

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна
академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Удосконалення менеджерської компетентності керівника
закладу охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «Слобожанський
центр нефрології»)»»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка освіти 2 курсу,
групи ЗЗОЗ-24мг
спеціальності: 073 Менеджмент
(код і найменування спеціальності)

_____/_____Олена БІЛОСТОЦЬКА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/_____Вікторія КОВАЛЬСЬКА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/_____Вікторія ЧОБИТОК
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____/_____Наталія
БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/_____Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/_____Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА**

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА

(підпис)

«___»_____ 2025 р.

**ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачці Олені БІЛОСТОЦЬКІЙ**

1.Тема: «Удосконалення менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «Слобожанський центр нефрології»)»
затверджена наказом по академії № _____ від «__» _____ 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: «__» _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Теоретичний аналіз управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я. Розділ 2. Аналіз управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я ТОВ «Слобожанський центр нефрології»Розділ 3. Аналіз управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я ТОВ «Слобожанський центр нефрології»

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 6 рис., 6табл., презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник:

Вікторія
КОВАЛЬСЬКА

(підпис)

Завдання прийняла до виконання:

Олена БІЛОСТОЦЬКА

(підпис)

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)**

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувачка

(підпис)

Олена БІЛОСТОЦЬКА

Нормоконтроль:

(підпис)

Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: «Удосконалення менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «Слобожанський центр нефрології»)».

Робота містить 102 с., 2 рис., 2 табл., 89 джерел.

Мета дослідження: визначити теоретичні засади управління формуванням менеджерської компетентності керівника заклада охорони здоров'я, проаналізувати управління формуванням менеджерської компетентності керівників у ТОВ «Слобожанський центр нефрології» та удосконалити його.

Об'єкт дослідження: управління формуванням менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я.

Предмет дослідження: удосконалення менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «Слобожанський центр нефрології»).

Завдання дослідження: провести теоретичний аналіз формування менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я; проаналізувати управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я у ТОВ «Слобожанський центр нефрології»; удосконалити управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я (на ТОВ «Слобожанський центр нефрології»).

Методи дослідження: *теоретичні*: аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми; *емпіричні*: анкетування, спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду керівників медичних закладів з формування у них менеджерської компетентності.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я на основі методу моделювання.

Практичне значення полягає у тому, що розроблена модель формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я втілена у роботу ТОВ «Слобожанський центр нефрології».

Ключові слова: модель, формування менеджерської компетентності, керівник закладу охорони здоров'я, експертна оцінка, удосконалення, управління.

ANNOTATION

Topic: "Improving the managerial competence of the head of the health care institution (on the example of the LLC "Slobozhansky Center of Nephrology")

The work contains 102 pages, 2 figures, 2 tables, 89 sources.

The purpose of the study: to determine the theoretical foundations of managing the formation of managerial competence of the head of the health care institution, to analyze the management of the formation of managerial competence of managers in the LLC "Slobozhansky Center of Nephrology" and improve it.

Object of research: management of the formation of managerial competence of the head of a health care institution.

Subject of research: improving the managerial competence of the head of a health care institution (on the example of the LLC "Slobozhansky Center of Nephrology").

Objectives of the study: to conduct a theoretical analysis of the formation of managerial competence of heads of health care institutions; to analyze the management of the formation of managerial competence of the heads of health care institutions in the LLC "Slobozhansky Center of Nephrology"; to improve the management of the formation of managerial competence of the heads of health care institutions (on the example of the LLC "Slobozhansky Center of Nephrology").

Research methods: theoretical: analysis of state regulations; analysis of scientific works on the problem of managing the formation of managerial competence of heads of health care institutions; comparative analysis, synthesis, generalization allowed to systematize theoretical and practical material on the researched problem; empirical: questionnaires, observations, method of expert assessments, study of practical experience of heads of medical institutions in the formation of their managerial competence.

Scientific novelty of the research: the issues of improving the management of the formation of managerial competence of the heads of health care institutions on the basis of the modeling method have been further developed.

The practical significance lies in the fact that the developed model of formation of managerial competence of the head of the health care institution is implemented in the work of the LLC "Slobozhansky Center of Nephrology".

Keywords: model, formation of managerial competence, head of health care institution, expert assessment, improvement, management.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ФОРМУВАННЯМ МЕНЕДЖЕРСЬКОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ КЕРІВНИКА ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	11
1.1. Менеджерська компетентність керівника закладу охорони здоров'я як управлінська проблема.....	11
1.2. Управління формуванням менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я	32
Висновки до розділу 1.....	42
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ФОРМУВАННЯМ МЕНЕДЖЕРСЬКОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ТОВ «СЛОБОЖАНСЬКИЙ ЦЕНТР НЕФРОЛОГІЇ»).....	44
2.1. Специфіка діяльності ТОВ «Слобожанський центр нефрології»).....	44
2.2. Управління формуванням менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я у	50
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (НА ПРИКЛАДІ ТОВ «СЛОБОЖАНСЬКИЙ ЦЕНТР НЕФРОЛОГІЇ»).	55
3.1. Розроблення моделі формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я та її реалізація в ТОВ «Слобожанський центр нефрології»).....	53
3.2. Експертна оцінка моделі формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я.....	70
Висновки до розділу 3.....	84
ВИСНОВКИ.....	86
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	88
ДОДАТКИ.....	92

ВСТУП

Під впливом посилення непередбачуваності і прискорення змін у медичній галузі набули актуальності проблеми професіоналізації менеджменту і розвитку менеджерської компетентності керівників медичних закладів. Ці тенденції обумовили доцільність кількісного і якісного збагачення функціональних обов'язків цих управлінців, розвитку їхнього професійного потенціалу з врахуванням положень сучасного менеджменту.

Питання кадрової політики в системі охорони здоров'я вивчали у своїх працях такі відомі вітчизняні науковці як Н. Васюк, О. Гульчій, Д. Карамішев, О. Коваленко, Р. Погоріляк, Л. Ляховченко, Я. Радиш та інші. Однак, в умовах реформування системи охорони здоров'я та здійснення децентралізації потрібно більш ґрунтовно розглянути міжнародний досвід щодо вимог до кандидатів на зайняття керівних посад у медичних закладах, використання якого в Україні дасть можливість підвищити якість їх кадрового складу. Розвиток кадрового потенціалу медичного персоналу належить до пріоритетів нової Європейської політики «Здоров'я – 2020». Тому обґрунтування і розроблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням досвіду зарубіжних країн є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ в медичній галузі.

Процес реформування системи охорони здоров'я передбачає нові умови діяльності організацій галузі, і це вимагає від керівників медичних закладів поєднання кількох ролей: конструктора, лідера та стратега. Значущість кожної із цих функцій може змінюватися залежно від ситуації, рівня розвитку організації, її місця в загальній системі тощо. Зокрема, керівник як конструктор має спрямувати свої зусилля та знання на впорядкування організаційної структури закладу, новаторство, оновлення і зміни, управління виробничими функціями, налагодження інформаційних систем, постійне підвищення якості, управління людськими ресурсами та новими функціями тощо. Ця роль є провідною для управлінця нової генерації, який покликаний вибудовувати

практично нову систему охорони здоров'я, засновану на його збереженні, а не відновленні.

В Україні впродовж останніх років існують проблеми кадрового потенціалу охорони здоров'я, зокрема: перехід країни на засади ринкової економіки привів до порушення плановості підготовки медичних працівників, відсутності контролю за заміщенням кадрів, що вибувають із системи. Тож проблема менеджерської компетентності керівників медичних закладів є досить актуальною сьогодні, однак її дослідження проведено недостатньо.

Незважаючи на широке обговорення теоретичних й практичних проблем щодо формування менеджерської компетентності керівників медичних закладів досі залишаються не розкритими питання управління її формуванням. Це є однією з головних суперечностей, яка потребує нагального розв'язання.

Актуальність проблеми та її недостатня розробленість зумовили вибір теми дослідження **«Удосконалення менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «Слобожанський центр нефрології»)»**.

Об'єкт дослідження: управління формуванням менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я.

Предмет дослідження: удосконалення менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «Слобожанський центр нефрології»).

Мета дослідження: визначити теоретичні засади управління формуванням менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я, проаналізувати управління формуванням менеджерської компетентності керівників у ТОВ «Слобожанський центр нефрології» та удосконалити його.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз формування менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я;

2. Проаналізувати управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я у ТОВ «Слобожанський центр нефрології»;

3. Удосконалити управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «Слобожанський центр нефрології»).

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми; *емпіричні:* анкетування, спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду керівників медичних закладів з формування у них менеджерської компетентності.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення управління формуванням менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я на основі методу моделювання.

Практичне значення полягає у тому, що розроблена модель формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я втілена у роботу ТОВ «Слобожанський центр нефрології».

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків та висновків до розділів, списку використаних джерел (89 найменувань), одного додатку. Містить 2 рисунки, 2 таблиці, один додаток. Загальний обсяг роботи становить 107 сторінки.

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ЗАСАД

КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ

ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Менеджерська компетентність керівника закладу охорони здоров'я як управлінська проблема

Одним із ключових векторів модернізації системи охорони здоров'я в сучасних умовах виступає трансформація механізмів державного управління галуззю. Така перебудова має забезпечити реалізацію державної політики, спрямованої на збереження і посилення здоров'я населення в умовах нових соціально-економічних викликів. Досвід Всесвітньої організації охорони здоров'я наочно демонструє: підвищення результативності національних систем охорони здоров'я досягається передусім завдяки заходам, що стосуються управління людськими ресурсами. Саме тому питання формування, підтримання і подальшого розвитку кадрового потенціалу — тобто сукупності здібностей, знань, навичок і професійних можливостей фахівців медичної сфери — набувають нині особливої значущості. Рівень якості кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я значною мірою залежить від ефективності кадрового планування, яке розглядається як одна з базових складових управління людськими ресурсами. Аналізуючи досвід зарубіжних держав, можна констатувати, що під час планування кадрових потреб медичних працівників необхідно враховувати широкий спектр соціально-економічних, демографічних, культурних і навіть етнічних чинників населення [80].

Дослідження вітчизняних авторів [17; 48; 65; 66] засвідчують існування у сфері охорони здоров'я кількох понять, що стосуються управлінського персоналу, зокрема «спеціаліст з державного управління охороною здоров'я», «менеджер в охороні здоров'я», «керівник медичного закладу». Хоча на перший погляд ці терміни видаються близькими за змістом, їх поглиблений

аналіз дозволяє виокремити суттєві відмінності [66]. Так:

– **спеціаліст з державного управління охороною здоров'я** — це державний службовець, здебільшого лікар за освітою, який обіймає відповідну посаду в системі державної служби у сфері охорони здоров'я, наприклад очолює районний відділ або працює в обласному управлінні охорони здоров'я;

– **менеджер в охороні здоров'я** — це, передусім, не державний службовець і часто навіть не лікар. Він працює або керує лікувально-профілактичним закладом, виконуючи організаційні функції та забезпечуючи реалізацію завдань на контрактних умовах. Здебільшого такі менеджери мають юридичну або економічну освіту;

– **керівник медичного закладу** — це менеджер технологічного профілю, відповідальний за загальне управління медичними технологічними процесами, координацію діяльності різних підрозділів та консолідацію зусиль колективу задля досягнення мети й отримання високих результатів.

Попри різне трактування зазначених дефініцій, функціональна роль спеціаліста, керівника та менеджера єдина — усі вони здійснюють управління [30; 31; 32; 41]. Для кожної сфери діяльності, зокрема й для галузі охорони здоров'я, необхідна підготовка фахівців-менеджерів, у яких широка базова підготовка має органічно поєднуватися з глибоким розумінням особливостей конкретної галузі та специфіки керованої системи.

У країнах англomовного світу, таких як США чи Канада, термін «менеджер» використовується як узагальнене позначення керівників різних рівнів ієрархії управління в закладах охорони здоров'я. Такі менеджери планують, спрямовують та координують як медичні, так і немедичні послуги. Вони можуть здійснювати управління установою в цілому, керувати окремими службами або відділеннями, спеціалізуватися на певних напрямках — від медичної практики до технічного, технологічного, кадрового, фінансового чи господарського забезпечення. Цей підхід є цінним для вітчизняної практики [87; 88; 89].

Упродовж останніх трьох десятиліть більшість розвинених країн

демонструють тенденцію до зростання ролі менеджерів, економістів та адміністративних працівників у сфері медичного обслуговування. За кордоном клініки здебільшого очолюють професійні менеджери, які не мають медичної освіти [17]. Досвід багатьох держав також підтверджує, що кадрова політика в галузі охорони здоров'я ґрунтується на моделі спільної відповідальності держави та суспільства, включно з професійними медичними асоціаціями [80; 81]. Урядові інституції при цьому виконують стратегічні функції: регулюють кадрові процеси, визначають реальні потреби системи у фахівцях, підтримують та контролюють заходи з їх підготовки, навчання і раціонального використання [81].

У країнах Європи кадровий корпус державного управління охороною здоров'я складають медичні менеджери, тобто фахівці, які орієнтовані на забезпечення ефективного контролю в системі державного та інституційного управління. Водночас в Україні спостерігається гострий дефіцит фахівців-організаторів, здатних ухвалювати відповідальні, самостійні та ефективні стратегічні рішення. Саме тому надзвичайної актуальності набуває завдання формування дієвої системи підготовки менеджерів у сфері охорони здоров'я, що передбачає створення якісної освітньої бази з урахуванням світового досвіду та особливостей української медичної галузі [17; 48].

З переходом до децентралізованої моделі управління медичними установами попит на таких фахівців тільки зростатиме. У цьому контексті важливим стратегічним напрямом реформування національної системи охорони здоров'я є формування нової генерації керівників — сучасних медичних менеджерів. У світовій практиці медичних менеджерів поділяють на два основні типи: управлінців загальної кваліфікації та управлінців-спеціалістів. Перші відповідають за загальне керівництво закладом, тоді як другі спеціалізуються на управлінні окремими сферами, зокрема фінансами, бухгалтерським обліком, бюджетуванням, маркетингом, аналізом управлінських рішень та стратегій у системі охорони здоров'я чи управлінням людськими ресурсами [48].

При цьому важливо зазначити, що в розвинених державах управлінці — це, як правило, фахівці з економічною або юридичною освітою, тобто професійні медичні менеджери. В Україні ж значна частка управлінців у галузі складається з лікарів-практиків, які часто не мають необхідних навичок з державного управління і не володіють економічною чи правовою підготовкою [80; 81]. У міжнародній практиці лікарі та медичні менеджери — два різні професійні напрями, що зумовлено різною «собівартістю» їх підготовки: навчання лікаря триває 8–9 років, тоді як підготовка менеджера — 4 і більше років залежно від навчального закладу.

Підготовка медичних менеджерів орієнтована на формування компетентностей у сфері управління охороною здоров'я на місцевому, регіональному, державному та федеральному рівнях, а також у некомерційному секторі. Це відрізняє їх від фахівців, які здобувають ступінь магістра ділового адміністрування або державного управління [48]. У країнах ЄС підготовка державних управлінців для системи охорони здоров'я здійснюється, як правило, в бізнес-школах за програмами ділового адміністрування зі спеціалізацією «Управління охороною здоров'я» або у школах громадського здоров'я [48].

Аналіз зарубіжної практики свідчить, що в державах Європейського Союзу існують формальні вимоги до кандидатів на керівні посади в медичних закладах, проте спільного загальноєвропейського стандарту не запроваджено. У Болгарії, Фінляндії, Угорщині, Італії, Литві, Румунії та Словаччині діє підхід, що базується на контролі якості кадрових ресурсів шляхом установаження обов'язкового професійного мінімуму — освіти за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» — як умови призначення або збереження посади [65]. Натомість в Австрії, Бельгії, Данії, Німеччині, Греції, Ірландії, Люксембурзі, Нідерландах, Португалії, Іспанії, Швеції та Великобританії таке навчання не є формальною вимогою, але фактично розглядається як необхідний елемент професійного розвитку: кандидати проходять його добровільно, часто за власні кошти, щоб підвищити свій рівень компетентності та збільшити шанси на

отримання керівної посади [87].

Схожа ситуація спостерігається у п'яти країнах — Кіпрі, Чеській Республіці, Латвії, Мальті та Словенії, де володіння компетенціями у сфері управління охороною здоров'я вважається необхідною умовою для виконання функцій керівника медичного закладу. У таких державах навчання за відповідною спеціальністю розглядається як важлива інвестиція у власний професійний розвиток [65]. Окреме місце займає Франція, де початок кар'єри керівника медичного закладу пов'язаний із проходженням обов'язкової 27-місячної програми підготовки за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», яку можна розпочати відразу після здобуття ступеня «бакалавра» без попереднього практичного стажу в медичній сфері та без обов'язкової медичної освіти [87; 88].

Польща займає проміжну позицію: хоча освіта зі спеціальності «Управління охороною здоров'я» не є формальною вимогою, вона офіційно визнається Міністерством охорони здоров'я та може компенсувати недостатній професійний досвід претендента. Важливо, що різниця між країнами, у яких встановлено обов'язкові вимоги щодо спеціалізованої управлінської освіти, і країнами, де діє принцип добровільності та ринкової логіки «попиту і пропозиції», не збігається з поділом держав за моделями фінансування системи охорони здоров'я (податковою чи страховою).

У країнах, де домінує підхід, заснований на ринковій логіці «попиту та пропозиції» у сфері професійної підготовки, спостерігається виразна тенденція: універсальні програми управлінського спрямування, зокрема магістерські програми типу «Управління бізнесом», поступово здобувають дедалі більшу популярність і розглядаються як реальна альтернатива спеціалізованим освітнім програмам, таким як «Управління охороною здоров'я». Поряд із цим у немедичних закладах освіти з'являються спеціалізовані програми, орієнтовані саме на управління охороною здоров'я; вони демонструють високу конкурентоздатність щодо програм, які традиційно реалізуються медичними освітніми установами. Така динаміка свідчить про зростання значущості

«загальних» управлінських знань і навичок для керівника медичного закладу, зокрема компетентностей у сфері управління фінансами, маркетингу, закупівель, логістики, інвентаризації, управління матеріально-технічними ресурсами тощо [65].

У багатьох державах подібні зміни пов'язані з тим, що керівник медичного закладу, будучи підзвітним органам місцевого самоврядування, підконтрольним державним структурам та платникові, несе відповідальність передусім за взаємодію із зовнішнім середовищем. До його кола партнерів належать власники закладу, органи управління охороною здоров'я, органи фінансового контролю, страхувальники, представники ЗМІ, неурядові організації, асоціації пацієнтів та інші стейкхолдери. Натомість головний лікар, підзвітний керівникові медичного закладу, зосереджується на управлінні та координації внутрішніх клінічних процесів. Саме цей розподіл функцій формує нову структуру попиту на навчання управлінців у медичній сфері [2; 49; 54].

