсягів і якості надаваних медичних послуг;

2. На рівні менеджера регіональних органів управління охорони здоров'я:
- покращення структури закладів медичної допомоги населенню;
 - здійснення контролю за дотриманням нормативного використання фінансових, матеріальних і трудових ресурсів медичних закладів;
 - забезпечення експертизи якості медичної допомоги і дефектів медичної допомоги;
3. На рівні менеджера центральних органів управління галузі охорони здоров'я:
- удосконалення нормативно-правової бази діяльності галузі;
 - покращення структури галузі медичної допомоги населенню;
 - впровадження системи моніторингу стану фінансового забезпечення соціальних нормативів у галузі охорони здоров'я;
 - запровадження обов'язкового медичного страхування громадян України як основи для формування системи соціального захисту прав пацієнтів та працівників системи охорони здоров'я;
 - забезпечення виконання державних медико-соціальних програм, проведення диспансерного огляду населення відповідно до державного клінічного протоколу обстеження громадян;
 - формування економічно обґрунтованих цін на лікувальні препарати і виробу медичного призначення;
 - розроблення державної програми підготовки менеджерів вищої ланки галузі охорони здоров'я;
 - удосконалення системи взаємовідносин між галуззю і державою, співробітниками галузі та пацієнтами;
 - реалізація інноваційних проектів щодо впровадження сучасних технологій галузі охорони здоров'я. Сучасний тип керівника медичного закладу, який може бути достатньо конкурентоспроможним на ринку праці, передбачає наявність ключових компетенцій [20,с.21].

1.2 Оцінка управлінського персоналу менеджерів лікувального закладу

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. Розглядаючи оцінку менеджерів системи охорони здоров'я як головну складову і системи управління персоналом, і системи управління організацією в цілому, бажано за необхідне формалізувати основні взаємозв'язки між елементами системи управління людськими ресурсами (рис. 1.5).



Рисунок 1.5 - Оцінка менеджера медичного закладу в системі управління людськими ресурсами Джерело: побудовано автором [1]

Багато методів оцінки управлінського персоналу, які використовуються на даний момент, сформувався ще в минулому столітті. Але еволюція і впровадження цих методів відбуваються постійно. Зупинимося на трьох теоріях оцінки управлінського персоналу [21].

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

2. Ситуаційний підхід в оцінці керівників базується на принципі аналізу їх діяльності в різних ситуаціях. Саме ситуації різнопланового характеру визначають поведінку керівника, його емоційний стан, можливість прийняття релевантних управлінських рішень за умов невизначеності. «Ситуації в діяльності керівника є певним співвідношенням засобів праці, предметів праці й людей – учасників.

3. Діяльнісний підхід. Серед існуючих підходів до оцінки діяльності керівника можна виділити два найбільш поширених підходи, в процесі яких виконується велика частина досліджень. Перший з них можна визначити, як особистісно-опосередкований, а другий - як безпосередньо-діяльнісний.

На основі досліджень учених [23, 24] встановлено, що більш перспективним є третій варіант підходу до оцінки керівника на основі діяльнісного підходу, який має комплексний характер. Таким чином, враховуючи сказане вище, можна стверджувати, що для створення ефективного та інноваційно-орієнтованого управління системою охорони здоров'я на всіх рівнях, а також підвищення професіоналізації менеджменту зростає необхідність у створенні й розвитку механізму формування професійних компетентностей менеджерів. Це, у свою чергу, дасть змогу конвертувати наукові знання менеджерів у нові управлінські технології та сучасні медичні послуги, що створює умови для стійких темпів

соціально-економічного зростання закладів охорони здоров'я та підвищення рівня їх конкурентоспроможності.

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

2.1 Компетентнісний підхід в менеджменті закладу лікарні.

«Глобальні тенденції соціально-економічного розвитку, загострення міжнародної конкуренції, рух у напрямі євроінтеграції ставлять перед вітчизняною економічною наукою і практикою принципово нові завдання. Серед яких вагоме місце належить підвищенню ролі управлінського персоналу. При цьому компетенції персоналу стають ключовим фактором ділового успіху, а управління ними – визначальною віссю розробки та реалізації корпоративної стратегії. У 60-70-х роках ХХ ст. відбулася переорієнтація системи освіти на компетентнісний підхід (competence-based education)» [1].

У своїй роботі «Вимірювання компетентності замість вимірювання інтелекту» Д. Мак Клееланд (США, 1973 р.) пише, що наявність документа про освіту або результати перевірки інтелектуальних можливостей не пов'язані з реальною ефективністю виконуваної роботи. Як альтернативу традиційному підходу в підготовці кадрів Д. Мак Клееланд сформулював підходи до визначення компетентності як індивідуальних характеристик працівників, що дозволяють ефективно виконувати функціональні обов'язки [25,с.138]. Як зазначає Г. Селевко, компетентнісний підхід передбачає поступову переорієнтацію домінуючої освітньої парадигми на створення умов для оволодіння людиною комплексом компетенцій, які відображають її потенціал, здатність до активних форм взаємодії із зовнішнім оточенням [26].

Ключовою відмінністю компетентнісного підходу від розповсюджених механізмів накопичування знань, навичок є орієнтація на формування у людини, яка навчається, здатності практично діяти. Відзначимо, що компетентнісний підхід у формуванні якостей професіонала доповнює культуроцентричний, знаннєцентричний, системодіяльний підходи [27,28].

Трансформуючи це положення в площину менеджменту медичних установ, зазначимо, що вирішення проблеми забезпечення якості роботи персоналу медичних закладів пов'язане з формуванням системи компетенцій. Варто зазначити, що в розвитку компетентнісного підходу умовно виділяють такі етапи, (рис.2.1) [1,29].

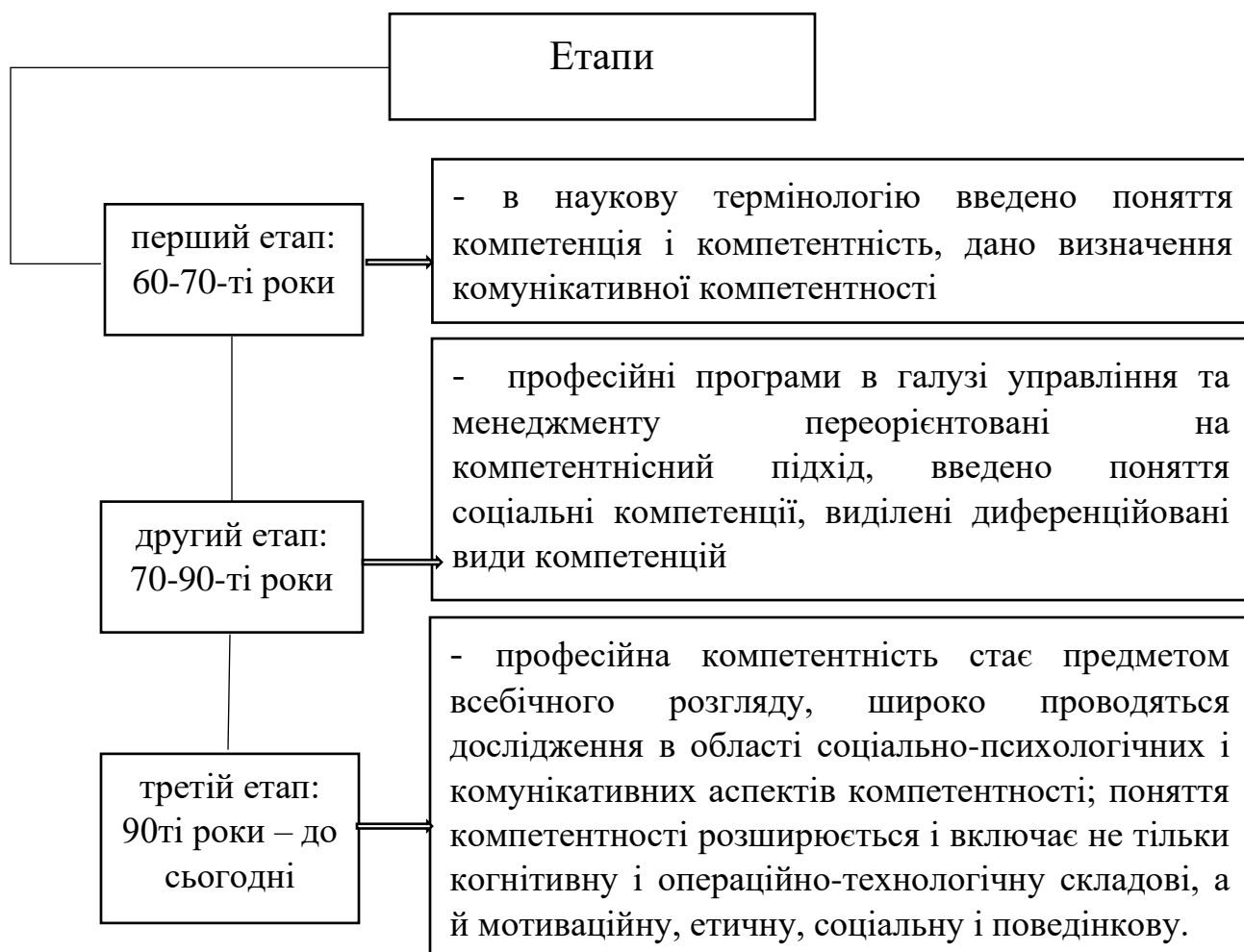


Рисунок 2.1 - Періодизація становлення та розвитку компетентнісного підходу

Джерело: побудовано автором на основі [1]

Уперше вивчати компетенції для прогнозування рівня ефективності виконання роботи запропонував американський психолог Д. Мак Клеелландом, який у 1973 р. опублікував статтю «Вимірювання компетентності замість вимірювання інтелекту» [30]. Для аналізу компетенцій автор вивчав характеристики успішних співробітників, а потім порівнював їх з характеристиками, які притаманні менш успішним виконавцям тієї ж самої роботи. Таким чином, результативність виконання роботи Д. Мак Клеелланд безпосередньо пов'язує з наявністю в її виконавців певних якостей, тобто компетенцій. Як вказує Р. Боятцис [29], кожна компетенція має кілька притаманних саме їй елементів, таких, як мотиви, соціальна роль особистості, риси характеру, обсяг знань, вміння і навички. І беручи до уваги той факт, що мотиви реалізації будь-якої діяльності приховані на рівні підсвідомості, тоді, як уміння та навички є результатом усвідомленої поведінки особистості, то, відповідно, і рівень прояву одних і тих самих компетенцій може значно відрізнятися.

