

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ПрАТ «ПВНЗ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ
ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ»

Кафедра права та публічного управління

ДО ЗАХИСТУ ДОПУЩЕНА

Зав. кафедрою _____

к.ю.н.,доц. Гулевська А.Ю.

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ
ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконала:

студентка гр. ПУА-212м _____

Д.С. Пабалкова

Керівник:

к.т.н. доц. _____

Н.Г.Магар

Запоріжжя

2024

ПрАТ «ПВНЗ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ
ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ»

Кафедра права та публічного управління

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедрою _____

к.ю.н., доц. Гулевська А.Ю.

«__» _____ 2023 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ

Студенту гр. ПУА – 212 м, спеціальності «Публічне управління та адміністрування»

Пабалковій Діані Сергіївні

1. Тема: Удосконалення управління комунальним закладом охорони здоров'я

затверджена наказом по інституту 02-30 від 20.10.2023 р.

2. Термін здачі студентом закінченої роботи: 13.01.2024 р.

3. Перелік питань, що підлягають розробці:

1. Визначити сутність поняття та теоретичні аспекти управління підприємствами

2. Дослідити особливості управління організаціями охорони здоров'я

3. Розглянути методи управління в галузі охорони здоров'я та напрямки їх удосконалення

4. Надати характеристику та аналіз діяльності КП «Криворізька

інфекційна лікарня» Криворізької міської ради

5. Провести аналіз результативності праці в межах комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

6. Дослідити стан управління КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

7. Запропонувати механізм управління персоналом комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

8. Визначити компетентності керівного складу комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

9. Запропонувати модель оцінки та розвитку компетенцій управлінського персоналу комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

Дата видачі завдання «04» вересня 2023 р.

Керівник магістерської роботи _____

(підпис)

Н.Г.Магар

(прізвище та ініціали)

Завдання прийняв до виконання _____

(підпис)

Д.С. Пабалкова

(прізвище та ініціали)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Зав.кафедрою _____

КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК
підготовки магістерської дипломної роботи
студентом інституту ЗІЕІТ заочної форми навчання
гр. ПУА-212м П.І.Б. Пабалковою Діаною Сергіївною
на 2023-2024 навчальний рік

№ етапу	Зміст	Терміни виконання	Готовність по графіку %, підпис керівника	Підпис керівника про повну готовність етапу, дата
1.	Корегування теми кваліфікаційної магістерської роботи, збір практичного матеріалу за темою кваліфікаційної магістерської роботи	04.09.23-17.10.23		
2.	I атестація I розділ кваліфікаційної магістерської роботи	23.10.23-28.10.23		
3.	II атестація II розділ кваліфікаційної магістерської роботи	20.11.23-25.11.23		
4.	III атестація III розділ кваліфікаційної магістерської роботи, висновки та рекомендації, додатки, реферат, перевірка програмою «Антиплагіат»	18.12.23-23.12.23		
5.	Доопрацювання кваліфікаційної магістерської роботи, підготовка презентації, отримання відгуку керівника і рецензії	25.12.23-06.01.24		
6.	Попередній захист кваліфікаційної магістерської роботи	08.01.24-13.01.24		
7.	Подача кваліфікаційної магістерської роботи на кафедру	за 3 дні до захисту		
8.	Захист кваліфікаційної магістерської роботи	15.01.24-20.01.24		

Керівник _____ (П.І.Б.) “___” _____ 20__ р.

Студент _____ (П.І.Б.) “___” _____ 20__ р.

Примітка: Графік складається у трьох примірниках: для студента, керівника, завідувача кафедри

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна магістерська робота: 94 с., 6 таблиць, 7 рисунків, 42 джерела літератури

Метою кваліфікаційної магістерської роботи є вивчення особливостей управлінської роботи в сучасних умовах в межах комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради.

Предметом дослідження є теоретичні та методологічні аспекти організації адміністративної роботи в комунальному підприємстві "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

Новизна роботи полягає у формуванні рекомендацій щодо удосконалення механізму цифровізації надання публічних послуг.

У дослідженні було розроблено механізм управління персоналом медичних закладів на прикладі комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради. Ми сформуваємо набір необхідних здібностей адміністративного персоналу комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради. Було проведено анкетне опитування про компетентність керівника перед керівництвом підприємства. Також була розроблена модель оцінки та розвитку можливостей адміністративного персоналу комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради, що складається з 4 послідовних етапів оцінки можливостей адміністративного персоналу досліджуваного підприємства.

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ, АДМІНІСТРАТИВНИЙ ПЕРСОНАЛ, КОМПЕТЕНТНІСТЬ КЕРІВНИЦТВА, ПРОДУКТИВНІСТЬ ПРАЦІ, АДМІНІСТРАТИВНА РОБОТА

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ.....	7
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	10
1.1. Поняття та теоретичні аспекти управління підприємствами.....	10
1.2. Особливості управління організаціями охорони здоров'я	14
1.3. Методи управління в галузі охорони здоров'я та напрямки їх удосконалення	22
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «КРИВОРІЗЬКА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ» КРИВОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	35
2.1. Загальна характеристика та аналіз діяльності КП «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради	35
2.2. Аналіз результативності праці в межах комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради	46
2.3. Аналіз стану управління КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради	51
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ “КРИВОРІЗЬКА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ” КРИВОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	60
3.1. Розробка механізму управління персоналом комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради.....	60
3.2. Формування компетентностей керівного складу комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради.....	70
3.3. Розробка моделі оцінки та розвитку компетенцій управлінського персоналу комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради	77
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	92
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	95

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ
ТА ТЕРМІНІВ

Слово / словосполучення	Скорочення	Умови використання
А		
абсолютний, абсолютне	абс.	при цифрах
В		
відносний, відносно	відн.	при цифрах
виробництво	вир-во	при цифрах
Г		
гривня, гривень	грн.	при цифрах
К		
копійка	коп.	при цифрах
М		
місто	м.	по тексту
Р		
розділ	розд.	при цифрах та у примітках
район	р-н	по тексту
редакція, редактор	ред.	по тексту
рис.	рис.	по тексту
С		
сторінка	стор.	при цифрах и у примітках
Т		
таблиця	табл.	по тексту
тисяч гривень	тис. грн.	при цифрах и у примітках

ВСТУП

У сфері медичного обслуговування медичному персоналу відводяться особливі ролі, тому управління персоналом стає пріоритетом для керівника медичного закладу. Тому використання сучасних методів управління людськими ресурсами в медичній сфері органічно поєднується з традиційними підходами. Використання гнучких технологій обумовлено необхідністю реагувати на зміни в бізнес-середовищі і адаптувати систему управління до нових умов. Недостатня увага керівника медичного закладу може бути обумовлена об'єктивними обмеженнями, пов'язаними з нормативним характером функціонування медичного закладу та існуючими кадровими обмеженнями, які не дозволяють сформулювати необхідний управлінський потенціал персоналу. У той же час вивчення накопиченого успішного досвіду впровадження окремих інструментів в управління персоналом зарубіжними медичними установами дозволить сформулювати ефективні механізми управління персоналом у вітчизняних медичних установах. Все це вказує на необхідність розробки вченими необхідних рекомендацій щодо сталого збереження зайнятості лікарняним персоналом і вивчення особливостей управлінської роботи в лікарняних установах, особливо в сучасних умовах, з метою поліпшення умов праці.

Метою кваліфікаційної магістерської роботи є вивчення особливостей управлінської роботи в сучасних умовах в межах комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради галузі.

Для досягнення поставленої мети були розроблені і вирішені наступні завдання:

- визначити суть управлінської роботи підприємства у сфері охорони здоров'я;
- вивчити зарубіжний досвід організації господарської діяльності підприємств медичної галузі;
- провести дослідження організації адміністративної роботи

комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради;

- розробити механізм управління персоналом медичних закладів на прикладі комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради;

- проаналізувати формування потенціалу адміністративного персоналу комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради;

- розробити модель оцінки та розвитку можливостей адміністративного персоналу міського підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

Метою дослідження є процес управлінської роботи в рамках комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

Предметом дослідження є теоретичні та методологічні аспекти організації адміністративної роботи в комунальному підприємстві "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

Для вирішення поставленого завдання були використані наступні методи: теоретичне узагальнення - для вивчення теоретичних основ управлінської роботи на підприємстві, аналіз і синтез - для виділення і вивчення характеристик факторів, що впливають на організацію управлінської роботи на підприємстві, анкетування-для формування здібностей управлінського персоналу компанії, системний аналіз - для розробки моделі оцінки та розвитку можливостей підприємства.

Інформаційна база кваліфікаційної магістерської роботи сформована на основі робіт вітчизняних і зарубіжних вчених у галузі адміністративної роботи, законодавчих і нормативно-правових документів України, спеціальної економічної літератури, матеріалів науково-практичних нарад, матеріалів підприємств.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття та теоретичні аспекти управління підприємствами

Управлінська діяльність-це вид свідомо здійснюваної діяльності людини, спрямований на ефективне функціонування виконуваної роботи (індивідуально або колективно), досягнення певних цілей, вирішення пов'язаних з цим завдань і виконання функцій [35, с.12]. Багато підходи до встановлення суті управлінської роботи обумовлені специфічними відмінностями в змісті роботи даної категорії.

Управлінська робота-це систематична діяльність співробітників управлінського персоналу, спрямована на організацію, регулювання, мотивацію і контроль роботи співробітників організації [35, с.12].

Принципова відмінність роботи менеджерів в сучасних умовах ведення бізнесу полягає в розумовій активності, інтенсивності праці та наявності інформаційної насиченості в трудовому процесі, що вимагає значного часу на пошук, аналіз, систематизацію та узагальнення інформації. Це вимагає постійного самовдосконалення, систематичного підвищення рівня кваліфікації, формування обов'язків, прояву рішучості, ініціативи, творчої активності в умовах суворої регламентації робочого часу.

Особливість роботи менеджерів полягає ще і в тому, що вони самі безпосередньо не впливають на об'єкт праці і не створюють матеріальних цінностей, а здійснюють контроль виробництва, його проектування, технічне, економічне і фінансове забезпечення. Навчання персоналу; розподіл і управління організаціями праці[39, с.655].

На відміну від працівників, результати роботи керівництва носять непрямий характер і, як правило, віднімають час від самого трудового процесу [39, с.655].

Управлінська робота-це різновид духовної роботи. Вона не виступає безпосередньо в якості творця матеріальних благ, але є невід'ємною частиною праці колективних працівників, і тому продуктивна робота управлінська робота поєднує в собі елементи менеджменту з елементами спеціальності і професії. Менеджер найчастіше виконує функції, не пов'язані з управлінням, в процесі виконання безпосередніх обов'язків. Найважливіші елементи управлінської роботи включають створення мереж, управління поведінкою людей і прийняття відповідальності за успішне завершення роботи [40].

Основною метою керівництва є створення необхідних умов (організаційних, технічних, соціальних, психологічних і т.д.). Для реалізації організаційних завдань, узгодження і скоординованості спільної діяльності співробітників для забезпечення узгодженості між окремими робочими процесами і досягнення конкретних запланованих результатів [40]. Менеджмент-це, перш за все, робота з людьми, трудова діяльність яких схильна до управлінського впливу. Досягнення мети управління здійснюється шляхом вибору і виконання комплексу управлінських дій. Колектив людей, адміністративний вплив на їх трудову діяльність - це специфічний продукт адміністративної роботи. Основною формою такого впливу є управлінські рішення. Ефективність управлінських рішень, заснованих на аналізі зовнішнього і внутрішнього середовища, залежить від оволодіння набором складних і мобільних елементів, які постійно створюють нестандартні ситуації. Рішення адміністратора залежить не тільки від знань і кваліфікації, а й від особистісних характеристик, практичного досвіду, інтуїції і здорового глузду [40].

Управління в різних сферах суспільного життя має свої особливості, і вивчення процесів управління, що вимагають диференційованого підходу, є предметом спеціальних наукових досліджень. Зміни в усіх сферах Української медичної системи за останні роки значно посилюються і прискорилися, необхідно володіти глибоким розумінням проблем і важливих

тенденцій розвитку медичної системи.

Особливістю галузі охорони здоров'я є те, що їй потрібні 2 типи керівників: керуючий і розпорядник. Це пов'язано з тим, що в даний час в секторі охорони здоров'я існує 2 типи організацій [2].

Перший тип-Державні установи охорони здоров'я (лікарні, поліклініки, клініки медичних науково-дослідних установ, санітарно-епідеміологічні станції, центри здоров'я і т.д.), які виступають як організації, які не є самостійним господарюючим суб'єктом. Такі медичні заклади отримують кошти з державного бюджету, і держава чітко визначає і контролює всі статті видатків. Згідно з Конституцією, в Україні медична допомога населенню надається безкоштовно, і державні медичні установи не можуть претендувати на неї. Перелік медичних послуг, які можуть оплатити пацієнти, неважливий. Тому керівника Державного лікувально-профілактичного закладу можна назвати адміністратором, а не розпорядницею [2].

2-га категорія керівників - це державні службовці, працівники державних установ та керівники закладів охорони здоров'я. Вони формують державну політику і стратегії в галузі охорони здоров'я, організують соціальне управління охороною здоров'я.[2]

Другий тип-це медичні установи недержавної форми власності, що діють як самостійний суб'єкт в ринкових умовах. Управління такими установами здійснюється адміністраторами сфери охорони здоров'я [2].

У процесі зміни економічного статусу медичних установ і зростання їх адміністративної автономії вимоги до керівника таких установ будуть тільки зростати, і це необхідно враховувати як при підготовці, так і при розробці кваліфікаційних характеристик фахівців з медичного менеджменту - керівників медичних установ усіх форм форми власності та організаційно-правові форми діяльності. Менеджери повинні мати широкий спектр навичок, необхідних для впровадження та управління змінами на організаційному та політичному рівнях. Для вирішення складних завдань рекомендується переглянути вимоги до компетентності фахівців з медичного

менеджменту, зокрема до рівня знань, навичок і вмій, і, найголовніше, до досвіду застосування в таких областях, як реалізація стратегії розвитку медичних установ [2].

Тому серед видів адміністративної роботи у сфері охорони здоров'я, на наш погляд, можна виділити [23, с. 273]:

- впровадження з точки зору системного підходу до організації управління медичними установами;

- орієнтація на самостійний і професійний розвиток;

- самоврядування;

- застосування знань про нормативно-правову базу;

- укладення договорів на надання медичних послуг і т. д.

- ділова угода;

- забезпечення взаємодії з засновниками, клієнтами, суспільством, пацієнтами, органами охорони здоров'я, місцевого самоврядування, державними установами і т. д.;

- представлення інтересів медичних установ і відстоювання їх інтересів в державних, судових, страхових і арбітражних установах, муніципальних і приватних структурах;;

- забезпечення, делегування, моніторинг, контролінг, звітність, організація, координація, регулювання, аналіз, виявлення причин неналежного функціонування та прийняття рішень щодо їх усунення, а також на практиці управління медичними установами;;

- забезпечення дотримання ліцензійних умов медичної практики та підготовка установи до акредитації;

- забезпечувати управління технічними процесами, матеріалами і технічними ресурсами і територіями;

- забезпечувати реалізацію стратегічних пріоритетів і планів розвитку медичних установ, внутрішньої і зовнішньої діяльності, завжди орієнтуючись на потреби споживачів (пацієнтів), засновників (власників);;

- забезпечення напрямку маркетингу медичних закладів, спрямованого

- на задоволення потреб населення та економічну ефективність їх діяльності;;
- забезпечення планування, прогнозування та оцінки ризиків;
 - забезпечення управління фінансовими ресурсами;
 - забезпечення ефективного управління персоналом;
 - забезпечення оцінки ефективності роботи співробітників, винагороди та стимулів для поліпшення діяльності;
 - вирішення конфліктних ситуацій, проблем трудової дисципліни;
 - забезпечення формування та розвитку корпоративної культури медичних закладів;
 - забезпечення формування команди (підбір, визначення функціональної відповідальності, розподіл робочої сили) і т. д.

1.2. Особливості управління організаціями охорони здоров'я

Управління охороною здоров'я – це особлива сфера управління. Основною метою роботи закладів охорони здоров'я є покращення здоров'я окремих людей і тим самим покращення громадського здоров'я. Здоров'я населення як соціально-економічна категорія є найважливішим елементом національного багатства. Для підтримки здоров'я споживається певна частина національного доходу, але й для матеріальних благ здоров'я теж споживається як ресурс. Певною мірою здоров'я - є функція, яка залежить від стану виробництва та навколишнього середовища, поведінки людей та якості продуктів харчування.

Головні цілі та напрями перебудови охорони здоров'я можуть бути сформульовані таким чином:

- підпорядкувати діяльність системи охорони здоров'я зміцненню здоров'я, продовженню життя людей;
- орієнтувати управління системою охорони здоров'я на підвищення рівня та якості медичної допомоги, починаючи з профілактики, на прискорення науково-технічного прогресу в медицині та охороні здоров'я;

- підвищувати зацікавленість працівників охорони здоров'я у результатах праці, розвивати їхню ініціативу у досягненні високого рівня здоров'я населення;
- підвищити рівень та дієвість централізованого керівництва охороною здоров'я, насамперед у розробці стратегічних проблем та їх рішень;
- розширити межі самостійної діяльності органів управління обласного, міського та районного рівнів, а також керівництва медичних установ;
- посилити частку та вплив економічних методів, розробити та ввести в охорону здоров'я дієві противитратні стимули, оптимізувати систему матеріально-технічного постачання;
- надати органам управління охороною здоров'я сучасних форм організаційних структур;
- розвивати форми територіально-галузевого управління, науково-навчально-практичні структури, діагностичні центри, оптимізувати зв'язки системи охорони здоров'я;
- підвищувати роль людського чинника, особливо важливого у сфері охорони здоров'я, посилити участь трудових колективів у управлінні охороною здоров'я, здійснюючи його демократизацію.

В управлінні охороною здоров'я, яке відноситься до соціального управління, можна виділити:

- управління людьми та соціальними питаннями;
- керування ресурсами;
- управління різними видами діяльності (медичною, організаційною, технічною, господарською та ін.).

Менеджмент з ефективного медичного обслуговування об'єднує людські та матеріальні ресурси таким чином, що це дає сприятливі, корисні для здоров'я результати, що відповідають завданням організації. Однак результати медичного обслуговування дуже важко визначити, тому що вони можуть проявитися через тривалий час після того, як пацієнт обслужений. Крім того, організаційні цілі та завдання часто ускладнюють визначення

того, чи узгоджуються з ними практичні результати. Для більшості медичних організацій завдання, що належать до обслуговування населення та суспільного блага, набагато складніше виміряти, ніж отримати дохід у промислових підприємств.

У зв'язку з вищевикладеним виділяють такі основні особливості організації охорони здоров'я, які вимагають особливих, порівняно з іншими галузями національного господарства, підходів, знань та навичок, що доповнюють основні та єдині для всіх галузей принципи управління:

1. Цілі закладів охорони здоров'я суттєво відрізняються від цілей будь-якої іншої галузі. Справа не тільки в тому, що вони складніші, а й у тому, що виміряти результати дуже важко. Адже, на відміну, наприклад, від промисловості, можливість застосування кількісних показників обмежена. Багато добре проведених, але непотрібних процедур, де є лише показник продуктивності лікувального закладу, але не ефективності його роботи. Тому і адміністратори, і клініцисти мають бути стурбовані не лише тим, скільки надано медичних послуг, але, в першу чергу, тим, який результат?

2. На відміну від типових бізнес-організацій в закладах охорони здоров'я керівникам доступний менший ступінь контролю за діяльністю принаймні частини своїх співробітників. Йдеться про лікарів. Професійна автономність лікарів особливо відчутна для адміністраторів більшості американських лікарень, де лікарі працюють за спеціальним контрактом, не входячи до штату лікарні. Однак і в Росії, як і в інших європейських країнах, така автономність також, безумовно, існує. На нашу глибоке переконання, певна частка автономності властива і корпусу медичних сестер.

3. Відмінною рисою організації охорони здоров'я з кадрової точки зору є висока спеціалізація медичних кадрів і в той же час взаємозалежність різних професійних груп. Це не тільки вимагає колективного підходу до виконання завдань, що стоять перед організацією, а й створює додаткові труднощі та стресові ситуації, які керівництву медичних організацій доводиться долати.

4. Фінансування організацій охорони здоров'я також відрізняється від інших галузей, чи то промисловість, побутові послуги, освіта тощо. Проблема фінансування, мабуть, - одна із найбільш проблем сьогоденної вітчизняної системи охорони здоров'я. Слід враховувати ту обставину, що при розробці механізмів компенсації лікувальним установам за послуги необхідно пам'ятати, що в будь-якій системі закладено певні стимули як для платників, так і для тих, хто надає медичні послуги. При фінансуванні за кількістю ліжко-днів не потрібно дивуватися екстенсивності розвитку лікувальних закладів – надмірній кількості ліжок, невиправдано великої тривалості госпіталізації. При оплаті за фактом наданих медичних послуг рано чи пізно виникає питання контролю над правомочністю призначення тих чи інших процедур. При оплаті за кількістю пролікованих хворих необхідно приділяти належну увагу критеріям якості, що не дозволяють виписати хворого раніше за необхідний термін. Питання фінансування охорони здоров'я часто безпосередньо пов'язані з доступом до медичної допомоги. Система фінансування має сприяти реальній діяльності медичних установ.

5. Складність проблем охорони здоров'я, яка пояснюється:

- багатозначністю та складністю структури та відносин суб'єкта, об'єкта та навколишнього середовища;

- надзвичайною відповідальністю прийнятих рішень через непоправність можливої шкоди, т.к. ціною допущених помилок нерідко стає здоров'я, котрий іноді життя багатьох;

- труднощами передбачення результатів, ще більше усугубляемая тим, що де вони відразу виявляються;

- Складністю, а іноді і неможливістю виправлення допущених помилок.

6. Влада.

Офіційна влада – це право командувати та вимагати підпорядкування від інших. Вона походить від організації, і нею володіють ті, хто обіймає

офіційні посади. Неофіційна влада – здатність змусити інших робити те, чого ви хочете від них. Офіційна влада, чи повноваження, дозволяє менеджерам приймати рішення, які спрямовують дії інших; влада дозволяє менеджерам виконувати ці рішення. Відповідно до теорії сприйняття Борварда, офіційне розпорядження буде виконано, якщо воно обґрунтоване з погляду того, хто його виконуватиме. Тому менеджер може мати офіційну владу, але бути нездатним досягти кінцевого результату, і, навпаки, божевільний чи роздратований службовець може тримати пацієнтів, медсестер, лікарів на «зводі»: службовець має владу, але не має офіційних повноважень.

Існують різні типи офіційної та неофіційної влади.

Легітимна, чи законна влада впливає з явних чи неявних правил і законів організації. Це вимагає від службовців пізнання того, що менеджер має законне право контролювати їх, і що вони повинні дотримуватися розпоряджень керівництва.

Представницька влада делегована (передана) лідеру групи. Група погоджується слідувати за лідером доти, доки її лідер радиться з групою і веде групу загалом у тому напрямку, в якому вона хоче йти. Цей тип лідерства відіграє у більшості колективів лікарень.

