

Центральноукраїнський національний технічний університет
Центр заочної та дистанційної освіти
Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»

Допущена до захисту:

Завідувач кафедри економіки,
менеджменту та комерційної
діяльності, канд. екон. наук, доцент

_____ Тетяна РЯБОВОЛИК

«13» червня 2025 р.

(протокол засідання кафедри ЕМ та КД
№12 від «13» червня 2025 р.)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти

на тему:

«Вдосконалення управління комунальним закладом охорони здоров'я в умовах
воєнного стану»

Виконав: здобувач вищої освіти

IV курсу, групи МЕ-21ПЗ

ОПП «Менеджмент»

спеціальності 073 «Менеджмент»

_____ Климентій Сябенко

Керівник: докт. екон. наук, професор

_____ Наталія Чередніченко

Рецензент: докт. екон. наук, проф.,

завідувач кафедри ФБСС

_____ Володимир СИБІРЦЕВ

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Сутність та ключові підходи до управління підприємствами в сучасних умовах	7
1.2. Специфіка управління в закладах охорони здоров'я: організаційно-правовий та функціональний аспекти	11
1.3. Методи оцінювання ефективності управління в медичній сфері та шляхи їх удосконалення	19
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	28
2.1. Організаційно-економічна характеристика діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради	28
2.2. Аналіз фінансово-економічного стану КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради	35
2.3. SWOT-аналіз як інструмент стратегічного оцінювання ефективності управління КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради	38
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	42
3.1. Формування управлінських компетентностей керівного складу КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» як основа підвищення ефективності управління	42
3.2. Модель оцінювання та розвитку професійного потенціалу управлінського персоналу медичного закладу	49
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	65
ДОДАТКИ	67

ВСТУП

Актуальність теми роботи. У сфері охорони здоров'я існує суттєве розмежування особливих ролей для працівників, тому управління персоналом стає все більш пріоритетним для керівництва медичним закладом. Тому впровадження сучасних методів управління персоналом у медичній сфері відбувається нерозривно з традиційними підходами. Застосування гнучких технологій впливає з того, що необхідно керувати реакцією на зміни в бізнес-середовищі та адаптувати систему управління до нових умов. Невиправдано низький рівень уваги керівника медичного закладу має об'єктивні причини: він зумовлений тим, що нормативна база діяльності медичного закладу передбачає певні вимоги та обмеження щодо персоналу, які не залишають можливості для формування персоналом необхідного управлінського потенціалу. Одночасно вивчення багаторічного успішного досвіду впровадження окремих інструментів управління персоналом з досвіду зарубіжних медичних закладів дасть наукове підґрунтя для формування таких механізмів у вітчизняних медичних закладах, що свідчить про необхідність створення науковцями відповідних рекомендацій щодо сталого збереження зайнятості персоналом лікарень та вивчення аспектів управлінської роботи в лікарняних установах, особливо в сучасних умовах, для покращення умов праці.

Мета та завдання роботи. Метою кваліфікаційної роботи є аналіз особливостей управлінської діяльності в сучасних умовах в КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради. Для досягнення поставленої мети в дослідженні було визначено та розв'язано низку взаємопов'язаних завдань, а саме:

– розкрити зміст управлінської діяльності підприємств у сфері охорони здоров'я, визначивши її ключові функції та особливості в сучасних умовах;

- здійснити аналіз міжнародного досвіду організації господарської діяльності медичних установ з метою виявлення ефективних управлінських практик, що можуть бути адаптовані в Україні;
- проаналізувати особливості управлінської діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» шляхом проведення SWOT-аналізу функціонування закладу;
- запропонувати ефективний механізм управління персоналом у медичних закладах на прикладі КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» як інструмент підвищення результативності його діяльності;
- дослідити процес формування управлінського потенціалу керівного складу КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради, визначивши ключові компетентності та чинники їх розвитку;
- розробити модель оцінювання й розвитку професійних можливостей адміністративного персоналу як складову стратегії кадрового управління закладу.

Об'єкт дослідження – система менеджменту медичного закладу.
Предмет – процес управлінської діяльності в КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради.

Для дослідження теоретичних основ управлінської праці на підприємстві використано такі методи: теоретичного узагальнення, аналізу та синтезу для виявлення та дослідження особливостей факторів, що впливають на організацію управлінської праці на підприємстві; анкетування, що допомогло сформуванню здібностей керівного персоналу підприємства; системний аналіз, який використовувався для розробки моделі оцінки та розвитку можливостей підприємства.