Як стверджує С. Woodruffe, компетенції повинні бути чітко визначені, саме тому що вони базуються на функціональному аналізі діяльності. Крім того, автор [31] акцентує увагу на тому, що в деяких показниках компетенцій, які використовують в організаціях, два різних аспекти, такі, як людина і робота, прямо порівнюються. Проте це не зовсім правильно. У більшості випадків дані показники об'єднуються поняттям «компетенція». Однак при вживанні цього терміна потрібно пам'ятати про те, що він складається з двох аспектів, що необхідно враховувати, здійснюючи аналіз і визначення компетенції [1]. Складові елементи компетенції зображено на рис. 2.2

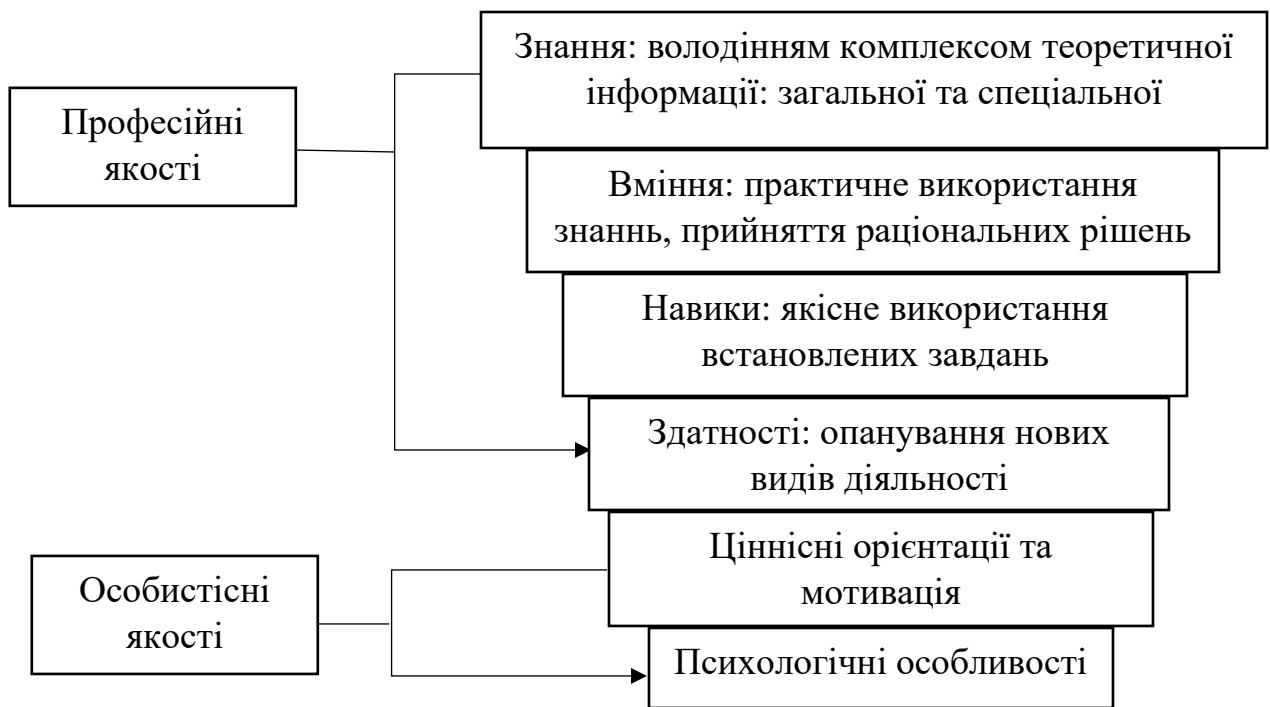


Рисунок 2.2 - Складові елементи компетенції. Джерело: побудовано автором [1]

В економічній літературі поняття компетенції розглядається дослідниками спільно з набором взаємопов'язаних знань, умінь, навичок і технологій [32,с.38]. У поняття компетенцій можуть бути також включені і мотиваційні аспекти, а також особистісні якості та навички, які необхідні співробітникам для максимального досягнення успіху в своїй роботі. Таким чином, узагальнюючи напрацювання вчених щодо розкриття сутності поняття «компетенція», можна констатувати, що це модель поведінки людини при вирішенні певного класу завдань, виконанні ролей або функцій у визначених ситуаціях професійної діяльності [1].

Аналіз тенденцій застосування компетентнісного підходу в менеджменті свідчить про суттєву змістовну розбіжність понять «компетенція» та «компетентність». Тому проаналізуємо підходи до визначення поняття «компетентність» у контексті обґрунтування застосування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я. Термін «компетентність» ввела у 1988 р. Агенція стандартів тренінгу Великої Британії для позначення

спектра професійних стандартів, що можуть бути оцінені як набір параметрів певної спеціальності, зокрема менеджера [33,с.91, 34 - 40]. Отже, термін «компетенція» вводили з таким змістом, як «риса індивідуума», а «компетентність» – як «дія, поведінка, або результат роботи».

Отже, як бачимо, зарубіжні вчені при формулюванні поняття «компетентність» оперують такими першорядними поняттями, як успішність, робота, досягнення в роботі, поведінка. У вітчизняних словниках можна знайти таке тлумачення терміну «компетентність» [1]:

1) поінформованість, обізнаність, авторитетність;

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

3) коло питань, щодо яких певна особа володіє знаннями та досвідом. Отже, як бачимо, компетентність – характеристика особи. Основою цих визначень є знання, обізнаність, досвід, що свідчить про інтегративність зазначених дефініцій.

«Компетентність (лат.) - володіння певними знаннями, що дозволяють судити про що-небудь. Досить часто компетентність визначають як сукупність психологічних якостей або як психічний стан, що дозволяє індивіду діяти самостійно і відповідально. Як володіння фахівцем здібностями та вміннями виконувати певні трудові функції.» G. Louence визначав компетентність як «стан, який дозволяє діяти, додавши, що, з позиції реальних життєвих ситуацій, це - володіння фахівцем певними здібностями й умінням виконувати певну функцію» [41,с.15]. На думку А.С. Ліфшиця, компетентним є працівник, який відповідає вимогам робочого місця. Як зазначає П.В. Журавльов [42], професійна компетентність - це не стільки наявність і обсяг певних знань та досвіду, скільки вміння в потрібний час їх актуалізувати і використовувати ці знання та вміння в процесі реалізації своїх службових обов'язків. Необхідно зауважити, що основними складовими компетентності керівників є: професійна компетентність,

комунікативна компетентність, правова компетентність, інформаційна компетентність.

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

Досить часто поняття «компетентність» і «компетенція» використовують як синоніми. Однак С. Woodruffe [31] зазначає, що термін компетентність потрібно застосовувати для того, щоб вказати на вміння якісно виконувати будь-яку роботу та на сукупність вчинків, які працівник для цього робить. Саме тому дослідник стверджує, щоб уникнути плутанини, дуже важливо розрізняти ці два терміни:

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

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

У науковій літературі існують різні точки зору щодо складових компонентів компетентності. Деякі автори стверджують, що поняття компетентності включає в себе поведінкові аспекти окремих працівників у процесі виконання своїх обов'язків, а також їх знання та навички, які впливають на цю поведінку. Л. Спенсер [43] зазначає, що компетентність включає в себе:

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

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

- я-концепції - установки або цінності конкретної людини;

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

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

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

В основі управління компетентністю на рівні працівника є співставлення наявних компетенцій у працівника з вимогами до посади, яку він займає (рис. 2.3). Це дає змогу детермінувати основні поведінкові характеристики з метою формування індикаторів оцінки рівня компетентності кожного працівника.