При цьому важливо наголосити: незалежно від того, чи існують у тій чи іншій країні формальні механізми контролю за якістю та обсягом кадрових ресурсів, а також чи є обов'язковими вимоги до спеціальної освіти, ключовою об'єднавчою рисою стає зміщення акцентів у бік оцінювання результатів діяльності. Таке оцінювання здійснюється як на етапі призначення на посаду, так і протягом виконання обов'язків на цій посаді.

В Україні нині активно точаться дискусії щодо статусу управлінців медичних закладів і необхідності спеціальної освіти для обіймання відповідних посад. Оскільки саме керівники органів управління охороною здоров'я та медичних установ відіграють вирішальну роль у впровадженні та підтримці реформ галузі, для них визначено спектр нових вимог і знань, поділених на такі групи [2; 49; 54; 80; 81]:

1. знання у сфері сучасної охорони громадського здоров'я;
2. знання, уміння і навички сучасного управління та менеджменту;
3. поглиблена економічна підготовка, оскільки модель майбутньої системи охорони здоров'я в Україні базується на нових фінансово-економічних

підходах;

4. підвищений рівень правової освіти і правової культури управлінського персоналу.

Отже, чинна система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації управлінців галузі охорони здоров'я в Україні потребує суттєвого оновлення та структурних змін. На сьогодні в українських медичних закладах головний лікар традиційно поєднує адміністративні і медичні функції, що охоплює значний спектр завдань. У більшості розвинених країн такі функції розподілені між двома окремими посадами: генеральний директор відповідає за адміністративно-господарські питання, тоді як медичний директор опікується виключно медичною діяльністю. Такий підхід уже багато десятиліть успішно застосовується в державах — членах Європейського Союзу.

У цьому контексті 31 жовтня 2018 року Міністерство охорони здоров'я України видало наказ № 1977, згідно з яким з 1 січня 2019 року в Україні вводится чіткий поділ функцій між директором та медичним директором медичного закладу: директор відповідатиме за господарську діяльність, тоді як медичний директор — виключно за медичні питання [69]. Генеральний директор або директор закладу керує виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю, а також здійснює:

- стратегічне планування;
- формування бюджету;
- координацію роботи закладу;
- аналіз економічної ефективності;
- організацію роботи та взаємодії структурних підрозділів;
- забезпечення залучення коштів на інвестиційні потреби тощо.

Наказом також передбачено, що головні лікарі, котрі уклали трудові договори до моменту набуття чинності цього рішення (1 січня 2019 року), продовжують працювати за попередньою моделлю, тобто одночасно здійснюють адміністративні й медичні функції до завершення строку договору. Після завершення контракту такі особи зможуть брати участь у конкурсі як на

посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора закладу охорони здоров'я.

До 2022 року претендувати на посаду директора могли фахівці з гуманітарною, правничою, економічною чи медичною освітою. Починаючи з 2022 року кандидати, які не мають управлінської або менеджерської освіти у галузях «Управління та адміністрування» чи «Публічне управління та адміністрування», повинні додатково здобути відповідну кваліфікацію.

Водночас медичний директор зосереджується виключно на питаннях медицини, зокрема:

- розробленні та впровадженні системи безперервного підвищення якості послуг на основі принципів доказової медицини;
- організації надання пацієнтоорієнтованих послуг;
- координації зовнішньої та внутрішньої взаємодії структурних підрозділів;
- організації безперервного професійного розвитку медичного персоналу;
 - упровадженні сучасних методик діагностики й лікування;
 - організації надання допомоги в умовах надзвичайних ситуацій;
 - оцінюванні якості медичної допомоги.

Слід підкреслити, що з 2019 року посада медичного директора офіційно внесена до довідника медичних професій [69].

У цілому вдосконалення кадрової політики в системі охорони здоров'я має бути спрямоване на:

- оптимізацію системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов і реальних потреб;
- запровадження у встановленому порядку укладання контрактів з керівниками закладів охорони здоров'я, а надалі — і з усіма медичними працівниками;
- реорганізацію системи планування та розподілу кадрового потенціалу.

Усе суттєвіше ускладнення функціонального змісту діяльності менеджерів обумовлює потребу в розширенні їх компетентностей, отриманні

нових знань і вмінь [43; 44; 53; 56]. Нові управлінські ролі передбачають не лише здатність глибоко осмислювати кризові ситуації, формувати місію й бачення колективу, а й забезпечувати власний постійний професійний розвиток, застосовувати комплексний підхід до розв'язання проблем та стимулювати розвиток таких здатностей у підлеглих.

Процедурні компетентності сучасного менеджменту вимагають уміння опановувати нові технології мислення та будувати логічну послідовність операцій ухвалення рішень. Необхідність системного мислення актуалізує потребу не лише у збагаченні традиційного арсеналу логічних інструментів реагування на зміни, а й у розвитку інтуїції — як власної, так і колективної — що дозволяє стимулювати творчий підхід до розв'язання професійних завдань. Ефективність такої діяльності безпосередньо залежить від розуміння глибинних мотиваційних чинників, що зумовлюють готовність людини виконувати певні професійні функції [58; 62; 82].

В Україні відбуваються інтенсивні процеси становлення інформаційного суспільства, що забезпечують формування інформаційної економіки та актуалізують потребу в оновленні існуючих моделей менеджменту [14; 15; 19]. В умовах загострення кризових явищ і глобальної нестабільності проблема модернізації та розвитку системи управління висуває на перший план необхідність упровадження нових технологій реагування на кризові та ситуаційні виклики. Для наближення вітчизняних економічних процесів до європейських стандартів особливого значення набуває розв'язання завдання кардинального підвищення ефективності управлінської діяльності. Досягнення цієї мети можливе лише за умови використання всього комплексу наявних ресурсів, серед яких провідне місце посідає професіоналізм менеджерів як ключовий елемент управлінського потенціалу [28; 34; 46].

Зміцнення ролі поняття «управлінська компетентність керівника» у сучасному менеджменті безпосередньо пов'язане з орієнтацією українського суспільства на економіку знань. Така орієнтація передбачає розвиток людського потенціалу насамперед у вимірі інтелектуальних здібностей.

Водночас людина має розглядатися не лише як носій знань, а як творча особистість, здатна активно використовувати здобуті знання для забезпечення конкурентоспроможної діяльності у будь-якій сфері суспільного життя [6; 83].

Починаючи з 90-х років ХХ ст., у теорії та практиці управління набуває поширення гуманістичний підхід, концептуальною основою якого є управління поведінкою людини, а сама організація тлумачиться як соціокультурний феномен. Цей підхід отримав широке визнання в передових країнах світу і, за прогнозами фахівців, і надалі розвиватиметься шляхом гармонійного поєднання з іншими теоретико-методологічними підходами. Його ключова ідея полягає в тому, що особистість із її потребами, запитами, очікуваннями та надіями має посідати пріоритетне місце над іншими суспільними інтересами й становити наріжний камінь усієї системи економічних відносин [8; 21; 42].

Як зазначає Л. Карамушка, управління організацією на гуманістичних засадах можуть здійснювати лише ті керівники, які самі позитивно сприймають ідеї гуманістичної психології, зорієнтовані на безперервний професійний розвиток, самовдосконалення та самотворення, а також цілеспрямовано формують психологічну готовність до управлінської діяльності на гуманістичних засадах. Дослідниця виокремлює такі провідні аспекти розуміння сутності особистості [42]:

- людина є найвищою цінністю у світі, що існує;
- кожна особистість унікальна, неповторна, своєрідна, тому важливим є визнання «автономії» кожної людини, її права йти власним шляхом і розкривати в цьому процесі власні життєві смисли як безцінний потенціал буття;
- найціннішою характеристикою психологічної організації людини є прагнення розвивати свої творчі можливості, удосконалювати себе та свідомо керувати власним розвитком;
- вільний вибір становить підґрунтя розвитку особистості, її позитивних трансформацій; необхідними та достатніми умовами гуманізації будь-яких міжособистісних стосунків, які сприяють реальним особистісним

змінам, є безоцінне позитивне прийняття іншої людини, здатність її уважно вислухати, співпереживати, а також конгруентне (тобто адекватне, справжнє й щире) самовираження у взаємодії з нею; при цьому «зовні» гуманізувати людину неможливо;

- будь-яка гуманізація передусім означає гуманізацію та гармонізацію внутрішніх стосунків особистості зі своїм власним «Я».

Практична реалізація цих положень потребує керівників-професіоналів високої загальної та управлінської культури, які володіють умінням ефективно працювати з людьми.

На сучасному етапі основні завдання управління полягають у визначенні цілей організації та створенні необхідних умов (економічних, організаційних, технічних, соціальних, психологічних тощо) для їх реалізації, а також у «встановленні гармонії» між індивідуальними трудовими процесами, забезпеченні скоординованої спільної діяльності персоналу [7; 45; 60; 61]. Управління як мистецтво пов'язане зі здатністю керівника розв'язувати управлінські завдання неповторно, оригінально, творчо, з мінімальними витратами сил і ресурсів та максимальною результативністю. Такий рівень майстерності значною мірою зумовлюється індивідуальними якостями керівника, особливостями його характеру, а також рівнем професійної підготовки як управлінця [84, с. 663–686]. Науковці вже акцентують увагу на проблематиці підвищення менеджерської компетентності персоналу в контексті розвитку освіти в Україні на основі професійно-компетентнісної парадигми.

В. Мельник трактує професіоналізм керівника як інтегральну характеристику індивідуальних, особистісних та суб'єктно-діяльнісних якостей, що забезпечують можливість на максимально високому рівні успішності розв'язувати типові для управлінської діяльності завдання; професіоналізм у такому розумінні розглядається як цілісне утворення, пов'язане з процесом самореалізації особистості у професійній діяльності [58].

Л. Скібіцька виокремила низку загальних ознак професіоналізму [85]:

- володіння спеціальними знаннями щодо цілей, змісту, об'єктів та засобів праці;
- володіння спеціальними вміннями на підготовчому, виконавському й підсумковому етапах діяльності;
- сформованість спеціальних властивостей особистості та характеру, які дають змогу успішно здійснювати професійну діяльність і досягати очікуваних результатів;
- мінімальна напруженість зусиль при максимально можливій повторюваності успіху.

На думку дослідниці, професіоналізм як інтегральна властивість являє собою сукупність найбільш стійких характеристик людини-професіонала, що забезпечують певний якісно-кількісний рівень виконання професійних функцій, типовий саме для цієї особи [85].

І. Аносов визначає управлінську діяльність як цілеспрямовану соціально-психологічну систему, що самоорганізується та розвивається, складається з комплексу взаємопов'язаних структурних і функціональних компонентів, спрямованих на розв'язання управлінських завдань і досягнення нових результатів, відповідних до основної мети. На його думку, управлінська діяльність характеризується такими особливостями:

- а) великою кількістю дій, переважно короткотривалих;
- б) частими зовнішніми втручаннями;
- в) розгалуженою мережею контактів;
- г) домінуванням вербального спілкування з персоналом [5].

За визначенням В. Жолдак [37], управлінська діяльність є специфічним видом професійної діяльності. Якщо розглядати її з антропологічних позицій, то таке трактування зумовлене низкою обставин. По-перше, для здійснення управлінської діяльності потрібен «особливий» людський потенціал, що передбачає наявність у фахівця організаторських здібностей, високого інтелекту, позитивного ставлення до людей і природи. По-друге, керівник повинен мати ґрунтовний культурологічний тезаурус. По-третє, йому необхідно

володіти широким спектром спеціальних знань: екологічних, економічних, фінансових, правових, управлінських, психологічних, соціологічних тощо. По-четверте, усі наведені знання мають бути здатні до технологічного застосування в практичній діяльності.

Управлінську діяльність здійснюють керівники – посадові особи, наділені спеціальними повноваженнями, які очолюють трудові колективи, спрямовують та регулюють їхню діяльність, ухвалюють управлінські рішення в межах своїх повноважень і несуть повну відповідальність за їх виконання [51]. Традиційно виділяють два основні типи керівників: лінійних та функціональних. Лінійні керівники очолюють лінійні підрозділи підприємства, тоді як функціональні – штабні та збутові структури [15].

Менеджер визначається як працівник, що організовує виконання стратегічних завдань керівника чи керівництва та має делеговані повноваження для розв’язання пов’язаних із ними тактичних питань [47]. Професіоналізація менеджменту пов’язана насамперед з отриманням фундаментальних основ управлінської діяльності в процесі освіти. Наразі система освіти України активно впроваджує компетентнісний підхід до організації навчального процесу. Оскільки сучасний менеджер, виконуючи професійні обов’язки, має володіти визначеним набором компетенцій, виникає потреба в їх узагальненні та систематизації.

Науковці зазначають, що менеджери реалізують свої функції на трьох рівнях ієрархічної системи управління складною організацією [50]:

- вища ланка системи управління, яку становить вище керівництво організації;
- середня ланка, на рівні якої керівники координують дії різних працівників і підрозділів для досягнення цілей, поставлених організацією;
- нижчий рівень, де здійснюється безпосередня координація діяльності співробітників та підрозділів з метою реалізації організаційних цілей.

Компетенції менеджерів середньої ланки передбачають повне розуміння функцій професійної сфери, високий рівень комунікативних здібностей (зокрема виконання посередницьких функцій між вищим і нижчим рівнями управління), навички міжособистісного спілкування, організованість, орієнтацію на процес, ініціативність, здатність виявляти проблеми та пропонувати можливі варіанти їх розв'язання. Менеджери нижчого рівня формують технічний рівень виробництва, на якому здійснюється виконання стандартних трудових операцій.

Разом з тим, навіть на цьому рівні спостерігаються зміни у вимогах до компетентностей: зростає роль гуманітарно-комунікативної складової. Йдеться, наприклад, про здатність оперативно ухвалювати рішення, навчати молодих або нових співробітників, підтримувати необхідний рівень працездатності колективу, здійснювати оцінювання й контроль результатів діяльності підлеглих.

Поряд із цією класифікацією існує інша, згідно з якою керівників поділяють на три категорії: вищий (топ-), середній (міддл-) та нижчий (лоу-) менеджмент. Міддл-менеджери виконують роль сполучної ланки у функціональних комунікаціях між топ- та лоу-менеджерами, а також формують оперативно-тактичні цілі.

У розвинених індустріальних економіках прагнення до набуття професійного статусу проявляється практично в усіх сферах розумової праці, до яких, безумовно, належить і управлінська діяльність. До ознак такого статусу належать [1; 4; 11; 16]:

- наявність системи формалізованих знань, заснованих на наукових дисциплінах, які засвоюються в процесі стандартизованого та тривалого навчання (зазвичай у межах університетської освіти);
- отримання монополії на надання послуг у певній сфері, що передбачає право на здійснення легітимної професійної практики, допуск до якої забезпечується сертифікатом профільної (як правило, вищої) освіти;

- розроблення й функціонування механізмів горизонтального професійного контролю за діяльністю в профільній сфері з метою забезпечення її відповідності стандартам і зразкам, визнаним професійною спільнотою (такий контроль ґрунтується на засадах самоорганізації, передбачає участь професійних асоціацій і спільнот, університетів, профільних видавництв тощо);
- формування професійного етичного кодексу, що спирається на визнання особливої ролі професійної діяльності у досягненні суспільного блага, з одного боку, поєднує фахівців із «професійною корпорацією», а з іншого – забезпечує довіру клієнтів;
- існування відносно широкої свободи дій під час здійснення професійної діяльності (професійна автономія, яка зберігається навіть за умов жорсткої організаційної ієрархії).

Визначення сутності менеджерської компетентності керівника медичного закладу є необхідною передумовою для подальшого аналізу змісту та структури його професійної діяльності.

I. Зимня виокремила три етапи становлення компетентнісного підходу [40]. Перший етап, що охоплює 1960–1970 рр., пов'язаний із уведенням до наукового апарату категорії «компетенція». Саме на цьому етапі було закладено підґрунтя для розмежування термінів «компетенція» та «компетентність», розпочато дослідження різних видів мовної компетенції, а також запроваджено поняття «комунікативна компетентність».

Другий етап (1970–1990 рр.) характеризується активним використанням категорій «компетенція» / «компетентність» у теорії й практиці навчання нерідної мови, формування умінь спілкування, а також у контексті професіоналізму в управлінні та менеджменті. У цей період формується підхід до розроблення змісту поняття «соціальні компетенції/компетентності».

Третій етап дослідження компетентності як наукової категорії щодо освіти розпочинається у 90-ті роки XX ст. і позначається тим, що поняття «професійна компетентність» міцно закріплюється в педагогічній лексиці й стає предметом цілеспрямованого вивчення. Це зумовлено, з одного боку,

соціальним замовленням до системи освіти, а з іншого – розвитком теоретичних досліджень у педагогічній науці.

Попри тривалий період вивчення, і дотепер не досягнуто єдності в розумінні сутності термінів «компетенція» і «компетентність» [12; 13; 18; 27; 33]. У сучасній педагогічній науці поняття «компетентність» переважно використовується для позначення кінцевого результату навчання, натомість поняття «компетенція» наповнюється змістом «знаю, як» на противагу традиційному для педагогіки орієнтиру «знаю, що» [13].

У сфері менеджменту становлення та розвиток поняття «управлінська компетентність» пов'язується з процесом професіоналізації менеджменту, про яку заговорили наприкінці ХХ ст. Запропонована В. Берекою періодизація розвитку менеджменту, на його думку, безпосередньо корелює з етапами становлення науки управління, на яку впродовж усього ХХ ст. суттєво впливали різні управлінські школи і підходи. У праці цього автора [11] подано таку періодизацію.

I етап (до 90-х рр. ХІХ ст.) характеризується відсутністю науково обґрунтованих поглядів на систему управління, а відтак і на процес навчання управлінців.

II етап (90-ті рр. ХІХ ст. – 30-ті рр. ХХ ст.) пов'язаний з виникненням нових підходів до управлінської діяльності завдяки появі школи наукового управління та адміністративної (класичної) школи. У цей період на розвиток професійного менеджменту істотно вплинули наукові доробки Ф. Тейлора, Г. Ганнта, Ф. та Л. Гілбертів, Г. Емерсона, Г. Форда, А. Файоля, Л. Урвіка та ін.

III етап (30-ті – 60-ті рр. ХХ ст.) відзначається виникненням і поширенням ідеї психологічної підготовки менеджерів до професійної управлінської діяльності. У цей час на розвиток напряму вплинули праці Г. Мюнстерберга, М. Фоллетт, Е. Мейо, Р. Лайкерта, Д. Макгрегора, А. Маслоу, віднесені до школи людських відносин і «поведінкових наук».

IV етап (60-ті рр. ХХ ст. – до сьогодні) характеризується формуванням низки окремих підходів до управлінської діяльності, які активно

застосовуються в сучасній теорії та практиці менеджменту.

В. Веснін розглядає управлінську компетентність як здатність фахівця якісно й безпомилково виконувати основні управлінські функції як у стабільних, так і в динамічно змінюваних умовах, опановувати нове і за змін ситуації швидко адаптуватися до її особливостей [19].