Влада знавця-експерта – це влада знання. Вона базується на знаннях та досвіді, які є вирішальними під час виконання роботи. Влада експерта також заснована на сприйнятті підлеглими того, що їхній лідер має специфічні знання або досвід, який може виявитися корисним при задоволенні їхніх запитів. Таким чином, досвід надає переваги менеджеру.

Харизматична (стихійна) влада базується на захопленні однією людиною. Наприклад, менеджер має настільки сильну владу лідера за собою, що його підлеглі поклоняються йому. Це почуття поклоніння часто супроводжується бажанням бути подібним до лідера.

Влада примусу базується на почутті страху у підлеглих, боязні, що лідер може покарати їх.

Влада нагород ґрунтується на здатності лідера нагороджувати за

зразкову поведінку. Такі винагороди включають: заохочення, підвищення, потрібну роботу і т.д.

Перелічені види влади можна використовувати різними менеджерами у конкретних ситуаціях по-різному.

7. Наступною особливістю організацій охорони здоров'я є коаліційне ухвалення рішень.

Наявність різних медичних спеціальностей вимагає, щоб організації охорони здоров'я застосовували коаліційні, а чи не бюрократичні підходи до ухвалення рішення. Бюрократичний підхід є традиційним ієрархічним впливом зверху вниз. Коаліційне прийняття рішень, навпаки, має місце, коли кожна з двох або більше груп розуміє, що вони можуть досягти більшого через постійну співпрацю, ніж, діючи окремо. Вони визнають, що є взаємозалежними. Прийняття рішень у коаліції спричиняє інший процес, ніж у бюрократії. В останній практично всі рішення приймаються єдиною людиною, яка має законну владу. У коаліції найважливіші рішення ухвалюються довкола представників різних членів коаліції. На відміну від бюрократії, кожен член коаліції має право на вето. У медичних установах коаліційне ухвалення рішень вважається провідним.

8. Важливою особливістю організацій охорони здоров'я, з погляду менеджменту, є їхня висококонфліктність.

І тому існує кілька причин. Оскільки важко виміряти ефективність організації за результатами, то суперечок з приводу те, що як робити, залишається багато місця. Велика різноманітність залучених людей, особливо професіоналів, викликає таку ж безліч перспектив і очікувань. Вони стикаються. Крім того, різні джерела влади в організаціях охорони здоров'я породжують конфлікт з тим, хто має повноваження і хто може вирішувати, що робити. І, нарешті, сама інтенсивність медичного догляду може викликати конфлікт: завжди виникає щось несподіване, персонал постійно має справу з питаннями життя та смерті, більшість дій має бути виконана точно у потрібний час, і не повинно бути жодних помилок, оскільки другий

шанс буває дуже рідко.

Управління охороною здоров'я є функцією системи охорони здоров'я, що забезпечує її пропорційний динамічний розвиток, збереження певної структури, підтримання ефективного режиму діяльності, реалізацію різних програм, спрямованих на досягнення цілей та вирішення завдань з охорони здоров'я населення. По суті – це цілеспрямований процес забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я за певних умов та наявних ресурсів. Він полягає у впливі суб'єкта управління на об'єкт і здійснюється різними методами у певній послідовності.

Поняття «організація» трактується як об'єднання людей, які спільно реалізують деяку програму або мету і діють на основі певних процедур і правил.

Принципи та типи перебігу процесу управління в охороні здоров'я

Перший та основний принцип управління – це поділ та виділення у самостійний вид діяльності управлінської праці.

Принцип поділу праці має бути використаний не тільки при задоволенні потреби у виділенні управлінської праці, а й при поділі загальномедичної праці, в тому числі лікарської, середньомедичної, загальнотехнічної (обслуговуючої) та ін. Цей принцип має бути використаний, природно, і в першу чергу за по відношенню до медичної науки. В останні роки з її складу викристалізувалися самостійні науки:

із загальної терапії – алергологія, пульмонологія, кардіологія, нефрологія та ін;

із загальної хірургії – дитяча хірургія, травматологія, торакальна, серцево-судинна хірургія та ін;

із загальної педіатрії – дитяча кардіологія, урологія, гінекологія тощо.

Відповідно до поділу наук почався інтенсивний процес поділу лікарської праці як у поліклініках, так і в стаціонарах, у центрах державного санітарно-епідеміологічного нагляду тощо. Суть принципу поділу праці говорить про те, що кожна роздільна праця по відношенню до вихідного,

більш високоякісна і більш прискорена. Однак треба мати вихідну працю – це насамперед працю дільничних лікарів – терапевтів, педіатрів, загальних хірургів, санітарних лікарів. А їх не було. Був один дільничний лікар-терапевт, але не на 2 тис. осіб, як передбачалося, а на 8–10–12 тис. населення. Майже аналогічна ситуація була з дільничними педіатрами. Значна частина дільничних терапевтів, педіатрів використовувала гаму лікарів вузьких фахівців, параклінічних служб як захисну ширму зі зняттям, зменшення навантаження собі.

Таким чином, у зниженні якості діагностичного та лікувального процесу в поліклініках фатальну роль відіграла спеціалізація трудового процесу за відсутності вихідного загальнотерапевтичного та загальнопедіатричного праці. Однак не менш фатальним явищем було незнання чи невміння користуватися іншим важливим принципом, який обґрунтований управлінською наукою – принципом інтеграції трудового процесу, сутність якого полягає в тому, що поділ праці стався для того і з тією метою, щоб у подальшому цей вид праці був з'єднаний, тобто. інтегровано.

Частина дослідників об'єднує перші два принципи на один, і називають його принципом (законом) еволюції, тобто. розвитку.

Орієнтування управління на мету діяльності підприємства (установи) є безумовною необхідністю. Разом з тим характер цього орієнтування може бути різним, у зв'язку з чим може бути виділено три можливі типи перебігу процесу управління (Абчук В.А., 1991).

Перший тип – цільове управління. Цільове управління має місце, коли при вирішенні всіх виробничих та інших управлінських завдань на всіх рівнях ціль грає певну роль. Цільове управління найбільш характерне для одиничного та дрібносерійного, а також для дослідного виробництва.

Цільове управління покликане вести підприємство (установу) та всі його підрозділи до єдиної кінцевої мети. За допомогою цільового управління ця кінцева загальна мета розчленовується на приватні, проміжні цілі, які

доводяться до кожного підрозділу, аж до робочого місця. Завдання цільового управління – координувати рух кінцевої мети, розподілити необхідні цього ресурси. Цільове управління – це головний механізм, який спрямовує діяльність підприємства (установи) з ранку до вечора щодня.

Другий тип перебігу управлінського процесу – програмне управління. І тут упор робиться не так на формування цілей – їх тут небагато, і вони зрозумілі, але в ретельну розробку конкретних завдань, визначення послідовності дій підрозділів та зв'язку цих дій між собою. Сукупність таких завдань є програма управління. Даний тип управлінського процесу застосуємо, зазвичай, під час вирішення складних завдань виробництва із безліччю учасників, коли головним стає узгодження їхніх процесів у часі.

Третій тип управлінського процесу – ситуаційне управління. Воно притаманно усталеного, відпрацьованого виробництва: великосерійного, масового. Цілі тут зрозумілі і рідко змінюються. Головне – мати можливість вийти найкраще з несприятливих ситуацій, що створюються, збоїв виробничого процесу. Це досягається шляхом використання готових стандартних рішень, що дозволяють ліквідувати відхилення, що виникають, швидко і з найменшими втратами (цей тип управління іноді так і називають – управління по відхиленням).

Важливо, що у житті, практично, важко зустріти обстановку до застосування тієї чи іншої типу управління у чистому вигляді. Зазвичай вони використовують у різних поєднаннях. Прикладом такого поєднання, що набула широкого поширення останніми роками, може бути програмно-цільове управління – створення і реалізація цільових комплексних програм, що ввібрало у собі елементи як цільового, і програмного управління. Область застосування програмно-цільового управління – вирішення корінних, основних завдань підприємства (установи).

1.3. Методи управління в галузі охорони здоров'я та напрямки їх

удосконалення

Сучасна література з організації охорони здоров'я дозволяє виділити 2 основних підходи до управління охороною здоров'я. Деякі автори розуміють цей термін як установу чи інституцію, яка визначає умови та форми прийняття організаційних рішень, включає організаційні елементи (планування, координацію, аналіз) та управління. Згідно з концепцією загальної теорії менеджменту, управління охороною здоров'я-це засіб підтримки і поліпшення здоров'я населення (при цілеспрямованому інформаційному впливі на цілі системи охорони здоров'я (медичні установи, фармацевтичні організації, Асоціації лікарів і т.д.)) або досягнення інших цілей в цій області. Коли ми говоримо про менеджмент в медичній допомозі, нам потрібно пам'ятати про 2 основних поняттях: менеджмент і керованість. Традиційно державна модель управління асоціюється з менеджментом, тоді як приватна модель асоціюється з менеджментом. Однак останнім часом розвиток процесу передачі управлінських ідей і технологій в державний сектор розмило межі при використанні цих термінів, і менеджмент все частіше замінюється менеджментом. У західній літературі з'явилося багато нових термінів, особливо "нове державне управління" (new public administration) і так далі. Термін зазвичай сприймається як новий вид діяльності, спрямований на модернізацію, динамічні зміни в державному секторі та управління новим стилем громадської організації.

Виходячи з результатів загальної закономірності, будуються певні методи управління в залежності від умов, в яких вони використовуються. Охорона здоров'я не є винятком і має свої особливості управління, як для спеціального суб'єкта діяльності, так і для соціальної спрямованості функціонування системи.

По-перше, результатом діяльності медичного закладу є послуга, що визначає специфічний характер взаємодії між постачальником медичних послуг і споживачем послуги, який безпосередньо контактує зі споживачем і

залучає його до процесу надання послуги. Це, в свою чергу, знаходить відображення серед різноманіття технологій, які працюють з клієнтами. Це означає якість і необхідність надання медичних послуг, а також складність оцінки діяльності медичних установ в цілому і результатів роботи їх співробітників. Це в основному визначає організацію управління сектором охорони здоров'я.

По-друге, Медичні послуги відносяться до соціальних служб. Це означає, що, з одного боку, крім прямого впливу на споживачів, існують також державні та соціальні впливи, а з іншого боку, суспільство визнає важливість отримання громадянами медичних послуг та їх роль у наданні медичної допомоги.

Таким чином, серед найбільш важливих особливостей медичних установ, які відносяться до характеру їх діяльності і впливають на процес їх управління, можна виділити наступні:

- 1) складність визначення якості та вимірювання ефективності роботи;
- 2) Висока спеціалізація основних видів діяльності, які часто є невідкладними і невідкладними;
- 3) відсутність права на невизначеність і помилку;
- 4) необхідність тісної координації роботи різних підрозділів;
- 5) найбільш висококваліфіковані співробітники, які виступають як представники своєї професії;
- 6) необхідність контролю з боку керівництва медичного закладу за діяльністю лікаря, що безпосередньо впливає на визначення обсягу робіт і витрат медичного центру;
- 7) труднощі в координації роботи, пов'язані з подвійним підпорядкуванням, існуючим в багатьох медичних установах, особливо лікарнях, і в розподілі повноважень і відповідальності.

Особливістю медичних установ є те, що всі перераховані вище ознаки поєднуються, що, в свою чергу, призводить до їх більш інтенсивної симптоматиці.

Відмінною рисою медичної системи є різноманітність суб'єктів, об'єктів і, відповідно, форм діяльності. Загальноприйнята класифікація виділяє 3 типи медичних установ, які відповідають 3 секторам сучасного суспільства (державним, приватним, некомерційним), кожному з яких відповідає сфера управління.

1. Громадське здоров'я. Це регіон, в якому втілені соціальні цінності, які можуть бути належним чином реалізовані не тільки через соціальний розвиток і політичні процеси, а й через ринки, беручи до уваги різноманітність соціальних і економічних інтересів суспільства. Державні установи охорони здоров'я фінансуються за рахунок державних коштів і надають послуги населенню безкоштовно або за плату, яка зазвичай не перевищує вартість послуги.

Для виконання таких завдань державним органам потрібна спеціальна модель управління:

- а) законодавчі та виконавчі органи влади та громадськість несуть відповідальність за свої дії;
- б) здійснює монотонний підхід до клієнтів;
- в) Регулярно дотримується певних процедур, встановлених відповідними законами та підзаконними актами та іншими правилами;
- г) керується принципом державної служби в кадровій політиці.

2. Приватні медичні установи. Вони фінансуються не державою, а засновниками (фізичними та/або юридичними особами). Окрім різниці у фінансуванні, приватні організації також відрізняються від державних організацій:

а) їх керівництво має велику гнучкість, менеджери користуються більшою свободою прийняття рішень, а процес управління більш персоналізований;

б) управлінські рішення визначаються, перш за все, економічними параметрами, в яких виявляється особлива чутливість до витрат, тобто в приватних організаціях строго дотримується принцип прямої залежності між

доходами і витратами.

Все це дозволяє приватному сектору краще задовольняти індивідуальні потреби населення на більш високому технологічному рівні та надавати високоякісні послуги. У той же час ці організації по суті є комерційними організаціями. Вони створюються в першу чергу для того, щоб їх власники отримували матеріальні вигоди.

3. Так званий третій сектор, сформований некомерційними організаціями (НКО), третя модель управління в охороні здоров'я. Серед основних функцій громадських організацій, слід зазначити, що термін виник в США в 1970-х роках і відображає той факт, що такі організації розглядаються в якості альтернативи як приватних, так і громадських організацій з притаманними їм недоліками: використання неурядових організацій,

а) це проявляється в тому, що некомерційні організації виникають в результаті наміру засновників займатися певною діяльністю некомерційного характеру для вирішення певних соціальних проблем.;

б) НКО не призначені для отримання прибутку і розподілу її між учасниками. При здійсненні незабороненої комерційної діяльності, як правило, отриманий дохід може бути використаний тільки на благо розвитку організації та досягнення її цілей. Російський закон про НКО передбачає, що якщо дохід перевищує витрати, то перевищення не розподіляється між членами (засновниками) організації.

Особливості НУО відображаються у формі управління, способі взаємодії з державою і приватним сектором, взаєминах між засновниками і менеджерами, організації волонтерської роботи і т. д.

Системам охорони здоров'я, як і будь-який інший галузі, необхідно використовувати ряд способів впливу на керівний орган суб'єкта. Метод медичного менеджменту заснований на об'єктивному характері взаємин між учасниками системи і повинен враховувати певні особливості поведінки суб'єкта в цій сфері.

В цілому, існує в основному 3 групи методів управління медичними установами (табл.1.1).

Таблиця 1.1

Групи методів управління закладами охорони здоров'я

№ п/п	Найменування методів	Характеристика методу
1	Економічні методи	Прийоми та способи впливу на виконавців за допомогою конкретного порівняння витрат та результатів (матеріальне стимулювання та санкції, фінансування та кредитування, зарплата, собівартість, прибуток, ціна). Основні інструменти управління - система оплати медичних послуг, яка має покривати витрати медичного закладу на надання медичної допомоги та стимулювати адміністрацію ЛПЗ максимально ефективно використовувати наявні фінансові та матеріальні ресурси. Виділяються такі системи оплати медичної допомоги: кошторисне фінансування, оплата за відвідування (або один ліжко-день), оплата окремих медичних послуг, оплата закінченого випадку, подушове фінансування (вважається найбільш прогресивним методом) і система фондотримання.
2	Організаційно-розпорядчі методи	До цієї групи методів управління відноситься аналіз ефективності діяльності медичного закладу, в основі якого лежить оцінка результатів ЛПЗ на основі системи економічних та соціальних показників
3	Соціально – психологічні методи	Методи прямого впливу, що мають директивний, обов'язковий характер і засновані на дисципліні, відповідальності, владі та примусі. До цієї групи відносять: регламентування, організаційне проектування, нормування*. Сутність даних методів – встановлення особливих правил, обов'язкових для виконання та визначальних зміст та порядок організації надання медичної допомоги – стандарти ресурсної бази ЛПЗ, стандарти процесу діагностики та лікування, стандарти результату лікування. Розпорядчі методи реалізуються у формі наказу, ухвали, розпорядження, інструктажу, команди, рекомендації

Існують також специфічні підходи до організації медичної допомоги, розроблені в останні десятиліття: Системний аналіз діяльності медичних установ, медичне управління з використанням інтегрованих систем, методи моделювання в деяких системах перехідної економіки, методи оцінки фахівців. Основним напрямком вдосконалення методології управління слід вважати інтеграцію класичних методів управління та об'єктно-орієнтованого, включаючи елементи 3-х департаментів охорони здоров'я. В даному випадку управління повинно стати технологією, яка допоможе забезпечити раціональне використання обмежених ресурсів і подолати труднощі, що

виникли в державному секторі.

Проблема конвергенції методів управління є новою, особливо для Росії, тому вимагає серйозних теоретичних досліджень, глибокого наукового розуміння і підтримки. В основі наукових дискусій щодо охорони здоров'я лежить питання про те, наскільки важливі відмінності між моделями управління приватним та державним секторами та чи може досвід, накопичений в одному секторі, бути використаний для покращення управління організаціями в інших секторах. Необхідно коротко розглянути основні підходи до управління медичною системою в зарубіжних країнах (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Основні підходи до управління охороною здоров'я за кордоном

№ п/п	Найменування підходу	Сутність підходу
1	Децентралізація управління	Перенесення функцій управління на окремі об'єкти охорони здоров'я або їх об'єднання (США, Німеччина). Охорона здоров'я США практично повністю підпорядкована законам ринку та принципам самоврядування. Домінують економічні методи, а також традиції менеджериалізму та корпоративного управління, перенесені до сфери надання медичної допомоги. Роль держави полягає в основному в моніторингу системи та організації окремих підсистем (фінансування окремих програм для бідних, літніх, організація центрів боротьби з туберкульозом, СНІДом та ін.)
2	Централізоване управління	Домінує державний орган (Франція, Іспанія, низка країн Східної Європи, країни СНД, Китай). Як правило, це країни або з низьким рівнем бідності та вкрай нестійкою соціально-економічною ситуацією, або з пануванням традицій в управлінні (азіатські країни), в яких єдиним можливим методом управління є адміністративно-управлінський, що характеризується жорсткою регламентацією та плануванням усіх служб та департаментів, ієрархічною підпорядкованістю та високим ступенем бюрократизації
3	Змішана система	Державний вплив співіснує з незалежними комерційними чи некомерційними медичними організаціями, які самостійно приймають управлінські рішення (Великобританія, Канада, Німеччина, Нідерланди, Японія та ін.). Підхід характерний для переважної більшості розвинених країн, що дає необхідний рівень ефективності роботи системи

Основним елементом реформи охорони здоров'я в країні зі змішаною

системою медичного менеджменту є принцип контрольованої конкуренції. З одного боку, держава зводить до мінімуму втручання в сферу медицини, де дія принципу ринкової конкуренції підвищує якість певних медичних послуг і сприяє їх різноманітності. З іншого боку, певні сфери охорони здоров'я перебувають під контролем держави, зберігаючи при цьому всі організаційні та регулюючі функції. Аналіз досвіду найбільш успішних країн дозволяє нам виділити 4 основних напрямки: основні принципи політики охорони здоров'я, стратегічні рішення щодо розвитку кадрових ресурсів, узгодження заходів щодо забезпечення безпеки населення та надання окремих видів медичної допомоги, моніторинг, оцінка та аналіз стану здоров'я населення, населення, робота служби охорони здоров'я країни.

Аналіз ситуації і перспектив розвитку методологічної бази управління навчальним закладом є предметом ряду досліджень провідних вітчизняних і зарубіжних фахівців. Слід зазначити, що в останні роки загальна соціально-політична ситуація в Росії була стабільною, і необхідна розробка нових методів управління, як в економічній, так і в медичній сфері.

Отже, вдосконалення методів управління медичними установами в період інституційної реформи має ґрунтуватися на принципі інтеграції традиційних і сучасних методів і форм управління, що відповідають суті соціально-економічної трансформації ринку і сприяють об'єднанню розрізнених учасників медичної системи.

Сьогодні в Україні йде активна дискусія про статус адміністративного персоналу медичних закладів та наявність спеціальної освіти для таких посад.

Основними стратегічними напрямками вдосконалення системи управління медичним персоналом є:

- Оптимізація організаційної структури та людських ресурсів у медичній системі;
- Організація систем забезпечення і підтримки якості медичної допомоги за допомогою стандартизації, регулярного перегляду введених

стандартів;;

- Впровадження науково обґрунтованої медичної практики, організація медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта.

Відділ кадрів лікарні повинен використовувати системний підхід до підбору медичного персоналу. Цей підхід заснований на встановленні найбільш важливих якостей, якими повинні володіти менеджери нижчої і середньої ланок:

- бажання отримувати задоволення від досягнення цілей не тільки за рахунок влади, грошей і прибутку, а й за рахунок спільної роботи колег;;

- Розумові здібності вище середнього;

- Здатність до логічного аналізу;

- Комунікбельність, яка оцінюється за розмовами, участі у зустрічах, діловим паперів, що виявляється у виборі висловлювань, організації думок, ясності і переконливості презентацій;;

- Оцінюється за чесністю, моральним авторитетом, довірою та відповідальністю за дії, які можуть поставити під загрозу підрозділ чи установу.

Метод вибору адміністратора лікарні можна розділити на традиційний і науковий. Традиційний метод відбору полягає в наступному::

- З урахуванням результатів попередньої діяльності кандидата (організаторські здібності, взаємини з колегами та відвідувачами, професіоналізм, ініціативність, скрупульозність);;;

- Особисті дані (вік, освіта, досвід роботи та професійне зростання, спеціальна освіта, зміна кар'єри, сімейний стан, нагороди);

- Враження керівників, колег по роботі і підлеглих про ділові та особисті якості;;

- Інтуїтивне враження співробітників відділів кадрів і менеджерів, що беруть участь у вирішенні кадрових питань;

Однак традиційні методи відбору та оцінки вищих посадових осіб також мають недоліки, і часто рішення можуть виявитися невдалими.

Співробітник, який успішно справляється з роботою на низовому рівні, може виявитися не в змозі працювати на більш складній і відповідальній посаді. Просування відмінного співробітника по службових сходах до рівня некомпетентності закінчується психологічною трагедією для керівника, який не зміг впоратися з поставленим завданням, і серйозним збитком справі.

Науковий метод використовує специфічний метод оцінки менеджерів, не зменшуючи важливості традиційних методів. Метод оцінки полягає у виявленні здібностей кандидата на керівну посаду, в умінні визначати пріоритетні цілі установи або іншої служби на певний період часу, розуміти проблеми досягнення мети. Найбільш поширеним науковим методом є тестування. Тести для відбору кандидатів на керівні посади в структурі середніх медичних працівників можна розділити на наступні:

- Кваліфікаційні, або виробничі, що дозволяють виявити рівень знань і умінь за видами діяльності;
- психологічні, що дозволяють виявити і оцінити особистісні якості;

Існуюча система управління сестринським персоналом є гальмом на шляху розвитку професіоналізму медсестер і підвищення якості роботи медсестер, впровадження нових високоефективних медичних технологій як окремими співробітниками, так і групами працівників лікувально-профілактичних установ, коли лікарі несуть відповідальність за виконання професійних функцій медичних сестер, санітарок середньої ланки є медсестрами, а головна і старші медсестри змушені займатися економічними проблемами більшу частину робочого часу [1]. Це стало.