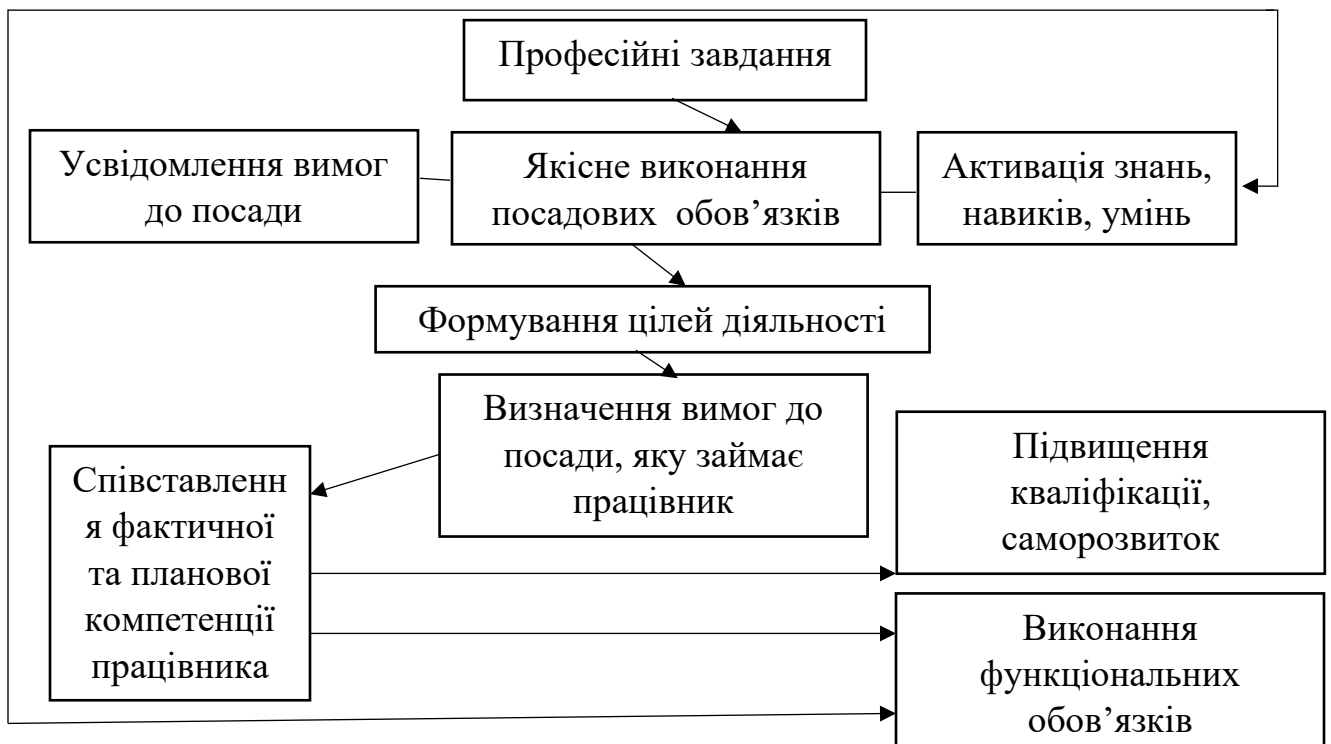


Рисунок 2.3 - Управління компетентністю на рівні працівника

Джерело: побудовано автором [1]

Компетентність персоналу організації – це раціональне поєднання знань, навиків, умінь, моделей поведінки, якими володіє та використовує в практичній діяльності персонал організації (рис. 2.4).

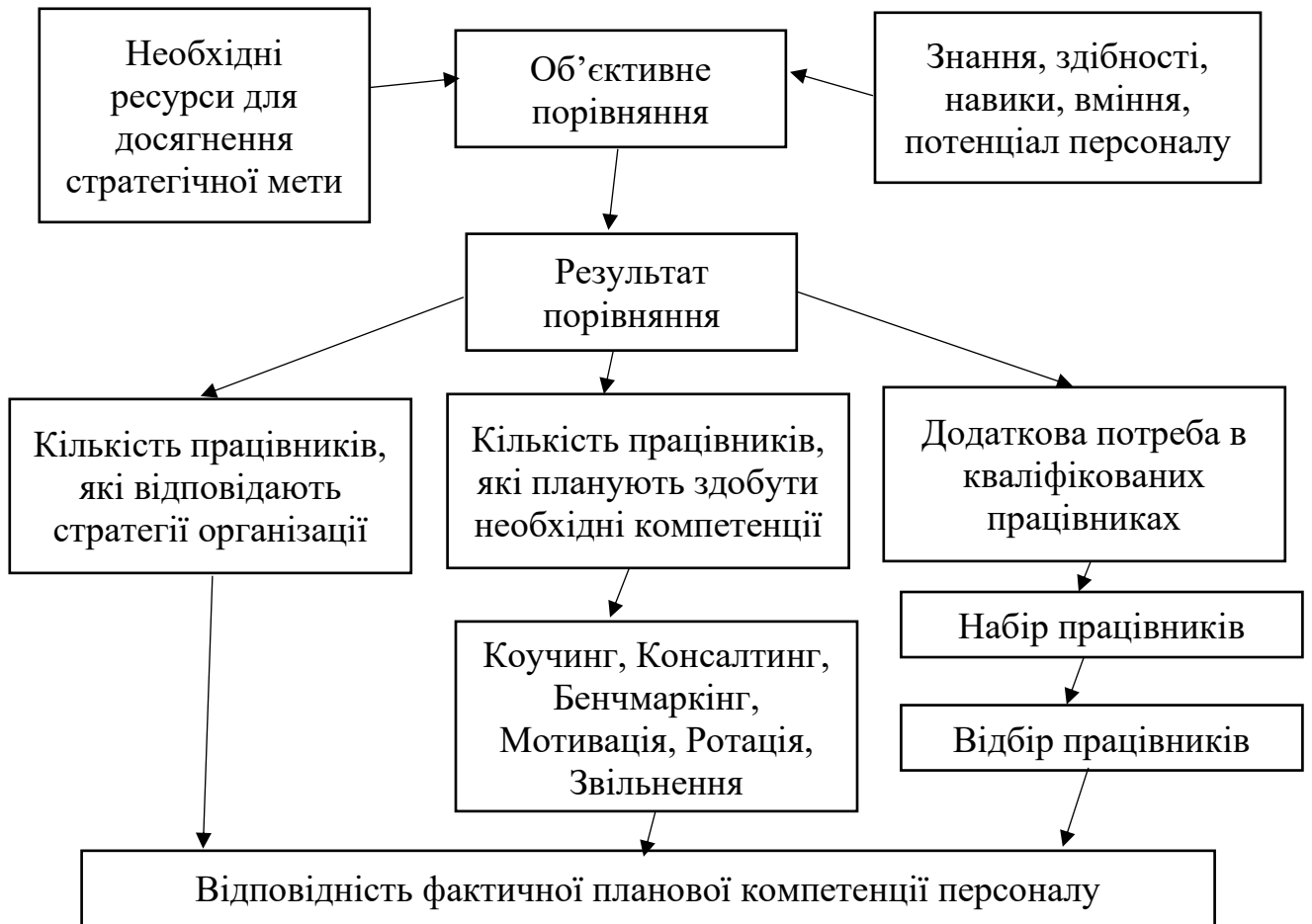


Рис. 2.4 - Управління компетентністю персоналу на рівні організації

Джерело: побудовано автором [1]

Аналіз літературних даних (А. М. Бранденбургера і Б. Дж. Нейлбаффа, Т. Пітерса та Р. Уотермена, М.Портера, Х. Ітамі, Дж. Ф. Мура, І. Ансоффа та ін.) показав, що релевантним управлінським підходом є концепція ключових компетенцій. Дану концепцію запропонували Г. Хамелом і К.К. Прахаладом як основу «інтелектуального лідерства» підприємства з метою створення, утримання і розвитку стійких конкурентних переваг у сучасних умовах [46,47].

Важливо відзначити той факт, що механізм формування компетентностей розробляють не для одного конкретного співробітника, а для цілого функціонального підрозділу або рівня управління. Це, у свою чергу, дає

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

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

Група спеціальних компетенцій включає в себе: адміністративні компетенції, інфраструктурні компетенції, медичні компетенції, біологічні компетенції, управління персоналом і менеджмент якості. Вона є комплексною і передбачає наявність різнопланових знань, вмінь і навичок. Виділимо такі цілі формування механізму компетентностей менеджерів закладів охорони здоров'я [48,с.12]:

- створення гнучкої і надійної системи найму;
- формування об'єктивної системи оцінки працівників;
- імплементація дієвої системи мотивації персоналу;
- вдосконалення системи розвитку та навчання людських ресурсів;
- реінжиніринг процесів надання медичних послуг;
- формування партнерських відносин між менеджерами та працівниками всіх рівнів [1].

Відповідно до теоретичних та емпіричних досліджень учених [31], при розробці механізму формування компетентностей слід враховувати як поточні, так і перспективні вимоги до менеджерів медичних установ. «Механізм формування компетентностей може містити базові, функціональні та рольові компетенції.

Базові компетенції встановлюються керівниками вищого рівня. Їх перелік відображає «ідеальний портрет» працівника – відданість справі, сприйняття змін, робота в команді, відповідальність, ініціативність тощо. Функціональні компетенції досить детально описуються в кваліфікаційних вимогах до посади і базуються на виконуваних функціях. Це необхідні вимоги до посади, що можуть бути оцінені шляхом професійної атестації. Рольові компетенції характеризують профіль посади в даній організації впродовж певного періоду часу. Це ситуативний набір компетенцій, що відображає стратегічний напрям розвитку бізнесу. Рольові компетенції реалізуються в поведінці працівника» [43].