Л. Оліфіра доходить висновку, що професійна управлінська компетентність у сучасній науці тлумачиться як сукупність особистісних якостей і здібностей суб'єкта управління, його професійних знань, компетенцій та досвіду, які дають змогу брати участь у прийнятті ефективних рішень та успішно здійснювати управління колективом, підлеглими, персоналом, установою [62].

А. Хуторської подає таке визначення управлінської компетентності керівника установ професійної освіти: «Це сукупність особистісних якостей керівника, де розкривається зміст даної властивості особистості з позиції сучасної управлінської, педагогічної діяльності керівника освітнього закладу» [86].

У результаті синтезу різних підходів до визначення поняття «компетентність», узагальнення його змістових характеристик та теоретичного обґрунтування ключової ролі особистості в здійсненні управлінської діяльності у роботі було уточнено сутність управлінської компетентності керівника. Вона трактується як складне професійно-особистісне утворення, що актуалізується в процесі управлінської діяльності, забезпечує готовність і здатність до її виконання на нормативному рівні та включає знання, вміння, навички, особистісні якості й здібності, цінності, мотиви та оцінки.

Упровадження в систему охорони здоров'я нових методів господарювання з використанням елементів ринкових відносин створює передумови для поступового формування власного медичного менеджменту, що, у свою чергу, потребує появи якісно нового типу фахівця – менеджера в галузі охорони здоров'я (медицини) [17; 48].

Це положення підтверджується історичним досвідом. Так, американський

історик менеджменту Д. Рен наголошував, що становлення та вдосконалення ринкової економіки зумовили появу потреби в управлінцях, обізнаних із тим, як найкраще управляти організаціями (1972). Американський ринок, якому притаманні високий рівень ризику та невизначеності, сприяв формуванню в західних менеджерів надзвичайно важливих для сучасних керівників охорони здоров'я якостей: самостійності, відповідальності за власну діяльність, постійного пошуку організаційно-управлінських і науково-технічних новацій як своєрідних захисних механізмів в умовах нестійкої ринкової кон'юнктури. Отже, ринок об'єктивно потребує спеціально підготовленого управлінського персоналу, який володіє основами менеджменту як соціальної функції.

У системі охорони здоров'я менеджерами виступають перші керівники закладів охорони здоров'я та їхні заступники. Саме вони, розробляючи та ухвалюючи управлінські рішення, мають реалізовувати головну мету, поставлену керівниками вищих органів управління (лідерами), і бути здатними самостійно приймати науково обґрунтовані рішення відповідно до сучасних вимог. Безперечно, лідери також повинні у своїй діяльності спиратися на універсальні закони менеджменту. Це однаковою мірою стосується й керівників підсистем галузі охорони здоров'я, які очолюють служби чи структурні підрозділи (відділення), а також головних спеціалістів та інших відповідальних осіб [17; 48; 65; 66].

Мистецтво керувати людьми – одне з найскладніших мистецтв. Ця теза була актуальною у всі часи, а нині набуває особливого значення. Керівник, з огляду на свій статус, виступає як громадський діяч; за відсутності в нього відповідного світогляду та системи цінностей суттєво ускладнюється формування згуртованого, працездатного колективу [9; 10; 35; 36; 37; 53].

Авторитет керівника формується під впливом двох груп чинників: з одного боку, це посадовий статус як об'єктивна характеристика, з іншого – престиж, потенціал поваги як суб'єктивний фактор, який необхідно здобути у колективі власною працею та поведінкою.

Існує чимало підходів до визначення характерних рис сучасного

менеджера. Якщо для кожного лікаря є обов'язковими щирість, правдивість, чуйність, то для керівника ці риси не менш важливі. Він має терпляче і доброзичливо сприймати аргументи як окремих працівників, так і колективу загалом, навіть тоді, коли йдеться про відкрити опозицію його позиції.

Важливого значення набуває форма спілкування керівника з підлеглими. Менеджер повинен уміти радитися з колегами для прийняття виважених рішень, орієнтуючись, за потреби, на досягнення консенсусу. Водночас після ухвалення рішення саме він несе за нього повну відповідальність, зокрема за ефективне функціонування системи контролю щодо виконання відповідних наказів і розпоряджень [14; 15; 19].

До кола обов'язкових якостей лікаря-керівника належить інтелігентність, тобто високий рівень освіченості та загальної культури. Керівникові доцільно постійно підвищувати рівень самоконтролю, уникати демонстрації негативних емоцій, уміти стримувати себе. Якщо керівник легко виходить із рівноваги, підвищує голос через незначні приводи, це може завдати шкоди не меншої, ніж помилкове управлінське рішення. Значний виховний потенціал мають колегії, ділові наради, медичні засідання. Їх організація має ґрунтуватися на таких принципах: вчити, не повчаючи; дорікати, не принижуючи; служити, не прислужуючи [80; 81].

До ключових здібностей керівника слід віднести ініціативність, схильність до виховної роботи, здатність до самовиховання та самоконтролю. Керівник має прогнозувати власну поведінку й реакцію підлеглих, створювати умови для оптимальної діяльності колективу, сприяючи підтриманню фізичного та психічного здоров'я працівників.

Однією з найбільш важливих рис, що забезпечує ефективність керівництва, є вміння досягати результатів через організацію діяльності співробітників. Чим менше керівник «метушиться» і приймає безліч суперечливих рішень, а натомість більше дійсно керує, спрямовує й координує, тим більш кваліфікованим його вважають. Фактична цінність хорошого керівника полягає не лише в обсязі його знань, а насамперед у здатності вчасно

помітити й підтримати ініціативу інших працівників.

Надати узагальнювальну, вичерпну характеристику лікаря-менеджера досить складно, однак можна сформулювати основні вимоги до його професійно-особистісного профілю.

Менеджер системи охорони здоров'я – це професіонал у сфері управління всіма ланками системи. До його якісних характеристик, зокрема, належать [80; 81]:

- володіння системною методологією та вміння застосовувати її на практиці під час організації діяльності керуючих і керованих систем;
- здатність приймати різні види управлінських рішень і володіння технологією управлінського процесу;
- уміння забезпечити функціонування системи в умовах оперативного, ситуаційного та стратегічного управління;
- володіння технологією роботи з інформацією та основами медичного маркетингу;
- знання основ комплексного управління персоналом і психологічних методів управління, необхідних для формування мотиваційного механізму поведінки колективу;
- здатність розв'язувати проблеми в умовах трансформації принципів господарювання й утвердження ринкових відносин із використанням економічних методів управління;
- обізнаність з різними формами ринкових відносин у системі охорони здоров'я;
- комп'ютерна грамотність.

З огляду на те, що в умовах ринкової економіки особливого значення набуває управління відповідно до ситуації (ситуаційне управління), яка постійно змінюється, до перелічених якостей менеджера системи охорони здоров'я необхідно додати такі вміння:

- здатність адекватно оцінювати ситуацію, тобто виокремлювати найважливіші фактори впливу та найбільш чутливі елементи системи, вплив на

які дасть максимально бажаний результат;

- уміння поєднувати конкретні управлінські прийоми з конкретними ситуаціями, забезпечуючи найефективніше досягнення поставлених цілей.

Отже, майбутній менеджер системи охорони здоров'я – це керівник, орієнтований на взаємовідносини в умовах ринкової економіки, який відповідає вимогам реформування галузі в напрямі формування багатоукладної системи охорони здоров'я.

У більшості країн підготовка фахівців з управління є тривалим процесом. Наприклад, у Японії формування повноцінного менеджера після закінчення закладу вищої освіти триває 8–10 років [51; 63; 85].

Специфіка функціонування системи охорони здоров'я зумовлює потребу в тому, щоб менеджери мали виражені підприємницькі якості, тобто були здатні досягати конкретних виробничих і соціальних цілей завдяки найбільш практичним, оригінальним, нестандартним, а іноді й ризикованим рішенням.

Головному лікарю, головному спеціалісту в певній галузі, керівнику відділення як менеджерам необхідні також новаторство, оригінальність у досягненні поставлених цілей, діловитість, практичність, сміливість, винахідливість, цілеспрямованість. На думку провідних фахівців з управління, менеджер повинен бути наполегливим, уміти доводити розпочату справу до кінця. Водночас особливо важливо будувати стосунки з підлеглими на засадах доброзичливості, дотримання службово-посадової етики та деонтології, уникаючи монополізації свого службового становища [14; 15; 19].

Найскладнішим випробуванням для керівника є необхідність поєднати інтереси лікарів та інтереси організації. Це зумовлює потребу в нових моделях взаємодії у площині «лікар – організація», переосмисленні характеру цих зв'язків, посиленні участі лікарів в управлінні та організаційній діяльності. Без їх активного залучення неможливо розв'язати проблеми управління вартістю, підвищення якості медичної допомоги, продуктивності праці та ефективності використання ресурсів, а також здійснювати стратегічне планування. Лікарі мають відігравати ключову роль у формуванні політики, ухваленні рішень,

розподілі ресурсів, розробці й реалізації управлінських задумів. Керована медична допомога дає змогу організаціям і лікарям усвідомити необхідність спільної діяльності, розподілу ризиків та розвитку механізмів входження на ринок. Нині долі лікарів і медичних організацій тісно переплетені, і надалі ці зв'язки набуватимуть різних «об'єднавчих» форм.

Керівник як стратег зобов'язаний підтримувати постійний зв'язок із зовнішнім середовищем, щоб своєчасно розпізнавати й оцінювати події, які можуть вплинути на організацію. Усі зовнішні сигнали мають бути предметом уважного контролю й аналізу, причому особливу увагу слід приділяти тим питанням, які потенційно стосуються як самої організації, так і її партнерів. Більше того, керівники в ролі стратегів повинні не лише відчувати й розуміти ситуацію навколо, а й активно впливати на неї. Керуючи закладами медичної допомоги, спрямованими на задоволення потреб людей, вони зобов'язані брати участь у формуванні та реалізації громадської політики [23; 25; 26; 29].

Попри зовнішні впливи та внутрішні труднощі, яких неможливо уникнути, керівник як лідер повинен постійно шукати шляхи розвитку медичного закладу, забезпечуючи не лише відповідність його діяльності сучасним вимогам, а й створюючи умови для довгострокової перспективи розвитку.

1.2. Управління формуванням менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я

Система охорони здоров'я є наскрізною, комплексною галуззю суспільної сфери, що істотно ускладнює процес її управління. Діяльність керівників у цій сфері завжди пов'язана з реалізацією двоєдиного завдання: з одного боку, необхідно піклуватися про збереження та зміцнення здоров'я нації, а з іншого – забезпечувати стабільне функціонування й розвиток власних організацій. Наразі система охорони здоров'я перебуває у стадії активного реформування,

яке здійснюється на основі чинної законодавчо-нормативної бази [38; 64; 67–76].

У сучасних соціально-економічних умовах перед керівниками галузі постають надзвичайно складні завдання, розв'язання яких вимагає не лише високих інтелектуальних і організаторських здібностей, а й принципово нових знань та вмінь у таких сферах, як менеджмент, маркетинг, економіка, юриспруденція. До цього додається необхідність бути технічно та інформаційно «озброєними», володіти сучасними інформаційними технологіями, а також мати розвинені психологічні навички, що дає змогу на належному рівні вести ділові переговори, ефективно врегульовувати конфлікти, зберігаючи конструктивний характер взаємодії.

У реформованих організаціях системи охорони здоров'я керівники повинні виявляти гнучкість і високу здатність до адаптації, уміти реагувати на невизначеність та постійно мінливі умови, а також органічно інтегрувати діяльність закладу у ширший контекст взаємодії з навколишнім середовищем. Важливо враховувати, що в процесі реформування управління пріоритетного значення набуває оптимізація взаємовідносин між різними рівнями управлінських структур як по горизонталі, так і по вертикалі. Нині зберігається подвійне підпорядкування органів охорони здоров'я: з одного боку – місцевим органам влади (горизонтальний рівень), з іншого – вищим управлінським структурам галузі (вертикальний рівень). Така ситуація вимагає узгодження та чіткого розмежування повноважень у ході реформування.

Для того щоб стиль управління й загальна ефективність роботи закладу охорони здоров'я були оптимальними, важливо забезпечити добір керівних кадрів не за адміністративно-командним принципом, а на конкурсній основі із застосуванням сучасних процедур відбору, включаючи тестування. Стиль і методи управлінської діяльності в медицині потребують подальшого наукового вдосконалення, у зв'язку з чим виникає об'єктивна необхідність розроблення й упровадження спеціальних програм, спрямованих на виховання та підготовку керівних кадрів у медичній сфері [63].

Нагадаємо, що з 1 січня 2019 року в Україні запроваджено чітке розмежування функцій генерального директора та медичного директора закладу охорони здоров'я: перший відповідає за господарську діяльність, другий – виключно за медичну сферу [69].

Проаналізуємо завдання й обов'язки генерального директора з позицій основних мотиваційних чинників – страху, переконання та вигоди. Згідно з кваліфікаційною характеристикою, генеральний директор закладу охорони здоров'я здійснює керівництво виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю й відповідає за її результати. Однак така відповідальність має досить відносний характер і, відповідно до чинного законодавства, конкретизується лише у випадках грубих порушень фінансових операцій. Якщо фінансово-господарські показники закладу є, м'яко кажучи, незадовільними, але при цьому не порушують вимог закону, керівник юридично не нестиме персональної відповідальності. Тому в умовах реформування управління закладами охорони здоров'я доцільно змінювати критерії оцінювання діяльності керівника, орієнтуючись не стільки на відсутність порушень, скільки на досягнення, динаміку розвитку та ефективність функціонування установи.

Брак адекватної системи мотивації свого часу призвів до того, що значна частина головних лікарів спрямовувала свої фінансові зусилля не на розвиток закладу, а на власне матеріальне збагачення. Якщо цей аспект не врахувати під час подальшого реформування, проблема не лише не зникне, а й може посилитися. Адже за новою моделлю генеральні директори взагалі не відповідатимуть за лікувальний процес, зосередившись винятково на фінансово-господарських питаннях, при цьому не маючи чітко визначених статей відповідальності за «непроцвітання» закладу [69].

Одним із потужних мотиваційних чинників реалізації довгострокової стратегії розвитку закладу може стати надання керівникові певних гарантій щодо тривалості перебування на посаді. За відсутності таких гарантій генеральний директор, природно, буде зацікавлений у максимально швидкому

задоволенні власних потреб на час, поки він обіймає посаду, а не в послідовному стратегічному розвитку організації.

До ключових функцій генерального директора належить організація розроблення та забезпечення реалізації довгострокової стратегії розвитку закладу з урахуванням потреб громади та ринкової ситуації. Водночас цілком очевидно, що в більшості випадків силами одного лише генерального директора, без реальних фінансових гарантій з боку держави або органів місцевого самоврядування, практично неможливо збалансувати зростаючі потреби громади в збереженні здоров'я із постійним підвищенням вартості медичних послуг, зростаючим запитом на якісну медичну допомогу та обмеженими фінансовими ресурсами закладу. Заклад охорони здоров'я, не маючи можливості впливати на фактори ризику захворюваності населення і не будучи комерційно прибутковим підприємством, об'єктивно не може розраховувати на стабільне зростання фінансових потоків, необхідних для повного задоволення попиту населення на здоров'я та одночасного дотримання ринкових умов [69].

Генеральний директор, дотримуючись чинного законодавства, може виконувати лише ті зобов'язання, які підкріплені реальним фінансуванням і перебувають у межах його повноважень. Якщо, наприклад, державний чи місцевий бюджет не виконує своїх фінансових зобов'язань перед закладом охорони здоров'я, тоді заклад, відповідно, не може виконати своїх зобов'язань перед пацієнтами, працівниками чи партнерами. Унаслідок цього генеральний директор об'єктивно обмежений рамками фінансового та правового поля, у межах якого він змушений реалізовувати свої функції.

Що стосується розподілу й використання ресурсів закладу, ці питання однаковою мірою стосуються як генерального, так і медичного директора. Ресурсне забезпечення є прерогативою першого, тоді як ефективність використання наявних ресурсів значною мірою залежить від другого.

Варто зазначити, що медичний директор, незалежно від генерального, матиме право ухвалювати самостійні управлінські рішення щодо координації

взаємодії структурних підрозділів у частині надання медичної допомоги, удосконалення медичних послуг, організації пацієнторієнтованого лікувального процесу. Водночас у питаннях добору медичних кадрів його роль переважно матиме дорадчий характер: остаточне рішення належатиме генеральному директору, який здійснює відбір та призначення працівників на вакантні посади, включаючи посаду медичного директора [69].

Генеральний директор повинен не лише організувати роботу всіх структурних підрозділів і забезпечити їх ефективну взаємодію, а й спрямувати діяльність закладу на розвиток і вдосконалення – з урахуванням соціальних пріоритетів і ринкових умов. Серед його завдань – підвищення якості та конкурентоспроможності медичних послуг, забезпечення їх відповідності встановленим стандартам надання медичної допомоги тощо. Водночас специфіка ринку медичних послуг полягає в його чітко вираженій соціальній орієнтації, тому говорити про «ринкові пріоритети» в розумінні максимізації прибутку при наданні кваліфікованої медичної допомоги некоректно.

Не менш важливою є функція керівника щодо залучення коштів на інвестиційні потреби закладу. Проте будь-який інвестор, ухвалюючи рішення про вкладення капіталу, насамперед зважає на безпеку інвестицій, їх ліквідність і очікувану прибутковість. Ринок медичних послуг у форматі комунального некомерційного підприємства пов'язаний із численними ризиками та невизначеностями для потенційного інвестора. Дещо більше можливостей теоретично може забезпечити приватний бізнес, однак і тут існує чимало суперечливих моментів.

Щодо ліквідності інвестицій, тобто можливості оперативно й без істотних втрат перетворити вкладені кошти на готівку, то в закладах охорони здоров'я, які приблизно у 80% випадків отримуватимуть фінансування від НСЗУ, такі перспективи видаються досить примарними. Нарешті, прибутковість комунальних некомерційних підприємств у сфері охорони здоров'я обмежуватиметься приблизно 20% платних медичних послуг, що є мінімальним потенційним ресурсом. За таких умов інвестори, як правило, не зацікавлені

вкладати кошти в заклади, які не лише не гарантують прибутку, а й не забезпечують збереження вкладених ресурсів. Тому для генерального директора реалістичнішим завданням стає пошук меценатів чи спонсорів, а не інвесторів у класичному розумінні [80; 81].

Одним із найвідповідальніших обов'язків генерального директора є забезпечення закладу кваліфікованим персоналом. Для залучення й утримання таких працівників необхідно створити відповідні умови праці, забезпечити належну матеріальну зацікавленість і сприятливий морально-психологічний клімат у колективі. Саме тут виникає важливе застереження. У статусі комунального некомерційного підприємства генеральний директор зобов'язаний у повному обсязі (на 100%) забезпечити лише виплату мінімальної заробітної плати. Усі інші виплати – доплати, надбавки, премії – можуть здійснюватися тільки за наявності відповідних коштів і або на розсуд керівника, або згідно з умовами, передбаченими колективним договором.