Технологія управління медичним персоналом в лікарнях повинна бути орієнтована на відповідність наступним трьом критеріям: бути безперервною, мати різні методи оцінки якості, мати внутрішні і зовнішні підходи до контролю якості медичної допомоги.

У зв'язку з цим велике значення мають організаційні аспекти запуску і сталого функціонування технологій Управління персоналом. Даний механізм універсальний і заснований на тріаді обов'язкових правил.

Правило 1. Психологічна підготовка першого керівника медичної організації (або одного з керівників вищої ланки) до використання інноваційних методів управління персоналом не підриває довіри до інноваційних технологій.

Однак було важливо, щоб ця технологія була рефлексивно визнана керівництвом, а це означало, що сам керівник був творчою і стратегічною людиною, що володів інноваційними якостями, і що систематична робота з персоналом вітчизняних медичних установ на практиці не проводилася. Ігнорування важливості такої роботи має глибоке коріння через нашу психічну неповагу до праці інших людей.

Правило 2. Бажано поступово застосовувати технології соціальних інновацій, починаючи з окремого підрозділу або іншої категорії працівників охорони здоров'я. Потім необхідно послідовно підключати інші відділи і категорії персоналу. Це пов'язано з традиційною недовірою самого співробітника до соціологічних опитувань і кадрових змін, а також відсутністю системної взаємодії кадрових служб з персоналом і керівниками медичних установ.

Правило 3. Проведення семінарів по впровадженню всередині організації є необхідною умовою успішного запуску інноваційних технологій управління людськими ресурсами. Вже в процесі проведення таких семінарів можна буде визначити, хто добровільно бере участь у формуванні інноваційної системи управління персоналом. Інший відділ або інша категорія співробітників.

Дослідження з розвитку управління медичним персоналом повинні спочатку чітко визначити його в медичній системі, визначити вимоги до відбору персоналу і зосередитися на питаннях лідерства і мотивації. Крім того, впровадження питань управління персоналом в систему підготовки та перепідготовки медичного персоналу має сприяти підвищенню не тільки рівня підготовки, а й професійного престижу.

Висновки до розділу 1

Таким чином, ті, хто пройшов організаційну підготовку, а також підготовку з менеджменту, можуть управляти лікарнями і навіть стати менеджерами більш високого рівня просування України до європейських стандартів також вимагає визначення нових вимог до менеджерів, особливо до тих, хто працює в галузях, що визначають індекс людського розвитку або впливають на науково обґрунтовану працю в Україні. контекст реформи медичної галузі. Визначити нові підходи до стимулювання трудової активності медичних працівників, засновані на застосуванні системи раціонального харчування

У першому розділі ми розглянули сутність і визначення управлінської роботи медичного підприємства. Вивчаються концепції, фактори і системи формування здібностей керівника підприємства галузі охорони здоров'я. Розглянуто основні етапи розвитку компетентнісного підходу. Визначено суть понять "компетентність" і "компетентнісний підхід". Вивчено компоненти компетентності в управлінській діяльності медичних працівників та їх види. Розглянуто зарубіжний досвід організації управлінської роботи підприємств галузі охорони здоров'я. Також вивчено зарубіжний досвід призначення менеджерів в медичні установи.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «КРИВОРІЗЬКА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ» КРИВОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Загальна характеристика та аналіз діяльності КП «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради

Комунальне підприємство Криворізької міської ради " Криворізька інфекційна лікарня "(далі – КП "КІЛ" КМР) є медичним закладом-спільним унітарним некомерційним підприємством, що надає спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу дорослим та дітям міста та області відповідно до законодавства. процедури та умови, встановлені законами та Статутом установ України, а також вживає заходів щодо профілактики інфекційних захворювань та підтримання громадського здоров'я населення. До лікарні надходять 75% пацієнтів з міста та 25% пацієнтів з усіх районів області. Більше половини пролікованих пацієнтів-діти. До 40% пацієнтів з району області надходять до відділень анестезіології та інтенсивної терапії.

Історія інфекційних служб у місті Кривий Ріг, особливо інфекційних лікарень, налічує майже 112 років. Все починається в 1908 році, коли інфекційні бараки знаходилися в приміщеннях сучасних будівель. З 1918 року казарми Датського Червоного Хреста для хворих і поранених Південно-Західного фронту розташовувалися на території колишньої Криворізької районної земської лікарні (нині інфекційна лікарня), яка призначалася в основному для госпіталізації хворих, інфікованих черевним тифом. Під час Великої Вітчизняної війни, під час окупації міста, Лікарня продовжувала функціонувати як інфекційний стаціонар. Головним лікарем був військовий лікар Гудзенко п., який згодом став професором Київського медичного інституту.М. Я був призначений членом Ради директорів правління директорів.

З 1959 року лікарня розташовується в пристосованому старому будинку на 120 ліжок. У 1992 році було побудовано та введено в експлуатацію три нові корпуси інфекційної лікарні на 150 ліжок. В даний час інфекційна лікарня розрахована на 150 ліжок і складається з 5 лікувально-профілактичних відділень, приймальних відділень, допоміжних діагностичних відділень, кабінетів аналізу інформації, палат інтенсивної стерилізації, харчоблоків та господарських підрозділів. Цей навчальний заклад є клінічною базою для підготовки інтернів та проходження професійної виробничої практики студентами Криворізького та Нікопольського медичних університетів.

У лікарні постійно організуються заняття, семінари, науково-практичні зустрічі з локальних проблем інфекційних захворювань. Л.В. вчені кафедри епідеміології та інфекційних хвороб Київського науково-дослідного інституту імені вчених Громашевського, Вінницького, Львівського, Тернопільського та інших державних медичних університетів неодноразово відвідували ці заклади у 2020 році, лікарня пройшла державну сертифікацію, і була підтверджена вища сертифікаційна Категорія. У 2022/1/2 році Криворізька інфекційна лікарня була реорганізована шляхом перетворення її на комунальне підприємство "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради. У 2022/3/12 році була отримана ліцензія на право ведення господарської діяльності з реалізації наркотичних засобів та прекурсорів. У 2022 році була придбана ліцензія на ведення господарської діяльності в медичній практиці.

В табл. 2.1 наведено основні показники роботи комунального підприємства "КІЛ" КМР за 2020-2021 рр.

Якщо ми проаналізуємо таблицю 2.1, то можемо зробити висновок, що кількість ліжок не змінилася в період з 2020 по 2021 рік. Число пролікованих пацієнтів скоротилося на 22. Кількість виписаних пацієнтів збільшилася на 104. Кількість смертей збільшилася на 3. Показник виконання плану ліжко-місць збільшився на 0,28%. Відсоток загальної лікарняної смертності

збільшився на 0,05%.

Таблиця 2.1

Основні показники роботи КП “КІЛ” КМР за 2020-2021 рр.

Показники	2020р.	2021р.	2021-2020 рр.
Кількість ліжок	150	150	-
1. Поступило хворих:	5207	5185	-22
- дорослі	2232	2278	46
- діти	2975	2907	-68
- місто	3946	3907	-39
- райони	1261	1278	17
2. Виписано:	5139	5243	104
- дорослі	2199	2309	110
- діти	2940	2934	-6
- дітей до 1 року	453	507	54
3. Померло:	7	10	3
- дорослі	5	9	4
- діти	2	1	-1
- дітей до 1 року	2	1	-1
Місто:	0	7	7
- дорослі	0	7	7
- діти	0	0	0
Райони:	7	3	-4
- дорослі	5	2	-3
- діти	2	1	-1
4. Зайнятість ліжка:	310,41	307,71	-2,7
- дорослі	325,88	322,91	-2,97
- діти	270,01	269,4	-0,61
5. Проведено л/днів	46562	46156	-406
- дорослі:	25283	25033	-250
- діти:	21279	21123	-156
6. Середній л/день:	8,94	8,9	-0,04
- дорослі	11,21	10,65	-0,56
- діти	6,92	6,96	0,04
7. Обіг ліжка:	34,71	34,57	-0,14
- дорослі	28,27	29,12	0,85
- діти	37,25	36,91	-0,34
8. % виконання плану л/днів:	110,8	111,08	0,28
- дорослі	103,39	103,99	0,6
- діти	110,34	110,63	0,29
9. % загальної летальності по стаціонару	0,14	0,19	0,05

Для оцінки основних техніко-економічних показників на комунальному підприємстві “КІЛ” КМР за 2020-2022 рр. використаємо дані табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Характеристика основних техніко-економічних показників діяльності КП
“КІЛ” КМР за 2020 - 2022 рр.

Показники	Дані по роках			Темп приросту, %	
	2020 р.	2021 р.	2022 р.	2021/ 2020 рр.	2022 / 2021 рр.
Усього доходи, тис. грн.	35503,13	38030,26	75876,8	107,12	199,52
Середньооблікова чисельність штатних працівників, осіб	248	241	261	97,18	108,30
Матеріальні витрати, тис. грн.	10638,56	9677,99	18816,8	90,97	194,43
Середньорічна вартість основних фондів, тис. грн.	27464,29	69112,82	75433,4	251,65	109,15
Оборотні активи, тис. грн.	10,59	27,89	21136,7	263,36	75785,9
Продуктивність праці, тис. грн/особу	143,16	157,80	305,95	110,23	193,88
Матеріаловіддача, грн/грн.	3,34	3,93	4,03	117,75	102,54
Віддача основних засобів, грн/грн.	1,29	0,55	1,01	42,57	183,64
Оборотність оборотних засобів (кількість обертів)	3 352,51	1 363,58	3,58	40,67	0,26
Фонд оплати праці штатних працівників, тис. грн.	18121,64	19591,46	52829,2	108,11	278,11

Аналізуючи дані в табл. 2.2, відзначимо, що загальна виручка комунального підприємства КП “КІЛ” КМР збільшилася в 2021 році в порівнянні з 2020 роком на 7,12%, а в 2022 році - майже в 2 рази в порівнянні з 2021 роком (2.1).



Рис. 2.1. Доходи КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради за 2020-2022 рр.

Середня чисельність співробітників КР КП “КІЛ” КМР збільшилася з 2021 року до 241 особи, у 2022 році - до 261. У 2021 році матеріальні витрати знизилися на 9,03% в порівнянні з 2020 роком, а в 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, збільшилися на 94,43%.

Середньорічна вартість основних засобів має тенденцію до зростання. Таким чином, середньорічна вартість основних засобів у 2021 році збільшилася майже у 2020 році порівняно з 2021 роком у 2,5 рази, а у 2022 році, порівняно з 2021 роком, на 9,15%.

Рівень посилення використання трудових ресурсів проявляється в продуктивності праці одного працівника, яка також мала тенденцію до зростання протягом досліджуваного періоду.

У КП "КІЛ" КМР у 2021 році, порівняно з 2020 роком, виробництво матеріалів збільшилося на 17,75%, а у 2022 році - на 2,54%.

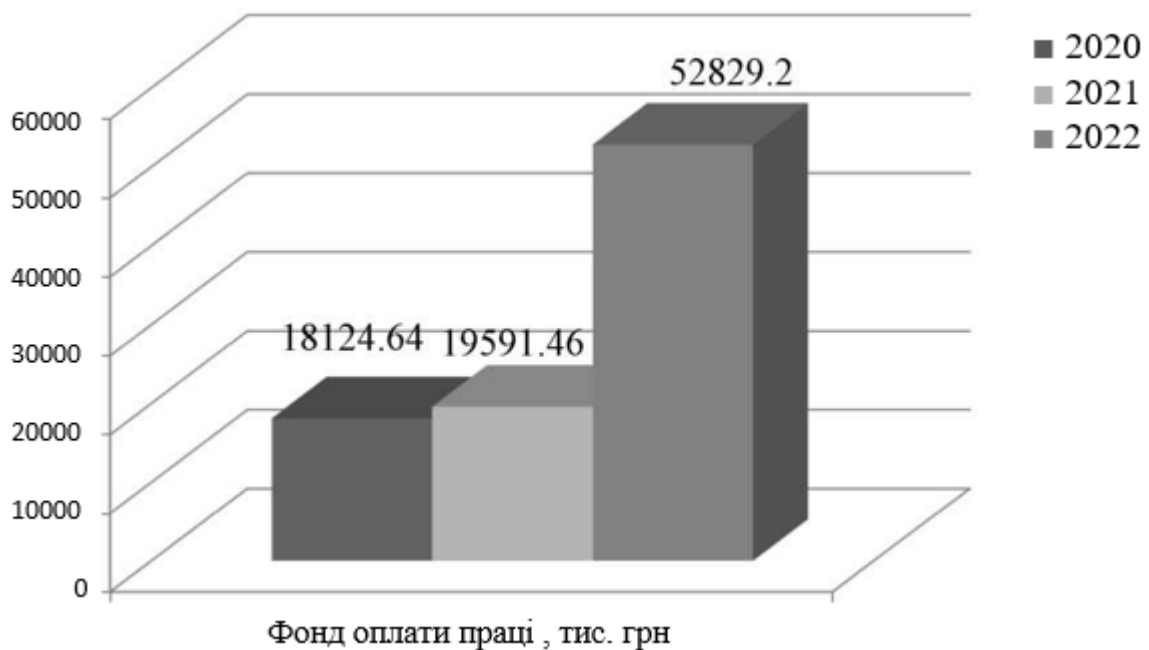


Рис. 2.2. Фонд оплати праці штатних працівників КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради за 2020-2022 рр.

Рентабельність основних засобів у 2021 році знизилася на 57,43%. Це свідчить про те, що підвищення рівня забезпеченості підприємств основними виробничими активами не відбувалося в умовах існування чітко

сформованих стратегій підвищення ефективності їх використання та зміцнення виробництва з використанням матеріально-технічної бази. Фонд заробітної плати працівників КП "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради збільшується, особливо у 2022 році, коли підприємство перейде на нову форму власності

Проаналізуємо елементи операційних витрат на КП "КІЛ" КМР (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Аналіз елементів операційних витрат КП "КІЛ" КМР за 2020 - 2022 рр.

Показники	Рік			Темп приросту, %	
	2020 р.	2021 р.	2022 р.	2021/ 2020 рр.	2022/ 2021 рр.
Матеріальні затрати, тис. грн.	10638,56	9677,99	18816,8	90,97	194,43
Витрати на оплату праці, тис. грн	18121,64	19591,46	54485,2	108,11	278,11
Відрахування на соціальні заходи, тис. грн.	3843,34	4199,56	11627,6	109,27	276,88
Амортизація, тис. грн.	949,67	4987,4	7297,1	525,17	146,31
Інші операційні витрати, тис. грн.	34,33	46,71	9299,0	136,06	19907,94
Разом	33587,54	38503,12	101525,7	114,64	263,68

Як видно з табл. 2.2, матеріальні витрати в 2021 році знизилися на 9,03% в порівнянні з 2020 роком, а в 2022 році збільшилися майже в 2 рази.

Витрати на оплату праці за період навчання зросли у 2022 році майже у 3 рази через зміни у компанії у формі власності на спільні послуги. Відповідні зміни були викликані також вартістю відрахувань на соціальні заходи.

Для контролю елемент операційних витрат відображається графічно (рис. 2.3).

Амортизація збільшилася в 2021 році в порівнянні з 2020 роком в 5 разів, а в 2022 році до 2021 року в 1,5 рази. За досліджуваний період, особливо в 2020 році, структура інших операційних витрат збільшилася майже в 20 разів.

Загалом операційні витрати КП " кіл " КМР У у 2021 році, порівняно з 2020 роком, збільшилися на 14,64%, а у 2022 році - у 2,6 рази.

Тому слід зазначити, що без оцінки техніко-економічних показників

неможливо провести повний аналіз ефективності підприємства та організації адміністративної роботи на ньому.

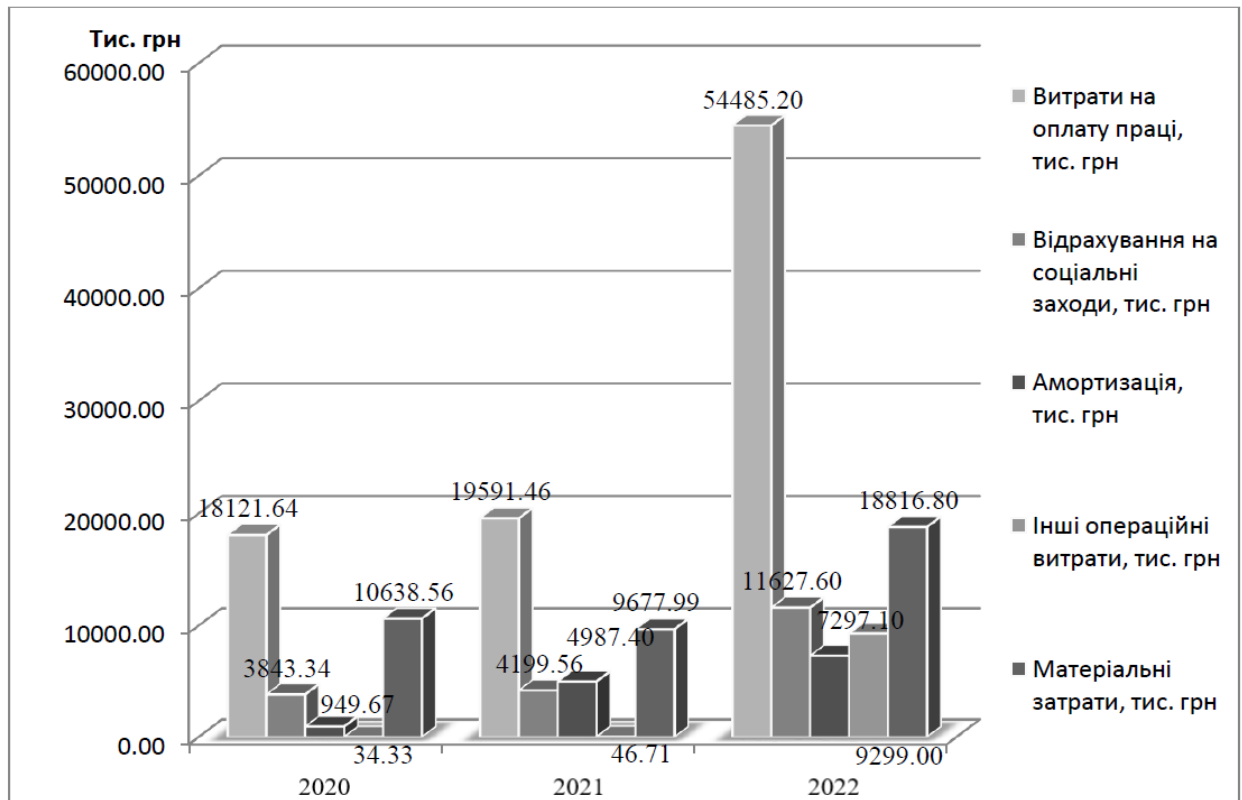


Рис. 2.3. Елементи операційних витрат КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради за 2020-2022 рр.

У 2022/1/2 році Криворізька інфекційна лікарня була реорганізована шляхом перетворення її на комунальне підприємство "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради. До цього часу лікарня була бюджетною установою, у якої були свої особливості фінансово-господарської діяльності, тому в 2019-2021 роках необхідно провести наступний аналіз, 2022 рік є перехідним роком і, щоб краще проаналізувати суть фінансово-господарської діяльності досліджуваного підприємства, ми проаналізуємо дохід показаний в табл. 2.4.

Найбільша частка в структурі доходів інфекційних лікарень в період з 2019 по 2021 рік припадала на бюджетні асигнування, які, як правило, збільшуються з кожним роком (рис.2.4).

Таблиця 2.4

Аналіз доходів КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради за 2019-2021 рр.

Доходи, грн.	Надійшло коштів			Питома вага %		
	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
1. Бюджетні асигнування	28252695	33274431	35056238	94,74	93,72	92,18
2. Надходження від надання послуг	1028	8815	1594	0,00	0,02	0,00
3. Надходження від продажу активів	4827	3282	6956	0,02	0,01	0,02
4. Інші надходження від обмінних операцій	-	-	16962	-	-	0,04
5. Інші надходження від необмінних операцій	1562465	2216599	2948507	5,24	6,24	7,76
Усього	29821015	35503127	38030257	100	100	100

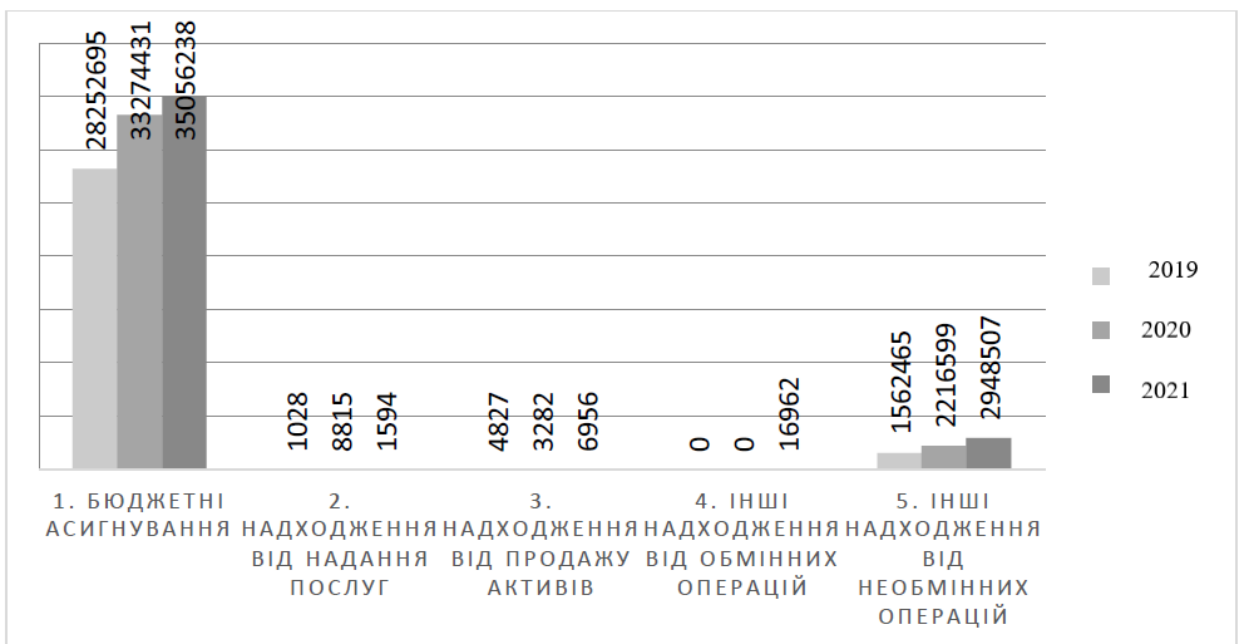


Рис. 2.4. Доходи КП “КІЛ” КМР за 2019-2021 рр.