Організації можуть мати різну кількість рівнів управління залежно від галузевої приналежності, цілей, завдань, масштабів діяльності, організаційної та правової форм. Механізм компетентностей призначений для формування знань, навичок, здібностей, адекватних цілям і завданням організації. На нашу думку, механізм формування компетентностей управлінського персоналу - це інтегрована система знань, навичок і здібностей управлінського персоналу, сформованих у процесі навчання, накопичених у практичній діяльності професійного досвіду. Розглядаючи компетентності менеджерів різних компаній, необхідно відзначити, що у всіх присутнє прагнення до формування механізму компетентностей. «Для кожної компанії повинні бути розроблені чіткі та зрозумілі характеристики компетентностей управлінського персоналу, за рівнями управління з огляду на специфіку діяльності підприємства» [6,с.23]. Механізм формування компетентностей може приймати різні форми. Як правило, вони включають у себе такі елементи, як:

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

- встановлення конструктивних і постійних міжособистісних відносин;
- ставлення до інших з шанобливістю, тактовно і з повагою;

- ефективна праця з іншими людьми незалежно від організаційного рівня, походження, статі, раси або етнічної приналежності;

- праця для усунення розбіжностей, намагаючись переконати інших і досягти угоди;

- дотримання і підтримка групових рішень.

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

- усунення відмінності в стилях роботи ефективно при роботі з колегами;

- передбачення можливих конфліктів та ефективно їх вирішення;

- демонстрування особистої прихильності до цілей групи.

3. Схема механізму. Як правило, механізм представляється як візуально привабливий графік. Подання механізму в графічній формі допомагає користувачам швидко зрозуміти ключові його особливості. Деякі механізми формування компетентностей управлінського персоналу включають у себе інформацію про навички й уміння, необхідні для різних рівнів майстерності, або інформацію про рівень компетентності, необхідної на різних професійних рівнях.

Механізм формування компетентностей управлінського персоналу часто використовують для визначення успіху як окремих осіб, так і груп [49,с.28]. Він може бути застосований у різних формах, таких, як оцінка кваліфікації кандидатів на роботу, в розробці програм навчання виконавчій роботі й коучингу. В основних типах компетентностей можна знайти аналогічні компоненти: опис стандартів або факторів, що приводять до успіху поряд з поведінковими чи організаційними заходами, які можуть бути виміряні та оцінені.

До них належать:

1. Організаційний тип формування компетентностей описує навички, необхідні для всіх співробітників в організації. Тут використовується загальний підхід, який встановлює, що кожен співробітник повинен досягти. Ці набори

поведінки і навичок застосовні до всіх рівнів співробітників. Наприклад, ключова компетенція - безперервне навчання кожного співробітника. Ця компетенція описує, як працівник на будь-якому організаційному рівні може досягти цієї компетенції.

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

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

4. Лідерство або управлінські типи компетентностей описують фактори, які приводять до успіху для керівників компаній, керівників та інших осіб, які належать до топ-менеджменту. Організації часто використовують управлінські моделі компетентностей для коучингу і створення програм розвитку лідерства [50,с.129]. Механізм зазвичай описує від 8 до 12 різних професійних компетенцій, зосередивши увагу на таких сферах, як саморозвиток, лідерство, інновації, професійне мислення, розвиток відносин і впевненості в собі [51,с.15]. У наукових і прикладних дослідженнях для розробки механізму формування компетентностей використовують широкий перелік методів.

2.3 Механізм формування компетентностей управлінської ланки

Проаналізуємо етапи розробки механізму формування компетентностей [52,с.12].

Крок 1. Збір довідкової інформації. Розробка механізму формування компетентностей основана на аналізі та синтезі існуючих стандартів національних

і державних навичок, технічної, навчальної програми та сертифікації в галузі. Цей крок повинен здійснюватися у співпраці з експертами з конкретних питань, що ознайомлені з термінологією і володіють навичками, необхідними в певній галузі.

Процес збору інформації включає в себе:

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

Крок 2. Розробка проекту рамок механізму формування компетентностей. Блоки та перевірені моделі слугують контентом ресурсів. За допомогою цих інструментів розробник механізму повинен:

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

Крок 3. Зворотний зв'язок від експертів з конкретних питань. Зворотний зв'язок від учасників фокус-груп отримують або особисто, або через серію телефонних та електронних комунікацій. Учасники фокусгрупи повинні бути обрані на основі їх ознайомлення з вимогами до компетенції галузі.

Крок 4. Уточнення рамок механізму. Розробка механізму формування компетентностей є повторюваним процесом. У ході уточнення фази процесу розробник повинен:

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

Крок 5. Перевірка кваліфікаційних рамок механізму. Перевірка механізму є необхідним кроком для забезпечення визнання з боку цільової спільноти користувачів. Процес перевірки аналогічний процесу розвитку, за винятком того, що аудиторія фахівців буде розширена за рахунок включення потенційних

користувачів, які не брали участі в розробці проекту. Для перевірки механізму необхідно:

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

Результатом розробки механізму формування компетентностей є профілі професійних компетенцій, побудовані для кожної посади. Профіль професійних компетенцій - це список компетенцій, що стосуються конкретної посади в організації, з точним визначенням рівня їх прояву. Профіль компетенцій - індивідуальна еталонна модель компетентностей, необхідних для досягнення успіху в конкретній посаді [53,с.101]. Серед них домінуючою є кадрова складова, значення якої дуже часто недооцінюється [54,55,с.25].

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

- знання і розуміння основних клінічних та прикладних наук;
- знання, розуміння і використання інформації в галузі суспільної охорони здоров'я, медичної етики, епідеміології;
- здатність до отримання нових знань;
- підвищення кваліфікації та професійних навичок протягом усього життя [56,с.100].

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

порівняння потреб і ресурсів є управлінські рішення щодо ротації, просування, розвитку або скорочення персоналу.

Компетентнісний підхід у системі охорони здоров'я інтегрує методи управління за цілями («Management by Objectives»), визначення складових процесів надання медичних послуг та передбачає забезпечення відповідності персоналу організації вимогам зовнішнього і внутрішнього середовища. До переваг використання компетентнісного підходу закладами медичної сфери належить підвищення лояльності та задоволеності працівників своєю працею, зростання якості й ефективності наданих послуг, розвиток корпоративної культури. Отже, враховуючи сказане вище, можна зробити висновок, що компетентнісний підхід спонукає медичні установи до інноваційного розвитку; передбачає формування потужного інструментарію адаптації до перманентних змін внутрішнього і зовнішнього середовища; сприяє формуванню організації, що навчається; забезпечує тристоронню єдність інтересів: менеджерів, працівників, споживачів медичних послуг [1].

РОЗДІЛ 3 СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА РОЗВИТОК СФЕРИ УПРАВЛІННЯ ШОСТКИНСЬКОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ

3.1 Менеджмент системи управління закладом Шосткинської лікарні

Комунальний заклад «Шосткинська центральна районна лікарня» є комунальним закладом охорони здоров'я, що забезпечує надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та консультативно-діагностичної медичної допомоги [57].

Заклад створений шляхом перетворення лікувального закладу «Шосткинська центральна районна лікарня», є окремою юридичною особою та правонаступником всього майна, прав та обов'язків державного закладу

«Шосткинська центральна районна лікарня». Власником закладу є територіальна громада м. Шостка в особі Шосткинської міської ради. Організаційно-методичне керівництво роботою Закладу з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя здійснюється управлінням охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації.

Заклад в своїй діяльності керується Конституцією України, Законами України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, іншими законодавчими та нормативно-правовими актами, рішеннями міської ради та її виконавчого комітету, розпорядженнями міського голови, наказами, а також даним Статутом.

Комунальний заклад «Шосткинська центральна районна лікарня» є закладом, на який покладено функції органу управління охороною здоров'я Шосткинської ОТГ (Україна, Сумська область, місто Шостка, вулиця Щедріна, будинок 1, поштовий індекс: 41100). Основною метою діяльності Закладу є:

- надання первинної, вторинної (спеціалізованої) консультативно-діагностичної медичної допомоги населенню;
- забезпечення населення доступною, своєчасною, якісною та ефективною медичною допомогою;
- здійснення іншої діяльності, необхідної для належного забезпечення профілактики, діагностики і лікування хвороб;
- забезпечення дотримання наступності та послідовності у наданні медичних послуг населенню із закладами охорони здоров'я та установами, що надають первинну медико-санітарну допомогу, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу (медичний маршрут пацієнта) [58].

Поточне управління Закладом здійснює головний лікар, який призначається на посаду згідно конкурсу міським головою шляхом укладання контракту. У контракті зазначається строк найму, права, обов'язки і відповідальність головного

лікаря, умови його матеріального забезпечення і звільнення з посади (припинення дії контракту), інші умови найму передбачені контрактом та чинним законодавством. Головний лікар Закладу- діє без довіреності від імені Закладу, представляє його інтереси в органах державної влади і органах місцевого самоврядування, інших організаціях, у відносинах з юридичними особами та громадянами, формує адміністрацію Закладу і вирішує питання діяльності Закладу у межах та у визначеному законодавством.

Керівництво закладу несе відповідальність перед Шосткинською міською радою та перед іншими органами за достовірність та своєчасність подання статистичної та іншої звітності.

Працівники Закладу мають право брати участь в управлінні Закладом через загальні збори, ради трудових колективів, професійні спілки, які діють у трудовому колективі, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи Закладу, а також з питань соціально-культурного і побутового обслуговування.