Елементи наукової новизни результатів дослідження:

- конкретизовано підхід до визначення управлінських компетентностей керівного складу в закладах охорони здоров'я в умовах воєнного стану, що дозволяє адаптувати класичні моделі до специфіки кризового управління;

- розроблено структурно-логічну модель формування компетентностей управлінського персоналу, яка враховує не лише професійні знання, а й поведінкові та цифрові навички, необхідні для ефективного функціонування в умовах нестабільного зовнішнього середовища;

- запропоновано практичні шляхи вдосконалення кадрового управління на прикладі делегувального стилю лідерства, що є релевантним для сучасної медицини, орієнтованої на міждисциплінарну взаємодію;

- здійснено узагальнення факторів впливу на ефективність управління КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» в умовах обмежених ресурсів, підвищеного соціального навантаження та необхідності забезпечення безперервності медичних послуг;

- інтегровано фінансовий аналіз діяльності як дієвий інструмент стратегічного планування розвитку установи, що поєднує економічну доцільність і управлінську ефективність;

Запропоновані у роботі аналітичні та методичні матеріали мають практичне значення, зокрема:

- результати SWOT-аналізу КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» дозволяють виявити управлінські ризики й потенціал для реалізації програм підвищення ефективності;

- інфографіка організаційної структури КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради із виокремленням функціональних управлінських зв'язків, що може використовуватися як методичний матеріал для перепідготовки персоналу;

- рекомендації щодо посилення компетентнісного підходу в управлінні з урахуванням сучасних викликів, таких як воєнний стан, фінансові обмеження, зростання запитів на якість медичних послуг;

- методика оцінювання управлінських стилів у медичних установах, адаптована до публічного сектора, із практичним прикладом застосування в умовах реального закладу.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та ключові підходи до управління підприємствами в сучасних умовах

Управлінська діяльність - це свідомо здійснювана індивідом або групою робота для досягнення ефективної діяльності, досягнення конкретних цілей, розв'язання завдань, виконання функцій [1, с.12]. Характеристики сутності управлінської праці різняться здебільшого через суттєві відмінності у змісті праці цього класу.

Управлінська праця – це систематична діяльність управлінського персоналу, спрямована на організацію, регулювання, мотивацію та контроль праці працівників організації [1, с.12].

Основним контрастом у діяльності менеджерів у сучасних умовах господарювання є розумова активність, трудомісткість та інформативність процесу роботи, що потребує багато часу для пошуку, аналізу, систематизації та узагальнення інформації. Це потребує постійної самоосвіти, системного підвищення кваліфікаційного рівня, розвитку кола обов'язків, прояву цілеспрямованості, ініціативи, творчої активності в умовах досить жорсткої регламентації робочого часу.

Керівники не мають прямого впливу на об'єкт праці і не створюють матеріальних цінностей, оскільки беруть участь у координації проектного, техніко-економічного та фінансового забезпечення виробничого процесу. Підготовка кадрів також є їх обов'язком, вони розподіляють і керують трудовими ресурсами організації [9].

Адміністративна праця є формою не матеріальної праці. Вона не створює матеріальних благ безпосередньо, а нерозривно вплетена в загальну колективну працю всіх працівників, а отже, продуктивна. Управлінська робота включає

елементи спеціальності та професії. Основна маса обов'язків керівного працівника не пов'язана з управлінням і пов'язана з виконанням безпосередньої роботи. Найважливішими елементами управлінської роботи є створення мереж, контроль поведінки людей і покладання на роботу відповідальності за успішне виконання роботи.

Створення необхідних умов є першочерговою функцією менеджменту. Реалізація організаційних завдань потребує координації та взаємодії працівників. Перш за все, управління - це робота з тими, чия робота піддається управлінському впливу. Вибір і реалізація комплексу управлінських дій характеризує досягнення мети управління. Управлінський вплив на роботу групи людей є специфічним продуктом управлінської праці. Основною формою такого впливу є управлінське рішення. Ефективність управлінських рішень, заснованих на аналізі зовнішнього і внутрішнього середовища, вимагає володіння набором складних і рухомих елементів, що постійно створюють нестандартні ситуації. Рішення адміністратора не визначається лише знаннями та досвідом; це також визначається особистими якостями, практичним досвідом, інтуїцією, здоровим глуздом.

Управління в різних сферах суспільного життя має відмінні риси, а аналіз процедур контролю, який вимагає диверсифікованої методології, є предметом цілеспрямованого наукового дослідження.

Трансформації в усіх галузях системи охорони здоров'я України за останні роки набули помітної сили та швидкості, необхідно глибоко розуміти проблеми та критичні напрями розвитку галузі.