Розглянемо витрати досліджуваного підприємства за 2019-2021 рр. (табл. 2.5).

Найбільша частка витрат припадає на витрати на реалізацію бюджетних програм, які мають тенденцію до збільшення протягом досліджуваного періоду (рис. 2.5).

Таблиця 2.5

Аналіз витрат КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради за 2019-2021 рр.

Витрати, грн.	Витрачено коштів			Питома вага %		
	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
1. Витрати на виконання бюджетних програм	28086758	33527743	38422556	95,19	93,64	95,19
2. Витрати на виготовлення продукції	1019	25468	33861	0,00	0,07	0,00
3. Інші витрати за обмінними операціями	21929	34325	46714	0,07	0,10	0,07
4. Інші витрати за необмінними операціями	1394981	2216928	4518706	4,73	6,19	4,73
УСЬОГО	29504687	35804464	43021837	100	100	100

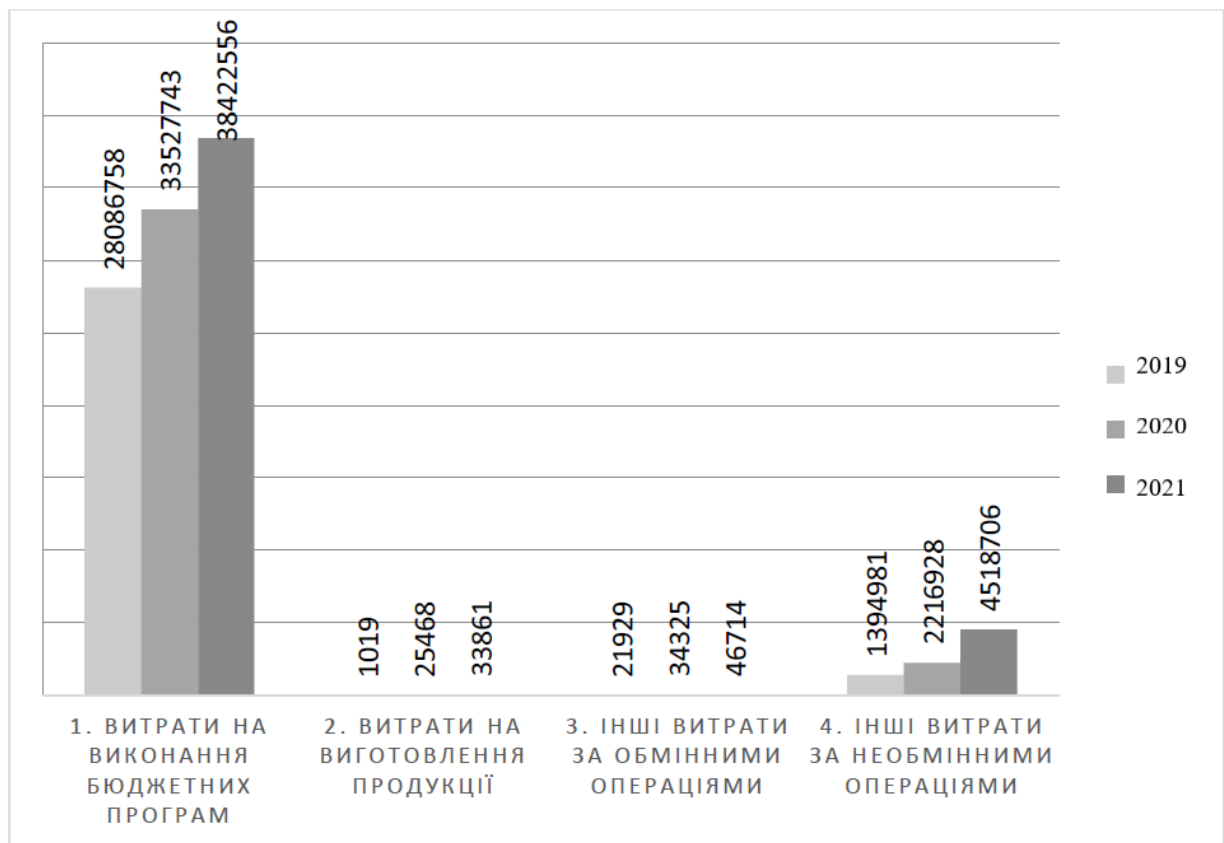


Рис. 2.5. Витрати КП «КІЛ» КМР за 2019-2021 рр.

Економічна концепція, яка передбачає, що дохідна частина бюджету перевищує видаткову частину бюджету, є профіцитом бюджету. Дефіцит бюджету-це перевищення видаткової частини бюджету над дохідною. Тепер давайте розрахуємо дефіцит або надлишок компанії з 2019 по 2021 рік. (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Профіцит/дефіцит КП «Криворізька інфекційна лікарня» КМР за 2019-2021 рр.

Показник, грн.	Сума		
	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Загальні доходи підприємства	29821015	35503127	38030257
Загальні витрати підприємства	29504687	35804464	43021837
Профіцит/дефіцит підприємства	316328	-301337	-4991580

У 2021 році компанія працювала з дефіцитом бюджету в розмірі 499,1580 гривень, тому компанії доведеться шукати способи збільшення виручки.

Таблиця 2.7

Застосування SWOT-аналізу до КП «Криворізька інфекційна лікарня»
Криворізької міської ради

Сильні сторони	Слабкі сторони
1. Підприємство має ліцензію та оптимальну організаційну структуру 2. Фінансування за декількома напрямками 3. Високі показники діяльності стаціонару 4. Своєчасна виплата заробітної плати 5. Підтримка профспілки 6. Збільшення захворюваності закріпленого за лікарнею контингенту 7. Комп'ютеризація робочих місць 8. «Ковідні» доплати 300%	1. Низький рівень оплати праці 2. Плинність кадрів 3. Низька мотивація співробітників 4. Шкідливі умови праці 5. Відсутність можливості ефективного підвищення кваліфікації 6. Медичне забезпечення в недостатніх об'ємах 7. Відсутність сучасного медичного обладнання
Можливості	Загрози
1. Запровадження нових лікувально-діагностичних технологій та досліджень 2. Можливе збільшення кількості пацієнтів та ліжок 3. Заохочення працівників у вигляді додаткових грошових виплат 4. Підвищення мотивації співробітників до своєї праці 5. Раціональна комплектація штату	1. Збільшення навантаження на медичний персонал 2. Зростання конкуренції на ринку медичних послуг 3. Можливість пацієнтів лікуватися поза межами лікарняного закладу 4. Претензії зі сторони пацієнтів 5. Зростання рівня захворюваності серед співробітників

Одним з інструментів вивчення діяльності компанії є SWOT-аналіз, досить відомий метод. SWOT-аналіз полягає у виявленні сильних і слабких сторін компанії на ринку, зовнішніх загроз і можливостей, які можуть перешкодити або допомогти діяльності та розвитку компанії. SWOT-аналіз класифікується в залежності від ситуації і проводиться для того, щоб чітко

зрозуміти зовнішні сили, тенденції та перешкоди на ринку, на якому працює компанія і прагне завоювати конкурентні позиції. Якщо в якості об'єкта дослідження вибрано медичний заклад, метою SWOT-аналізу є чітке формулювання основних напрямків розвитку даного закладу шляхом систематизації наявної інформації про його переваги та недоліки, виявлення потенційних можливостей і загроз, що діють на підприємство ззовні (табл. 2.7).

Отже, розробивши матрицю SWOT-аналізу досліджуваних компаній, компанії володіють достатньою кількістю сильних сторін і можливостей для зниження негативного впливу слабких сторін і загроз. Цю матрицю слід постійно оновлювати, щоб відстежувати поточний стан компаній.

2.2. Аналіз результативності праці в межах комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

Однією з найважливіших умов збільшення обсягів виробництва є ефективне використання без втрати робочого часу. Ефективність роботи і досягнення всіх техніко-економічних показників залежить від того, наскільки повно і раціонально воно використовується.

У табл. 2.8 зображено характеристику використання робочого часу на КП “КІЛ” КМР за період 2020-2022 років.

Таблиця 2.8

Використання робочого часу КП “КІЛ” КМР за 2020-2022 рр.

Показник	Дані по рокам			Відхилення, +/-	
	2020	2021	2022	2021-2020 рр.	2022-2021 рр.
1 Середньооблікова чисельність працівників, <u>чол.</u>	248	241	261	-7	20
2 Відпрацьовано за рік одним працівником днів	232	240	240	8	-
3 Середня тривалість робочого дня, год.	8	8	8	-	-
4 Відпрацьовано людино-годин за рік, год.	460288	462720	501120	2432	38400

Як видно з табл. 2.8, у 2021 році кількість відпрацьованих днів на 1 працівника зросла на 8 днів порівняно з 2020 роком, а в 2022 році вона не змінилася.

Середні робочі дні в період з 2020 по 2022 рік залишилися незмінними.

Таким чином, ефективність використання робочого часу на підприємстві залишається стабільною. В середньому 1 працівник пропрацював 240 днів.

По-перше, для того, щоб безпосередньо оцінити і проаналізувати чисельність персоналу комунального підприємства «КІЛ» КМР у 2020-2022 роках, необхідно проаналізувати штатний розклад підприємства (табл.2.9).

Таблиця 2.9

Забезпеченість кадрами КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради на 01.01.2022 р.

	Фізичні особи	З них в декретних відпустках
Лікарі	30	2
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	4	-
Середній медперсонал	111	20
Молодший медперсонал	72	2
Інший персонал	48	-
Всього	265	24

Для кращої наочності структуру персоналу КП “КІЛ” КМР відобразимо графічно (рис. 2.6).

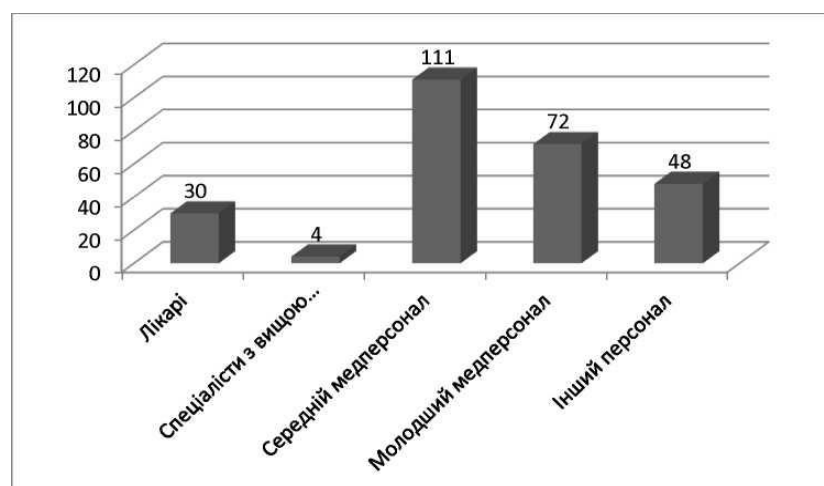


Рис. 2.6. Структура чисельності персоналу КП “КІЛ” КМР на 01.01.2022 р.

Для того, щоб краще проаналізувати чисельність персоналу на КП “КІЛ” КМР проаналізуємо рух персоналу на підприємстві (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Рух персоналу КП “КІЛ” КМР у 2020-2022 рр.

Показники	Рік			Відхилення	
	2020	2021	2022	2021-2020 рр.	2022-2021 рр.
Середньооблікова чисельність персоналу, чол.	248	241	261	-7	20
Прийнято працівників	48	32	27	-16	-5
Вибуло працівників, всього	46	37	12	-9	-25
з них:	-	-		-	
- змін в організації виробництва і праці					
- за власним бажанням та за порушення трудової дисципліни	46	7	12	-39	5
Коефіцієнт обороту по прийому	0,19	0,13	0,10	-0,06	-0,03
Коефіцієнт обороту по звільненню	0,19	0,15	0,05	-0,04	-0,10

З табл. 2.10 видно, що компанію покинуло більше співробітників, ніж було прийнято, про що свідчить скорочення числа співробітників, зайнятих повний робочий день, в період 2021 року.

На рис. 2.7 зобразимо мобільність кадрів КП “КІЛ” КМР у 2020-2022 рр.

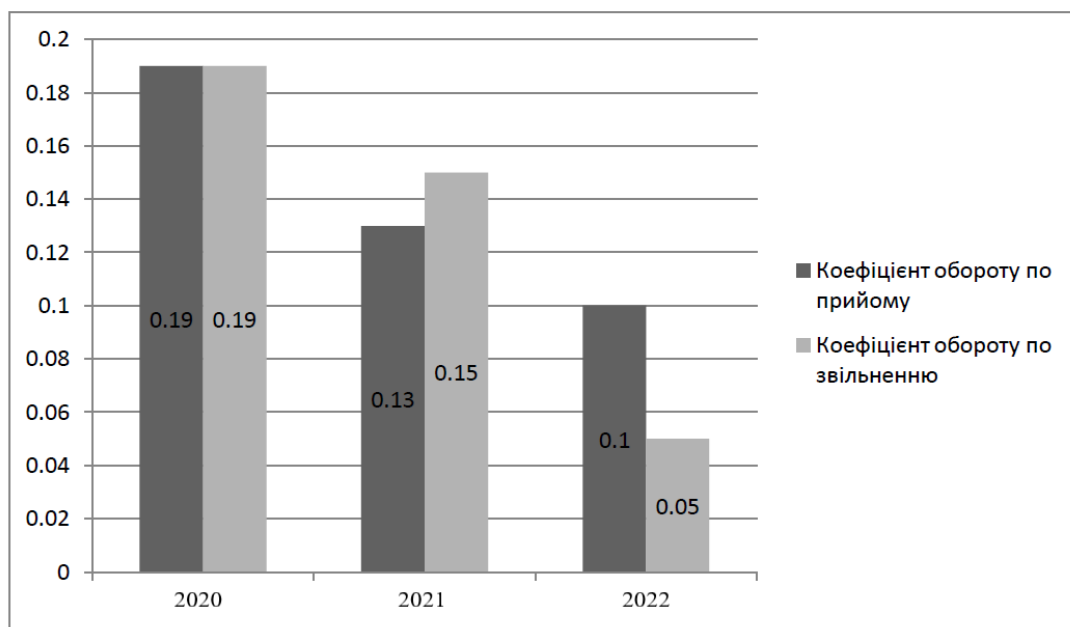


Рис. 2.7. Мобільність кадрів КП “Криворізька інфекційна лікарня”

Криворізької міської ради у 2020-2022 рр.

Оборот у 2021 році знизився до 2020 року на 0,06 процентного пункту порівняно з 2022 роком на 0,03 процентного пункту.

Коефіцієнт плинності кадрів при звільненнях в 2021 році знизився в порівнянні з 2020 роком на 0,04 процентних пункту, а в 2022 році він знизився на 0,1 процентних пункту.

Давайте проаналізуємо продуктивність праці в межах КП «КІЛ» КМР за 2020-2022. (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Динаміка продуктивності праці комунального підприємства «КІЛ» КМР за 2020-2022 рр.

Показник	Рік			Відхилення, +/-	
	2020 р.	2021 р.	2022 р.	2021/	2022/
				2020 рр.	2021 рр.
Усього доходів, тис. грн.	35503,13	38030,26	75876,8	107,12	199,52
Середньооблікова чисельність працівників, осіб	248	241	261	97,18	108,30
Відпрацьовано днів одним працівником за рік	232	240	240	1,03	-
Середня тривалість робочого дня, год.	8	8	8	-	-
Загальна кількість відпрацьованого часу за рік робітниками:					
- людино - днів	57536	57840	62640	1,01	1,08
-людино-годин	460288	462720	501120	1,01	1,08
Середньорічний виробіток, тис. грн /особу	143,16	157,80	290,72	1,1	1,84
- одного працівника					

Інформаційну базу для даного аналізу можна знайти у формі №2 "Звіт про фінансові результати", формі №1-ПВ "звіт про працю".

Як видно з даних табл. 2.11, виручка комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" у 2021 році збільшилася порівняно з 2020 роком на 7,12%. Середні робочі дні комунального підприємства «КІЛ» КМР у 2020-2022 залишилися незмінними.

Загальна кількість робочих днів для співробітників збільшилася з 2021 року до 57 840 днів, у 2022 році - до 62 640 днів. Середньорічне вироблення на одного працівника збільшилося у 2021 році порівняно з 2020 роком на 10,0%, а у 2022 році - на 18%.

Аналіз складу фондів заробітної плати та інших виплат в комунальному підприємстві «КІЛ» КМР в 2020-2022 роках проведено відповідно до законодавства.

Таблиця 2.12

Аналіз складу фонду оплати праці та інших виплат на комунальному підприємстві «КІЛ» КМР у 2020 - 2022 рр.

Назва показників	Дані по рокам			Темп приросту	
	2020 р.	2021 р.	2022 р.	2021/2020 рр.	2022/2021 рр.
Фонд оплати праці штатних працівників, всього	17765,2	19231,6	52829,2	1,08	2,78
у тому числі:					
а) фонд основної заробітної плати	10187,9	11240,1	16133,9	1,10	1,44
б) фонд додаткової заробітної плати всього	6070,6	6776,3	34289,9	1,12	5,06
з нього:					
- надбавки та доплати до тарифних ставок та посадових окладів	4223,3	4683,4	31515,5	1,11	6,73
- премії та винагороди, що носять систематичний характер	-	-	-	-	
в) заохочувальні та компенсаційні виплати, всього	1506,7	1215,2	2405,4	0,81	1,98
з них:					
- матеріальна допомога	720,1	750,4	789,1	1,04	1,05
- соціальні пільги, що носять індивідуальний характер	-	-	-	-	
Оплата за невідпрацьований час	1630,5	1820,4	2564,1	1,12	1,41

Як видно з табл. 2.12, надбавки та надбавки до тарифних ставок та посадових окладів у комунальному підприємстві «КІЛ» КМР збільшилися у 2021 та 2020 роках порівняно з 11%, а у 2022 році - на 21%. Бонуси і заохочення систематичного характеру в досліджуваній організації недоступні.

Виплати за неробочий час в КП «КІЛ» КМР збільшилися в 2021 році, в порівнянні з 2020 роком, на 12%, а в 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, на

41,0%.

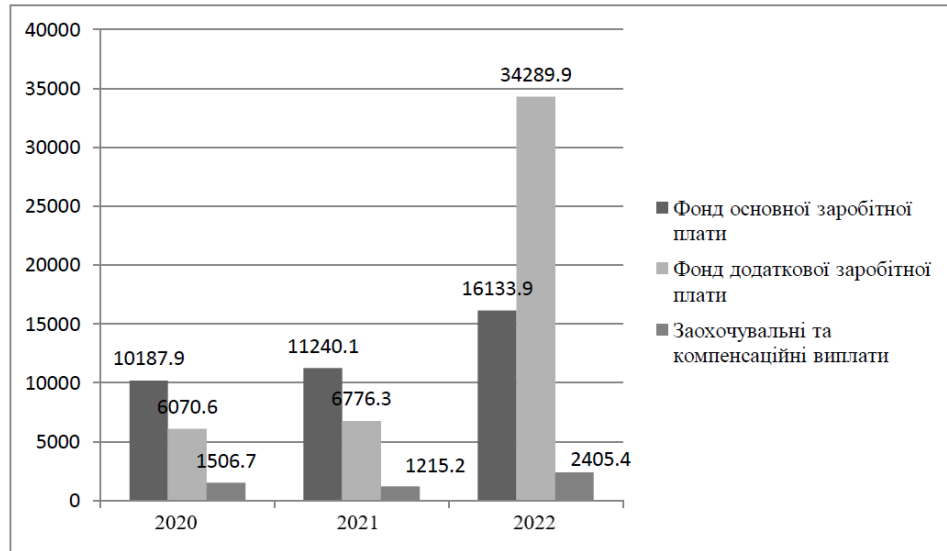


Рис. 2.8. Динаміка фонду оплати праці штатних працівників на КП “КІЛ” КМР у 2020-2022 рр.

Фонд заробітної плати штатних працівників комунальних підприємств КП “КІЛ” КМР зростає з 2020 по 2022 рік, а базовий фонд заробітної плати в 2021 році зростає на 1020% в порівнянні з 2020 роком і до 2022 року на 44%. Додаткові фонди заробітної плати збільшилися на 19% і в 5 разів відповідно (рис. 2.8).

Можна зробити висновок, що фонду оплати праці на комунальному підприємстві “КІЛ” КМР зріс суттєво у зв’язку з реорганізацією підприємства.

2.3. Аналіз стану управління КП “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

Сьогодні в системі громадської охорони здоров'я професійні стандарти фахівців не відповідають вимогам сучасного світу і не дозволяють сформувати єдиний спосіб встановлення стандартів в різних розділах соціальної, психологічної та медичної сфери, сприяючи тим самим раціональному використанню людських ресурсів в медичних організаціях.

Потребують вдосконалення нормативні правові акти за номенклатурою

спеціальностей та посад у медичній сфері, а також кваліфікаційні вимоги до посад та характеристики спеціальностей, дані бухгалтерського обліку та звітності про штатний розпис медичних закладів. Водночас системи моніторингу оцінки якості роботи медичних працівників, методи мотивації та стимулювання, їх ефективність, механізми прогнозування та планування чисельності працівників потребують перегляду встановлених стандартів та їх оновлення.

2019/11/6, 2019/4/6" про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення Закону про діяльність медичних закладів " № 2002 набрали чинності в Україні та було запроваджено автономію медичних закладів.

Ми пропонуємо розглянути зміни, внесені цим законом, на рис. 2.9.

Отже, необхідно максимально і оптимально використовувати кадрові ресурси медичних установ у зв'язку з такими змінами, як набуття автономії в адміністративній діяльності медичних установ, розширення спектру можливих фінансових ресурсів. Це можливо, якщо у вас є менеджер, який має необхідні можливості і здатний перетворити це на конкурентну перевагу, яка призведе до досягнення поставленої мети.

Основною метою ВООЗ в процесі реалізації кадрової політики є підготовка необхідного кваліфікованого персоналу, забезпечення медичних установ, виконання поставлених завдань, відповідно працівники охорони здоров'я є стратегічним капіталом, і основною метою інвестицій в світі в галузі медицини є кадрове забезпечення, оскільки в умовах наявності необхідного кадрового забезпечення таким чином, політика стратегічного управління здатна активізувати роботу медичних працівників і максимізувати їх ефективність. Питання управління персоналом в цій галузі особливо актуальне.

Політика управління персоналом є основним напрямком роботи з людськими ресурсами, відображає систему принципів, методів, правил і норм у роботі з людськими ресурсами і забезпечує формування основного

довгострокового напрямку організації роботи людських ресурсів в установах [31, с.269].