Представники первинної профспілкової організації, а у разі їх відсутності – вільно обрані працівниками представники, представляють інтереси працівників в органах управління Закладу відповідно до законодавства.

Заклад зобов'язаний створювати умови, які б забезпечували участь працівників в його управлінні. Трудовий колектив Закладу складається з усіх громадян, які своєю працею беруть участь у його діяльності на основі трудового договору або інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з Закладом.

До складу органів, через які трудовий колектив реалізує своє право на участь в управлінні Закладом, не може обиратися керівник Закладу. Повноваження цих органів визначаються законодавством. Виробничі, трудові та соціальні відносини трудового колективу з адміністрацією Закладу регулюються колективним договором. Право укладання колективного договору від імені адміністрації

Закладу надається керівнику Закладу, а від імені трудового колективу – уповноваженому ним органу. Сторони колективного договору звітують на загальних зборах колективу не менш ніж один раз на рік.

Питання щодо поліпшення умов праці, життя і здоров'я, гарантії обов'язкового медичного страхування працівників Закладу та їх сімей, а також інші питання соціального розвитку вирішуються трудовим колективом відповідно до законодавства. Джерелом коштів на оплату праці працівників Закладу є кошти місцевого бюджету міста Шостка.

Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами.

Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати.

Умови оплати праці та матеріального забезпечення керівника Закладу визначаються контрактом, укладеним між керівником та головою Шосткинської міської ради. Оплата праці працівників Закладу здійснюється у першочерговому порядку. Усі інші платежі здійснюються Закладом після виконання зобов'язань щодо оплати праці [57].

3.2 Аналіз діяльності Шосткинської ЦРЛ

Аналіз діяльності Шосткинської ЦРЛ відображає наступне: у 2019 році порівняно з 2018 роком чисельність населення зменшилась. Це підтверджують статистичні дані постійного та наявного населення, табл. 3.1.

Як видно з даних таблиці, у 2019 році по відношенню до 2018 року у цілому постійного населення зменшилось на 1,30% та наявного на 1,31%.

Необхідно відмітити, що на фоні зменшення чисельності населення в цілому на 1,30%, зменшення мешканців смт Вороніж на 1,48%.

Таблиця 3.1 – Зміна чисельності населення:

Постійного населення:

	2018 р.	2019 р.	Зміна показника	
			Абс.число	%
Всього населення	96414	95159	-1255	-1,30
місто (Шостка+Вороніж)	83074	82084	-990	-1,19
м.Шостка	76006	75121	-885	-1,16
смт Вороніж	7068	6963	-105	-1,48
села району	13340	13075	-265	-1,99

Наявного населення:

	2018 р.	2019 р.	Зміна показника	
			Абс.число	%
Всього населення	96080	94825	-1255	-1,31
місто (Шостка+Вороніж)	82874	81884	-990	-1,19
м.Шостка	75909	75024	-885	-1,17
смт Вороніж	6965	6860	-105	-1,51
села району	13206	12941	-265	-2,0

Мешканців сіл району зменшилось на 1,99%, тобто в 1,7 рази більше, ніж мешканців міста.

Демографічні показники району (на 1000 населення) відображено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2 – Основні демографічні показники району (на 1000 населення).

Народжуваність

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2017	5,69	1,41	5,10	7,30
2018	5,20	0,91	4,61	6,50
2019	5,19	0,15	4,50	

Продовження таблиця 3.2 – Основні демографічні показники району (на 1000 населення).

Смертність

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2017	13,37	22,19	14,59	15,90
2018	13,47	24,16	14,94	16,34
2019	14,19	20,55	15,06	

Природний приріст

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2017	-7,68	-20,78	-9,49	-8,60
2018	-8,27	-23,25	-10,33	-9,84
2019	-9,00	-20,4	-10,56	

Як видно з таблиць, в цілому в поточному році народжуваність в порівнянні з 2018 роком зменшилася, смертність незначно збільшилась.

Природний приріст став більш негативним = -10,56 при обласному показнику за 2018 рік = -9,84.

Таблиця 3.3 – Характеристика населення району за статевою структурою.

		2018 р.	2019 р.	Зміна показника	
				абс.число	%
Чоловіки	абс. Число	43056	42508	-548	-1,27
	питома вага від усього населення	44,66	44,67		
Жінки	абс. Число	53358	52651	-707	-1,32

	питома вага від усього населення	55,34	55,33		
--	----------------------------------	-------	-------	--	--

Як видно з наведеної таблиці, відбулося зменшення чоловічого та жіночого населення (відповідно на 1,27% та 1,32%), але питома вага за статевою структурою залишилася на попередньому рівні.

Мережа лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я шосткинського району характеризуються наступним чином:

I. Згідно рішення районної ради (сьоме скликання, двадцять сьома сесія) від 30 листопада 2018 року Про оптимізацію та реорганізацію структурних підрозділів КЗ «Шосткинський районний ЦПМСД» з 01 січня 2019 року:

- 1) Клишківський ФП приєднано до Клишківської АЗПСМ;
- 2) Солотвинський ФП приєднано до Клишківської АЗПСМ;
- 3) Остроуський ФП приєднано до Погребського ФП;
- 4) Свірзький ФП приєднано до Погребського ФП;
- 5) Собицька АЗПСМ перетворена в ФАП;
- 6) Ображіївська АЗПСМ виключена із структури районного ЦПМСД та введена в склад амбулаторії №4 КНП «Шосткинський міський ЦПМСД»

II. Згідно рішення Шосткинської міської ради (VII скликання, XIX сесія) від 20.11.2018 року

з 08.02.2019 року

- 1) КЗ «Шосткинська центральна районна лікарня» перетворено в Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради;
- 2) Комунальний лікувально-профілактичний заклад «Шосткинська дитяча лікарня» перетворено в Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська дитяча лікарня»;

III. Згідно рішення Шосткинської міської ради (VII скликання, XIX сесія) від 14.12.2018 року

з 13.03.2019 року Установа комунальної власності Шосткинська стоматологічна поліклініка перетворена в Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська стоматологічна поліклініка».

IV. Згідно рішення сесії Сумської обласної ради VII скликання від 22.02.2019 року Комунальний лікувально-профілактичний заклад Сумської обласної ради «Шосткинський міжрайонний протитуберкульозний диспансер» реорганізований шляхом перетворення з 15.08.2019 р. в Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Шосткинський протитуберкульозний диспансер» (КНП СОР (ШМПТД).

V. Згідно запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців Комунальна установа Сумської обласної ради «Обласний діагностичний центр м.Шостка» з 30.08.2019 року перетворена в Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Обласний діагностичний центр у місті Шостка».

VI. З метою економічного і раціонального використання бюджетних коштів:

- Наказом КНП «Шосткинська ЦРЛ» від 21.03.2019 року №134/01-04 з 01.04.2019 року скорочено:

- 1 ліжко шкіро-венерологічного відділення

- 2 ендокринологічних ліжка терапевтичного відділення №1

- 1 дитяче травматологічне ліжко в травматологічному відділенні

Мережа лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Шосткинського району станом на 31.12.2019 року складає:

Комунальне некомерційне підприємство

«Шосткинська центральна районна

лікарня» Шосткинської міської ради

– 336 ліжок

Комунальне некомерційне підприємство

«Шосткинська дитяча лікарня»

Шосткинської міської ради

– 60 ліжок

Всього в районі 396 ліжок, які розташовані в 2-х вищезазначених закладах.

Аналіз роботи стаціонарів

Використання пропускної здатності за 2019 рік у цілому по ЛПЗ району склало 91,7% (2018 р. – 92,1%).

Таблиця 3.4 – У розрізі ЛПЗ району ліжкова мережа використана у %:

Найменування ЛПЗ	2018 рік	2019 рік	Зміна показника + -
ЦРЛ	94,1	93,2	-0,9
Дитяча лікарня	81,1	83,9	+2,8
Всього по району (без тубдиспансеру)	92,1	91,7	-0,4
Протитуберкульозний диспансер	58,8	42,0	-16,8
Всього по ЛПЗ на території району	88,2	85,5	-2,7

Як видно з наведеної таблиці, відсоток використання ліжкового фонду зменшився по усім ЛПЗ району, окрема дитячої лікарні.

Ліжковий фонд в повному обсязі не використаний жодним ЛПЗ. Серед відділень ЦРЛ недостатньо освоєні ліжка по: наркологічному - 97,4%, хірургічному - 96,5%, терапевтичному №2 - 96,3%, травматологічному - 95,7%, терапевтичному №1 - 93,7%, інфекційному - 84,6% , кардіологічному - 82,4%, пологовому- 41,5%.

За даними табл. 3.5, середня тривалість перебування хворого на ліжку в порівнянні з 2018 роком збільшилась лише по дитячій лікарні.

В цілому по ЛПЗ району середня тривалість перебування хворого на ліжку нижче обласного показника (р-н 9,2 ліжко/днів; обл. пок. 9 міс. 2019 р.- 11,2 ліжко/днів).