Саме дирекція медичного закладу виступає тією управлінською ланкою, яка формуватиме нові внутрішні тарифні сітки, за якими здійснюватиметься оплата праці лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу. До її повноважень належатиме також залучення інвестицій, розпорядження коштами, отриманими медичним закладом за надання медичних послуг населенню, а також іншими видами надходжень. Практично повну відповідальність за ці процеси нестиме генеральний директор, від управлінської компетентності якого безпосередньо залежатиме стратегічна перспектива медичного закладу – чи буде це розвиток і процвітання, чи, навпаки, поступовий занепад.

У статутах комунальних некомерційних підприємств у сфері охорони здоров'я останнім розділом, як правило, прописуються умови ліквідації закладу, серед яких ключовою є наявність заборгованості перед кредиторами. Це положення ще раз акцентує увагу на тому, що в існуючій моделі управління фактично закріплюється пріоритет економічних інтересів закладу охорони здоров'я над його власне медичними й оздоровчими функціями, що є підставою

для серйозних дискусій і викликає певні застереження [17; 48; 80; 81].

Призначення на посаду генерального директора можливе виключно за результатами конкурсного відбору, порядок проведення якого вже нормативно визначений. Вирішальну роль у доборі керівника медичного закладу відіграватиме спеціально створена конкурсна комісія. До її складу на паритетних засадах входять представники органу управління, трудового колективу закладу, а також громадської ради при органі управління або делеговані (за їхньою згодою) представники громадських об'єднань, що займаються захистом прав громадян у сфері охорони здоров'я та/або питаннями запобігання корупції й антикорупційної діяльності. При цьому обов'язковою умовою є офіційна реєстрація таких громадських об'єднань не менш як за два роки до дати прийняття рішення про проведення конкурсу. Від кожного громадського об'єднання до складу комісії може входити по одній особі.

Конкурсна процедура призначення керівників закладів охорони здоров'я має свою специфіку: її умови можуть деталізуватися та конкретизуватися відповідними уповноваженими виконавчими органами управління власника медичного закладу (далі – органи управління) [69; 80; 81]. Це дає змогу враховувати особливості конкретного регіону, мережі закладів та їхніх засновників, але водночас вимагає чітких критеріїв прозорості та об'єктивності.

У зв'язку з цим постає завдання налагодження системи об'єктивних показників, на основі яких здійснюватиметься відбір лідера сучасного медичного закладу. Така система може включати, зокрема, результати медичної та психологічної експертизи, підсумки тестових іспитів, формалізовані звіти про попередні результати управлінської діяльності кандидата та їх експертну оцінку, а також експертну (у тому числі «сліпу») оцінку програм майбутньої діяльності, аналіз декларацій про доходи претендентів на посаду тощо.

Обов'язки менеджерів закладу охорони здоров'я, їхній розподіл і зміст докладніше подано в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Обов'язки менеджерів закладу охорони здоров'я

Назва посади	Напрями роботи
Менеджер закладу для осіб похилого віку	Управляє персоналом, фінансовим забезпеченням, відповідає за технічний стан приміщень/будівлі, якість обслуговування осіб похилого віку тощо
Клінічний менеджер	Керує роботою лікувально-профілактичного відділення (хірургічного, кардіологічного тощо) або частиною системи охорони здоров'я (наприклад, сестринська справа), оцінює якість роботи персоналу, контролює витрати, використання ресурсів підрозділу та виконує інші посадові обов'язки завідувача відділення закладу охорони здоров'я.
Менеджер з медичної інформації або технічний менеджер	Управляє інформаційно-комунікаційними мережами закладу охорони здоров'я, забезпечує інформаційну безпеку, ведення документації, формує бази даних, готує інформацію про зміни у нормативно-правовій базі в охороні здоров'я тощо

Національний класифікатор України «Класифікатор професій ДК 003:2010», затверджений наказом Держспоживстандарту від 28.07.2010 № 327, визначає номенклатуру професійних назв робіт менеджерського спрямування, згрупованих у класифікаційному підрозділі з кодом 14 – «Менеджери (управителі) підприємств, установ, організацій та їх підрозділів». Цей класифікатор створено на основі Міжнародної стандартної класифікації професій 1988 року (International Standard Classification of Occupations: ISCO-88; далі – ISCO-88). Зазначена система була рекомендована Міжнародною організацією праці (МОП) ще у минулому столітті як інструмент для упорядкування національної статистики та спрощення міжнародного обміну професійною інформацією.

Втім, ISCO-88 нині вважається застарілою, тому МОП не рекомендує її подальше використання. Із 2010 року країни Європейського Союзу застосовують оновлений варіант професійної класифікації – ISCO-08, який краще відповідає сучасним вимогам ринку праці та управлінським тенденціям.

На відміну від українського класифікатора професій, де менеджерські посади зосереджені в одному укрупненому підрозділі, ISCO-88 та ISCO-08 розподіляють професії менеджерського напрямку між різними класифікаційними угрупованнями відповідно до ієрархічного рівня управління, сфери відповідальності та функціонального профілю. Саме тому фіксація всіх «менеджерів» у межах одного угруповання в національному класифікаторі розглядається як методологічна помилка, що не узгоджується з міжнародними рекомендаціями МОП і не відповідає світовій практиці. Внаслідок цього виникають труднощі з коректним визначенням назв посад для менеджерів різних рівнів і напрямів, із встановленням їхніх повноважень, кваліфікаційних вимог, обсягу відповідальності та функціонального наповнення.

Згідно з ISCO-08, відповідальними за якість медичних послуг у закладі охорони здоров'я є такі управлінські посади, як головний адміністратор/адміністратор, клінічний директор, директор із догляду/піклування, координатор забезпечення суспільного здоров'я, медичний директор тощо. До функцій працівників зазначених управлінських позицій, відповідно до [2; 49; 54; 80; 81], належать, зокрема:

- управління медичною службою закладу;
- керівництво, контроль та оцінювання роботи лікарів, медичних сестер і молодшого медичного персоналу;
- визначення мети та критеріїв оцінювання діяльності медичних підрозділів;
- контроль за використанням медичного устаткування та інших технічних ресурсів;
- організація процесів підбору, найму та навчання медичного персоналу;
- розроблення й контроль виконання правил, процедур та стандартів якості медичних послуг;
- визначення потреби в додатковому персоналі, устаткуванні та послугах.

Натомість український класифікатор професій фіксує, що за якість медичних послуг відповідає медичний директор; ця посада включена не до

групи управлінців середньої ланки, а до класифікаційного угруповання «Керівники підприємств, установ та організацій». Вимоги до роботи медичного директора регламентовані наказом МОЗ від 29.03.2002 № 117. До кола його основних обов'язків належать, зокрема [69]:

- організація надання пацієнтоорієнтованих медичних послуг відповідно до галузевих стандартів;
- розроблення та впровадження системи безперервного удосконалення якості медичних послуг із метою забезпечення безпеки пацієнтів, своєчасності медичної допомоги, підвищення економічної ефективності та досягнення високих результатів на засадах доказової медицини.

Таким чином, МОЗ закріплює, що незалежно від форми власності закладу охорони здоров'я саме медичний директор несе відповідальність за якість медичних послуг. Водночас він має право делегувати частину своїх функцій заступникам.

Посади, похідні від базових (утворені за допомогою ознак «заступник», «змінний» тощо), мають ті самі кваліфікаційні характеристики, що й основна посада. Завдання, обов'язки, необхідні знання та кваліфікаційні вимоги для таких працівників під час розроблення посадових інструкцій визначаються на основі кваліфікаційної характеристики відповідної базової професії. Отже, вимоги до кваліфікації медичного директора та заступника медичного директора є аналогічними та включають: вищу освіту II рівня за ступенем магістра за спеціальністю галузі знань «Охорона здоров'я» з наступною спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я», а також певний стаж роботи, який становить [2; 49; 54]:

- для закладів національного рівня – не менше п'яти років роботи на керівній посаді;
- для закладів обласного рівня – не менше трьох років на керівній посаді;
- для закладів районного рівня – не менше п'яти років роботи за основною лікарською спеціальністю;

- для керівників закладів, що надають лише первинну медичну допомогу, – не менше трьох років роботи за основною лікарською спеціальністю або одного року на керівній посаді.

Кваліфікаційна характеристика медичного директора поширюється на відповідну посаду з урахуванням спеціалізації діяльності конкретного закладу охорони здоров'я.

Поділ управлінських функцій у медичних закладах має давню історію й уже тривалий час реалізується в європейських країнах у кількох організаційних моделях: коли медичний заклад очолюють директор і головний лікар одночасно, або коли головний лікар поєднує функції клінічного керівника та адміністративного менеджера. Наприклад, у Польщі законодавчо функціонують обидві моделі. Перевага першої полягає в тому, що вона дає змогу зменшити адміністративне та господарське навантаження на головного лікаря та дозволяє йому зосередитися на стратегічних питаннях медичної діяльності. Адже лікар за фахом (наприклад, хірург), перебуваючи на посаді головного лікаря, змушений витратити до трьох чвертей свого часу на адміністративно-господарські завдання – від енергопостачання до закупівлі продуктів харчування чи організації утеплення приміщень. У повсякденній роботі такі питання часто мають характер невідкладних, що практично нівелює можливість повноцінного виконання медичних обов'язків. Тому нині головний лікар у реальності значно частіше виконує функції директора, ніж суто клінічного керівника [80; 81].

Водночас обов'язки, пов'язані з організацією медичної діяльності – плануванням операцій, вирішенням складних клінічних випадків, проведенням консилиумів – переважно виконує заступник з медичної роботи. Фактично це означає, що розподіл функцій між адміністративним керівником і керівником медичної служби вже існує де-факто: головний лікар ближчий до ролі генерального директора, а заступник з медичної роботи – до ролі медичного директора.

Проте ефективне управління сучасним медичним закладом потребує від керівників не лише клінічних знань, а й сформованих управлінських компетентностей. Для цього необхідна відповідна освіта у сфері менеджменту та управління. З огляду на це досвід Польщі є вкрай корисним для України: там, де головний лікар здатний ефективно поєднувати функції адміністративного керівника і медичного директора, немає потреби створювати дві посади, що дублюватимуть одна одну. У тих же випадках, коли головний лікар прагне займатися виключно лікувальною роботою (що доволі поширено, оскільки не кожен практикуючий лікар готовий брати на себе тягар господарсько-адміністративних обов'язків – ремонт відділень, управління логістикою, енергоефективність тощо), доцільним є чіткий розподіл функцій між менеджером, який відповідатиме за господарську діяльність закладу, та медичним директором, який забезпечуватиме організацію лікувального процесу.

Попри можливість поділу управлінських функцій між генеральним директором і медичним директором, принципово важливо, щоб генеральний директор мав не лише економічну, а й медичну освіту. Це пов'язано зі специфічністю сфери охорони здоров'я, управління якою потребує розуміння не просто фінансово-господарських процесів, а також медичних реалій, клінічних ризиків і логіки надання медичної допомоги. Досвід засвідчує, що навіть висококваліфікований менеджер із значним досвідом роботи в інших галузях не завжди здатний ефективно працювати в умовах медичної сфери, де переважають складні й взаємопов'язані соціально-професійні процеси [69].

Досвід Польщі засвідчує ще одну важливу закономірність. Навіть у тих медичних закладах, де функції керівництва розмежовано, медичний директор має вищий статус порівняно з директором-менеджером. Останній виконує переважно технічні функції – забезпечує фінансування, формує заявки на обладнання та медикаменти, контролює утримання приміщень, відповідає за залучення необхідних спеціалістів. Водночас, незважаючи на значний обсяг адміністративних повноважень, директор-менеджер не ухвалює остаточних

рішень без погодження їх з головним лікарем, його заступниками та завідувачами відділень. Саме такий механізм гарантує пріоритетність клінічної логіки в управлінні медичним закладом та забезпечує сталість професійних стандартів.

У контексті запровадження в Україні посади генерального директора як ключової управлінської фігури (відповідно до рекомендацій Міністерства охорони здоров'я) постає низка проблемних аспектів. Якщо генеральний директор не матиме медичної освіти та буде виключно фаховим менеджером, усі фінансові потоки концентруватимуться саме у нього. Проте він не зможе самостійно ухвалювати компетентні рішення з медичних питань. І водночас медичний директор, позбавлений реальних фінансових інструментів, також не матиме можливості повноцінно виконувати свої функції. Отже, модель, яку пропонується запровадити, потенційно закладає або підпорядкування медичного директора ролі «другого плану», або конфліктність у системі подвійного керівництва, де один керівник має повноваження, а інший — професійні компетенції [69; 80; 81].

Формально закладу охорони здоров'я надано право самостійно визначати власну організаційну структуру, штатний розпис і кількість керівних посад. Це означає, що в структуру можна включити додаткові управлінські посади, відповідальні за якість медичних послуг. Однак керівник закладу, незалежно від структури, має відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, встановленим центральним органом виконавчої влади, що формує державну політику у сфері охорони здоров'я. Тому право контролювати якість медичної допомоги може мати лише особа, яка має лікарську спеціальність і обіймає посаду з переліку керівних у закладі охорони здоров'я.

Розвиток професіоналізму та менеджерської компетентності керівників медичних закладів вимагає застосування міждисциплінарного підходу, що базується на інтеграції досягнень психології, педагогіки, соціології, теорії управління та медицини. Саме поєднання цих галузей знань здатне забезпечити комплексне розуміння управлінських процесів в охороні здоров'я, де

вирішальну роль відіграє людський фактор, компетентність керівника та якість ухвалених рішень.

Висновки до розділу 1

Доведено, що система охорони здоров'я є однією з ключових складових соціальної сфери, оскільки саме вона забезпечує формування та підтримку здоров'я населення, що, у свою чергу, визначає можливості соціально-економічного, наукового й культурного розвитку суспільства.

У результаті аналізу з'ясовано, що наукові підходи до визначення управлінської компетентності умовно поділяються на чотири групи. До першої належать ті, які трактують її як систему характеристик особистості; до другої – підходи, що акцентують увагу на сукупності знань і вмінь; до третьої – визначення, які розглядають її як здатність виконувати функції та обов'язки; до четвертої – автори, що співвідносять управлінську компетентність із сукупністю сформованих компетенцій. Здійснений критичний аналіз та узагальнення підходів дозволили уточнити сутність поняття «управлінська компетентність керівника» як складного професійно-особистісного утворення, яке актуалізується в процесі управлінської діяльності, забезпечує готовність до її здійснення на нормативному рівні та охоплює знання, уміння, навички, духовно-ціннісні орієнтири, особистісні риси та мотиви. Запропоноване визначення підкреслює провідну роль особистості керівника в реалізації управлінських функцій та визначенні ефективності діяльності організації.

Встановлено наявність низки теоретичних і практичних проблем у розвитку управлінської компетентності, яким у вітчизняній економічній науці приділяється недостатньо уваги. По-перше, потребує подальшого дослідження питання розвитку компетентності керівників різних рівнів управління, оскільки різні функціональні навантаження зумовлюють необхідність різних механізмів її формування. По-друге, актуальним залишається завдання визначення показників та критеріїв ефективності діяльності керівника залежно від рівня

його менеджерської компетентності.

З'ясовано, що ефективність функціонування системи охорони здоров'я значною мірою залежить від її кадрового потенціалу. Саме наявність кваліфікованих кадрів, їх мотивація, умови праці, рівень соціального забезпечення, технологічна база та якість управлінських рішень визначають можливості надання населенню медичної допомоги належного рівня. Керівні кадри відіграють ключову роль у реалізації реформ у галузі охорони здоров'я, адже саме вони відповідають за вироблення та впровадження ефективних управлінських стратегій, що визначають майбутнє всієї системи.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ФОРМУВАННЯМ МЕНЕДЖЕРСЬКОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ТОВ «СЛОБОЖАНСЬКИЙ ЦЕНТР НЕФРОЛОГІЇ»)

2.1. Специфіка діяльності ТОВ «Слобожанський центр нефрології»

Базою емпіричної частини нашого магістерського дослідження виступило ТОВ «Слобожанський центр нефрології». У сучасних умовах спостерігається стійка тенденція до зростання попиту на послуги приватних лікувально-діагностичних закладів, що зумовлено підвищеними вимогами населення до якості медичної допомоги та необхідністю застосування високотехнологічної діагностики й лікування. Саме поєднання сучасного медичного обладнання та високого рівня професійної підготовки персоналу дозволяє приватним клінікам досягати кращих результатів у лікуванні складних захворювань.

У «Слобожанському центрі нефрології» працюють висококваліфіковані лікарі та медичний персонал, які володіють сучасними знаннями з нефрології та суміжних дисциплін. Медичні фахівці установи відзначаються не лише професійними компетенціями, а й умінням формувати доброзичливі, засновані на повазі та довірі взаємини з пацієнтами, що є важливою умовою ефективності нефрологічної допомоги.

Центр функціонує як спеціалізована медична установа, діяльність якої спрямована на діагностику, лікування та моніторинг стану пацієнтів із захворюваннями нирок. Клініка супроводжує пацієнтів на всіх етапах лікувального процесу, включно з організацією нирково-замісної терапії, якщо вона є клінічно необхідною. Особливу увагу заклад приділяє ранньому виявленню та своєчасному початку лікування хронічної хвороби нирок, спираючись на індивідуальний, адаптований підхід до кожного пацієнта.

Обраний закладом слоган «Даруємо життя!» відображає його місію – забезпечувати пацієнтів повним спектром нефрологічних послуг на безоплатній основі. Це стало можливим завдяки укладенню договору з Національною службою здоров'я України та участі в Програмі медичних гарантій.

На сьогодні у Центрі здійснюється амбулаторне лікування пацієнтів із термінальною стадією хронічної ниркової недостатності із застосуванням методів гемодіалізу та перитонеального діалізу. Медична установа обладнана найсучаснішою апаратурою світових лідерів у галузі виробництва обладнання для діалізної терапії. Значний клінічний досвід, напрацьовані алгоритми лікування та сучасна матеріально-технічна база дозволяють Центру забезпечувати пацієнтів медичною допомогою міжнародного рівня та високим стандартом сервісу.

У процесі нирково-замісної терапії методом гемодіалізу в Центрі застосовуються сучасні апарати «штучна нирка», що дозволяє проводити процедури на якісно новому рівні. Діалізні зали обладнані відповідно до вимог комфорту та безпеки, з урахуванням індивідуальних фізіологічних потреб кожного пацієнта.

Особливістю діяльності Центру є використання інноваційної технології РГД, що забезпечує значно ширший спектр очищення крові порівняно з іншими технологіями гемодіалізу, включаючи гемодіафільтрацію (ГДФ). РГД видаляє уремичні токсини не лише низько- та середньомолекулярної маси (< 500 Да та $500\text{--}15000$ Да), а й високомолекулярні речовини до 60000 Да. Саме останні відіграють ключову роль у розвитку інфекційних ускладнень, серцево-судинних захворювань та резистентної до еритропоєтину анемії у пацієнтів на діалізі. Водночас РГД забезпечує збереження важливих білкових структур плазми на безпечному рівні, що є істотною перевагою перед технологією ГДФ. Завдяки цьому РГД поступово витісняє ГДФ на світовому ринку та вважається інноваційним підходом до лікування пацієнтів із термінальною стадією ХЗН.