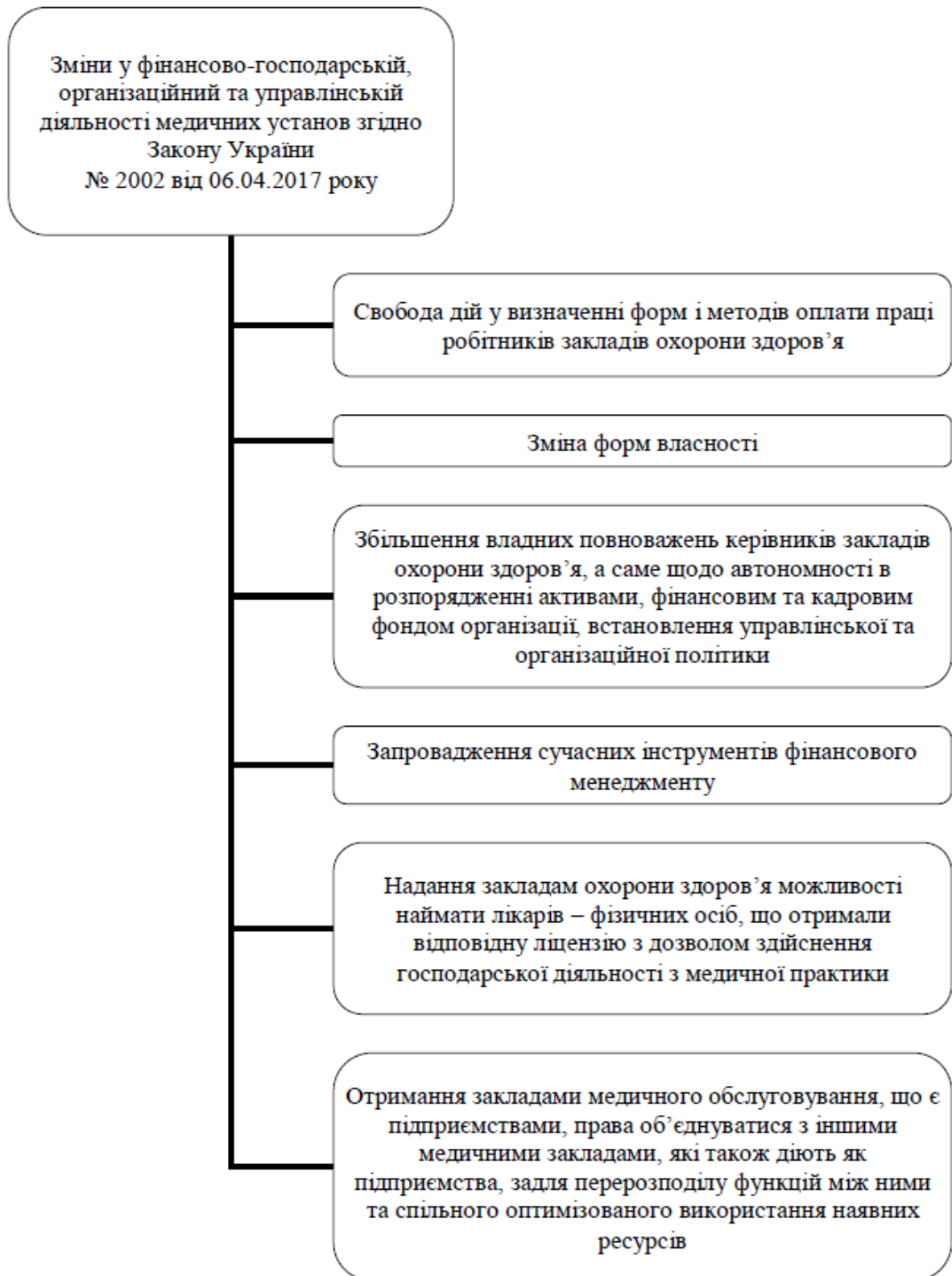


Рис. 2.9. Автоматизація медичних закладів згідно Закону № 2002

Кадрова стратегія визначається як загальний план дій в області

управління людськими ресурсами, який формується на основі кадрової політики і стратегії розвитку всієї організації. Таким чином, виходячи з наведеного вище визначення, можна бачити, що основною метою кадрової політики та стратегії є забезпечення оптимального балансу процесу оновлення та підтримання кількісного та якісного складу персоналу медичних закладів залежно від потреб медичних закладів, вимог законодавства та стану ринку праці медичних працівників. Тому формування кадрової політики та стратегій, відображених у статуті та філософії установи, колективних договорах, правилах внутрішнього розпорядку, основних положеннях щодо кадрової роботи установи, забезпечують новий якісний етап у формуванні та розвитку персоналу медичних установ, спрямований на забезпечення сталого розвитку даної установи. установи зокрема і підвищення якості загальної медичної допомоги [31, с.269].

Беручи до уваги всі особливості Управління персоналом медичних закладів, підкреслюється вплив керівників охорони здоров'я та рівня якості їх діяльності на ефективність або неефективність стратегій управління та розвиток медичної галузі [31, с.269].

На рис.2.10 показані етапи циклу управління людськими ресурсами організації охорони здоров'я. 2.10.

Всі функції, як адміністративні, так і медичні, в українських медичних установах, особливо в інфекційних лікарнях, до 2021 року виконувалися лікарем. Це величезний обсяг роботи, що виконується двома фахівцями в багатьох розвинених країнах світу-генеральний директор займається важливими управлінськими питаннями, а медичний директор курирує всі медичні процеси. Такі кадрові рішення ефективні в усьому світі протягом десятиліть, особливо в багатьох державах - членах Європейського Союзу.

Міністерство охорони здоров'я України передбачає, що з 2021 р. в Україні функції директора медичних закладів та медичного директора будуть чітко розмежовані. Директор установи впорається.

У них є проблеми з бізнесом, а медичний директор займається лише

медичними проблемами [30].

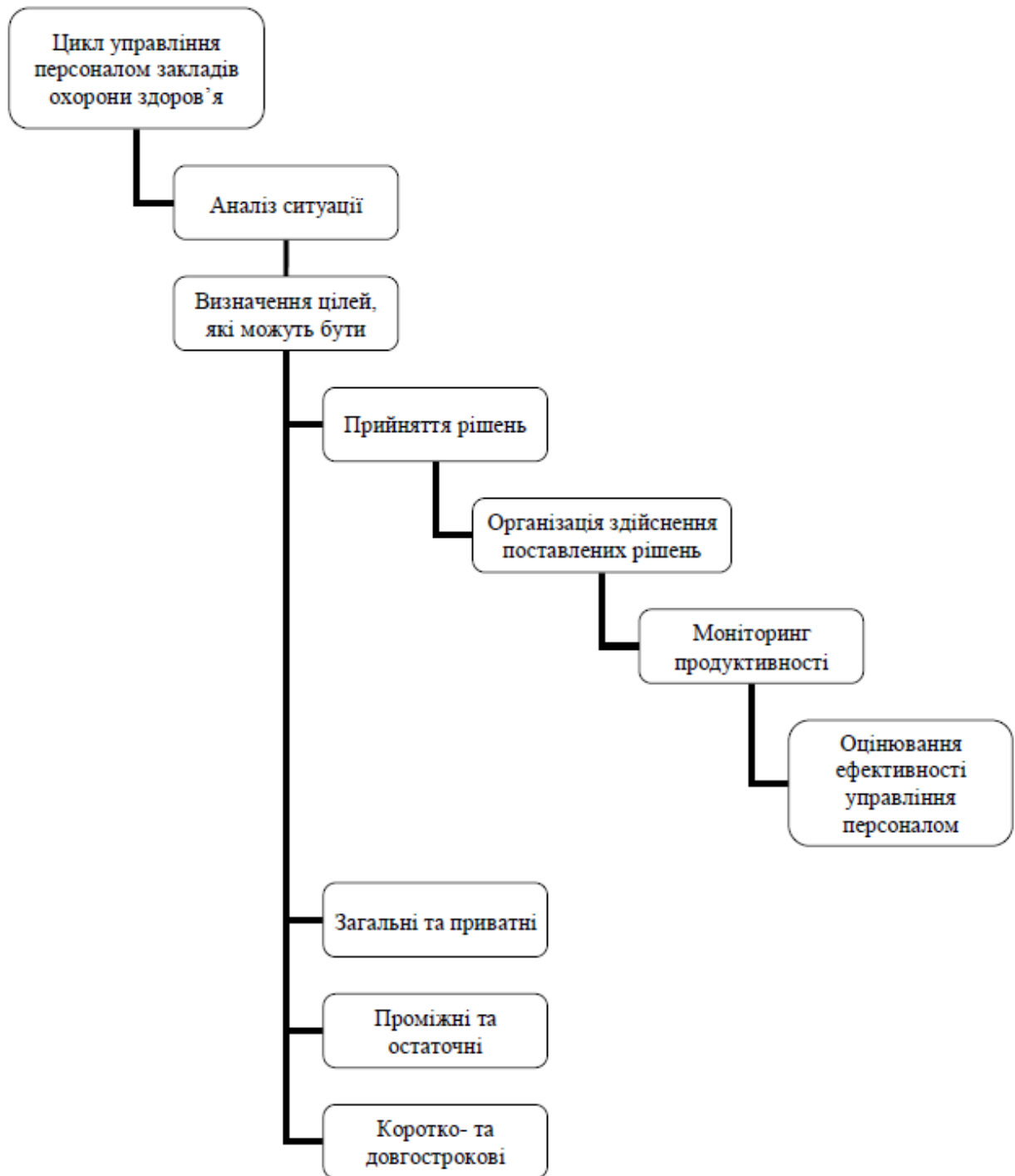


Рис. 2.10. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я

Водночас генеральний директор, або директор установи, вирішує проблеми з бізнесом і керує виробничою, господарською та фінансово-господарською діяльністю установи. Наказ передбачає, що головний лікар, який вже уклав або планує укласти трудовий договір до вступу наказу в силу

(2021/1/1), протягом терміну, зазначеного в контракті, працює за старим зразком, тобто керує як процесом управління, так і медичним процесом.

Після закінчення терміну дії контракту головний лікар може брати участь у конкурсі як на посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора медичного закладу.

До 2022 року претенденти, юристи, економісти, лікарі та менеджери з гуманітарною освітою можуть обіймати посаду директора за конкурсними стандартами.

З 2022 року абітурієнти, які не отримали управлінської освіти в галузі знань "Менеджмент і господарювання" або "адміністрування та управлінський менеджмент", повинні будуть отримувати його додатково [30].

Пропонуємо здійснити чітке розмежування повноважень управлінців комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради (рис. 2.11).

Пунктирною лінією виділено посади, передбачені наказом № 1977, а * - у зв'язку з реорганізацією підприємства виділено посади, які з'явилися в лікарні через 2 роки 2022 року на рівні цих попередніх посад.

Слід зазначити, що з 2021 року посада медичного директора була введена в довідник медичних професій [30].

Так, директором комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" КМР є Оксана Вікторівна Піддубна, яка народилася 20.04.1965 року, закінчила Вінницький державний медичний інститут у 1988 році за спеціальністю "Лікувальна справа". Загальний стаж становить 32 роки. Сьогодні Оксана Вікторівна дійсно менеджер і відмінний керівник. Людина, яка має не тільки організаторську підготовку, а й управлінську підготовку за фахом, може керувати лікарнею і навіть стати менеджером більш високого рівня. Отже, у 2022 році Оксана Вікторівна здобула 2-шу вищу освіту за спеціальністю "Менеджмент та адміністрування", а тому повністю відповідає своїй посаді відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я.



Рис. 2.11. Розмежування повноважень управлінців медичних закладів

Розглянемо структуру управлінського персоналу комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради

(рис. 2.12).



Рис. 2.12. Структура управлінського персоналу комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради

З адміністративного персоналу Криворізької інфекційної лікарні тільки директор підприємства має другу вищу освіту за спеціальністю "Менеджмент і господарювання". 1. Таким чином, одним із кроків, запропонованих компанії для покращення організації управлінських операцій, є проходження курсів підвищення кваліфікації з управління людськими ресурсами. Дані курси можуть бути організовані на базі Хмельницького національного університету спільно з кафедрами Управління персоналом та економіки праці. Це дозволяє керівному персоналу відділу придбати базові знання з Управління персоналом і підвищити якість управлінської діяльності в рамках структурного підрозділу.

Висновки до глави 2

Якщо проаналізувати таблицю, то можна відзначити, що в 2021 році загальна виручка КП «КІЛ» КМР збільшилася в порівнянні з 2020 роком на 7,12%, а в 2022 році вона збільшилася майже в 2 рази.

Середня чисельність співробітників КП “КІЛ” КМР збільшилася з 2021 року до 241 особи, у 2022 році - до 261. Матеріальні витрати у 2021 році знизилися на 9,03% порівняно з 2020 роком, а у 2022 році зросли майже у 2 рази порівняно з 2021 роком.

Середньорічна вартість основних засобів має тенденцію до зростання. Таким чином, середньорічна вартість основних засобів у 2021 році збільшилася порівняно з 2020 роком у 2,5 рази, а у 2022 році ще на 9%.

Рівень посилення використання трудових ресурсів проявляється в продуктивності праці одного працівника, яка також мала тенденцію до зростання протягом досліджуваного періоду.

У КП “КІЛ” КМР виробництво матеріалів збільшилося у 2021 році на 17,75%, а у 2022 році - на 2,5%. У 2021 році рентабельність основних засобів знизилася на 57,43%, а в 2022 році збільшилася в 2,78 рази. Це свідчить про те, що підвищення рівня забезпеченості підприємств основними виробничими активами не відбувалося в умовах існування чітко сформованих стратегій підвищення ефективності їх використання та зміцнення виробництва з використанням матеріально-технічної бази. У 2022 році фонд заробітної плати співробітників КП “КІЛ” КМР різко збільшився. Це явище пояснюється збільшенням середньої заробітної плати на підприємствах медичної галузі та реорганізацією підприємств.

Як видно з табл. 2.8, у 2021 році кількість відпрацьованих днів на 1 працівника зросла на 8 днів порівняно з 2020 роком, а в 2022 році вона не змінилася. Середні робочі дні в період з 2020 по 2022 рік залишилися незмінними. Таким чином, ефективність використання робочого часу на підприємстві залишається стабільною. В середньому 1 працівник пропрацював 240 днів.

Тарифні ставки та доплати, а також надбавки до посадових окладів на КП “КІЛ” КМР збільшено у 2021 та 2020 роках порівняно з 11%, а у 2022 році - у 6,73 рази. Бонуси і заохочення систематичного характеру в досліджуваних компаніях недоступні.

Оплата за неробочий час у КП “КІЛ” КМР у 2021 році становитиме 1020% порівняно з 12,0% у 2022 році, а у 2021 році - 41%.

Фонд заробітної плати штатних співробітників КП “КІЛ” КМР зріс у період з 2020 по 2022 рік, а базовий фонд заробітної плати у 2021 році збільшився на 10% порівняно з 2020 роком, а у 2022 році - на 44%. Додаткові фонди заробітної плати збільшилися на 12% і в 5 разів відповідно.

Що стосується складу управлінського персоналу досліджуваного підприємства, то в його число входять 12 осіб: директор, медичний директор, економічний директор, начальник відділу (6), Головний бухгалтер. Серед всіх керівників тільки директор підприємства має вищу освіту за спеціальністю "менеджмент", тому керівнику підприємства слід враховувати професійний розвиток співробітників в області управління персоналом.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ “КРИВОРІЗЬКА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ” КРИВОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

3.1. Розробка механізму управління персоналом комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

Основні шляхи підвищення ефективності діяльності медичних закладів можливі через вирішення таких завдань:

- раціонального використання наявних трудових ресурсів та організації праці медперсоналу;
- Впровадження нових медичних технологій;
- впровадження ефективних систем оплати праці працівників охорони здоров'я та визначення норм навантаження на персонал;
- збільшення переліку, обсягу медичних послуг;
- способів оплати медичних послуг;
- підготовки кадрів та підвищення їх кваліфікації.

Один із факторів, що суттєво впливають на ефективність діяльності системи суспільної охорони здоров'я (бюджети різних рівнів, страхові фонди) є спосіб оплати медичної допомоги. Суспільство, безумовно, хоче максимально ефективно використовувати наявні в його розпорядженні завжди обмежені ресурси, у тому числі при оплаті медичної допомоги.

В даний час в Україні існують три основні шляхи оплати медичних послуг:

- кошти бюджету чи страхові внески на фінансування власних медичних організацій, які забезпечують населення певним гарантованим обсягом медико-санітарної допомоги.
- спеціально створене(і) агентство(и), які закуповують послуги для пацієнтів у медичних організацій незалежно від їхньої власності та форми організації їхньої діяльності, діючи в інтересах населення.

- населення, яке оплачують постачальникам медико-санітарних послуг без участі держави.

Оптимальна система оплати медичної допомоги передбачає досягнення одночасно цілої низки цілей: ефективне використання ресурсів, забезпечення доступності та якості медичної допомоги, свобода вибору для пацієнта, професійна свобода для лікаря, профілактична спрямованість охорони здоров'я.

Система оплати медичної допомоги істотно впливає на цілу низку характеристик системи охорони здоров'я загалом. До них відносяться:

- передбачуваність суспільних витрат на охорону здоров'я;
- ефективність інфраструктури закладів охорони здоров'я та їхньої діяльності;
- право вибору пацієнтом місця отримання медичної допомоги та
- ступінь захищеності його прав;
- взаємозв'язок попиту та споживання допомоги;
- Рівень адміністративних витрат.

Загальні вимоги до системи оплати медичної допомоги зводяться державою до таких положень.

1. Система оплати повинна стимулювати лікарів до надання найбільш якісної допомоги за найменших витрат.

2. Витрати на надання медичної допомоги повинні бути передбачуваними.

3. Адміністративні витрати мають бути мінімальними.

4. Оплата різних етапів надання медичної допомоги повинна поєднуватися один з одним, забезпечуючи зацікавленість усіх сторін у перерозподілі обсягів медичної допомоги у бік найефективнішого.

В даний час у Україні застосовуються всі можливі способи оплати медичної допомоги, а в регіонах також використовується кілька способів для різних установ. У системі обов'язкового медичного страхування реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом», оплата здійснюється за послугу, за

пролікованого хворого, за ліжко-день.

В даний час на вибір способу оплати медичної допомоги впливають конкуренція медичних установ, правила оплати, що склалися, готовність персоналу медичних установ використовувати нові форми і способи оплати, вміння організаторів охорони здоров'я наполягти на найбільш ефективних з точки зору суспільства способах оплати.

Для державних, приватних медичних закладів у середньому протягом року до 20% пацієнтів отримують стаціонарне лікування, і до 80% пацієнтів - амбулаторно-поліклінічну допомогу, у тому числі до 40 % викликів швидкої медичної допомоги здійснюється до хронічними хворими, які перебувають під диспансерним наглядом.

«У зв'язку з цим амбулаторно-поліклінічна допомога має достатні внутрішні резерви для підвищення економічної ефективності результатів її роботи, якими є: вартість витрат на амбулаторну допомогу нижча за стаціонарну; проведення профілактичної роботи сприяє зниженню витрат та використанню ресурсів».

Фінансування в розрахунку на послугу дозволяє безпосередньо пов'язати обсяг наданої медичної допомоги з отриманими ресурсами, що стимулює лікарів до збільшення обсягу надання допомоги, значно розширює права пацієнтів на вибір медичного закладу та лікаря. У той же час цей спосіб оплати веде до надмірного, часто клінічно необґрунтованого нарощування лікарських призначень, числа медичних послуг, а отже, до збільшення нераціональних витрат. Його використання тягне за собою ускладнення документообігу, зобов'язує органи, що оплачують медичну допомогу, посилювати контроль за використанням коштів, витрачаючи для цього додаткові ресурси, тобто збільшувати адміністративні витрати. Для запобігання негативному впливу гонорарного способу оплати у частині перевищення узгоджених обсягів необхідний контроль платника за обґрунтованістю призначень та надання медичних послуг.

Можливим варіантом стримування непродуктивних витрат є бальна

система, коли практикуючий лікар чи амбулаторно-поліклінічне установа заздалегідь знає свій максимально можливий річний обсяг фінансування. Збільшення кількості наданих послуг автоматично веде до зниження вартості кожної з них, а невиконання завдання означає менший обсяг зароблених коштів. Таким чином, платник регулює свої витрати та забезпечує збалансованість системи. Використання методу оплати окремих медичних послуг, зокрема з використанням бальної системи, може застосовуватися тоді, коли є розвинена конкуренція медичних закладів і платники можуть обирати серед них найефективніші.

Досить оптимальним, економічним є спосіб «числа відвідувань одного прикріпленого жителя, спосіб оплати за пролікованого хворого чи випадок поліклінічного обслуговування».

Оплата закінчених випадків лікування також може бути застосована при розвиненій конкуренції серед медичних установ. Одночасно необхідний контроль за ними з боку платників з метою запобігання гіпердіагностиці та віднесення пацієнтів до більш складних та дорогих груп, а також перенесення допомоги найскладнішим хворим на інші етапи лікування.

Подушева оплата амбулаторно-поліклінічної допомоги є найбільш ефективною та раціональною, але потрібна наявність низки умов для її повноцінного застосування. До них належать вільний вибір лікаря пацієнтом, система контролю якості надання допомоги, наявність служби, куди можуть звернутися пацієнти при відмові у медичній допомозі, система штрафних санкцій за відмову або скорочення обсягів надання медичної та профілактичної допомоги.

Використання оплати для одного жителя вимагає розробки спеціальної методики, що дозволяє враховувати безліч чинників, які впливають попит на медичну допомогу: статево структуру, особливості розселення, культурні традиції, соціальні особливості, розвиток інфраструктури охорони здоров'я. Гідність методу фінансування для одного жителя - ширша можливість отримання пацієнтом медичної допомоги незалежно від рівня розвитку

інфраструктури охорони здоров'я регіону, від соціального становища пацієнта та його доходів. Крім того, ув'язування оплати праці лікарів з кількістю жителів, що обслуговуються, дозволяє підвищити відповідальність їх за стан здоров'я населення, активно займатися профілактичною роботою для зменшення обсягу більш складної роботи з лікування хворих. Одночасно підвищується ефективність використання ресурсів, знижується документообіг. Недолік цього способу - труднощі обліку та математичне вираження впливу всіх факторів на попит на медичні послуги.

Подушеве фінансування передбачає передачу фінансових ресурсів для всіх населення, зокрема на здорових жителів, які, швидше за все, не звернуться по медичну допомогу, тобто. таке фінансування схоже на страхування. Подушеве фінансування стимулює лікарів поліклінічної ланки до скорочення обсягу допомоги та направлення пацієнтів у стаціонари. Необхідний жорсткий контроль платника за обґрунтованістю таких напрямів та за дотриманням амбулаторно-поліклінічним закладом технологій лікувально-діагностичного процесу, зокрема стандартів надання медичної допомоги.

Фондовміст передбачає, що поліклініка отримує кошти на надання всього обсягу амбулаторної допомоги прикріпленому населенню, причому якщо сама поліклініка не може надати якісь види допомоги, то вона купує їх в інших установах за рахунок отриманих коштів. Крім того, такий стан поширюється і на частину видів стаціонарної допомоги, але необов'язково, що всі кошти надійдуть на розрахунковий рахунок поліклініки. Вони можуть акумулюватися на спеціальному рахунку платника, який може користувати їх лише за виключно вказівкою поліклініки.