Таблиця 3.5 – Середня тривалість перебування хворого на ліжку у порівнянні з 2018 роком виглядає таким чином:

Найменування ЛПЗ	2018 рік	2019 рік	Зміна показника а +/-	Обл.пок. 9 міс. 2019 р.
ЦРЛ	9,3	8,7	-0,6	9,4
Дитяча лікарня	8,3	8,9	+0,6	8,3
Всього по району (без тубдиспансеру)	9,1	8,7	-0,4	11,2
Протитуберкульозний диспансер	95,9	85,9	-10,0	74,4
Всього по ЛПЗ на території району	9,9	9,2	-0,7	11,2

Таблиця 3.6 – У розрізі структурних відділень ЦРЛ та ЛПЗ району середня тривалість перебування хворого на ліжку збільшилася (в ліжко/днях) по:

Найменування відділення, профілю ліжок	2018 р.	2019 р.	Зміна показника, + -
дитячі хірургічні ліжка	7,4	7,8	+0,4
ліжка для вагітних та роділь	3,4	4,9	+1,5
інфекційне відділення ДЛ	8,6	10,3	+1,7
педіатр.-сомат. Відділення	8,1	8,2	+0,1

Таблиця 3.7 – Питома вага пролікованих хворих з інших районів від загального числа пролікованих хворих у розрізі структурних відділень за 2019 рік склала:

Найменування відділення	Проліковано хворих всього	Проліковано хворих з інших районів	
		абс. Число	% від усіх пролікованих хворих
гінекологічне	1218	224	18,4
очне	898	160	17,8
інфекційне	686	37	5,4
кардіологічне	668	32	4,8
ЛОР	985	104	10,6
неврологічне	1003	63	6,3

пологове	589	140	23,8
терапевтичне	1407	58	4,1
травматологічне	763	155	20,3
хірургічне	1925	242	12,6
шкіро- венерологічне	336	29	8,6
наркологічне	1056	93	8,8
Всього по ЦРЛ	11785	1337	11,3
Сомат.- педіатричне	1259	91	7,2
Інфекційне дитяче	691	137	19,8
Всього по дитячій лікарні	1950	228	11,7
Всього по району (ЦРЛ+ДЛ)	13735	1565	11,4

В цілому питома вага пролікованих хворих з міжрайону в порівнянні з 2018 роком незначно збільшилася і склала 11,4% (2018 р. – 10,8%), по ЦРЛ склала 11,3% (2018 р. – 10,6%). Середня тривалість перебування хворого на ліжку хворих з міжрайону склала 7,8 л/днів (2018 р. – 8,0 л/днів) та залишилася менше середнього перебування хворого на ліжку в цілому по району, який склав за 2019 р. 8,7 л/днів (2018 р. – 9,1 л/днів). Найбільш питома вага пролікованих хворих з міжрайону по відділенням: хірургічному - 12,6%, очному - 17,8%, гінекологічному - 18,4%, інфекційному дитячому - 19,8%, травматологічному - 20,3%, пологовому - 23,8%.

Таблиця 3.8 – В ЛПЗ району за 2019 рік було проліковано хворих сільської місцевості:

Найменування ЛПЗ	Проліковано хворих всього		Проліковано сільських жителів			
			2018 р.		2019 р.	
	2018 р.	2019 р.	абс.ч.	%	абс.ч.	%
ЦРЛ	11635	11785	2147	18,4	2022	17,2
ДЛ	2092	1950	359	17,2	288	14,8
Всього	13727	13735	2506	18,3	2310	16,8

Питома вага жителів сільської місцевості по району складає 13,7% (всього населення 95159, в т.ч. сільського 13075, тобто 13,7%). Як видно, питома вага пролікованих сільських жителів більше, ніж міських.

Таблиця 3.9 – Обслуговування стаціонарних хворих.

	2018 р.	2019 р.	Зміна показника + -	
			абс. Число	%
% охопту фізіотерапією	79,2	70,5	-8,7	-11,0
% охопту ЛФК	18,2	19,5	+1,3	+7,1
кількість біохімічних аналізів на 1стац. Хворого	8,8	9,4	+0,6	+6,8
кількість клінічних аналізів на 1 стац. Хворого	14,4	17,0	+2,6	+18,0
кількість ЕКГ на 1стац. Хворого	1,4	1,4	-	-
виконано УЗ досліджень	11469	11553	+84	+0,7
виконано ендоскопічних досліджень	927	1115	+188	+20,3
частота патологоанатомічних розтинів у %	47,0	47,9	+0,9	+1,9
кількість рентгенологічних досліджень на 1-го стац. Хворого	0,3	0,3	-	-

Як видно з таблиці зменшився % охопту фізіотерапією з 79,2% до 70,5%. За 2019 рік ліжка денного стаціонару використані по ЦРЛ на 94,4% (2018 р. – 112,3%). В розрізі структурних відділень КНП «Шосткинська ЦРЛ» ліжка ДС не в повному обсязі використані по: кардіології - 86,4%, отоларингології - 67,5%, жіночій консультації - 66,5%, офтальмології - 63,0%.

Таблиця 3.10 – Рівень диспансеризації дітей (0-17 років) згідно класів МКХ -10 по району виглядає таким чином (на 1000 дітей):

	Шосткинський район		Обласний показник 2018 р.	Зміна показника району + -
	2018 р.	2019 р.		
Усі хвороби	420,7	393,4	387,0	-27,3
інфекції і паразитарні хвороби	45,2	46,0	12,0	+0,8
новоутворення	11,8	11,2	10,6	-0,6
хвороби крові та кровотворних органів	16,0	12,9	21,9	-3,1
хвороби ендокринної системи та порушення харчування	38,9	36,5	25,9	-2,4
розлади психіки та поведінки	19,9	19,2	22,7	-0,7
хвороби нервової системи	19,6	15,7	36,1	-3,9
хвороби ока	30,7	27,9	43,0	-2,8
хвороби вуха та сосковидного відростка	3,4	3,3	3,1	-0,1
хвороби системи кровообігу	15,4	15,4	16,0	0
хвороби органів дихання	25,7	22,3	46,1	-3,4
хвороби органів травлення	92,1	85,8	58,2	-6,3
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	11,9	12,6	10,7	+0,7
хвороби КМС	21,4	19,5	29,0	-1,9
хвороби сечостатевої системи	25,7	22,8	21,2	-2,9
окремі стани перинатального періоду	0,8	0,4	1,6	-0,4
вроджені аномалії розвитку	38,1	39,0	23,6	+0,9
симптоми, ознаки та інші відхилення	0,9	0,3	0,3	-0,6
травми та отруєння	3,3	2,8	5,0	-0,5

В цілому рівень «Д» нагляду дітей в порівнянні з 2018 роком зменшився на 27,3%, але залишився на рівні обласного показника.

Нижче обласного показника рівень «Д» нагляду по 9-ти з 18-ти класів.

Значно нижче обласного показника «Д» нагляд по класу: хвороби ока в 1,5 рази, хвороби КМС в 1,5 рази, хвороби крові в 1,7 рази, травми та отруєння в 1,8 рази, хвороби органів дихання в 2,1 рази, хвороби нервової системи в 2,3 рази.

Дані щодо виїздів лікарів в район відображено в табл. 3.11

Таблиця 3.11 – Число виїздів до сіл району в розрізі ЛПЗ.

Найменування ЛПЗ	2018 рік	2019 рік	Зміна показника + -	
			абс. Число	%
ЦРЛ	195	125	-70	-35,9
Дитяча лікарня	10	6	-4	-40,0
Стоматологічна поліклініка	48	-	-48	-100,0
Протитуберкульозний диспансер	9	7	-2	-22,2
ВСЬОГО	262	138	-124	-47,3

Як видно з таблиці, число виїздів до сіл району в порівнянні з 2018 роком зменшилося по усім ЛПЗ району.

У розрізі спеціальностей треба відмітити, що зменшення кількості виїздів в 2019 році у порівнянні з 2018 роком відбулося по 13-ти спеціальностям з 25-ти. По 6-ти спеціальностям кількість виїздів залишилася на попередньому рівні. По 3-м спеціальностям взагалі виїздів не було, це: стоматолог, гематолог лаборант. Збільшення виїздів відбулося лише у: інфекціоністів, психіатрів, наркологів.

Українці недостатньо виїжджали в район: ревматолог – 1, пульмонолог – 1, онколог – 1, травматолог – 1, уролог – 1, дерматовенеролог – 1, нефролог – 1.

Таблиця 3.12 – Об'єм виконаної роботи при виїзді в район.

	2018 р.	2019 р.	Зміна показника + -	
			абс. Число	%
проконсультовано хворих	8650	2468	-6182	-71,5
внесено пропозицій	205	161	-44	-21,5
виконано	201	156	-45	-22,4
пропозицій	98,0	96,9		-1,1

Як видно з таблиці, кількість проконсультованих хворих зменшилась на 6182 хворих, чи на 71,5%. Кількість внесених пропозицій також зменшилась на 21,5%, це пов'язано зі зменшенням числа виїздів. Питома вага виконаних пропозицій залишилася на високому рівні.

Таблиця 3.13 – Виїзди лікарів АЗПСМ районного ЦПМСД на ФАП та ФП лікарських дільниць

Найменування ЛПЗ	Кількість виїздів		Зміна показника + -	
	2018 р.	2019 р.	абс. Число	%
Воронізька АЗПСМ	19	12	-7	-36,8
Чапліївська АЗПСМ	36	40	+4	+11,1
Богданівська АЗПСМ	78	88	+10	+12,8
Івотська АЗПСМ	45	28	-17	-37,8
Миронівська АЗПСМ	41	9	-32	-78,0
ВСЬОГО	219	177	-42	-19,2

Як видно з таблиці, кількість виїздів лікарів районного ЦПМСД на ФАП та ФП в цілому зменшилася на 42, чи на 19,2%.