У Центрі послуги з гемодіалізу надаються на безоплатних засадах відповідно до Програми медичних гарантій. До переліку медичних послуг, що надаються пацієнтам, належать:

- первинний огляд та регулярний моніторинг життєво важливих функцій організму;
- інформування пацієнтів щодо можливих методів нирково-замісної терапії;
- оцінювання ефективності діалізного лікування, включаючи корекцію нутриційного статусу; профілактику, діагностику та лікування ускладнень, а також направлення до лікарів інших спеціальностей за показаннями;
- проведення процедур гемодіалізу;
- виконання необхідних лабораторних досліджень згідно з галузевими стандартами, включно з широким спектром біохімічних, гематологічних та інфекційних показників (сечовина, креатинін, загальний білок, електроліти, глюкоза, ферменти печінки, показники ліпідного профілю, паратиреоїдний гормон, харчовий статус, маркери HBV, HCV, ВІЛ, RW тощо);
- визначення діалізної дози та «сухої» ваги пацієнта;
- менеджмент судинного доступу (профілактика інфекцій, тромбозу, своєчасне направлення до хірургічних підрозділів у разі ускладнень);
- своєчасна діагностика та лікування анемії;
- забезпечення пацієнтів лікарськими засобами, медичними виробами та витратними матеріалами відповідно до Національного переліку основних лікарських засобів;
- надання екстреної медичної допомоги при загрозливих для життя станах, що виникають під час перебування пацієнта в ЗОЗ;
- направлення для отримання спеціалізованої медичної допомоги;
- дотримання принципів інклюзії та безбар'єрності, у тому числі застосування телемедичних технологій.

Таким чином, діяльність «Слобожанського центру нефрології» демонструє комплексний, науково обґрунтований та пацієнторієнтований підхід до надання спеціалізованої допомоги хворим із патологією нирок, відповідаючи сучасним вимогам медичної практики та принципам Програми медичних гарантій.

2.2. Управління формуванням менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я ТОВ «Слобожанський центр нефрології»

Під впливом сучасних соціальних і культурних трансформацій у ТОВ «Слобожанський центр нефрології» значно зросла увага до проблеми формування менеджерської компетентності керівного складу. Така увага ґрунтується на усвідомленні того, що організація охорони здоров'я є складною соціальною системою, у межах якої управлінські рішення повинні враховувати взаємозалежність структурних, економічних, соціальних і психологічних чинників. Як суб'єкт господарювання, ТОВ «Слобожанський центр нефрології» самостійно визначає свою організаційну структуру, формує чисельність працівників і штатний розпис, що створює додаткові можливості для впровадження сучасних підходів до управління персоналом.

Ключова проблема управління процесом формування менеджерської компетентності керівника медичного закладу полягає у тому, як максимально ефективно використовувати внутрішню організаційну структуру, наявні методи підвищення продуктивності праці та систему стимулів. Метою є забезпечення такої внутрішньої ефективності роботи, яка дозволить досягти стратегічних цілей закладу. У ТОВ «Слобожанський центр нефрології» цьому процесу підпорядковують системний підхід: хоча окремі функції та види діяльності мають свої особливості й можуть розглядатися автономно, на практиці вони є взаємозалежними, а один функціональний блок нерідко виступає частиною іншого або формує для нього зовнішнє середовище.

Організації охорони здоров'я — і ТОВ «Слобожанський центр нефрології» не є винятком — відрізняються від інших типів організацій тим, що їх результати діяльності складно вимірювати й оцінювати за допомогою звичайних економічних показників. Робота керівників тісно інтегрована з діяльністю інших професійних груп і вимагає високого рівня координації, особливо в умовах високої спеціалізації медичного персоналу.

У цьому медичному закладі визнають, що сучасний керівник повинен опановувати нові моделі організації й управління. До ключових підходів, яких він має дотримуватися, належать: управління ринком і мережею послуг в контексті охорони здоров'я населення; активне управління якістю з орієнтацією на постійне вдосконалення; координація медичного обслуговування як всередині організації, так і за її межами; управління фінансами з акцентом на ефективність використання ресурсів. Реалізація цих підходів потребує сформованої менеджерської компетентності як інтегральної характеристики управління.

Додаткові труднощі й суперечності в управлінні ТОВ «Слобожанський центр нефрології» пов'язані з подвійною природою цілей медичного закладу: забезпечення здоров'я населення та одночасно підтримання стабільності й розвитку організації. Окремі аспекти сучасної медичної реформи фактично стимулюють керівників до зосередження на інтересах установи, що створює ризик поступового зміщення пріоритетів у бік фінансових показників. За таких умов реформована система охорони здоров'я зацікавлена більше у фінансуванні випадків захворювання, ніж у їх профілактиці, адже поєднати фінансову рентабельність із соціальною місією у статусі комунального некомерційного підприємства вкрай складно.

Специфіка функціонування медичної галузі сама по собі не виключає досягнення цих цілей, але й не створює сприятливих умов для їх поєднання. Відновлення здоров'я потребує зростання фінансових ресурсів, тоді як підвищення рентабельності за рахунок категорії тяжкохворих пацієнтів,

обмеженого державного фінансування та нестачі спонсорської підтримки стає серйозним викликом для ТОВ «Слобожанський центр нефрології».

Погіршення загальноекономічної ситуації — зниження доходів населення, зростання соціальної напруги, розшарування суспільства — суттєво впливає і на морально-психологічний клімат у колективах медичних установ. У межах закладу це проявляється у посиленні розриву між працівниками різних категорій та зростанні ризиків викривленої мотивації. З огляду на це формування менеджерської компетентності керівників набуває особливого значення, оскільки саме компетентний керівник здатний забезпечити організаційне згуртування, збереження професійної етики та підтримання позитивного робочого середовища.

Задля розвитку менеджерської компетентності у ТОВ «Слобожанський центр нефрології» застосовують різноманітні методи мотивації керівного складу:

1. **Економічні методи**, що базуються на економічних стимулах та враховують інтереси працівників (премії, надбавки, матеріальні заохочення, пов'язані з підвищенням кваліфікації і розвитком управлінських компетенцій).
2. **Організаційно-адміністративні методи**, що спираються на владні повноваження, формальну дисципліну й відповідальність (регламентація поведінки; накази; розпорядження; заборони; організація консультацій; узгоджувальні заходи; рекомендації та інші форми офіційної й неформальної комунікації). Мета — стимулювати керівників до підвищення рівня компетентності.
3. **Соціальні методи**, що ґрунтуються на соціально-психологічних механізмах функціонування колективу (стимулювання творчої праці, розвиток соціальної захищеності, формування соціальної причетності, делегування повноважень, формалізоване та неформальне спілкування).

4. **Психологічні методи**, які враховують закономірності функціонування людської психіки (використання навіювання, переконування, залучення, спонукання, у виняткових випадках — примусу).
5. **Методи самоуправління**, спрямовані на самостійну регуляцію поведінки керівників (самоорганізація, саморегуляція праці, коучинг, самовиховання).

Формування менеджерської компетентності у закладі відбувається як безпосередньо в професійному середовищі — на робочому місці, так і поза його межами, під час проходження керівниками курсів підвищення кваліфікації.

Проведений аналіз існуючої системи управління формуванням менеджерської компетентності керівників ТОВ «Слобожанський центр нефрології» дозволив виявити низку недоліків, а усунення цих проблем визначено одним з ключових завдань магістерського дослідження.

Висновки до розділу 2

У ході дослідження встановлено, що управління процесом формування менеджерської компетентності керівників ТОВ «Слобожанський центр нефрології» здійснюється відповідно до чинного законодавства та сучасних стандартів менеджменту. В основу такого управління покладено діагностику наявних проблем та пошук практичних шляхів їхнього розв'язання.

Під впливом реформування медичної галузі в закладі активізовано роботу щодо розвитку управлінських компетенцій керівного складу. У медичному закладі виходять з того, що сучасний керівник має володіти новими методами організації й управління — управлінням мережею послуг, орієнтованою на охорону здоров'я населення; управлінням якістю; управлінням медичним обслуговуванням, що виходить за межі організації; фінансовим управлінням, зорієнтованим на ефективність. Реалізація цих напрямів вимагає зміцнення та подальшого розвитку менеджерської компетентності.

Аналіз функціонуючої системи управління формуванням менеджерської компетентності керівників медичного закладу виявив ряд проблемних аспектів, усунення яких покладено в основу подальших досліджень, представлених у магістерській роботі.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФОРМУВАННЯМ МЕНЕДЖЕРСЬКОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ КЕРІВНИКА ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ТОВ «СЛОБОЖАНСЬКИЙ ЦЕНТР НЕФРОЛОГІЇ»)

3.1. Розроблення моделі формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я та її реалізація в ТОВ «Слобожанський центр нефрології»

Обґрунтування шляхів управління формуванням менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я здійснено на основі методу моделювання, який є одним із провідних інструментів пізнання в сучасній науці. Моделювання широко застосовується в різних галузях – науці, техніці, виробництві – і становить одну з характерних форм відображення об'єктивної дійсності [55; 57; 59].

Є. Лодатко одним із найвдаліших і найбільш зрозумілих вважає філософське трактування моделі як мислено уявлюваної або реально реалізованої системи, яка, відтворюючи чи відображаючи об'єкт дослідження, здатна замінювати його в такій мірі, що вивчення моделі дає нову інформацію про сам об'єкт [55]. Модель, за такого підходу, виступає як робочий інструмент дослідника, що дає змогу чітко простежити внутрішню структуру досліджуваного об'єкта чи процесу, виділити систему чинників, які впливають на нього, а також окреслити ресурсне забезпечення його розвитку. Її функції полягають у тому, щоб допомогти дослідникові глибше зрозуміти сутність процесу, пояснити механізми його перебігу, окреслити можливі результати функціонування й розвитку системи, візуалізувати описувані явища, створити підґрунтя для їх проєктування, оцінювання та визначення механізмів управлінського впливу [59].

Використання моделей замість безпосередньої взаємодії з реальними об'єктами зумовлюється низкою причин. Серед головних – природна складність багатьох організаційних ситуацій, неможливість або небажаність проведення експериментів у реальних умовах, а також потреба у спрощенні надмірно складних систем. Модель, як правило, є спрощеним відображенням життєвої ситуації: вона має менш складну форму, а несуттєві дані, які в реальному житті лише «затемнюють» проблему, з неї вилучаються. Саме завдяки цьому модель допомагає керівнику краще зрозуміти проблему, побачити її ключові елементи та ухвалити більш обґрунтоване рішення.

Людство здавна використовує моделювання для розв'язання великої кількості завдань у найрізноманітніших сферах діяльності. Більшість із цих завдань мають дослідницький характер, а результати моделювання слугують для глибшого пізнання суті речей і явищ, вироблення вміння адаптуватися до них або цілеспрямовано ними керувати; для визначення та вдосконалення характеристик реальних об'єктів і процесів. Моделювання сприяє прийняттю обґрунтованих рішень, дозволяє прогнозувати наслідки діяльності, оцінювати альтернативні варіанти впливу та їхні можливі результати.

Термін «модель» походить від латинського слова *modelium*, що означає «міра», «образ», «спосіб». К. Шеннон визначає модель як «уявлення об'єкта, системи або ідеї в деякій формі, відмінній від самої цілісності» [39]. Тобто модель є своєрідним представленням об'єкта, яке не тотожне йому, але відтворює його суттєві характеристики у зручнішій для аналізу формі.

Поняття «модель управління» дає змогу розкрити та проаналізувати основні системи управління. Під моделлю управління у даному дослідженні розуміється штучно створений об'єкт у вигляді схеми чи структурної конструкції, який, будучи подібним до досліджуваного об'єкта, відображає та відтворює в спрощеній формі структуру, властивості, взаємозв'язки й відносини між елементами реальної системи. Так, наприклад, модель управління методичною роботою в навчальному закладі відображає ті реальні

зв'язки і співвідношення, які існують між різними підрозділами методичної служби, демонструє механізми їх взаємодії та координації.

Кожен керівник неминуче стикається з проблемою вибору: як організувати управління довіреним йому об'єктом, які управлінські стратегії, важелі, методи і технології обрати. Модель управління виступає інструментом, який допомагає здійснити такий вибір, оскільки дозволяє «програти» різні варіанти організації процесу та оцінити їхні наслідки. У широкому розумінні «модель» – це аналог (зображення, опис, схема, план тощо) певного об'єкта, процесу або явища, яке розглядається як оригінал для того, хто здійснює моделювання.

Концепція модернізації вітчизняної освіти містить низку важливих аспектів, одним із яких є педагогічний. Його реалізація можлива лише за умови постійного вдосконалення педагогічної майстерності працівників освітніх закладів, оновлення змісту їхньої діяльності, активного використання досягнень науки й передового педагогічного досвіду, упровадження особистісно орієнтованого підходу, сучасних педагогічних технологій, залучення до експериментальної роботи. Усе це зумовлює необхідність побудови моделі управління тим чи іншим напрямом діяльності навчального закладу, яка б забезпечувала інтеграцію й координацію дій різних суб'єктів освітнього процесу, узгодженість, цілеспрямованість, послідовність та єдність управлінських рішень.

З поняттям «модель» тісно пов'язане поняття «моделювання». Під моделюванням розуміють процес побудови, дослідження та використання моделі. Процес моделювання спирається на положення теорії моделювання, згідно з якими:

- моделювання є процесом і методом пізнання, що дозволяє виявляти загальні закономірності, формувати стратегію діяльності і водночас потребує постійного врахування ситуаційних факторів;

- модель являє собою систему зі специфічною структурою, підсистемами та прямими і зворотними зв'язками між ними, а також визначеними функціями;

- розроблення моделей систем невід’ємно пов’язане з розробкою систем управління;
- моделювання процесу управління має враховувати закономірність: що більша кількість загальних управлінських функцій реалізується в моделі, то ефективнішим є її вплив на реальний процес [55, с. 39].

Переважає більшість дослідників виділяє такі основні цілі моделювання:

- пізнання об’єкта дійсності;
- здійснення експериментів (у тому числі у формі «уявних» експериментів з моделлю);
- реалізація процесів проектування та управління;
- прогнозування поведінки об’єкта й можливих варіантів його розвитку;
- підготовка, тренування та навчання фахівців, зокрема формування в них здатності приймати управлінські рішення на основі аналітичних даних і моделей.

Наука управління та менеджмент визначають застосування системного підходу до аналізу й побудови моделей управління педагогічною діяльністю одним із найперспективніших напрямів сучасних досліджень. Системний підхід дає змогу розглядати діяльність керівника, організаційні процеси та структури як цілісні утворення, у яких окремі елементи перебувають у тісній взаємодії та взаємозалежності. Саме тому моделювання в управлінні педагогічними та організаційними системами виступає важливим методологічним інструментом, що сприяє цілеспрямованому й науково обґрунтованому удосконаленню управлінських процесів.

У процесі аналізу управлінської діяльності застосовуються різні моделі, серед яких можна виділити класифікацію, що найчастіше зустрічається в науковій літературі (рис. 3.1).

Концептуальна (змістова) модель

Це абстрактна, узагальнена модель, що визначає структуру системи (наприклад, управлінської). Саме з цього типу моделі, як правило, розпочинається процес моделювання, адже вона формулює найсуттєвіші

характеристики об'єкта, його елементи та зв'язки між ними у словесній, нефіксованій формі. Через це концептуальні моделі часто називають змістовими або інформаційними. Вони не мають формалізованої процедури створення, а ключова проблема полягає у необхідності збалансувати компактність викладу з точністю та адекватністю відображення об'єкта.

Математична модель

Це модель, у якій об'єкт дослідження описується з використанням математичного апарату. Математичні моделі поділяються на:

- аналітичні, що будуються шляхом логічних умовиводів і формальних математичних перетворень;
- комп'ютерні (машинні), що реалізуються у вигляді програм для комп'ютерної техніки та дозволяють відтворювати поведінку складних систем у різних умовах.

У практиці моделювання також використовуються комплексні моделі, які поєднують у собі різні типи підмоделей або окремих фрагментів, що дозволяє багатовимірно відтворювати структуру та динаміку реального об'єкта.

Основні властивості моделей

Кожна модель, незалежно від її типу, має низку властивостей, знання яких є необхідним для процесу створення ефективної моделі:

- обмеженість: модель відображає лише певний набір характеристик оригіналу та формується в умовах обмежених ресурсів;
- спрощеність: модель відтворює тільки найсуттєвіші властивості об'єкта;
- приблизність: модель ніколи не відображає реальність абсолютно точно;
- адекватність: відповідність моделі реальному об'єкту, тобто здатність моделі пояснювати та передбачати поведінку системи;
- інформативність: модель має містити достатній обсяг інформації в межах прийнятих гіпотез;
- потенційність: здатність моделі до прогнозування та оцінювання майбутнього стану системи;

- складність: рівень зручності використання моделі;
- повнота: міра охоплення необхідних властивостей об'єкта;
- адаптивність: можливість моделі гармонійно враховувати вплив зовнішнього середовища.

Принципи вибору моделей

Оптимальність вибору та застосування моделей визначається базовою теоретичною або практичною концепцією, а також конкретними завданнями, які ставить перед собою дослідник або практик. Важливо враховувати, що педагогічна діяльність є колективним, а не індивідуальним процесом, тому моделі мають бути чутливими до контексту й специфічних умов. Ефективність моделювання значною мірою залежить від ситуації, а моделі можуть і повинні модифікуватися залежно від нових потреб і обставин.

Моделювання в управлінні навчальними закладами

Однією з форм застосування моделювання в освітньому управлінні є розроблення концепцій, статутів, положень, планів і програм, кваліфікаційних характеристик та інших нормативно-організаційних документів. Моделі не лише дають змогу прогнозувати та програмувати діяльність (наприклад, методичну), але й визначати критерії її оцінки, що підвищує наукову обґрунтованість управлінських рішень.

Алгоритм моделювання

Процес побудови моделі має певну послідовність («алгоритм моделювання»), що включає такі етапи:

1. Постановка задачі.
2. Створення моделі.
3. Дослідження моделі, її можливостей і внутрішньої логіки.
4. Перенесення отриманих знань на реальний об'єкт.

Ефективність моделі зростає відповідно до того, наскільки повно вона відображає загальні функції управління та дозволяє забезпечити узгодженість управлінських рішень у реальному процесі.