Важливе умова системі часткового фондодержання- надання прав поліклініці розпоряджатися частиною коштів, призначеної на оплату стаціонарної допомоги. При цьому мають бути визначені тарифи на послуги стаціонару, які мають економічно стимулювати лікарів поліклініці, не направляти легких хворих до стаціонару, надаючи їм допомогу власними

силами. Але не слід виключати направлення хворих на короткострокову госпіталізацію для проведення специфічних обстежень та уточнення діагнозу та методів лікування.

Право направлення пацієнта на госпіталізацію має належати лише лікарям поліклініки. Вони повинні бути негайно повідомлені про всі випадки екстреної або за іншими показаннями госпіталізації прикріплених жителів. Їм має бути надано право спостереження за перебігом лікування у стаціонарі та можливість пропозиції виписки хворого для подальшого лікування в амбулаторних умовах. При цьому не повинно бути перешкод із боку лікарів стаціонару.

Важливим економічним інструментом при цьому є те, що заощаджені кошти, призначені за планом оплати стаціонарної медичної допомоги, направляються для стимулювання поліклініки, у тому числі для матеріального стимулювання персоналу.

Наявні дані свідчать про те, що в умовах фондотримання скорочується рівень госпіталізації в цілодобові стаціонари, зменшуються черги на планову госпіталізацію, розвиваються стаціонарні технології.

Стаціонарна медична допомога - найбільш дорога, збільшення її обсягу спричиняє значне зростання витрат на охорону здоров'я. Саме тому більшість країн світу, включаючи Україну, при реформуванні охорони здоров'я приділяють особливу увагу питанням оплати стаціонарної допомоги, прагнучи розробити таку систему, щоб перемістити максимально можливий обсяг допомоги на амбулаторний рівень. При цьому важливо, щоб і амбулаторно-поліклінічна ланка була готова приймати на себе додаткову кількість пацієнтів, інакше може відбутися обмеження доступності медичної допомоги населенню або збільшення витрат на охорону здоров'я.

Серед розглянутих способів оплата за послугу більш витратний і метод, що найменш піддається контролю, який веде до збільшення витрат на стаціонарну допомогу. Оплата за послугу провокує лікарів надавати якнайбільше послуг, навіть якщо це не потрібно пацієнту за клінічними

показаннями. Використання способу оплати послугу без попередньо узгоджених тарифів є непродуманим рішенням. У разі застосування оплати за послугу вона зазвичай здійснюється після надання медичної допомоги шляхом підсумовування обсягів наданої допомоги, помножених на узгоджені заздалегідь відповідні тарифи. Оплата за послугу може включати різні одиниці виміру послуг. За наявними даними, при оплаті послугу надається допомоги пацієнтам у грошах на 30 % більше, ніж за по подушевному фінансуванні без будь-яких істотних відмінностей у медичних результатах. Це є причиною того, що багато економічно розвинених країн почали використовувати глобальний бюджет. Оплата за ліжко-день веде до того, що лікарні поступово перетворюється на соціальні установи, де персоналу вигідно, щоб пацієнти перебували у лікарні якомога довше та з найлегшими захворюваннями. Це пов'язано з тим, що найбільші витрати при наданні стаціонарної допомоги припадають на перші дні госпіталізації, коли пацієнтові надається інтенсивна допомога (операції, реанімація, інтенсивна терапія, виведення із критичних станів). Надалі витрати лікарень на підтримуючу терапію та догляд мінімальні.

Оплата за пролікованого хворого – досить прогресивний метод, який стимулює лікарів інтенсифікувати лікувально-діагностичний процес, скорочувати терміни госпіталізації, підвищувати якість допомоги. Але його використання вимагає готовності і медичних установ, і платників до певних способів адміністрування, контролю за обґрунтованістю лікування, що призначається.

Використання глобального бюджету дозволяє максимально обмежувати витрати на лікарняну допомогу, роблячи їх прогнозованими при мінімальних адміністративних витратах. Однак при цьому втрачається якість аналітичної роботи за структурою та видами допомоги, лікувально-діагностичними технологіями, що використовуються лікарнями, що вимагає проведення додаткових досліджень.

Таким чином, вивчення стану та проблем сучасної української системи

охорони здоров'я та закордонного досвіду показує, що підвищення ефективності діяльності медичних установ можливі через вирішення завдань раціонального використання наявних трудових ресурсів та організації праці медперсоналу; запровадження нових медичних технологій; збільшення переліку, обсягу медичних послуг; способів оплати медичних послуг; підготовки кадрів та підвищення їх кваліфікації.

У ринкових умовах господарювання підвищення ефективності діяльності медичних установ особливе значення має ціна, попит, потреба з їхньої медичні послуги. Одним із факторів, що істотно впливають на ефективність діяльності системи охорони здоров'я є спосіб оплати медичної допомоги за наявності обмежених ресурсів.

Було встановлено, що стаціонарна медична допомога є найбільш дорогою, ніж амбулаторно-поліклінічна допомога, тому більшість країн світу, включаючи Україну, при реформуванні охорони здоров'я приділяють особливу увагу питанням оплати стаціонарної допомоги, прагнучи розробити таку систему, щоб перемістити максимально можливий обсяг допомоги на амбулаторний рівень.

Амбулаторно-поліклінічна допомога має достатні внутрішні резерви підвищення економічної ефективності. У цьому параграфі були розглянуті переваги та недоліки різних способів оплати амбулаторної та стаціонарної допомоги. Оптимальна система оплати медичної допомоги передбачає досягнення одночасно цілої низки цілей: ефективне використання ресурсів, забезпечення доступності та якості медичної допомоги, свобода вибору для пацієнта, професійна свобода для лікаря, профілактична спрямованість охорони здоров'я.

Основні кроки, пропоновані для поліпшення системи управління персоналом в комунальному підприємстві "Криворізька інфекційна лікарня", показані на рис.3.1.

Адміністратор медичного закладу повинен знати інфраструктуру закладу і стежити за ефективністю його роботи. Він також повинен бути

обізнаним про сильні сторони та перспективи розвитку закладу, володіти інформацією про проблеми та загрози та розробляти методи профілактики, які мінімізують ризик для медичних закладів.

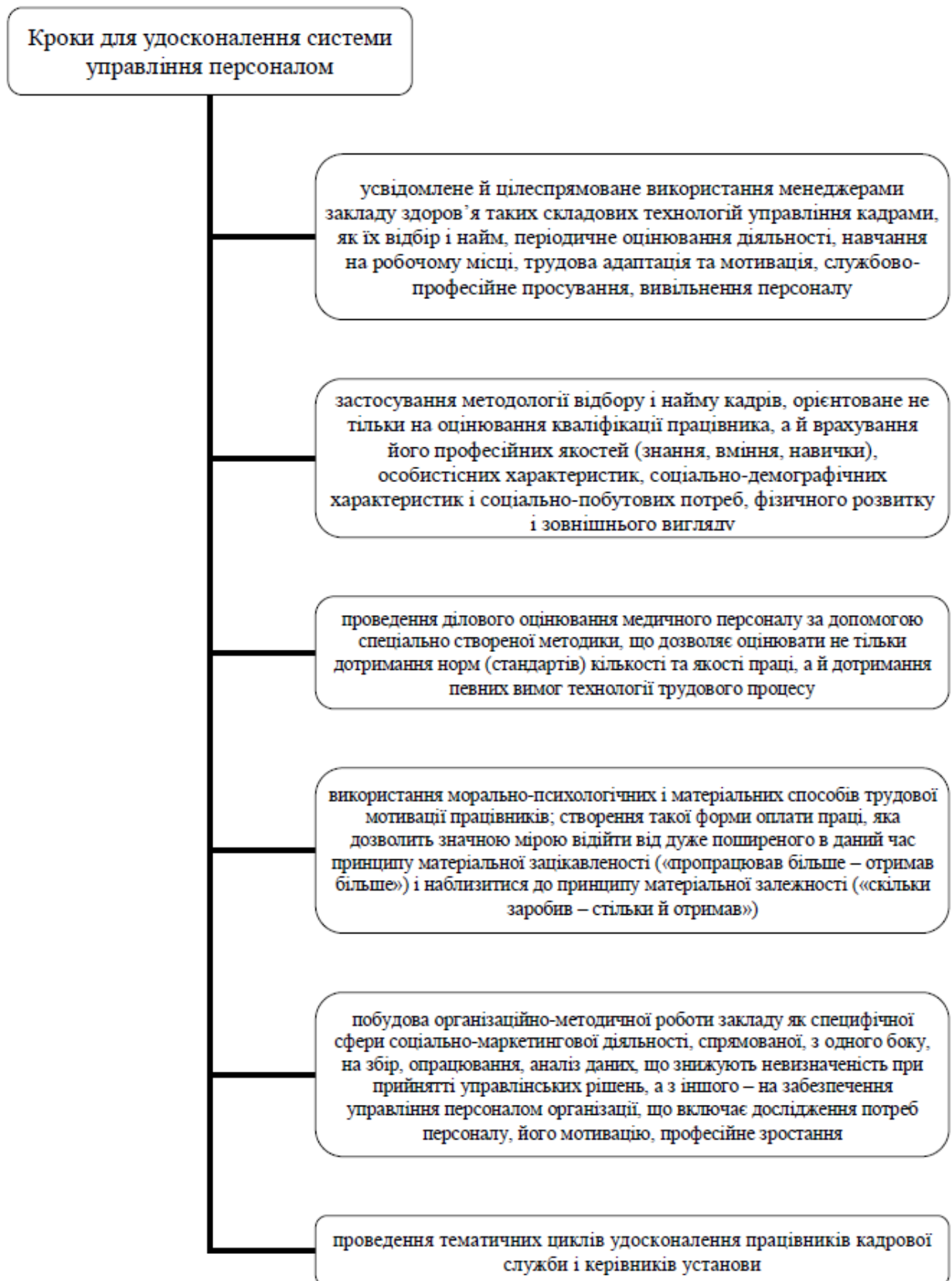


Рис. 3.1. Кроки для удосконалення системи управління персоналом у комунальному підприємстві «Криворізька інфекційна лікарня»

Керівник медичного закладу повинен володіти інформацією про український ринок медичних послуг, прагнучи при цьому залишатися конкурентоспроможним. Для цього потрібно підвищувати якість послуг, що надаються установою, при одночасному зниженні витрат. Вони повинні бути засновниками інновацій установи. У той же час успіх керівника досягається тільки в тому випадку, якщо його робота організована таким чином, що співробітник вносить пропозиції щодо зниження вартості приміщення.

Вплив керівника комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» на працівників складно оцінити. Для цього необхідним є розробка механізму управлінського впливу на працівників підприємства (рис. 3.2).

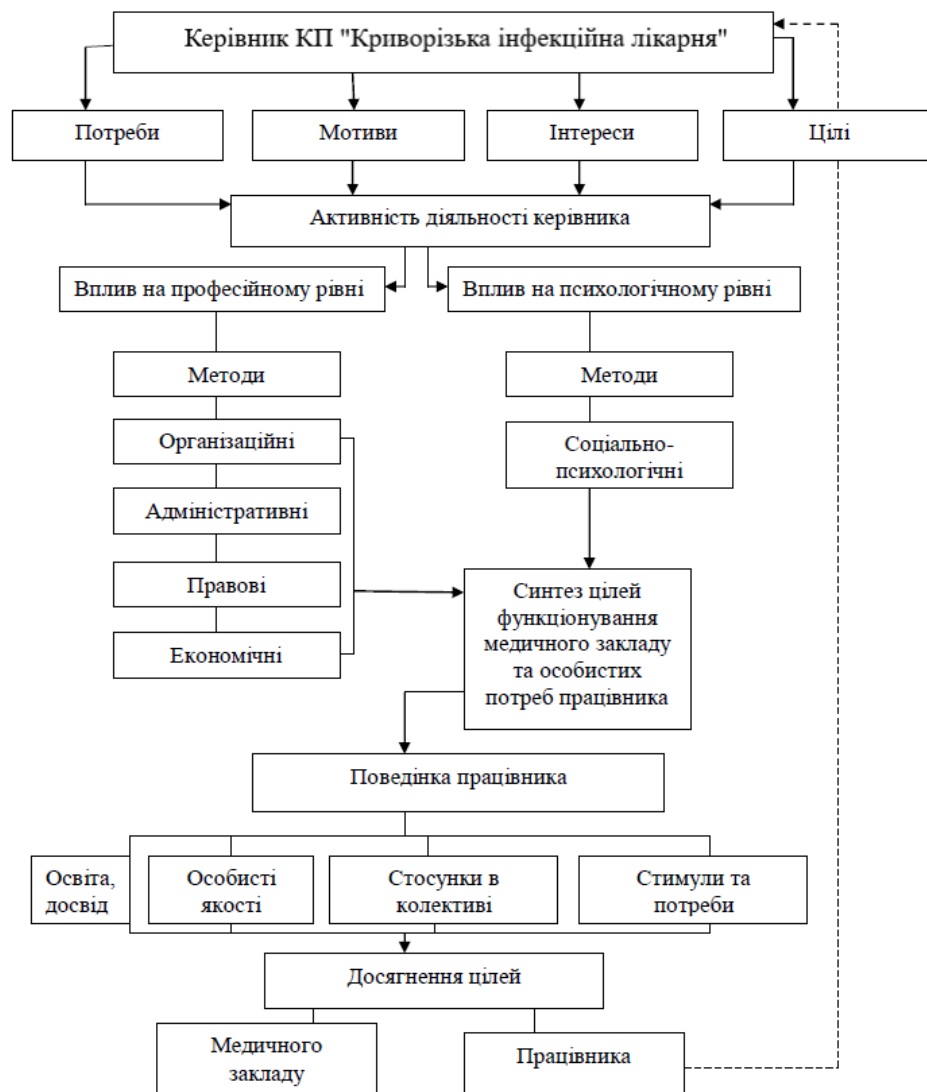


Рис. 3.2. Механізм управлінського впливу керівника комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» на працівників

Керівнику комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» необхідно здобувати подальшу безперервну освіту, яка базується на моделі компетентностей, що основана на чітких посадових інструкціях. Практичне застосування моделі розглянемо на рис. 3.3.



Рис. 3.3. Практичне застосування моделі компетенцій керівника комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради

Навчання медичних менеджерів базовим управлінським навичкам є основною основою для реформування всієї системи охорони здоров'я в країні.

3.2. Формування компетентностей керівного складу комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» Криворізької міської ради

Вважаємо, що постійний моніторинг існуючого персоналу з управління персоналом необхідний для успішної управлінської діяльності. Станом на 2022 р., на комунальному підприємстві «КІЛ» КМР працює 12 осіб. Це те, що ми віднесли до управлінського персоналу об'єкта. Оцінка якості управління проводилася шляхом опитування управлінського персоналу. Були описані 12 експертів. Оцінюючи роботу директорів підприємства, 33,3% (4 людини) відзначили, що вона доступна тільки в робочий час, а 50% (6 осіб) відзначили, що знайти менеджера можна в будь-який час.

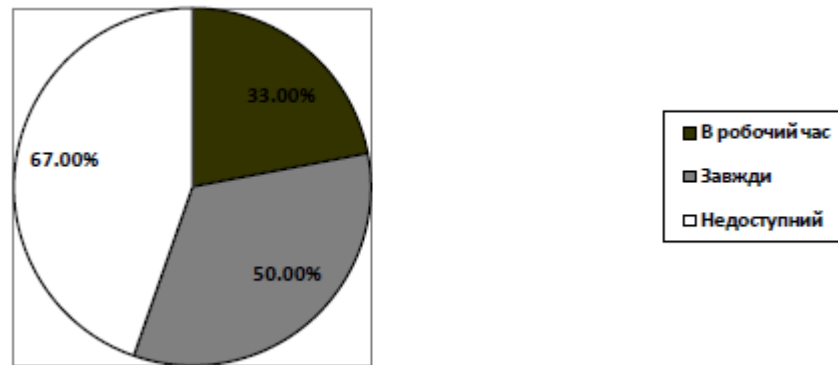


Рис. 3.4. Доступність директора комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» за анкетним опитуванням

Крім того, в нашій анкеті респондентам пропонувалося вибрати якість відповідно до оцінок від 1 до 5, яких, на їхню думку, вимагали керівники компаній. Оцінки розподілилися наступним чином (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Оцінка необхідних якостей для директора медичного закладу

Показники	Середній бал	%
Ділові якості	4,2	84,0
Особисті якості	3,7	74,0
Стаж роботи	4,0	80,0
Кваліфікація	4,5	90,0

Таким чином, респонденти вважають, що для керівника медичного закладу найбільш важливою якістю повинна бути притаманна йому кваліфікація - 90%, потім ділові якості - 84%.

Також вважаємо, що вибір стилю керівництва є важливим питанням при впровадженні управління людськими ресурсами. Стиль керівництва-це набір прийомів, характерних для лідера, які спонукають команду брати на себе відповідальність. Згідно з типологією Герсі-Бланшарда, існує 4 стилі лідерства [5, с.3.6]: авторитарний, переконливий, співпрацюючий та делегуючий.

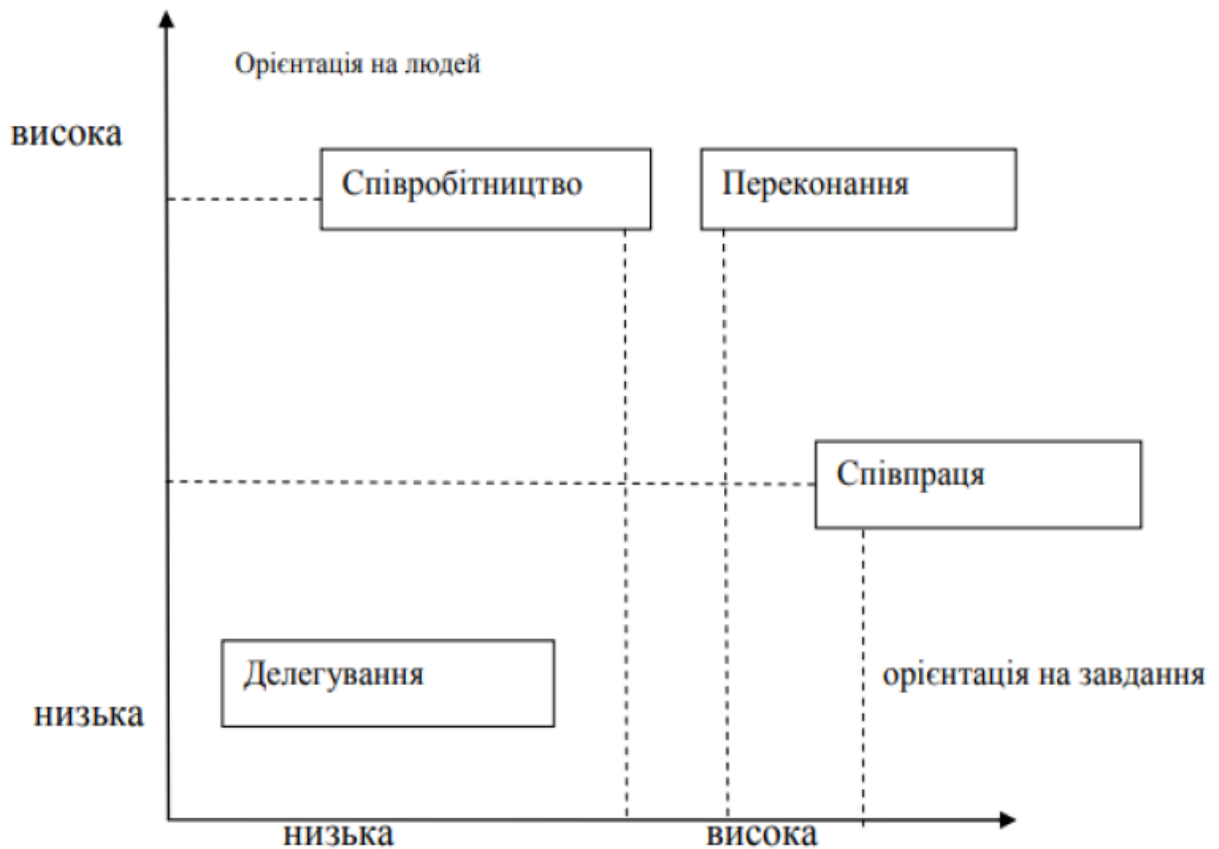


Рис. 3.5. Типологія Херсі-Бланшарда

Беручи до уваги дані типології стилю керівництва, ми вважаємо, що директору міського підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" притаманний делегований стиль керівництва. Директор делегує багато повноважень своїм підлеглим: начальнику відділу, медичному директору та заступнику з економіки. Вони самостійно визначають завдання відповідно до поставлених цілей і досягають їх, але кінцевий результат роботи залежить від головного директора.

Для виконання завдань, покладених на управлінський персонал, необхідно володіти певними знаннями, навичками, вміннями і багатьма

здібностями. Модель медичних працівників формується на основі базових здібностей (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Основні групи компетентностей

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

Кожна група може містити 4 компетенції (рис. 3.6).

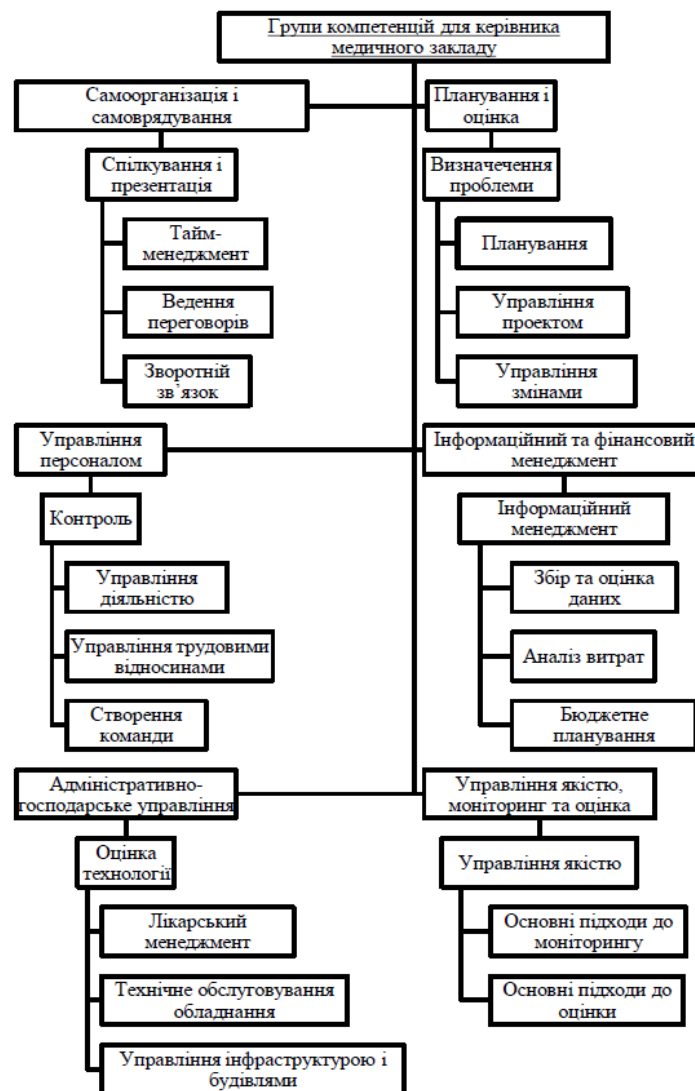


Рис. 3.6. Набір базових компетенцій необхідних для керівника медичного закладу

Ми пропонуємо оцінити керівників досліджуваних компаній за 15 ключовими компетенціями (рис. 3.7). На наш погляд, до таких здібностей відносяться вміння управляти персоналом організації, ділова активність, комунікативні навички, знання про цілі і завдання підприємства.