Зменшення відбулося в основному за рахунок: Воронізької АЗПСМ на 36,8%, Івотської АЗПСМ на 37,8%, Миронівської АЗПСМ на 78,0%. В той же час кількість виїздів збільшилася по: Чапліївській АЗПСМ на 11,1%, Богданівській АЗПС на 12,8%.

Таблиця 3.14 – Кількість оглянутих хворих при виїздах.

Найменування ЛПЗ	Кількість оглянутих хворих		Зміна показника + -	
	2018 р.	2019 р.	абс. Число	%
Воронізька АЗПСМ	73	56	-17	-23,3
Чапліївська АЗПСМ	474	440	-34	-7,2
Богданівська АЗПСМ	2200	2212	+12	+0,5
Івотська АЗПСМ	752	450	-302	-40,2
Миронівська АЗПСМ	920	226	-694	-75,4
ВСЬОГО	4419	3384	-1035	-23,4

Як видно з таблиці, кількість оглянутих хворих при виїздах лікарів АЗПСМ районного ЦПМСД на ФАП та ФП за 2019 рік у порівнянні з 2018 роком зменшилася на 1035 хворих, чи на 23,4%. Зменшення кількості оглянутих хворих відбулося по усім АЗПСМ, окрема Богданівської АЗПСМ.

Таблиця 3.15 – Впровадження медичних нововведень та ініціативних лікувально-діагностичних методик

	2018 рік	2019 рік	Зміна показника	
			абс. Число	%
Усіх методик				
заплановано	98	103	+5	-5,1
впроваджено (абс. Число)	97	99	+2	-2,1
виконано у %	99,0	96,1		-2,9
У тому числі обласних				
заплановано	70	71	+1	+1,4
впроваджено (абс. Число)	69	68	-1	-1,4
виконано у %	98,6	95,8		-2,8

Кількість усіх методик, запланованих для впровадження в 2019 році у порівнянні з 2018 роком зменшилася на 5, чи на 5,1%. Кількість методик обласного плану збільшилась на 1 методику, чи на 1,4%. Питома вага кількості

впроваджених методик як усіх, так і серед обласних на достатньо високому рівні та відповідає обласному показнику.

3.3 Рекомендації, щодо модернізації в системі управління медичним закладом.

Для підвищення показників надання кваліфікаційної медичної допомоги закладом охорони здоров'я, задоволення потреб населення та здійснення ефективної організаційної діяльності необхідно здійснювати постійну модернізацію системи управлінської ланки.

1. Орієнтація на зменшення затрат. Заклади охорони здоров'я, щорічно змушені скорочувати витрати, однією з причин є зменшення штату медичних співробітників, або для продовження відокремленої діяльності організації. Зокрема на основі аналізу літературних джерел, прогнозований відсоток скорочення фінансування складає 10-20%. Таким чином, медичний персонал, зокрема управлінська ланка має науковий ступінь або вищу освіту для підвищення конкурентоспроможності та кваліфікації у Шосткинській центральній районній лікарні.

2. Виникнення попиту на спеціалістів з ІТ-менеджменту у сфері охорони здоров'я. Технології стають все більш важливими у відображенні сфері охорони здоров'я та, завдяки останнім технологічним досягненням виявляється позитивний вплив на управління медичними закладами, та багатьма іншими структурними підрозділами. За допомогою того, як технології та новітніх розробок діагностики та аналізу результатів стану здоров'я пацієнтів, пропонують найкращі варіанти лікування та підвищення ефективності управління медичних установ. Від ІТ-професіоналів потрібно не тільки знання та розуміння останніх технологічних досягнень, але й ІТ-менеджер буде приймати ключові бізнес-рішення, відповідно отриманих показників.

3. Соціальні мережі у сфері охорони здоров'я. Як відомо, соціальні мережі поширюються у всьому світі дуже швидко, використання соцмереж відносно закладів охорони здоров'я також набирає популярності.

Медичні установи починають використовувати соціальні мережі для поширення інформації про послуги для своїх пацієнтів та потенційних партнерів. Медичні установи приєдналися до створення корисного контенту, інформування про події, медичні досягнення та медичні можливості закладу, що користується великим попитом серед населення. Крім того, все більше і більше людей використовують соціальні мережі, щоб спілкуватися з іншими людьми, які розділяють подібні проблеми та труднощі зі здоров'ям, шукають товариства та підтримку у певних обставинах.

4. Актуальність конфіденційності. В останні роки конфіденційність пацієнтів стала проблемою у багатьох закладах охорони здоров'я. Через порушення конфіденційності пацієнти стають все більш освіченими щодо приватного життя в галузі охорони здоров'я. Крім того, вартість лікування та якість - це все, що турбує пацієнтів, конфіденційність та безпека не також відіграють одними із актуальних факторів медичного закладу. Як результат, управління закладом охороною здоров'я має бути на вершині політики конфіденційності.

5. Удосконалення системи організації управління лікарнею. Як і використання аналітичних даних для підтримки управління закладом охорони здоров'я населення для популяризації медичних послуг та більше ефективною та результативною діяльністю, процеси модернізації надалі будуть вдосконалюватися. Удосконалення процесів організації та управління лікарнею пов'язане зі скороченням витрат, проблемами конфіденційності та дотриманням всіх вимог. Загалом, зараз більше уваги приділяється винахідливості та створенню неперервних процесів модернізації, які будуть продовжуватись в найближчі роки.

6. Цифровізація ланки охорони здоров'я. У продовженні темпів зростання ІТ технологій, обов'язків медичного управління ІТ в галузі охорони здоров'я,

впровадження нових тенденцій є закономірностями які ми і надалі будемо бачити більше у галузі охорони здоров'я. Хоча багато закладів охорони здоров'я перейшли на електронну медичну документацію, багато з них все ще працюють над реалізацією цієї функції на практиці. Багато лікарень досі не мають можливості виставлення рахунків через Інтернет, більше того, заклади охорони здоров'я також працюють над використанням новітніх технологічних методів лікування для кращого обслуговування пацієнтів.

7. Еволюція можливостей лідерства управлінця сфери медицини. Зараз від менеджерів охорони здоров'я очікується більше, ніж ступінь магістра в галузі охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я очікують оволодіння навичками, отриманими при отриманні вищої освіти, а також лідерськими навичками, яким не обов'язково навчатись. Обов'язки керівництва лікарні включатимуть міжфункціональні здібності, які дозволять людям зрозуміти функції організації охорони здоров'я. Крім того, лідерські здібності та здатність інтегруватися для досягнення численних бізнес-цілей стають все більш важливими.

Можна зробити висновок, що при врахуванні та дотриманні всіх аспектів та рекомендацій, щодо управління та організації діяльності Шосткинською центральною районною лікарнею, підвищиться якість надання послуг та задоволення населення медичним обслуговуванням.

ВИСНОВКИ

Аналізуючи інтегральні показники діяльності ЛПЗ району, треба відмітити, що 26 показників з 96-ти (27,1%) у порівнянні з 2018 роком погіршилися. А саме:

№	Показник	Одиниця виміру	2018 рік	2019 рік
1	Смертність немовлят	<i>на 1000 народж. Живими</i>	2,07	7,14
2	Перинатальна смертність	<i>на 1000 народжен</i>	6,73	9,35
3	Рання неонатальна смертність	<i>-*-</i>	-	7,03
4	Кількість пологів	<i>абсолютне значення</i>	459	403
5	Смертність від туберкульозу	<i>на 100 тис. населення</i>	8,33	9,49
6	Питома вага деструктивних форм туберкульозу серед вперше виявлених хворих	<i>в %</i>	16,67	26,92
7	Охоплення туберкулінодіагностикою дитячого населення в сільській місцевості	<i>на 1000 дітей, що підлягали</i>	993,60	974,63
8	Охоплення тубдіагностикою дитячого населення	<i>на 1000 дітей, що підлягали</i>	991,61	919,48
9	% онкопрофоглядів жінок	<i>%</i>	86,57	71,40
10	Дорічна летальність серед первинно виявлених онкологічних хворих	<i>в %</i>	10,34	11,64
11	Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань)	<i>в %</i>	1,05	1,37
12	Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань) у сільських жителів	<i>в %</i>	-	1,11
13	Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії у сільських жителів	<i>в %</i>	3,81	4,44

№	Показник	Одиниця виміру	2018 рік	2019 рік
14	Питома вага раку шийки матки III-IV стадії серед вперше виявлених у сільських жителів	<i>в %</i>	-	1,11
15	Захворюваність на хронічний алкоголізм	<i>на 100 тис. населення</i>	78,83	83,02
16	Захворюваність на наркоманію	<i>на 100 тис. населення</i>	10,37	11,56
17	Смертність населення	<i>на 1 тис. населення</i>	14,94	15,06
18	Смертність населення в працездатному віці	<i>на 1 тис. нас. Відп.віку</i>	4,60	4,90
19	Смертність від інсультів	<i>на 1 тис. населення</i>	0,68	0,77
20	Кількість днів роботи ліжка	<i>в днях</i>	303,46	299,87
21	Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік	<i>на 10 тис. населення</i>	841,37	737,29
22	Хірургічна активність в стаціонарах хірургічного профілю	<i>в%</i>	56,26	54,81
23	Питома вага виїздів швидкої медичної допомоги (ШМД) до хворих з хронічними захворюваннями	<i>в%</i>	0,76	1,48
24	Витрати бюджетних коштів з розрахунку на 1 жителя (з консолідованого бюджету області, міста)	<i>в гривнях</i>	1423,91	1192,65
25	Витрати на безкоштовне дитяче харчування дітям 0-2 років життя з розрахунку на 1 дитину	<i>в гривнях</i>	3118,22	2364,34
26	Залучено позабюджетних коштів з розрахунку на 1-го мешканця	<i>в гривнях</i>	92,41	15,49