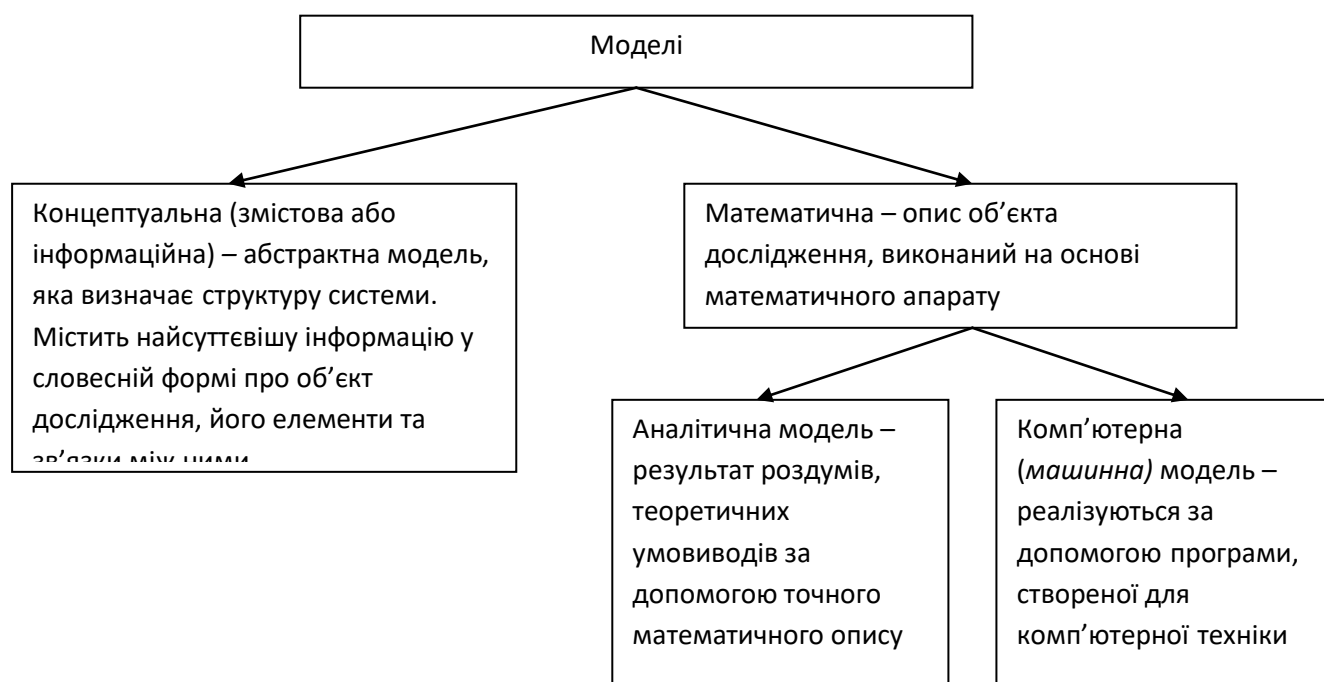


Рис. 3.1. Класифікація типів моделей

Базуючись на здобутих у ході дослідження результатах, а також на ґрунтовному аналізі чинної законодавчої бази України у сфері охорони здоров'я, нами було розроблено цілісну модель формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я. Змістова структура цієї моделі представлена на рис. 3.2. Її створення стало логічним підсумком виявлених проблем, специфіки управлінського середовища та практичних потреб сучасних медичних установ.

Розроблена модель була адаптована до реальних умов функціонування та управління ТОВ «Слобожанський центр нефрології», що дало змогу перевірити її практичну релевантність, а також забезпечити можливість її подальшого впровадження на постійній основі.

Центральним компонентом представленої моделі, а також її головним об'єктом, виступають керівники медичного закладу, у яких необхідно сформувати високий рівень менеджерської компетентності. Саме від професійності управлінського персоналу залежить здатність медичного закладу ефективно реагувати на виклики ринку, дотримуватися вимог державних

стандартів, впроваджувати інновації та забезпечувати високу якість медичної допомоги.

Стратегічний вектор моделі спрямований на підвищення ефективності діяльності закладу охорони здоров'я в умовах трансформації системи медичного обслуговування, коли заклади переходять до автономізації, змінюють фінансові механізми та підвищують відповідальність за результати своєї роботи. Стратегічний аспект моделі акцентує увагу на модернізації системи управління, розвитку інноваційних компетентностей і забезпеченні стійкого функціонування організації в умовах реформ.



Рис. 3.2. Модель формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я

Тактичний напрям моделі передбачає розробку та реалізацію комплексу заходів, спрямованих на формування менеджерської компетентності керівників закладу охорони здоров'я. Такі заходи охоплюють професійне навчання, розвиток навичок стратегічного мислення, удосконалення комунікативної культури, вивчення сучасних підходів до управління персоналом, фінансової грамотності керівників, а також формування умінь працювати в умовах невизначеності та змін.

Таким чином, модель виступає системним інструментом, що поєднує стратегічні орієнтири розвитку медичного закладу та практичні кроки з підготовки керівників, здатних ефективно діяти в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Блок регулювання формування менеджерської компетентності в розробленій моделі охоплює кілька ключових напрямів діяльності: організаційний, аналітичний, комунікаційний та нормотворчий. Кожен із них має власне функціональне навантаження й виконує специфічну роль у побудові цілісної системи розвитку компетентності керівного персоналу закладів охорони здоров'я.

Аналітичний напрям

Аналітичний блок передбачає проведення систематичної роботи у двох взаємопов'язаних напрямках:

1. Оцінювання рівня сформованості менеджерської компетентності у сформованій цільовій групі керівників.
2. Аналіз ресурсного забезпечення, необхідного для ефективного формування цієї компетентності.

Ці аналітичні процедури забезпечують можливість своєчасного виявлення прогалин, оцінки динаміки розвитку управлінських умінь та формування підґрунтя для прийняття обґрунтованих рішень щодо подальших заходів.

Організаційний напрям

Організаційний напрям включає комплексний аналіз кадрового складу для формування цільової групи керівників, які потребують підвищення рівня менеджерської компетентності. На цьому етапі визначаються пріоритетні категорії посадовців, розробляються механізми безперервного навчання та вдосконалення управлінських компетентностей.

Діяльність у цьому напрямі здійснюється під безпосереднім патронажем головного лікаря закладу, що забезпечує управлінську узгодженість і стратегічну підтримку процесу.

Комунікаційний напрям

Комунікаційний блок є надзвичайно важливим, оскільки передбачає організацію цілеспрямованого комунікаційного впливу на учасників цільової групи.

Для забезпечення високого рівня підготовки керівників рекомендується залучати фахівців кафедр закладів вищої освіти. На основі підписаної угоди про співпрацю формується група забезпечення, яка здійснює навчально-методичний супровід заходів із формування менеджерської компетентності.

Нормотворчий напрям

Нормотворчий напрям полягає в обґрунтуванні та підготовці проєктів нормативних документів, що регламентують формування менеджерської компетентності керівників медичних закладів (наказів, розпоряджень тощо).

Цей напрям охоплює опрацювання:

- законодавчої бази України,
- міжнародного досвіду,
- національних практик формування управлінської компетентності керівників ЗОЗ.

Уточнення структури менеджерської компетентності

Виконана робота дала змогу уточнити структуру менеджерської компетентності керівника, виокремивши функціональний та особистісний компоненти. Це дозволило поєднати два методологічні підходи:

- функціонально-рольовий, що охоплює управлінські функції, ролі та оцінку управлінської поведінки;
- особистісно-діяльнісний, який включає мотиви, цінності, особистісні якості, смисли діяльності та способи їх реалізації.

Мета та підцілі розробленої концепції

Метою концепції є теоретико-методологічне та методико-технологічне забезпечення розвитку менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я.

Головна мета конкретизується через дві групи підцілей:

1. Розвиток функціональної складової компетентності

Підцілі передбачають формування знань, умінь та навичок щодо виконання ключових управлінських функцій:

- планування,
- організації,
- мотивації,
- контролю.

2. Розвиток особистісної складової компетентності

Підцілі включають:

- формування високої мотивації до саморозвитку,
- розвиток соціально-психологічних якостей, необхідних для ефективного управління,
- становлення позитивної професійної Я-концепції.

Цілі другого рівня реалізуються через систему конкретних завдань, які визначаються після діагностики рівня сформованості компетентності за функціональною та особистісною складовими.

Критичні точки формування менеджерської компетентності

У ході дослідження визначено низку найбільш проблемних аспектів, які потребують корекції та розвитку.

1. За функціональною складовою:

- знання особливостей мотивації різних категорій персоналу;

- уміння доводити плани до виконавців;
- навички застосування форм і методів мотивації персоналу;
- розуміння сутності стратегічного планування;
- знання принципів інформування персоналу;
- уміння виявляти проблеми й розробляти заходи їх розв'язання;
- навички делегування повноважень;
- уміння налагоджувати зворотний зв'язок у колективі.

2. За особистісною складовою:

- здатність швидко опановувати організаторські знання та навички;
- потреба у визнанні, схваленні, соціальній оцінці досягнень;
- формування індивідуальної траєкторії розвитку компетентності;
- орієнтація на людський потенціал у вирішенні практичних завдань;
- прагнення до складних і амбітних цілей;
- потреба у соціальній взаємодії;
- здатність переймати досвід висококваліфікованих організаторів;
- урахування особистісних взаємин у колективі;
- високий рівень організованості та структурованості у роботі;
- уміння налагоджувати професійні контакти;
- здатність аналізувати критичні зауваження;
- прагнення впливати на інших, керувати, змагатися;
- потреба у нових завданнях та ініціативах;
- уміння організовувати працівників різного віку та статусу.

Формування індивідуальної траєкторії розвитку менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я вимагає системного опрацювання їхніх соціально-психологічних якостей та здібностей. З цією метою були розроблені програми самовдосконалення, побудовані на ретельному аналізі кількох ключових компонентів.

1. Психологічна вибірковість

До змісту цього компонента включено такі характеристики:

- здатність визначати психологічні стани та індивідуальні особливості інших людей;
- виражений інтерес до особистості співробітника як учасника спільної діяльності;
- схильність до аналізу поведінки та дій інших людей;
- глибока віра в потенціал колективу, його сили та можливості;
- здатність до емпатійного співпереживання, емоційної синхронності з оточенням.

2. Практично-психологічний розум

Під час оцінювання цього компонента враховували такі показники:

- уміння розподіляти обов'язки й доручення з урахуванням індивідуальних властивостей працівників;
- здатність зацікавлювати людей діяльністю, визначати моральні та матеріальні стимули;
- уміння враховувати міжособистісні взаємини, симпатії й антипатії для згуртування колективу;
- здатність швидко засвоювати організаторські знання, уміння та навички;
- уміння переймати досвід висококваліфікованих організаторів;
- готовність до швидкого аналізу позитивних і негативних сторін діяльності;
- схильність надавати пріоритет людським можливостям як чиннику успішного розв'язання практичних завдань.

3. Психологічний такт

До цієї групи віднесено:

- здатність до самоконтролю у взаємодії з людьми у ситуації емоційного збудження, радості чи гніву;
- уміння знаходити спільну мову з представниками різних типів особистостей у різних ситуаціях;

- здатність індивідуалізувати підхід до співрозмовника відповідно до його психологічних особливостей;

- готовність до прояву підтримки, чуйності, уваги та співчуття;
- відчуття справедливості у взаєминах.

4. Соціальна впливовість

Цей компонент включає:

- здатність здійснювати вольовий вплив на інших, «заряджати» групу енергією;
- переконливість аргументації;
- вплив особистим прикладом, активною позицією та включенням у роботу;
- уміння формувати в колективі впевненість у досягненні успіху.

5. Вимогливість

Показниками цього компонента є:

- швидкість ухвалення рішень щодо пред'явлення вимоги;
- наполегливість у реалізації вимог;
- гнучкість та варіативність у формулюванні вимог;
- здатність обирати найбільш ефективну форму вимоги — від жарту до наказу;
- урахування індивідуальних особливостей співробітника під час пред'явлення вимоги.

6. Критичність

Для цього компонента характерні:

- здатність виокремлювати суттєві, але малопомітні риси особистості або поведінки;
- самостійність і неупередженість оцінок;
- відвертість і сміливість критичних суджень без надмірної прискіпливості;
- аргументованість, логічність і глибина критичних зауважень.

7. Схильність до організаторської діяльності

До складу цього компонента входять:

- стійка потреба в організаторській роботі;
- готовність брати на себе відповідальність за інших;
- позитивне переживання процесу організації діяльності;
- легкість у виконанні організаторських функцій;
- здатність оперативно аналізувати сильні та слабкі сторони

колективної роботи.

Типологія керівників як основа для індивідуальних траєкторій

Для обґрунтованого визначення траєкторії розвитку компетентності застосовано типологію керівників за рівнем сформованості функціональних і особистісних складових [56]:

1. Самоактуалізований тип. Характеризується достатнім рівнем знань, умінь і навичок, поєднаних із високою потребою в саморозвитку, прагненням максимально реалізувати наявні здібності, адекватною самооцінкою.

2. Тимчасово компетентний. Має належні знання та навички, але демонструє низьку мотивацію до професійного самовдосконалення, недостатню самооцінку та невідповідність соціально-психологічних характеристик вимогам посади.

3. Тимчасово некомпетентний. Незначна сформованість управлінських умінь компенсується високою мотивацією до саморозвитку, прагненням удосконалювати кваліфікацію та адекватною самооцінкою.

4. Проблемний тип. Низький рівень знань, умінь і навичок поєднується з відсутністю мотивації до розвитку, неадекватною самооцінкою та невідповідністю психологічних характеристик керівній діяльності.

Методи і засоби формування менеджерської компетентності у ТОВ «Слобожанський центр нефрології»

Фахівці закладів вищої освіти, залучені до складу групи, розробили комплексну програму формування менеджерської компетентності керівників. У ній використано такі методи та освітні середовища:

– Навчальне середовище

- лекції;
 - семінарські заняття.
- Наукове середовище
- конференції;
 - круглі столи;
 - майстер-класи.
- Засоби навчально-методичного забезпечення
- методичні матеріали (підручники, навчальні посібники);
 - наукова література;
 - електронні ресурси, зокрема мережа Інтернет.

Головним інструментом формування менеджерської компетентності керівного складу ТОВ «Слобожанський центр нефрології» визначено самоосвітній канал, який у межах розробленої системи відіграє провідну роль у професійному зростанні управлінців. З цією метою фахівці групи забезпечення підготували широкий комплект методичних матеріалів, орієнтований на індивідуальну та групову роботу керівників. Структура цих матеріалів включала інструктивно-методичні розробки, навчальні модулі, підбірки нормативних документів, матеріали для самоконтролю, а також рекомендації щодо формування як функціональної, так і особистісної складових компетентності.

Паралельно із самоосвітньою діяльністю було організовано систему дистанційних освітніх заходів, що забезпечила безперервність навчання керівників. У режимі он-лайн проводилися лекції, семінари, наукові конференції, круглі столи та майстер-класи, зміст яких був спрямований на розвиток управлінських компетентностей, умінь приймати рішення, здійснювати ефективні комунікації, мотивувати персонал і впроваджувати сучасні управлінські підходи відповідно до динаміки реформ у сфері охорони здоров'я.

Візуальна структура заходів із формування компонентів менеджерської компетентності відповідно до типології керівників (самоактуалізованого, тимчасово компетентного, тимчасово некомпетентного та проблемного) представлена на рис. 3.3. Запропонована модель дозволяє диференціювати навчальні впливи, забезпечити їх цілеспрямованість та індивідуалізацію, адаптувати зміст заходів до конкретних потреб керівника, його мотиваційних особливостей, рівня сформованості управлінських умінь і соціально-психологічних характеристик.

Таким чином, особливої актуальності набуває завдання теоретичного обґрунтування концептуальних основ побудови нової парадигми розвитку управлінського потенціалу керівника, яка б інтегрувала функціональні компетенції та особистісні якості управлінця. Сформована концептуальна рамка передбачає узгодження процесів професійного навчання й особистісного самовдосконалення, що суттєво підвищує ефективність управлінських дій та сприяє досягненню стратегічних цілей медичного закладу.

Розроблена модель формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я пройшла процедуру експертної оцінки, що дало змогу перевірити її відповідність сучасним вимогам, практичну значущість, а також виявити можливості її адаптації до умов діяльності ТОВ «Слобожанський центр нефрології».

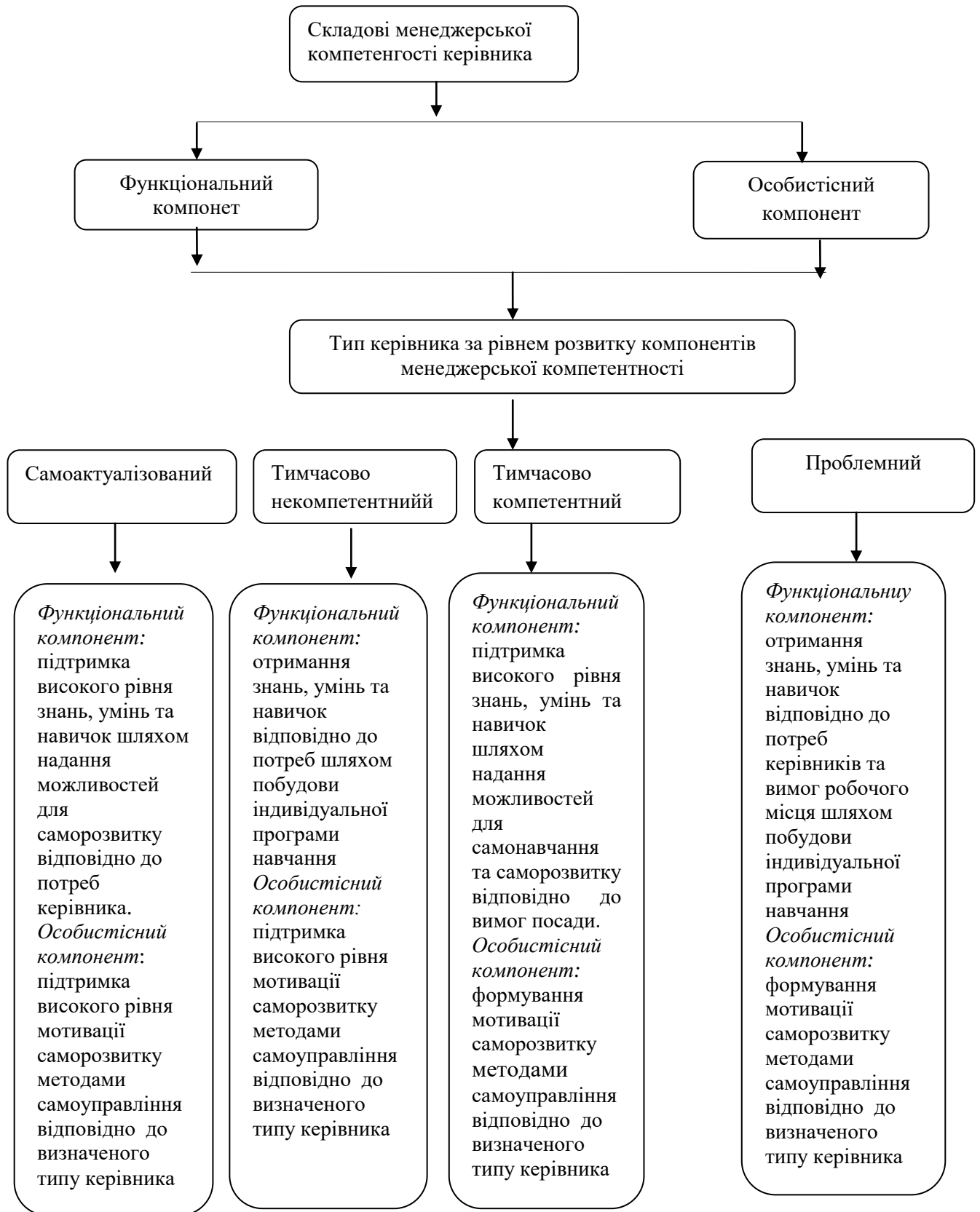


Рис. 3.3. Модель заходів щодо формування компонентів менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я

3.2. Експертна оцінка моделі формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я

Оцінювання ефективності запропонованої моделі формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я здійснювалося із застосуванням методу експертної оцінки. Експертне оцінювання (від лат. *expertus* – досвідчений) розглядається як науково обґрунтований спосіб отримання узагальненої інформації через колективне оцінювання ситуації, явища або процесу групою незалежних фахівців [22].