Рис. 3.7. Структура компетенцій директора медичного закладу

Дана модель, що оцінює здібності керівника медичного закладу, має спрощений характер і підходить як для самооцінки керівника, так і для оцінки підлеглих.

Оцінку директора комунального підприємства «Криворізька інфекційна лікарня» проводили в два етапи.

На першому етапі головний лікар сам провів оцінку вищевказаних здібностей. А на другому етапі ця оцінка проводилася залишилися адміністративним персоналом. Для оцінки ми використовували шкалу від 1 до 5. Результати першого етапу наведені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Оцінка компетенцій (на думку головного лікаря)

Компетенція керівника	Бал	%
Ініціативність	4	80
Обізнаність	5	100
Робота в команді	5	100
Орієнтація на результат	5	100
<u>Комунікативність</u>	4	80
Гнучкість	3	60
Лідерство	4	80
Планування	3	60
<u>Стресостійкість</u>	3	60
Делегування повноважень	5	100
Нововведення	4	80
Розвиток персоналу	3	60
Цілі організації	5	100
Робочий клімат	5	100
Використання ресурсів	4	80
Середній бал	4,13	82,6

Тобто, якщо проаналізувати таблицю 3.3, то можна зробити висновок, що для лікаря Криворізької міської інфекційної лікарні, на його думку, найбільш розвинені свідомість, командна робота, націленість на результат, делегування повноважень, організаційні цілі та робоче середовище. Середній бал за всіма здібностями дорівнює 4,13, що свідчить про високий рівень компетентності в необхідних базових і професійних здібностях керівника

досліджуваного підприємства.

Заступник керівника та начальник відділу оцінили його здібності наступним чином (табл. 3.4):

Таблиця 3.4

Оцінка компетенцій (на думку іншого управлінського персоналу)

Компетенція керівника	Бал	%
Ініціативність	4,2	84
Обізнаність	4,7	94
Робота в команді	4,8	96
Орієнтація на результат	4,2	84
<u>Комунікативність</u>	4,6	92
Гнучкість	3,8	76
Лідерство	4,2	84
Планування	3,3	66
<u>Стресостійкість</u>	3,7	74
Делегування повноважень	4,4	88
Нововведення	4,6	92
Розвиток персоналу	3,2	64
Цілі організації	4,9	98
Робочий клімат	5,0	100
Використання ресурсів	4,6	92
Середній бал	4,01	80,2

Тобто, якщо проаналізувати табл. 3.4, то помітно, що середній бал трохи нижче оцінки самого лікуючого лікаря. Позитивним фактом є те, що всі респонденти відзначили, що робоче середовище відповідає найвищій оцінці. Респонденти вважають, що компетентність лікаря розвинена на 80%, і це високий результат.

3.3. Розробка моделі оцінки та розвитку компетенцій управлінського персоналу комунального підприємства “Криворізька інфекційна лікарня” Криворізької міської ради

Вирішення проблем, що виникають в процесі функціонування медичних установ, має привести до підвищення якості та доступності медичних послуг. Для досягнення цього необхідно побудувати єдину систему

управління медичними установами, що сприяє підвищенню якості медичної допомоги та ефективності діяльності.

Сучасна економічна ситуація визначає необхідність розгляду питання контролю якості медичної допомоги в наступних аспектах: підвищення технологічності всіх процесів її надання, стандартизація та оптимізація вибору медичних технологій, практичне застосування принципів доказової медицини, використання передових форм і методів лікування. методи комп'ютеризації та організації.

Поряд з цим використовується на практиці модель управління, як правило, фокусується тільки на процесі надання медичної допомоги, не враховує взаємопов'язані процеси і діяльність медичних організацій, які прямо або побічно залучені в процес створення медичних послуг і впливають на їх результати. Існуючі моделі в основному засновані на стандартизації функціональних алгоритмів лікувально-діагностичних процесів і медичних послуг (клінічні шляхи, протоколи ведення пацієнтів, медичні стандарти), а також методів моніторингу та оцінки якості медичної допомоги. В даний час проблема впровадження процесного підходу до управління в медичних установах залишається слабо розробленою, що дозволить постійно підвищувати якість послуг, що надаються наявними ресурсами і ефективно вирішувати поставлене завдання. Незважаючи на впровадження стандарту ISO9000, який визначає загальні вимоги до системи менеджменту якості будь-якої організації без винятку, механізм його впровадження в медичних установах поки відсутній.

Крім того, прийнято розглядати систему менеджменту якості як підсистему, а не як інтегровану систему управління медичними закладами, спрямовану на підвищення задоволеності клієнтів (пацієнтів), ефективності медичної допомоги та діяльності всього медичного закладу. Пропоноване в даний час напрямком підвищення рівня контролю якості медичних послуг багато в чому запозичено з досвіду промислового виробництва в умовах гострої необхідності підвищення якості за останні десятиліття багато

медичних установ освоїли метод тотального менеджменту якості (TQM) і домоглися досить високих результатів.

Система TQM-це комплексна система, яка фокусується на постійному підвищенні якості, мінімізації виробничих витрат і своєчасній доставці. Філософія TQM заснована на принципі "вдосконалення немає межі". Що стосується якості, то Цілепокладання - "прагнути до дефекту 0", вартість - "непродуктивні витрати 0", поставка - "точно в строк", і передбачається, що досягти цих меж неможливо, але сформувався ставлення, що до цього завжди слід прагнути і припиняти з досягнутими результатами. У цій філософії є спеціальний термін - "безперервне поліпшення якості" (quality improvement).

Система TQM використовує метод управління якістю, достатній для поставленої мети. 1. Однією з ключових особливостей даної системи є використання колективних форм і методів пошуку, аналізу та вирішення проблем, а також постійна участь всієї команди в підвищенні якості.

Розглянемо основні напрямки вдосконалення роботи медичних установ з контролю якості, які повинні бути частиною основного плану діяльності всіх організацій медичної галузі. Вивчивши і проаналізувавши безліч успішних процесів підвищення ефективності роботи підприємств і організацій в економічно розвинених країнах, був складений список основних напрямків підвищення ефективності медичних установ, як результат узагальнення досвіду передових вітчизняних компаній. До таких напрямків належать, :

1. Підвищення зацікавленість в поліпшенні роботи вищого керівництва медичних установ. Щоб розпочати процес вдосконалення, абсолютно необхідно мати можливість зробити більше, ніж минулі досягнення, для щирої довіри вищого керівництва медичного закладу. Процес вдосконалення починається з вищого керівництва і розвивається, коли інші працівники виявляють інтерес до процесу, і припиняється, якщо інтерес вищого керівництва зменшується.

2. Визнання необхідності колективного прийняття рішень для підвищення ефективності. Для реалізації принципів колегіального прийняття рішень необхідно створити громадський (РАДА) або Комітет з удосконалення його діяльності. До складу Громадської ради повинні входити представники вищого керівництва, а також керівники департаментів і служб, лікарі та інші посадові особи. Основною функцією правління має бути вивчення процесу поліпшення діяльності та адаптації медичного закладу до ситуації. Як показує досвід, універсальних конкретних рекомендацій щодо підвищення якості у всіх медичних установах і навіть у відділеннях і медичного закладу не існує. Громадська рада з поліпшення роботи є розробником процесу поліпшення діяльності, готує медичні установи до реалізації заходів щодо поліпшення і проводить заходи щодо реалізації цього процесу.

3. Залучення всієї управлінської команди до процесу вдосконалення. Вся управлінська команда організації охорони здоров'я несе відповідальність за впровадження процесу підвищення ефективності. Це вимагає активної та практичної участі всіх керівників вищої та середньої ланки (від лікаря до головного бухгалтера). Кожен керівник повинен пройти спеціальне навчання для вивчення нових вимог стандартів ефективності та отримання інформації про існуючі методи підвищення ефективності.

4. Участь лікарів та іншого персоналу в процесі проведення заходів щодо підвищення ефективності. Після того як все керівництво медичного закладу буде залучено в процес вдосконалення його діяльності, необхідно приступити до залучення в цей процес лікарів, медсестер та інших співробітників медичного закладу. Це входить до компетенції керівників окремих відділів, і вони повинні сформувати "групу підвищення ефективності" всередині відділу. Наприклад, керівник відділу, як керівник такої групи, відповідає за організацію навчання її членів способами, які покращують роботу, яку він сам вже вивчив. Основні завдання групи з підвищення ефективності включають оцінку ефективності роботи її

підрозділів і роботу над постійним вдосконаленням своєї діяльності.

5. Заохочуйте індивідуальну участь. Незважаючи на важливість колективних дій, необхідно приділяти увагу окремим членам команди. У зв'язку з цим рекомендується розробити систему заходів, що заохочують особисту участь, щоб кожен співробітник міг оцінити і визнати результати свого внеску в підвищення ефективності та якості роботи медичного закладу.

6. Формування груп для вдосконалення системи управління процесами. Повторювана поведінка в кожному відділенні медичного закладу-це всього лише процес, який контролюється з використанням тих же методів, які використовуються при управлінні звичайними технологічними процесами. Для вдосконалення системи управління процесами рекомендується розробити схему набору операцій, включених в процес, організувати моніторинг виконання і забезпечити зворотний зв'язок. Навіть якщо вона охоплює декілька ділянок або різних функціональних підрозділів, група з удосконалення системи управління процесами впровадження окремих процесів надання медичних послуг та їх успішного функціонування повинна складатися з представників кожного підрозділу, що бере участь у процесі. Така організація роботи забезпечує найбільш ефективну взаємодію відділів і виключає можливість негативних наслідків для всього процесу, якщо буде поліпшена тільки частина процесу.

7. Залучайте постачальників. У поточній економічній ситуації всі медичні установи безпосередньо залежать від постачальників ресурсів. Без їх підтримки успішні процеси вдосконалення діяльності медичних установ неможливі.

8. Забезпечити якість функціонування системи управління медичними установами. Зовсім недавно в медичних установах були створені відділи, які в основному займаються вимірюванням показників якості та підготовкою звітів про рівень забезпечення якості в процесі надання медичних послуг. Основним завданням цих відділів є виявлення проблем і виправлення помилок. Результатом такого підходу стало формування системи управління,

заснованої на " відхиленнях", яка реагувала на вже допущені помилки, ігноруючи важливість профілактичних заходів і недооцінюючи важливість хороших результатів роботи у відділеннях, які безпосередньо не пов'язані з процесом надання медичних послуг.

9. Розробка стратегій і тактик поліпшення діяльності. Медичним установам бажано розробляти довгострокові стратегії, спрямовані на підвищення якості медичних послуг. Після цього вам потрібно переконатися, що всі менеджери на різних рівнях знають стратегію і можуть використовувати її для розробки поетапного короткострокового плану, який сприятиме досягненню стратегічних цілей. Короткостроковий план включається в річний план реалізації загальної стратегії. За виконанням цих планів слід стежити протягом усього року.

10. Створення системи заохочення і визнання заслуг. У процесі вдосконалення діяльності має відбутися фундаментальна зміна ставлення до помилок. В даний час необхідні зміни можна внести двома способами:

- Застосовувати штрафні санкції до тих, хто допустив помилки в процесі виконання своїх обов'язків;
- Заохочувати команди у випадку, якщо окремі співробітники та/або команди виконали завдання або внесли значний внесок у процес покращення своєї діяльності.

Найкращий спосіб-визнати переваги як рядових працівників, так і керівників та заохотити їх досягти найкращих результатів. У процесі вдосконалення діяльності медичних установ слід докладати зусиль для забезпечення повної відсутності помилок з боку персоналу і керівників.

Впровадження методу TQM значно підвищує роль навчання людей і персоналу. Щоб забезпечити успіх цього методу в українській медицині, лікарі повинні зайняти в ньому центральне місце.

Щоб внести зміни, лікарю необхідно прийняти суть нових вимог. Цим новим знанням ще не вчать в медичних вузах, але вони необхідні для роботи в сучасній медичній системі і входять в арсенал лікарів поряд з класичними

клінічними навичками, які захищає і підтримує нова система.

Таким чином, важливість ефективного управління зростає крок за кроком. Заходи, вжиті агентством, є реакцією на вплив на навколишнє середовище. У медичних установах, де кваліфіковані менеджери правильно розподіляють функціональні обов'язки персоналу, шанси на ефективне функціонування вище. У часи дефіциту фінансових коштів швидкість реагування на зміни особливо важлива.

Підвищення ефективності роботи означає поліпшення ключових показників медичної та соціальної ефективності медичної організації без шкоди для важливості фінансово-економічних показників для визначення ефективності медичного закладу існують різні підходи, такі як ефективність підрядника, ефективність пацієнта, ефективність персоналу, ефективність управління, і ці підходи та оцінки не завжди збігаються. З точки зору підрядника, підвищення ефективності може бути досягнуто за рахунок:

- зменшення кількості скарг від пацієнтів, скорочення часу очікування госпіталізації;
- оптимізації середньої кількості медичних послуг, що надаються кожному пацієнту, дозволяє страховим компаніям впроваджувати політику орієнтовних цін;
- зниження вартості медичних послуг;
- скорочення ліжко-днів (при наданні медичної допомоги в стаціонарних умовах іноді необхідно компенсувати вартість дорогої операції за рахунок скорочення загальної кількості днів перебування пацієнта в лікарні).;
- моніторингу ефективності лікарських призначень пацієнтам (в контексті порівняння ефективності різних відділень).

У розділі 3.2 ми провели оцінку компетенцій управлінського персоналу досліджуваного підприємства. Пропонуємо побудувати загальну модель оцінки і розвитку компетенцій.

Дана модель має періодичну схему. Вона складається з 4 етапів:

1. Провести оцінку компетентності. У розділі 3.2 проведена така оцінка. В результаті можна сказати, що компетентність лікаря розвинена на 80%.

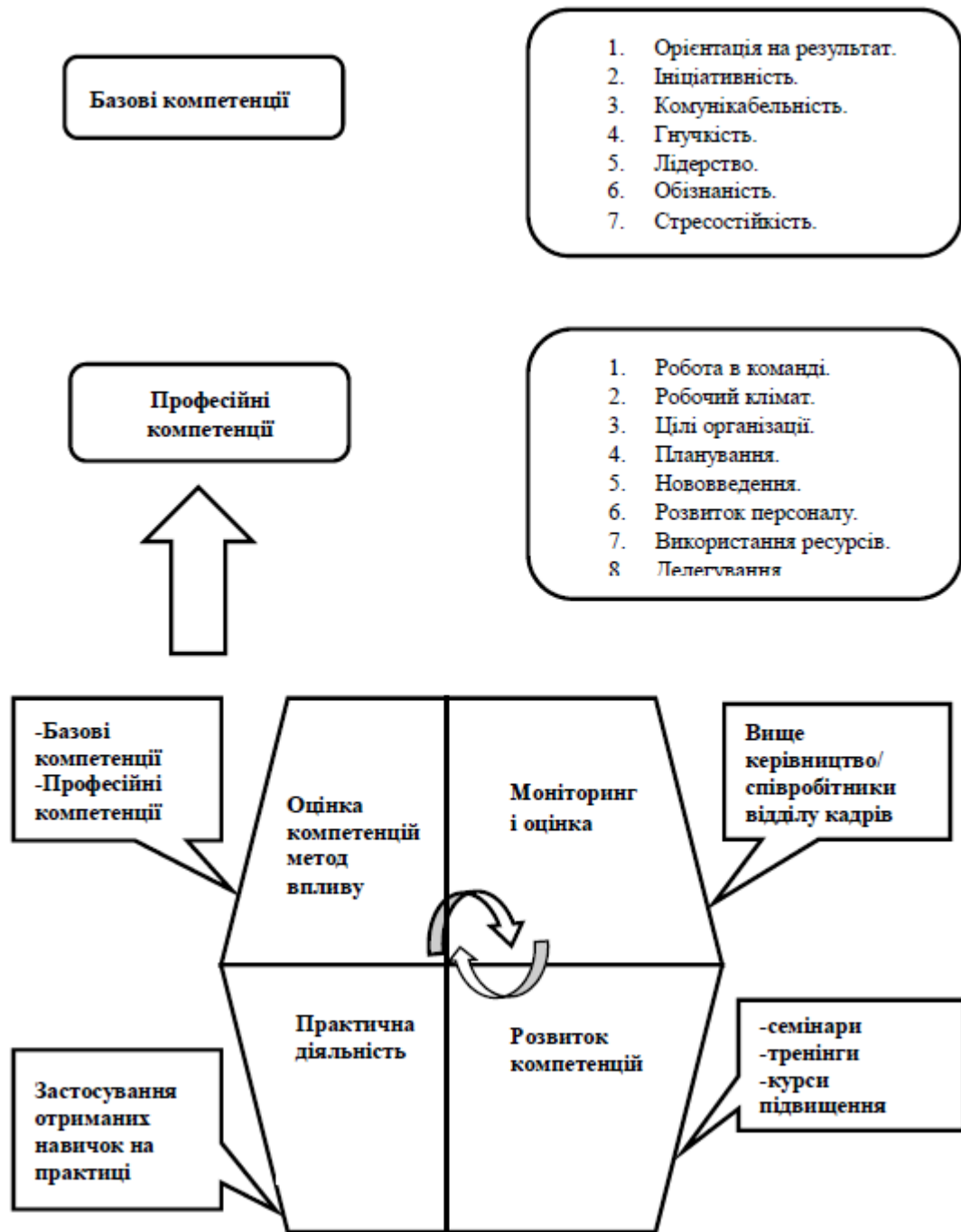


Рис. 3.8. Модель оцінки та розвитку компетенцій управлінського персоналу медичної установи

Фактори, що впливають на професійну компетентність менеджерів в медичній сфері, показані на рис.3.9.

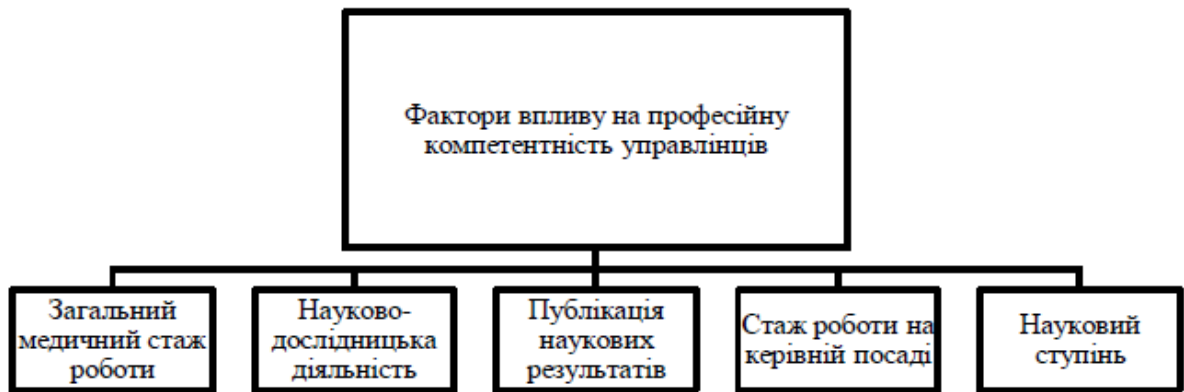


Рис. 3.9. Фактори впливу на професійну компетентність управлінців в галузі охорони здоров'я

2. На другому етапі ми пропонуємо здійснювати моніторинг та оцінку персоналу. Ця оцінка повинна проводитися вищим керівництвом за допомогою відділу кадрів.

3. Третій етап-це розвиток компетенцій, які повинні бути досягнуті за допомогою семінарів, тренінгів та курсів підвищення кваліфікації. Раніше це вже показало необхідність здобуття вищої освіти в галузі "менеджмент і господарювання" для всіх керівників лікарняних закладів - один із кроків до розвитку необхідних здібностей.¹ на вашу думку, на рис.3.11 показані базові знання, якими повинен володіти адміністративний персонал лікарняного закладу.

На рис. 3.10 показані необхідні знання в галузі управління людськими ресурсами. Щоб отримати ці знання, ми пропонуємо адміністративному персоналу комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради пройти курс підвищення кваліфікації за спеціальністю "Управління персоналом" на кафедрі Управління персоналом та економіки праці Хмельницького національного університету. Комунальне підприємство "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради підписало угоду про співпрацю з Хмельницьким національним університетом. Хмельницький національний університет має всі необхідні ресурси для проведення такого навчання через систему Moodle University. Це

дозволяє керівнику відділу приймати його вдома в неробочий час або на роботі.