В цілому погіршення показників відбулося по слідуючим розділам: показники стаціонару – 2, показники смертності – 3, показники фтизіатричної служби – 4, показники акушерсько-гінекологічної служби – 5. З метою усунення вищевказаних недоліків необхідно усім райфахівцям посилити контроль за рівнем показників відображаючих стан здоров'я мешканців району.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ліштаба Л.В. Формування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.04 - економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності). Тернопільський національний економічний університет МОН України, Тернопіль, 2017.
2. 1. Андреев А. Л. Знания или компетенции? Высшее образование в России. 2005. № 2. С. 103 – 110.
3. Камерон Ш. Руководство по MBA. Пер. с англ.. Москва: Эксмо; 2007. 480 с.
4. Стан підготовки спеціалістів у галузі охорони громадського здоров'я в Україні та в світі: огляд / Р. В. Вороненко, В. В. Глухівський, О. С. Коваленко, В. М. Лехан, В. М. Рудий, Л. М. Скоропада, І. М. Солоненко. К.: Сфера, 2003. 86 с.
5. Решетников В. А., Сквырская Л. Е., Сырцова Л. Е. и др. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением. Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 6. С. 11 – 12.
6. Балканска П. Защо е необходим модел за развитие на лидерски компетенции в сферата на здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2011. № 3. С. 19 – 25.
7. Демин Б. А. Профессиональная компетентность специалиста: понятие и виды. Мониторинг образовательного процесса. 2000. № 4. С. 35 – 37.
8. Колот А.М. Наукове забезпечення управління працею та соціально-трудовими відносинами на засадах міждисциплінарного підходу .Україна: аспекти праці. 2014. № 8. С. 3 – 9.

9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с. URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.
10. Дурдикулієва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2011. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862>.
11. Державне управління у сфері охорони здоров'я: суспільні потреби та підготовка кадрів : метод. рек. / авт. кол. : І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. ; за заг. ред. д-ра мед. наук І. М. Солоненка. К. : НАДУ, 2010. 56 с.
12. Димитров Д. Стил на лидерство и мениджмънт в болницата. Здравна политика и мениджмънт. 2009. С. 25 – 30.
13. Вучкович-Стадник А. А. Оценка персонала: четкий алгоритм действий и качественные практические решения. М. : Эксмо, 2012. 392 с.
14. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку / М. М. Білинська, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова // Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. С. 284 – 319.
15. Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління. 2011. Вип. 3 (34). URL : <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2011-3/doc/4/01.pdf>.
16. Радиш Я. І. Із досвіду формування професійної моделі керівника системи охорони здоров'я. Охорона здоров'я України. 2002. № 3/4. С. 25 –29.
17. Баєва О. Формування державних освітньо-кваліфікаційних вимог до підготовки фахівців з менеджменту підприємств і організацій у сфері охорони

здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2009. Вип. 4. С. 231 – 238.

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

19. Брич В. Я., Ліштаба Л. В. Поняття моделі менеджерських компетенцій та етапи її розробки в закладах охорони здоров'я. Інноваційна економіка: науково-виробничий журнал. 2016. № 7-8. С. 36 – 41.

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

21. Чемеков В. П. Диагностика компетенций в системе оценки персонала. Кадровик. РУ. 2011. № 4 (53). URL: <http://www.beststaff.ru/index.php?page=page46>.

22. Чуланова О. Л. Кластеры компетенций управленческого персонала организации. Вопросы экономики и управления в современном обществе : сб. науч. стат. по итогам междунар. науч.-практ. конф. (Волгоград, 17–18 ноября 2011 г.) / Под ред. В. Н. Гуляихина. Волгоград : Волгоград. науч. изд-во, 2011. С. 270 – 272.

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

24. Хожило І. І., Акуленко О.В. Атестація як технологія формування компетентності керівників органів управління охороною здоров'я. Державне будівництво. 2010. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2010_1_24.

25. Чуланова О. Л. Компетентностный подход в управлении персоналом как инструмент формирования конкурентных преимуществ организации. Современные проблемы социального и экономического управления : сб. науч. тр. Вып. 4 / Сургут. гос. ун-т ХМАО – Югры. Сургут : ИЦ СурГУ, 2011. С. 136 – 145.

26. Селевко Г. К. Компетентности и их классификация. Народное образование. 2004. № 4. С. 138.
27. Гуияр Ф. Ж. Преобразование организации. Пер. с англ. М.: Дело, 2010. 376 с.
28. Зимняя И. А. Ключевые компетентности как результативноцелевая основа компетентного подхода в образовании. Авторская версия. М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2015. 279 с.
29. Boyatzis R.E. The competent manager: a model for effective performance [Text]. New York: Wiley, 1982.
30. Spencer L. M., McClelland D. C., Spencer S. Competency assessment methods: History and state of the art. Boston: Hay-McBer Research Press, 1994.
31. Woodruff C. What is meant by a competency? Leadership and Organizational Development Journal. 1993. P. 29 – 36.
32. Єфремов В. С., Хаников І. А. Ключова компетенція організації як об'єкт стратегічного аналізу. Менеджмент в Росії і за кордоном. 2002. № 2. С. 37 – 45.
33. Гарет Р. Рекрутмент и отбор. Подход, основанный на компетенциях. М.:НІРРО, 2005. 288 с.
34. Mansfield R. S. Building competency model. Human Resource management. 1996. P. 7 – 15.
35. Klein A. L. Validity and reliability for competency-based system: Reducing litigation risks. Competensation and Benefits Review.1996. 28.P. 31–37.
36. Fleischman E. A., Wetrogan L. I., Uhman C. E., Marshall-Miles J. C., (1995) In Petertson N. G., Mumford M. D., Borman W. C., Jeanneret P. R., Fleishman E. A. (Eds.). Dewelopment of prototype occupational information network content model (vol. 1, pp. 10.1–10.39). Utah: Utah Department of Employment Security (Contract Number 94–542).
37. Mirabile R. J. Everything you wanted to know about competency modeling. Training and Development. 1997.August. P. 73 – 77.

38. 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.

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

40. 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.

41. Шеметова Н. К. Использование модели компетенций как метод принятия управленческих решений в сфере управления персоналом. ЭГО. 2010. № 1 (1). С. 13 – 17.

42. Журавлев П. В. Менеджмент персонала: учеб. пособие для студентов эконом. спец. М.: Экзамен, 2004. 447 с.

43. Спенсер Л. М. Компетенции на работе. пер. с англ. М. : НИРРО, 2005. 384 с.

44. Субетто А. И. Онтология и эпистемология компетентностного подхода, классификация и квалиметрия компетенций. Санкт-Петербург; Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2006. 72 с.

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

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

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

48. Идрисов А. Б. Стратегия на ключевых компетенциях и динамических способностях. Экономические стратегии. 2015. № 1. С. 11 – 19.
49. Шадриков В. Д. Новая модель специалиста: инновационная подготовка и компетентностный подход. Высшее образование сегодня. 2004. №8. С. 26 – 33.
50. Довбня С. Кому нужен коучинг. Топ-менеджер. 2003. № 6. С. 128 – 132.
51. Шеметова Н. К. Использование модели компетенций как метод принятия управленческих решений в сфере управления персоналом.ЭГО. 2010. № 1 (1). С. 13 – 17.
52. Белова О. Л. Квалификационная характеристика и модель компетенций: Можно ли ставить знак равенства? Кадровик. Кадровое делопроизводство. 2010. № 1. С. 10 – 15.
53. Балканска П., Проданова Я., Попова К. Компетентностен профил на ефективния лидер. Здравна политика и мениджмънт. 2010. том 10. С. 100 – 103.
54. Безродная Г. В. Принципы компетентностного подхода в медицинском вузе. Медицина и образование в Сибири : сетевое научное издание. 2008. № 2. URL: : http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=251.
55. Богдан Н. Н. Модель управленческих компетенций руководителя. Современные кадровые технологии в системе государственного и муниципального управления Сибирского федерального округа : сб. «Научные записки СибАГС». 2008. № 2. С. 23 – 30.
56. Васюк Н. О. Розвиток ключових компетенцій при підготовці керівних кадрів за спеціальністю “Державне управління у сфері охорони здоров’я”. Економіка та держава. 2012. № 10. С. 99 – 102.
57. Статут Шосткинської центральної районної лікарні 2016 р. http://www.old.shostkarada.gov.ua/documents/rishennya_rada/perelk_iv_ses_vii_cklikannya/pro_zatverdzhennya_statutu_komunalnogo_zakladu_shostkinska_centralna_rajonna_lkarnya/.

58. Чуланова О. Л. Компетентностный подход в управлении персоналом как инструмент формирования конкурентных преимуществ организации. Современные проблемы социального и экономического управления : сб. науч. тр. Вып. 4 / Сургут. гос. ун-т ХМАО – Югры. Сургут : ИЦ СурГУ, 2011. С. 136 – 145.