Аналіз наукових джерел засвідчує доцільність використання цього методу у випадках, коли [22; 24]:

- неможливо здійснити точне прогнозування наслідків управлінського рішення;
- статистична інформація відсутня або є неповною;
- процеси, що впливають на результат, не можуть бути контрольовані суб'єктом управління;
- експериментальна перевірка рішення або прогнозованих результатів є неможливою.

Основою експертного методу виступають глибокі знання, професійний і життєвий досвід спеціалістів, а також їхня здатність узагальнювати практику, формулювати судження на основі «практичної мудрості» та передбачати розвиток процесів у визначеній сфері.

Структура експертного дослідження

Організація експертизи відбувалася у відповідності до класичної методики, яка включає такі етапи [22; 24]:

1. Прийняття рішення про необхідність експертизи.
2. Формування робочої групи, відповідальної за підготовку та проведення експертного оцінювання.
3. Розроблення технічного завдання, у якому визначаються терміни проведення експертизи, кадрове, фінансове та методичне забезпечення.

4. Формування сценарію експертизи, включаючи визначення методики отримання інформації від експертів.

5. Добір експертів і створення експертної групи.

6. Ознайомлення експертів з матеріалами експертизи та її процедурою.

7. Розроблення рекомендацій щодо розвитку менеджерської компетентності керівників відповідно до результатів оцінювання.

Етапи визначення рівня сформованості менеджерської компетентності

1-й етап. Формування експертної групи та переліку чинників

На початковому етапі здійснено:

- добір експертів;
- визначення чинників розвитку менеджерської компетентності (за функціональною та особистісною складовими);
- виокремлення латентних (прихованих) чинників, що впливають на якість управлінської діяльності.

2-й етап. Ранжирування чинників і визначення показників

Робота експертів на другому етапі включала:

- ранжирування чинників, що впливають на розвиток компетентності керівників;
- визначення показників, за якими спостерігаються прогалини в розвитку функціональної та особистісної складових;
- оцінювання об'єкта експертизи відповідно до визначеної шкали;
- інтерпретацію отриманих результатів.

Критерії відбору експертів

Підбір експертів здійснювався на основі критеріїв, запропонованих у наукових джерелах [22], а саме:

- компетентність (знання та досвід у галузі організації охорони здоров'я);
- креативність (здатність пропонувати нестандартні управлінські рішення);

- антиконформізм (незалежність суджень);
- конструктивність мислення;
- здатність до колективної роботи;
- самокритичність;
- наявність часу для участі у дослідженні;
- зацікавленість у вирішенні проблеми.

Для оцінювання моделі було сформовано експертну групу з 5 незалежних експертів, які мають кваліфікацію організаторів охорони здоров'я (вищої та першої категорії).

Завдання експертної групи

Метою експертної групи було здійснення комплексної оцінки удосконаленої моделі формування менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я на основі критеріального апарату, визначеного до початку удосконалення. Це дозволило оцінити не лише логічність побудови моделі, але й реальні можливості досягнення передбачених результатів.

Критерії та показники експертної оцінки

Для експертизи використовувалися наступні критерії:

1. Критерії актуальності
 - вирішення значущих проблем керівника;
 - вирішення значущих проблем працівників.
2. Критерії інноваційності
 - ступінь новизни у діяльності керівника;
 - ступінь новизни у діяльності персоналу.
3. Критерії продуктивності
 - вплив на систему знань, умінь і навичок керівника;
 - вплив на систему професійних умінь та навичок працівників.
4. Критерії системності та впорядкованості
 - узгодженість цілей, завдань та змісту діяльності;
 - можливість моніторингу ефективності моделі;
 - наявність системи інформування;

- злагодженість та відповідальність учасників управлінського процесу.

5. Критерії демократичності та психологічного супроводу

- розвиток неформальної структури колективу;
- сприятливий мікроклімат;
- відкритість та співпраця.

6. Критерії оптимальності

- відповідність ресурсній базі закладу;
- достатність часу для реалізації моделі;
- урахування умов закладу та їх змінності.

7. Критерії рефлексивності

- можливість самоаналізу керівника;
- можливість самоаналізу працівників.

8. Критерії результативності

- динаміка управлінської культури керівника;
- динаміка мотиваційної культури персоналу.

9. Критерії прогностичності

- передбачення значущості розв'язання проблем для майбутньої діяльності керівника;
- передбачення значущості проблем для майбутньої діяльності працівників.

Наведена система критеріїв і показників стала основою експертної оцінки удосконаленої моделі формування менеджерської компетентності керівників ТОВ «Слобожанський центр нефрології» (табл. 3.1).

Шкала експертного оцінювання

Для оцінювання кожного показника експерти використовували чотирибальну шкалу:

- 0 балів – показник відсутній;
- 1 бал – показник виражено недостатньо;
- 2 бали – показник виражено на достатньому рівні;

- 3 бали – показник проявляється оптимально.

Підсумкові висновки експертної комісії та їх кількісна оцінка за кожним критерієм відображені у табл. 3.1. Для зручності інтерпретації кожному експерту було присвоєно умовне буквене позначення.

Таблиця 3.1

Оцінка розробленої технології розвитку корпоративної культури членами
експертної комісії

№	Критерії	Показники	Оцінки експертів					Kj
			E1	E2	E3	E4	E5	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Актуальність	1. Відповідність вимогам сучасності	2	3	2	3	3	0,86
		2. Детермінація соціальнопсихологічних умов функціонування закладу	2	3	2	2	2	0,58
		3. Зорієнтованість на вирішення пріоритетних проблем управління, які впливають на результативність діяльності закладу	3	2	2	3	3	0,86
Загальна оцінка за критерієм 1			5	8	6	8	8	0,82
2.	Науковість	4. Відображення суттєвого змісту проблеми	2	3	3	2	3	0,86
		5. Використання досягнень психологічної науки, теорії та практики управління закладом	2	3	2	2	3	0,8

		6. Передбачення використання діагностичних методів	3	2	3	2	2	0,8
Загальна оцінка за критерієм 2			5	8	8	6	8	0,82
3.	Конкретність та можливість реалізації на кожному етапі	5.Враховуються особливості та можливості закладу	3	2	3	2	3	0,86
		8. Визначена мета, термін, зміст діяльності кожного етапу	3	3	3	3	3	1
		9. Передбачені конкретні управлінські дії, заходи	3	2	3	3	3	0,93
Загальна оцінка за критерієм 3			9	5	9	8	9	0,93
4.	Системність	10.Наявність моделі організаційних зв'язків у колективі та її дієвість	3	3	3	2	3	0,93
		11. Простежуються система у вивченні проблеми	3	2	3	2	2	0,8
		12. Всі дії та заходи підпорядковані кінцевій меті	2	3	3	2	3	0,86

Продовж. табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Загальна оцінка за критерієм 4			8	5	9	6	8	0,86
5	Оптимальність	13.Неприпустимість перевантаження	3	3	2	2	3	0,86
		14.Можливість використання іншими закладами	3	3	2	2	2	0,8
		15.Ефективне використання часу коштів, кадрів	2	3	3	2	2	0,8
Загальна оцінка за критерієм 5			8	9	5	6	5	0,82
6	Соціальнопсихологічне забезпечення	16. Наявність соціальнопсихологічних методів управління	2	2	2	2	2	0,68
		15.Можливість передбачення результатів впливу на колектив	2	2	3	2	2	0,53
		18. Прогностичність напрямів розвитку закладу	3	2	2	3	2	0,8
		19. Створення умов для саморозвитку особистості працівників	3	2	3	3	3	0,93
Загальна оцінка за критерієм 6			10	8	10	10	9	0,58
7	Культуро - відповідність	20.Врахування попереднього управлінського досвіду	3	3	3	3	3	1

		21. Обумовленість та спирання на основні ідеї та цінності сучасної медицини	3	3	2	3	3	0,93
Загальна оцінка за критерієм 7			6	6	5	6	6	0,96

1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Прогностичність	22. Можливість вирішення проблем управління, які ще не виявлені	2	3	2	2	3	0,8
		23. Передбачення можливих вимог до управління	3	2	2	3	2	0,8
Загальна оцінка за критерієм 8			5	5	4	5	5	0,8
9.	Гнучкість	24.Відкритість, припустимість вдосконалення	3	2	3	2	3	0,86
		25.Можливість контролю, регулювання та корекції	2	3	3	2	3	0,86
		26.Наявність механізмів самовдосконалення	2	3	2	3	3	0,86
Загальна оцінка за критерієм 9			5	8	8	5	9	0,86

Загальна експертна оцінка удосконаленої моделі формування менеджерської компетентності керівників закладів охорони ТОВ «Слобожанський центр нефрології» за формулою:

$$K = (1/3)(\sum_{j=1}^3 K_j), (K \leq 1),$$

де K – показник загального рівня програми,

K_j – показник реалізації кожного окремого критерію, $j = 1, 2, 3$.

На етапі прогнозу та організації впровадження розробленої технології доцільно визначити її якість відповідно до отриманих результатів роботи експертної групи. Для цього скористаємося заздалегідь розробленою шкалою:

$0 < K < 0,5$ – незадовільний рівень,

$0,5 < K < 0,65$ – критичний рівень,

$0,65 < K < 0,8$ – допустимий рівень,

$0,8 < K < 0,95$ – достатній рівень,

$0,95 < K < 1,0$ – оптимальний рівень

Результати розрахунків відображено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Прогнозована якість удосконаленої моделі формування
менеджерської компетентності керівників закладів охорони ТОВ
«Слобожанський центр нефрології»

Критерії експертизи	Е 1	Е 2	Е 3	Е 4	Е 5	K_j
1	2	3	4	5	6	7
K1	0,58	0,89	0,65	0,89	0,89	0,83
K2	0,58	0,89	0,89	0,65	0,89	0,82
K3	1	0,58	1	0,89	1	0,93
K4	0,89	0,58	1	0,65	0,89	0,86
K5	0,89	1	0,58	0,65	0,89	0,82

K6	0,92	0,65	0,92	0,92	0,55	0,58
K7	1	1	0,9	1	1	0,96
K8	0,83	0,83	0,65	0,83	0,83	0,8
K9	0,58	0,89	0,89	0,58	1	0,86
Загальна експертна оцінка	0,85	0,86	0,86	0,8	0,854	0,85

Для наочності у вигляді кругової діаграми подано внесок кожного коефіцієнту в загальну суму K_j – показника реалізації кожного окремого критерію (рис. 3.4).

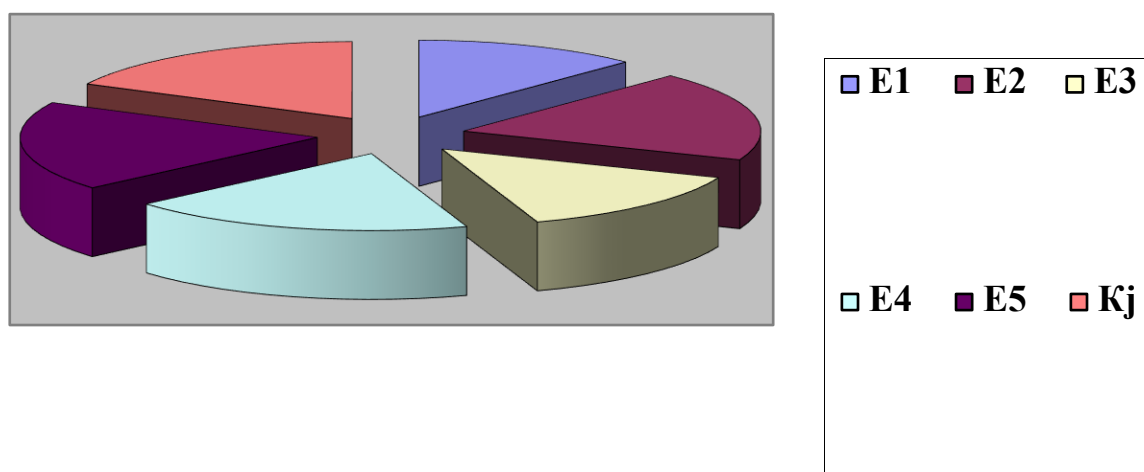


Рис. 3.4. Внесок кожного коефіцієнту в загальну суму K_j .

Аналіз результатів, поданих у табл. 3.2, показує, що інтегральний показник експертної оцінки удосконаленої моделі формування менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я ТОВ «Слобожанський центр нефрології» становить 0,85, що відповідає достатньому рівню її якості та

практичної придатності. На підставі цього експертна група рекомендувала впровадження розробленої технології у діяльність закладів охорони здоров'я.

Отже, беручи до уваги її відповідність чинному законодавству України, узгодженість із сучасними напрямками реформування системи медичної допомоги та позитивні результати експертної оцінки, запропоновану модель формування менеджерської компетентності керівника закладу охорони здоров'я доцільно рекомендувати до широкого впровадження у практику функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

У межах третього розділу було розроблено, обґрунтовано та апробовано модель формування менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я, яка ґрунтується на системному підході та інтегрує ключові напрями діяльності: аналітичний, комунікаційний, нормотворчий та організаційний.

Уточнено структуру менеджерської компетентності керівника шляхом виокремлення функціонального та особистісного компонентів. Такий підхід забезпечив можливість узгодження елементів функціонально-рольової парадигми (управлінські функції, ролі, виміри управлінської поведінки) з особистісно-діяльнісним підходом (мотиви, цінності, смислові орієнтири, способи реалізації управлінських завдань).

Для побудови індивідуальних траєкторій розвитку менеджерської компетентності керівників застосовано типологію керівників, що враховує особливості сформованості функціональної та особистісної складових компетентності. Це дозволило адаптувати модель до конкретних управлінських позицій та професійних характеристик керівників.

Розроблена модель була успішно адаптована та апробована в умовах діяльності ТОВ «Слобожанський центр нефрології», що підтвердило її практичну реалізованість та ефективність.

Проведена експертна оцінка моделі засвідчила достатній рівень її результативності, внутрішньої логічної узгодженості та можливостей для досягнення запланованих цілей. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що модель є дієвим інструментом розвитку менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я та може бути використана у якості методологічного підґрунтя для подальшої модернізації управління в медичній сфері.

ВИСНОВКИ

Поглиблення непередбачуваності та прискорення трансформацій у медичній сфері актуалізували проблематику професіоналізації менеджменту та підвищення рівня менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я. Зазначені тенденції зумовили потребу у кількісному та якісному розширенні кола їх функціональних обов'язків, а також у розвитку професійного потенціалу з урахуванням положень сучасної теорії менеджменту. Виникла необхідність доповнення традиційного переліку компетентностей здатністю генерувати творчі ідеї, використовувати досвід прийняття інтуїтивно обґрунтованих рішень, а також набувати додаткові спеціалізовані знання й уміння, необхідні для ефективного розв'язання нестандартних управлінських ситуацій.

Аналіз європейського досвіду кадрової політики свідчить, що сучасний керівник у сфері охорони здоров'я має поєднувати функції управлінця, стратега й лідера, здатного забезпечити стратегічний розвиток організації. Він повинен володіти глибокими професійними знаннями, розвиненими комунікативними навичками, умінням системного й аналітичного мислення, здатністю раціонально управляти фінансовими, матеріальними та трудовими ресурсами. Важливою умовою успішності управлінської діяльності є готовність до безперервної освіти та постійного професійного самовдосконалення. У зв'язку з цим, одним із ключових напрямів кадрової політики має бути регулярний перегляд змісту освіти та післядипломної підготовки управлінських кадрів; належний добір, розміщення і кар'єрне просування керівників; формування інформаційної бази даних для їх ефективного використання. Адже якість теоретичної підготовки та практичного досвіду керівників безпосередньо впливає на наслідки реалізації прийнятих управлінських рішень для держави та суспільства.

У ході дослідження було розроблено модель формування менеджерської компетентності керівників закладів охорони здоров'я, яка інтегрує чотири

ключові напрями діяльності: аналітичний, комунікаційний, нормотворчий та організаційний. Модель ґрунтується на уточненій структурі менеджерської компетентності, що включає функціональний та особистісний компоненти, кожен із яких відображає специфічні професійні характеристики сучасного керівника.

Уточнення стратегічної мети моделі здійснено шляхом виокремлення системи підцілей. Зокрема:

- Функціональна складова передбачає набуття знань, умінь і навичок щодо реалізації базових управлінських функцій — планування, організації, мотивації та контролю.
- Особистісна складова спрямована на формування високого рівня внутрішньої мотивації до саморозвитку, розвиток соціально-психологічних характеристик, необхідних для ефективної управлінської діяльності, а також формування позитивної професійної Я-концепції керівника.

Розроблена модель була адаптована та впроваджена в діяльність ТОВ «Слобожанський центр нефрології», що дало змогу оцінити її практичну результативність у реальних умовах функціонування медичного закладу.

Для визначення дієвості моделі було здійснено її експертну оцінку, результати якої засвідчили, що рівень її якості є достатнім, а сама модель може бути рекомендована для подальшого поширення в управлінській практиці закладів охорони здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я : аналіт. доп. / Т. П. Авраменко. – Київ : НІСД, 2012. – 35 с.
2. Александрова Н.М. Концептуальні підходи до формування управлінської культури / Н.М. Александрова. // Наукові записки Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя. Серія : Психолого-педагогічні науки. 2013. № 3. С. 13–18.
3. Андрущенко Н.О. Формування базових управлінських компетенцій у майбутніх менеджерів економічного профілю засобами інтерактивних технологій : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2011. – 22 с.
4. Аносов І. П. Сучасний освітній процес: антропологічний аспект / І. П. Аносов. Київ : Твім інтер, 2003. – 391 с.
5. Байхем У.С. Компетенции руководителя / У. С. Байхем // HR-portal: сообщество профессионалов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hrportal.ru/article/kompetentsii-rukovoditelya>.
6. Балабанова Л.В. Управління персоналом : підруч. / Л. В. Балабанова, О. В. Сардак. – Київ : Центр навчальної літератури, 2011. – 468 с.
7. Берека В. Є. Генеза наукових поглядів на проблему управлінської компетентності / В. Є. Берека // Вісник Житомирського державного університету. – 2011. – Вип. 55 : Педагогічні науки. – С. 54–57.
8. Берека В.Є. Формування професійної компетентності майбутнього менеджера освіти / В. Є. Берека // Вісник Прикарпатського університету. Івано-Франківськ. – 2009. - Вип. XXVIII–XXIX. – С. 202–211.
9. Беленька Г.В. Формування професійної компетентності сучасного вихователя дошкільного навчального закладу : монографія / Г. В. Беленька. Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2011. – 320 с.
10. Варава Л.М. Організація праці менеджера : навч. посіб. / Л. М. Варава. – Кривий Ріг : Криворізький технічний університет, 2011. – 477 с.