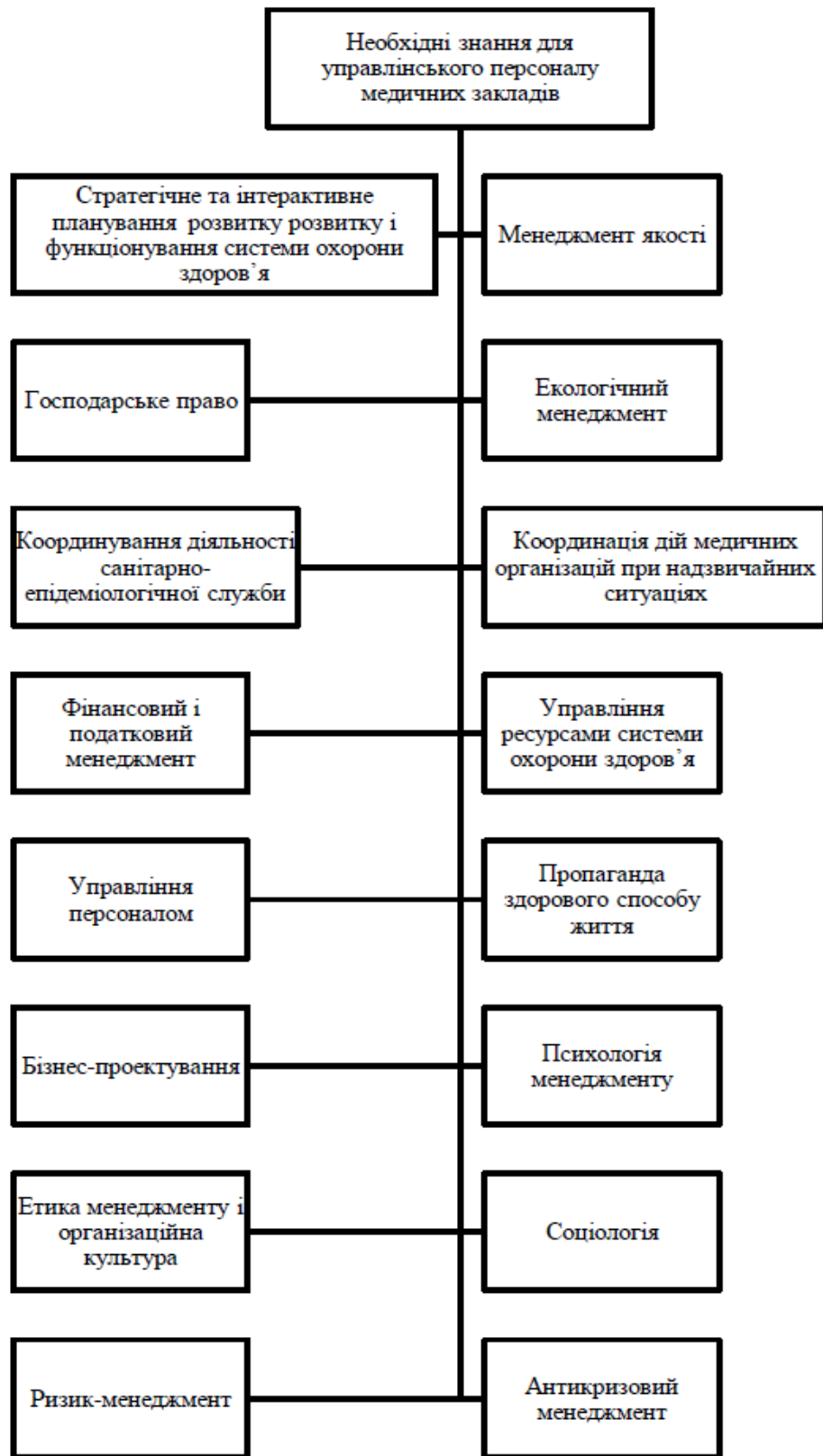


Рис.3.10. Необхідні знання для управлінського персоналу медичних закладів

Такий професійний розвиток дозволяє зосередитися не тільки на обсязі інформації, засвоєної в процесі навчання, а й на ефективності навчання, яка полягає, перш за все, в здатності людини нормально функціонувати в професійному середовищі.

Я пропоную включити це в навчальну програму:

- Тестові завдання;
- Вступний Екзаменаційний квиток;
- Завдання для перевірки практичних навичок;
- Теми самостійних курсових і випускних робіт.

Сучасна освіта, включаючи медицину, вимагає постійного розширення сприйняття і комплексного підходу до формування інформаційного середовища в суспільстві. Для того щоб знання мали певний взаємозв'язок з поведінкою, медичним працівникам дуже важливо постійно вчитися, поповнювати і розширювати свої знання.

Тому ми пропонуємо проводити таке дистанційне навчання онлайн.

Розглянемо особливості технології дистанційного навчання в системі moodle Хмельницького національного університету:

1. Зручна аутентифікація і навігація.
2. Зручне розташування інформації.
3. Доступність навчальних матеріалів курсу та зразків документів.
4. Наявність перевірок на базовий рівень знань.
5. Модульний формат розміщення навчальних матеріалів.
6. Можливість розміщення таблиць і діаграм.

Ми рекомендуємо адміністративному персоналу міського підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради вивчити наступні напрямки, що викладаються в університеті кафедрою Управління персоналом та економіки праці.:

1. Управління персоналом.
2. Основи коучингу.
3. Управління конфліктами

4. Основи державного управління та місцевого самоврядування.
5. Управління корпоративною культурою організації.
6. Він є учасником HR-технологій.
7. Інформаційні системи в професійній діяльності.
8. Персоналом управляти.
9. Цифровізація людських ресурсів
10. Основи мотивації персоналу
11. Управління соціальним захистом.
12. Поведінка організації.

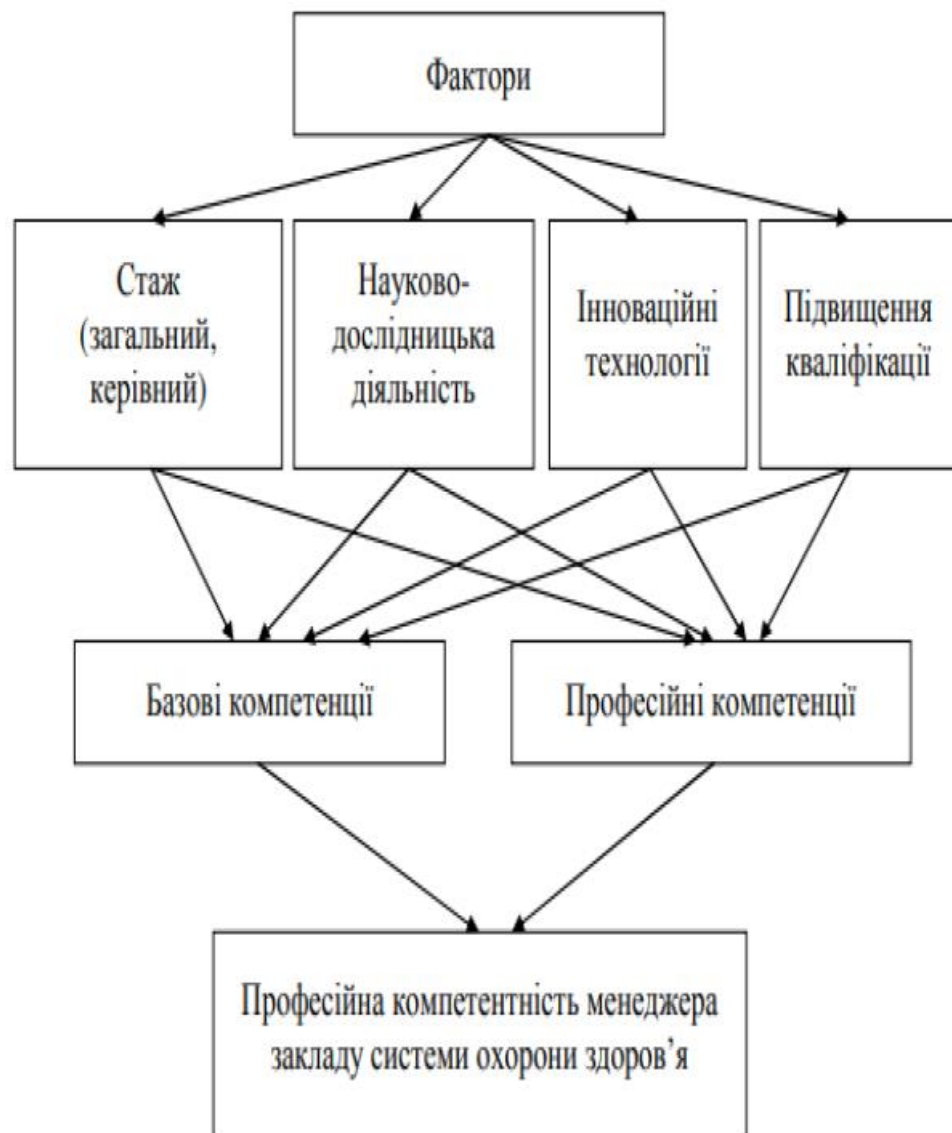


Рис. 3.11. Система факторів формування професійної компетентності керівника закладу охорони здоров'я

На наш погляд, це основні області для набуття досвіду в області управління персоналом досліджуваного підприємства.

4-м етапом моделі оцінки і розвитку здібностей керівника медичного закладу є практичне застосування отриманих знань і умінь. Це дозволяє оцінити ефективність знань, отриманих в результаті навчання.

Можна виділити такі критерії, які використовуються при оцінці ефективності навчання [5, С. 91]:

1. Засвоєння навчальних матеріалів.
2. Зміна поведінки.
3. Результати роботи.
4. Рентабельність.

Тому ми відобразимо у вигляді рис.3.11 систему факторів, що становлять професійну компетентність керівника медичного закладу.

Таким чином, підводячи підсумок, можна відзначити, що важливою умовою високої професійної компетентності керівника медичного закладу є наявність масштабного загального та адміністративного досвіду, зокрема, ведення активної науково-дослідної діяльності, інтенсивного використання інноваційних технологій і безперервного професійного розвитку.

Для вдосконалення системи управління КП «Криворізька інфекційна лікарня», зокрема, сфер, вивчених у розділах 2 та 3 дослідження, необхідно:

- по-перше, зміцнення фінансової бази галузі охорони здоров'я;
- проводити моніторинг громадської охорони здоров'я на місцевому рівні, щоб переконатися, що державні витрати є надійними і ефективними і засновані на потребах медичних установ на місцевому рівні;;
- розробити чіткий перелік державних гарантій медичних послуг на основі наявних коштів для створення прозорого механізму фінансування медицини;;
- створити механізм послідовного переходу на багатоканальну (багатопотокову) модель бюджетного медичного страхування, що фінансується з трьох основних джерел, для цього необхідно належним чином

підготувати нормативно-правову базу для впровадження бюджетного страхування українськими фармацевтичними компаніями;

- впровадження інноваційних механізмів розширення фінансування

Фінансування медицини (конкретні взаємозалежні і взаємопов'язані ресурси, терміни досягнення конкурентних цілей або цільових показників в пріоритетних областях розвитку галузі);

Необхідно вдосконалювати організаційно-правові механізми охорони здоров'я та впроваджувати такі заходи, щоб розумно використовувати бюджетні кошти, зокрема на навчання медичних працівників.:

- забезпечити створення державного контракту на підготовку фахівців на основі пропозицій місцевих органів охорони здоров'я;;

- створити механізм контролю за дотриманням трирічного терміну, встановленого новим спеціалістом, та механізм компенсації у разі порушень;

- розробити механізми договірних відносин між державними органами та відомчими закладами охорони здоров'я щодо раціонального використання ресурсів для всього суспільства;;

- нова розробка та оновлення існуючих медичних стандартів та науково обґрунтованих клінічних протоколів надання медичної допомоги при одночасному моніторингу впровадження Національною службою охорони здоров'я, місцевими органами влади, муніципалітетами та інститутами громадянського суспільства для забезпечення підвищення якості медичної допомоги;

- підвищити ефективність використання ресурсів Національної служби охорони здоров'я шляхом укладання контрактів між постачальниками медичних послуг (медичними установами, приватними лікарями) та державними установами, пов'язаних з якістю та складністю медичної допомоги.

Висновок до розділу 3

Пропонується сформувати механізм управління персоналом з метою здійснення ефективної організації управлінської роботи в комунальному підприємстві "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради. Було запропоновано кілька кроків щодо вдосконалення системи управління досліджуваним підприємством.

Ми також розробили механізм реалізації адміністративного впливу керівника на персонал підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

Розглядається практичне застосування моделі компетенцій керівника комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

Далі ми провели опитування керівного складу підприємства з метою формування потенціалу адміністративного персоналу комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради

Була проведена оцінка необхідних якостей директора медичного закладу. Респонденти вважають, що для керівника медичного закладу найбільш важливою якістю повинна бути притаманна йому кваліфікація - 90%, ділові якості - 84%.

Визначено набір базових здібностей, необхідних керівнику медичного закладу, та взято до уваги структуру здібностей керівника медичного закладу.

Оцінка компетентності керівника медичного закладу проводилася в 2 етапи: спочатку керівник закладу оцінював себе, а потім його оцінював решті Адміністративний персонал. Респонденти вважають, що компетентність лікаря розвинена на 80%, і це високий результат.

Модель оцінки та розвитку здібностей адміністративного персоналу комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" розробила Криворізька міська рада. Дана модель включає в себе 4 етапи виконання.

Визначено фактори впливу на професійну компетентність менеджерів у медичній сфері.

Вивчаються знання, необхідні керівному персоналу медичних установ.

Система факторів формування професійної компетентності керівника медичного закладу сформована на прикладі комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

Щоб побудувати модель вдосконалення системи управління медичним закладом, необхідно провести комплексний моніторинг його діяльності. Для цього визначаються показники кожного компонента системи показників і виконуються їх розрахунки.

Таким чином, на підставі результатів оцінки та вимірювання ефективності моделі, налагодження процесів в діяльності КП "Криворізька інфекційна лікарня", можна рекомендувати керівникам організації обов'язковий перегляд системи мотивації та Управління персоналом компанії, що може безпосередньо поліпшити загальний рівень продуктивності праці, а також впровадження процесів, пов'язаних з контролем якості. Ви можете ознайомитися з результатами опитування, натиснувши на кнопку "Переглянути" в правому верхньому куті сторінки. Цей напрямок отримало найменше значення в системі контролю.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

За результатами проведеного дослідження було зроблено наступні узагальнення та висновки

У першому розділі кваліфікаційної магістерської роботи узагальнено теоретичні основи організації адміністративної роботи в галузі охорони здоров'я. Визначено суть управлінської роботи підприємства галузі охорони здоров'я. Розглянуто концепції, фактори та системи формування здібностей менеджера підприємства в галузі охорони здоров'я. Вивчено та проаналізовано зарубіжний досвід організації управління підприємствами в галузі охорони здоров'я.

У 2-му розділі статті було проведено дослідження організації адміністративної роботи комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

Метою дослідження стало комунальне підприємство "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради, державна установа охорони здоров'я-спільне єдине некомерційне підприємство, що надає професійну і високоспеціалізовану медичну допомогу дорослим і дітям міста і області відповідно до процедур і умов встановлюється законами України та Статутом установи, а також вживає заходів щодо профілактики інфекційних захворювань населення та підтримання громадського здоров'я. Ми розглянули багато важливих питань, зокрема, структуру підприємства, основні показники його роботи. Наша компанія велика за розмірами і кількістю співробітників, Галузевий функціональний тип діяльності - медичні установи.

Компанія здійснює свою діяльність відповідно до визначених правил, які прописані в Статуті - документі, що регулює діяльність підприємства і його відносини з іншими юридичними особами.

Ми розглянули загальну характеристику результатів діяльності комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької

міської ради. Проведено аналіз продуктивності праці комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради. Проаналізовано стан організації адміністративної роботи комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради.

SWOT-аналіз діяльності КП «Криворізька інфекційна лікарня» показує стабільне функціонування медичного закладу, який чітко визначив пріоритети у здійсненні своєї діяльності та намітив стратегії розвитку з довгостроковою спрямованістю джерелом додаткового доходу є розвиток нових видів діяльності, пов'язаних із впровадженням переліку платних послуг. Як фактор, що стимулює збільшення числа пацієнтів, КП «Криворізька інфекційна лікарня» використовує клієнтоорієнтований підхід, що складається з якісного надання медичних послуг, правильної діагностики та спілкування з клієнтом, постійного оновлення матеріально-технічної бази для ефективної діагностики та вибору правильного протоколу лікування.

Стабільними чинниками, які можуть призвести до реалізації загроз для економіки та господарської діяльності підприємств, залишаються низький рівень культури здорового способу життя, частина населення залишається пасивною у виборі лікарів, конкуренція з боку приватних медичних закладів зростає з кожним роком та недостатнє фінансування місцевих програм охорони здоров'я.

В результаті SWOT-аналізу можна відзначити, що КП «Криворізька інфекційна лікарня» володіє значною кількістю сильних сторін, які дозволяють йому досягати основних цілей.

У 3-му розділі статті було покращено організацію адміністративної роботи комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради. З цією метою було розроблено механізм управління персоналом медичних закладів на прикладі комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради. Ми сформуваємо набір необхідних здібностей адміністративного персоналу комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької

міської ради. Було проведено анкетне опитування про компетентність керівника перед керівництвом підприємства. Також була розроблена модель оцінки та розвитку можливостей адміністративного персоналу комунального підприємства "Криворізька інфекційна лікарня" Криворізької міської ради, що складається з 4 послідовних етапів оцінки можливостей адміністративного персоналу досліджуваного підприємства.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я : аналіт. доп. / Т. П. Авраменко. - К. : НІСД, 2012. - 35 с.
2. Баєва О. В. Менеджмент в галузі охорони здоров'я. Навч. посібник. / О. В. Баєва. - Навч. посібник. - К.: Центр учбової літератури, 2008 - 640 с.
3. Бойчик І. М. Економіка підприємств / І. М. Бойчик і ін. - Львів, 1998. - 298 с.
4. Болюх М. А., Заросило А. П. Аналіз фінансово - господарської діяльності бюджетних установ: Навчальний посібник. - К.: КНЕУ, 2008. - 344 с.
5. Брич В. Я. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я : монографія / В.Я. Брич, Л.В. Ліштаба, П.П. Микитюк . - Тернопіль: ТНЕУ, 2020. - 192 с.
6. 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.
7. Ведерніков М.Д. Нормування праці: [навч. посіб.] / М.Д. Ведерніков, О.О. Чернушкіна. - Львів: Новий Світ-2000, 2011. - 372 с.
8. Гавриш О.А. Технології управління персоналом.: монографія / О.А. Гавриш, Л.Є. Довгань, І.М. Крейдич, Н.В.Семенченко. -Київ : НТУУ « КПІ імені Ігоря Сікорського», 2019. - 528 с.
9. Головань М.С. Компетенція і компетентність: досвід теорії, теорія досвіду / М.С. Головань. - 2008. [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://uabs.edu.ua/images/stories/docs/K_VM/Holovan_03.pdf(дата звернення: 18.10.2021).
10. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я / В. А. Грабовський, П. М. Клименко // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. - 2014. - № 3. - С. 136-142.

11. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. [Електронний ресурс]. - Режим доступу:http://www.kpu.zp.ua/journals/2020/5_10_uk/33.pdf(дата звернення: 06.11.2021).

12. Економіка праці і соціально-трудова відносини : навч. посібник / М. Д. Ведерніков, О. В. Хитра, О. А. Гарват [та ін.]. - Л. Новий світ-2000, 2012. - 869 с.

13. Економіка праці та соціально-трудова відносини : навч. посіб. / [Є. П. Качан та ін.]. - К. : Знання, 2008. - 407 с.

14. Економіка праці та соціально-трудова відносини : навч.-метод. посібник / за заг. ред. проф. Качана Є. П. - Тернопіль : ТДЕУ, 2006. - 373 с.

15. Жадан О.В. Теоретичні підходи до організації нормування праці в галузі охорони здоров'я / О.В. Жадан, О.Є. Вашеv // Державне регулювання процесів економічного і соціального розвитку. - 2019. - № 2 (57). - С. 1-6. [Електронний ресурс]. - Режим доступу:<http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2019-2/doc/2/01.pdf> (дата звернення: 11.11.2021).

16. Загороднюк О.В. Особливості організації управлінської праці у сільськогосподарських підприємствах / О.В. Загороднюк // Економіка і організація управління. - 2014. - Вип. 1-2. - С. 105-111. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eiou_2014_1-2_17 (дата звернення: 12.11.2021).

17. Карамішев Д.В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я / Д.В. Карамішев, Н.М. Федак // Теорія та практика державного управління. - 2011. - Вип. 3 (34). [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2011-3/doc/4/01.pdf>. - (дата звернення: 11.11.2021).

18. 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.

19. Колот А. М. Мотивація, стимулювання й оцінка персоналу : навчальний посібник / А. М. Колот. - К. : КНЕУ, 1999. - 224 с.
20. 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 2019 р.) / за заг. ред. В. С. Куйбіди, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. - К. : ТОВ «ДСК-Центр», 2019. - 208 с. - С. 67-70.
21. 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.
22. Мантур-Чубата О.С. Сучасні технології управління персоналом: компетенційний підхід / М.Д. Ведерніков, О.О. Чернушкіна, О.С. Мантур-Чубата // Науковий вісник УжНУ. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. - 2020. - Випуск 19. - Ч. 1. - С. 39-43.
23. Мантур-Чубата О.С. Особливості управлінської праці на підприємствах в галузі охорони здоров'я / М.Д. Ведерніков, О.О. Чернушкіна, О.С. Мантур-Чубата // «Східна Європа: економіка, бізнес та управління». - 2020. - № 3 (14). - С. 271-277.
24. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах / О. А. Мартинюк, Н. Ф. Курдибанська // Причорноморські економічні студії. - 2016. - Вип. 6. - С. 75-79.
25. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравоохоронної галузі / Л. А. Мельник // Державне управління: удосконалення та розвиток. - 2020. - № 11 [Електронний ресурс]. - Режим доступу:http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2020/24.pdf(датазвернення: 15.11.2021).
26. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах

реформування системи охорони здоров'я / С. О. Назарко // Державне управління: удосконалення та розвиток. - 2022. - № 1. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.economy.nauka.com.ua/pdf71_2022/57.pdf (дата звернення: 15.11.2021).

27. 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. 76-80.

28. Погоріляк Р. Ю. Сучасна підготовка керівників в сфері охорони здоров'я України. Методичні рекомендації / Р. Ю. Погоріляк, Г. О. Слабкий. - Київ, 2021. - 46 с.

29. Посилкіна О. В. Економіка праці : навчальний посібник / О. В. Посилкіна, В. А. Євтушенко, О. Ю. Єгорова. - Х. : НФаУ : Золоті сторінки, 2003. - 208 с.

30. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск "Охорона здоров'я" : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2020 року № 1977. [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102020--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja> (дата звернення: 05.11.2021).

31. Прокопець Л. В. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я / Л. В. Прокопець, І. М. Тодоріко // Інфраструктура ринку. - 2022. - № 42. - С. 267-272.

32. Ровенська В. В. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні / В. В. Ровенська, Є. О. Саржевська // Економічний вісник Донбасу. - 2021. - № 3 (57). - С. 162-168.

33. Рожкова І. В. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу / І. В. Рожкова, Д. С. Гайдаш // Матеріали наук.-практ. конф. "Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики

системи охорони здоров'я". 2015. - Київ, 22 квітня. - С. 113-117.

34. Савіна Т. В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку / Т. В. Савіна // Інвестиції: практика та досвід. - 2019. - № 15. - С. 95-98.

35. Скібіцька Л. І. Організація праці менеджера: [навч. посіб.] /Л.І. Скібіцька. - К.: Центр учбової літератури, 2010. - 360 с

36. Смирнов С. О. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я / С. О. Смирнов, В. Г. Бикова // Управління розвитком. - 2016. - № 3. - С. 78-83.

37. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я / Л. С. Стефанишин // Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво. - 2021. - № 3. - С. 160166.

38. Третяк О. Сучасні персонал -технології у системі управління персоналом на підприємстві / О. Третяк // Науковий вісник НЛТУ України. - 2014. - № 24 (4). - С. 389-396.

39. Чернушкіна О.О. Особливості управлінської праці в сучасних умовах / О.О. Чернушкіна, А.М. Козак // Глобальні та національні проблеми економіки. - 2016.-№11. [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://global-national.in.ua/archive/11-2016/137.pdf> (дата звернення: 05.10.2021).

40. Шегда А.В. Менеджмент: Підручник. - К.: Знання, 2004. - 687 с.

41. Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України / З.В. Юринець, О.А. Петрух // Інвестиції: практика та досвід. 2020. - № 22. - С. 116-121.

42. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід / Т. М. Ямненко // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. - 2020. - № 2. - С. 116-120.