11. Васильченко Л.В. Управлінська культура і компетентність керівника / Л.В. Васильченко. – Харків : Основа, 2007. – 176 с.
12. Васюк Н.О. Світовий досвід підготовки сучасних менеджерів системи охорони здоров'я (огляд літературних джерел) / Н. О. Васюк // Державне управління, 2012. – № 1. – С. 21–26.
13. Власова О.І. Соціальна психологія організацій та управління / О. І. Власова, Ю. В. Никоненко. – Київ : Центр навчальної літератури, 2010. – 398 с.
14. Гнатієнко Г. М. Експертні технології прийняття рішень : монографія / Г. М. Гнатієнко, В. Є. Снитюк. – Київ, 2008. – 444 с.
15. Грушева А. А. Формування управлінської компетентності бакалаврів економічних спеціальностей у процесі професійної підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія та методика професійної освіти / А.А. Грушева. – Київ, 2012. – 20 с.
16. Дарманська І. Сутнісна характеристика поняття «управлінська компетентність керівника загальноосвітнього навчального закладу» / І. Дарманська // Педагогічний дискурс. – 2015.– Вип. 18.– С. 74–78.
17. Діденко М.С. Професійно значимі якості особистості менеджера організацій : теоретичний аспект / М.С. Діденко // Соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент : зб. наук. праць міжнародного наукового форуму. – 2013. – Вип.13. – С. 201–211.
18. Дороніна М. С. Терміносистема дослідження розвитку управлінської компетентності керівника в умовах професіоналізації менеджменту / М.С. Дороніна, Г.В. Білоконенко, Д.О. Сєріков // Ефективна економіка. – 2017. – № 2. – URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=5> 424.
19. Дудник Н. Формування управлінської компетентності майбутнього менеджера освіти як педагогічна проблема / Н. Дудник // Психолого-педагогічні проблеми сільської школи. – 2016. – Вип. 55. – С. 246–252.
20. Єльнікова Г.В. Компетентнісний підхід до моделювання професійної діяльності керівника вищого навчального закладу / Г.В. Єльнікова // Теорія та

методика управління освітою. – 2010. – № 4. –URL : <http://tme.umo.edu.ua/docs/4/10elneel.pdf>.

21. Жигір В.І. Концептуальні засади побудови моделі менеджера освіти : компетентністний підхід / В.І. Жигір // Education and pedagogical sciens (Освіта та педагогічна думка). – 2013. – №1(156). – С. 12–18.

22. Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення // Відомості Верховної Ради України. – 2018. – № 5. – Ст. 31: zakon.rada.gov.ua/go/2168-19.

23. Карамушка Л. М. Психологія управління : навч. посіб. / Л. М. Карамушка. – Київ : Міленіум, 2003.– 344 с.

24. Клімова А. Зміст та структура готовності майбутніх менеджерів до управлінської діяльності / А. Клімова // Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. – Сер. : Педагогічні науки. – 2013. – Вип. 122. – С. 160–168.

25. Клімова А. Соціальний статус сучасного менеджера : суспільні виклики та професійні вимоги / А. Клімова // Гуманітарний вісник. – 2014. – № 35. – С. 56–63.

26. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів / О. Коваленко // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2016. – Вип. 2 (29). – С. 143–146.

27. Корнійчук О.П. Нова система охорони здоров'я України та перспективи кадрової політики / О. П. Корнійчук // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за між нар. участю (Київ, 23 березня 2017 р.) / за заг. ред. В. С. Куйбіди, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. – К. : ТОВ «ДСК-Центр», 2017. – 208 с. – С. 67–70.

28. Кот Г.М. Зарубіжний досвід дослідження особистісних якостей ефективного менеджера / Г. М. Кот, О. Ю. Пилипчук // Вісник Національного авіаційного університету. – Сер. : Педагогіка, Психологія. – 2009. – № 2. – С. 56–60.

29. Лашкул З.В. Особливості підготовки керівників охорони здоров'я в сучасних умовах / З. В. Лашкул // Матеріали наук.-практ. конф. «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я». 2015. – Київ, 22 квітня. – С. 66–70.

30. Лодатко Є.О. Моделювання в педагогіці: точки відліку / Є.О. Лодатко // Педагогічна наука: історія, теорія, практика, тенденції розвитку. – Вип. № 1. – 2010. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://intellect-invest.org.ua/pedagog_editions_emagazine_pedagogical_science_vypuski_n1_2010_st_2.

31. Лугова В.М. Діагностика управлінської компетентності керівника / В. М. Лугова, Д. О. Серіков // Актуальные научные исследования в современном мире : сб. науч. тр. – 2017. – Вип. 3 (23). – Ч. 4. – С. 36–41.

32. Мельник В. К. Управлінська компетентність як фактор професійного розвитку керівника школи в системі післядипломної освіти / В. К. Мельник // Педагогічний дискурс. – 2009. – Вип. 5. – С. 153–158.

33. Нагаєв В. М. Мистецтво управлінської діяльності і лідерство / В.М. Нагаєв // Персонал. – 2007. – № 7. – С. 65–66.

34. Оліфіра Л. Проблема формування професійної управлінської компетентності керівників закладів освіти в психологопедагогічних дослідженнях / Л. Оліфіра // Теорія та методика управління освітою. – 2010. – № 3. – URL: <http://tme.umo.edu.ua/docs/3/10olippr.pdf>.

35. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навч. посіб. / Т.В. Єрошкіна, О.П. Татаровський, Т.М. Полішко, С.С. Борисенко. – Донецьк : РВВ ДНУ, 2012. – 64с.

36. Пашков В.М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст) : моногр. / В.М. Пашков. – К. : МОРІОН, 2009. – 448 с.

37. Погоріляк Р.Ю. Вивчення проблеми підготовки сучасних керівних кадрів охорони здоров'я в Україні / Р. Ю. Погоріляк, О. П. Гульчій // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4(36). – С. 7–80.

38. Поживілова О.В. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі / О.В. Поживілова, Я.Ф. Радиш, Н.О. Васюк, Л.А. Ляховченко // Інвестиції: практика та досвід. – 2011. – № 19. – С. 76–83.

39. Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1401-15> (дата звернення: 28.04.2020).

40. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06 квітня 2017 р. № 2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikhzakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoshkonalennya-zak/.

41. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. [Електронний ресурс]. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikov-vipusk-78-ohorona-zdorovja>.

42. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

43. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html.

44. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 681 від 19.10.2015 р. URL: www.zakon5.rada.gov.ua/lows/show/z1400-15.

45. Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1094 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF#Text>.

46. Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я 1094 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF#Text>.

47. Про затвердження Порядку укладення контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я та типових форм контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2010 р. № 792 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/792-2019-%D0%BF#Text>.

48. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

49. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2017 р. № 113-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page 7](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page%207).

50. Про телемедицину: Проект Закону України. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/view/JF7V800A?an=3> (дата звернення: 28.04.2020).

51. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorenniya-nacionalnoyi-sluzhbizdorovya-ukrayini>.

52. Рожкова І. В. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу / І. В.Рожкова, Д. С. Гайдаш // М-ли наук.-практ. конф. «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я». – (Київ, 22 квітня 2015). – С. 113–117.

53. Савіна Т. В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку / Т. В. Савіна // Інвестиції: практика та досвід. – 2017. – № 15. – С. 95-98.

54. Серіков Д.О. Сучасний стан дослідження управлінської компетентності в дисертаціях українських і зарубіжних вчених / Д.О. Серіков // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2017. – Вып. 6-5 (26). – С. 28–33.

55. Серіков Д.О. Визначення напрямів розвитку управлінської компетентності керівників / Д.О. Серіков //Науковий вісник Ужгородського національного університету. – Сер. : Міжнародні економічні відносини та світове господарство. – 2017. – Вип. 14. – Ч. 2. С. 123–127.

56. Скібіцька Л.І. Організація праці менеджера : навч. посіб. / Л.І.Скібіцька. – Київ : Центр навчальної літератури, 2010. – 360 с

57. Weightman, J. Competencies in Action / J. Weightman // Institute of Personnel and Development. – 1994. – 157 p.

58. Weiss T.B. Reengineering performance management: Breakthroughs in achieving strategy through people / T.B. Weiss, R. Hartle. – Boca Raton, Fl. Lucie Press, 1997.

59. Whiddett S. A practical guide to competencies: how to enhance individual and organisational performance / S. Whiddett, S. Hollyforde. – Chartered Institute of Personnel and Development, 2003.

ДОДАТКИ

Додаток А

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (фрагмент)

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (фрагмент)

Розділ

I

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Законодавство про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення

1. Законодавство про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, цього Закону та інших законів і нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

2. Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлено інші норми, ніж ті, що передбачені законодавством про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, застосовуються норми міжнародного договору.

Стаття 2. Визначення основних термінів

1. У цьому Законі терміни вживаються в такому значенні:

1) програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами;

2) електронна система охорони здоров'я - інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та

управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API);

3) медичні записи - інформація щодо медичного обслуговування пацієнта або його результатів, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством;

4) надавачі медичних послуг - заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів;

5) реімбурсація - механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України;

6) тариф - ставка, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні послуги та лікарські засоби;

7) Уповноважений орган - центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

2. Інші терміни вживаються в цьому Законі у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших законодавчих актах України.

Стаття 3. Державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів

1. Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій.

2. За рахунок Державного бюджету України окремо здійснюється фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертиз, та інших програм у галузі

охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

3. Права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, передбачені іншими законами України для певних категорій осіб, фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів можуть встановлюватися законами України.

5. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Стаття 4. Програма медичних гарантій

1. У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

2. Іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми медичних гарантій держава забезпечує оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги. Такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість наданих медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України.

Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які

тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством.

3. Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики.

5. Дію абзацу першого частини п'ятої статті 4 зупинено на 2020 рік згідно із Законом № 294-IX від 14.11.2019} Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік.

Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

6. Звуження програми медичних гарантій не допускається, крім випадків, встановлених законом.

Розділ II ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

Стаття 5. Основні принципи програми медичних гарантій

1. Програма медичних гарантій базується на таких принципах:

- 1) законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій;
- 2) надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками;
- 3) забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;
- 4) цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- 5) універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- 6) передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів;
- 7) гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- 8) конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.

Стаття 6. Права та обов'язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій

1. Пацієнти мають право на:

- 1) отримання необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг;
- 2) безоплатне отримання інформації від Уповноваженого органу або надавачів медичних послуг про програму медичних гарантій та надавачів медичних послуг за цією програмою, які можуть надати необхідну пацієнту медичну послугу;
- 3) можливість вибору лікаря у порядку, встановленому законодавством;
- 4) надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, у тому

числі до інформації про стан свого здоров'я, діагноз, про відомості, одержані під час медичного обстеження, за умови дотримання такими особами вимог Закону України "Про захист персональних даних";

5) отримання від Уповноваженого органу інформації про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про такого пацієнта;

6) оскарження рішень, дій чи бездіяльності надавачів медичних послуг або Уповноваженого органу та його територіальних органів в установленому законом порядку;

7) судовий захист своїх прав;

8) звернення до Ради громадського контролю щодо дій чи бездіяльності Уповноваженого органу;

9) інші права, передбачені законодавством.

2. Пацієнти зобов'язані:

1) надавати відповідному надавачу медичних послуг достовірну інформацію та документи, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів;

2) проходити профілактичні медичні огляди в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

3) виконувати медичні приписи лікаря та дотримуватися правил внутрішнього розпорядку надавача медичних послуг;

4) виконувати інші вимоги, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Стаття 7. Уповноважений орган

1. Основними функціями Уповноваженого органу є:

1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

2) проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;

3) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

- 4) розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;
- 5) укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;
- 6) здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходів з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;
- 7) отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів (у тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, відомостей, одержаних під час медичного обстеження пацієнтів) і надавачів медичних послуг, необхідних для здійснення його повноважень, з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних";
- 8) забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;
- 9) здійснення інших повноважень, визначених законом.

2. З метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю Уповноваженого органу утворюється Рада громадського контролю, що формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу, у складі 15 осіб, які переобираються кожні два роки.

3. До складу Ради громадського контролю не можуть входити:

- 1) особи, уповноважені на виконання функцій держави або місцевого самоврядування;
- 2) особа, за рішенням суду визнана недієздатною або дієздатність якої обмежена;
- 3) особа, яка має судимість за вчинення кримінального правопорушення, якщо така судимість не погашена або не знята в установленому законом порядку (крім реабілітованої особи), або на яку протягом останнього року до дня подання заяви на участь у конкурсі накладалося адміністративне стягнення за вчинення правопорушення, пов'язаного з корупцією;

{Пункт 3 частини третьої статті 7 із змінами, внесеними згідно із Законами № 524-IX від 04.03.2020, № 720-IX від 17.06.2020}

- 4) особа, яка відповідно до Закону України "Про запобігання корупції" є близькою особою голови, заступника голови центрального органу виконавчої

влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, керівника структурного підрозділу цього органу;

5) особа, яка є членом органів управління та/або володіє прямо або опосередковано підприємствами або корпоративними правами суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики, господарську діяльність з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів, або члени сім'ї якої (в розумінні Закону України "Про запобігання корупції") є власниками таких підприємств або корпоративних прав та/або є членами органів управління таких суб'єктів господарювання;

6) особа, яка, незалежно від тривалості, була працівником центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та/або Уповноваженого органу впродовж попередніх двох років;

7) особа, близькі особи якої (в розумінні Закону України "Про запобігання корупції"), незалежно від тривалості, були працівниками центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та/або Уповноваженого органу впродовж попередніх двох років.

4. Порядок проведення конкурсу з формування Ради громадського контролю, її персональний склад та положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України.

5. Рада громадського контролю:

1) заслуховує інформацію про діяльність, виконання завдань Уповноваженого органу;

2) розглядає звіти Уповноваженого органу і затверджує свій висновок щодо них;

3) має інші права, передбачені Положенням про Раду громадського контролю.

Стаття 8. Особливості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій

1. Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається між закладом охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичною особою - підприємцем, яка в установленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та Уповноваженим органом.

2. Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається у письмовій (електронній) формі.

3. Забороняється відмова або ухилення від укладення відповідного договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з суб'єктами, визначеними у частині першій цієї статті, які подали заяву Уповноваженому органу про укладення такого договору та надають медичні послуги, передбачені програмою медичних гарантій.

4. Договір про медичне обслуговування населення є договором на користь третіх осіб - пацієнтів у частині надання їм медичних послуг та лікарських засобів надавачами медичних послуг.

5. Істотними умовами договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є:

перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

умови, порядок та строки оплати тарифу;

фактична адреса надання медичних послуг;

права та обов'язки сторін;

строк дії договору;

звітність надавачів медичних послуг;

відповідальність сторін.

6. Договір про медичне обслуговування населення підлягає опублікуванню на офіційному веб-сайті Уповноваженого органу протягом п'яти днів з моменту його укладення.

7. Типова форма договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, порядок його укладення, зміни та припинення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 9. Порядок отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій

1. У разі потреби у медичних послугах та лікарських засобах за програмою медичних гарантій пацієнт (його законний представник) звертається до надавача медичних послуг у порядку, встановленому законодавством.

2. Пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надавачам медичних послуг забороняється відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством.

3. У разі неможливості обрання лікаря пацієнт має право звернутися до Уповноваженого органу або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, та забезпеченням пацієнту можливості реалізувати його право на вибір лікаря.

4. Форма декларації та порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

5. Надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою), паліативною медичною допомогою та медичною реабілітацією, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря в порядку, передбаченому законодавством, крім випадків, коли згідно із законодавством направлення лікаря не вимагається.

6. При наданні медичної допомоги в амбулаторних умовах лікарські засоби за програмою медичних гарантій надаються пацієнту на підставі рецепта лікаря суб'єктом господарювання, який здійснює діяльність з роздрібної торгівлі лікарськими засобами та уклав договір про реімбурсацію з Уповноваженим органом.

7. Порядок реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій на відповідний рік, типова форма договору про реімбурсацію, порядок його укладення, зміни та припинення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

8. Надавач медичних послуг зобов'язаний поінформувати пацієнта про медичні послуги та лікарські засоби, які пацієнт може отримати в цього надавача за програмою медичних гарантій.

Стаття 10. Основні засади оплати надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій

1. Для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій.

Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення.

До тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є єдиними для всієї території України.

2. Тарифи можуть встановлюватися, зокрема, як:

- 1) глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;
- 2) капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта;
- 3) ставки на пролікований випадок;
- 4) ставки на медичну послугу;
- 5) ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг.

Зазначені ставки можуть використовуватися як разом, так і окремо одна від одної.

3. Методика розрахунку тарифів і коригувальні коефіцієнти затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної фінансової і бюджетної політики.

При розрахунку тарифів та коригувальних коефіцієнтів базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників є величина, що є не меншою за 250 відсотків середньої заробітної плати в Україні за липень року, що передуює року, в якому будуть застосовуватися такі тарифи та коригувальні коефіцієнти.

Тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

4. Тарифи розробляються і затверджуються в порядку, передбаченому для програми медичних гарантій, та є її невід'ємною частиною.

5. Тариф сплачується Уповноваженим органом за рахунок коштів Державного бюджету України відповідно до програми медичних гарантій безпосередньо надавачам медичних послуг.

6. Відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій здійснює Уповноважений орган.

7. Надавачам медичних послуг, які є державними та комунальними закладами охорони здоров'я, забороняється вимагати від пацієнтів винагороду в будь-якій формі за медичні послуги та лікарські засоби, надані за програмою медичних гарантій. Такі дії є підставою для притягнення до відповідальності, передбаченої договором про медичне обслуговування населення, в тому числі одностороннього розірвання договору з ініціативи Уповноваженого органу.

8. Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій здійснюється на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я.

Надавач медичних послуг складає звіт в електронній системі охорони здоров'я, в якому зазначається обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів.

Оплата тарифу за надані медичні послуги та лікарські засоби здійснюється в порядку черговості надходження таких звітів.

9. Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, надавачами яких є державні та комунальні заклади охорони здоров'я, здійснюється на умовах попередньої оплати у випадках, встановлених Кабінетом Міністрів України.

10. Оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України підлягають лікарські засоби, які включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України, та програми медичних гарантій.