Характерною рисою галузі охорони здоров'я є те, що вона потребує двох типів менеджерів: керівників та розпорядників. Це пов'язано з тим, що зараз у сфері охорони здоров'я існує два типи організацій.

Першу категорію становлять державні заклади охорони здоров'я (лікарні, поліклініки, клініки науково-дослідних медичних інститутів, санітарно-епідеміологічні станції, санаторно-курортні установи тощо), які функціонують як бюджетні організації без статусу самостійних суб'єктів господарювання. Їх

фінансування здійснюється переважно за рахунок коштів державного або місцевого бюджету, причому всі напрями витрат регламентуються та контролюються уповноваженими органами влади. Відповідно до положень Конституції України, медична допомога в державних установах надається громадянам безоплатно. Незважаючи на наявність окремого переліку платних медичних послуг, ключові управлінські функції керівника таких закладів часто обмежуються адміністративними завданнями, що дає підстави розглядати його передусім як адміністратора, а не як повноцінного менеджера в ринковому розумінні цього поняття.

Другий тип - заклади охорони здоров'я поза державною формою власності, які функціонують як індивідуальні організації в ринковому середовищі. Керують такими об'єктами адміністратори на галузевому рівні [1].

Підвищення економічного статусу та інституційної автономії медичних закладів на фоні вимог до керівників таких закладів має бути обґрунтованим у процесі змін і зростання. Це підвищить вимоги до керівників медичних закладів усіх форм власності та організаційно-правової діяльності. Персонал вимагає широкого спектру навичок, необхідних для підтримки та управління змінами на організаційному та політичному рівнях. Через складність завдань доцільно переглянути вимоги до компетентності керівників закладів охорони здоров'я до рівня знань, навичок, а головне досвіду застосування в таких сферах, як реалізація стратегії розвитку медичних закладів [13].

Таким чином, у спектрі адміністративної роботи в охороні здоров'я виділимо такі види:

- реалізація з погляду системного підходу до організації управління медичними закладами;
- орієнтація на самостійність та розвиток професіоналізму;
- самоврядування;
- знання нормативної бази та господарський договір;
- договори на медичне обслуговування тощо;

- взаємодія із засновниками, клієнтами, суспільством, пацієнтами, органами охорони здоров'я, місцевого самоврядування, державними установами;
- представництво інтересів медичних закладів та захист цих інтересів у державних, судових, страхових органах, а також у муніципальних та приватних структурах;
- надання, делегування, моніторинг та контроль зі звітами, організація, координація та регулювання, а також аналіз і з'ясування, чому щось не працює належним чином, і прийняття рішень для усунення цих недоліків як практика в управлінні медичними закладами
- виконання ліцензійних вимог медичної практики та підготувати місце для акредитації;
- управляти технічними процесами, матеріально-технічними ресурсами;
- реалізація стратегічних пріоритетів і планів розвитку медичних закладів, а також внутрішньої й зовнішньої діяльності з урахуванням потреб основних стейкхолдерів — пацієнтів та засновників (власників);
- орієнтація маркетингової політики медичних установ на задоволення потреб населення й забезпечення економічної результативності їх функціонування;
- здійснення стратегічного планування, прогнозування ключових тенденцій і оцінювання потенційних ризиків;
- організація ефективного управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я;
- запровадження сучасних підходів до управління персоналом із фокусом на розвиток професійного потенціалу;
- системна оцінка результативності роботи працівників із подальшим застосуванням механізмів стимулювання, винагороди та мотивації за досягнення високої продуктивності;

- конструктивне вирішення конфліктів у трудовому колективі, реагування на порушення трудової дисципліни;
- формування, підтримка та розвиток корпоративної культури, спрямованої на підвищення довіри, згуртованості та ефективної взаємодії;
- забезпечення створення результативної команди: чітке визначення її складу, розподілу обов'язків, відповідальності та координації дій між учасниками.

1.2. Специфіка управління в закладах охорони здоров'я: організаційно-правовий та функціональний аспекти

Управління у сфері охорони здоров'я є специфічним напрямом менеджменту, який має суспільно значущу цільову орієнтацію. Основною метою діяльності закладів охорони здоров'я виступає збереження та зміцнення здоров'я населення. У цьому контексті здоров'я розглядається не лише як біологічна характеристика, а й як ключова соціально-економічна категорія, що становить важливу складову національного багатства країни. Частина національного доходу інвестується у підтримку й розвиток системи охорони здоров'я, водночас саме здоров'я населення виступає ресурсом, що забезпечує економічну активність, продуктивність праці та добробут. Здоров'я людини значною мірою зумовлюється умовами праці й життя, станом навколишнього середовища, соціальною поведінкою, якістю харчування та іншими чинниками.

Основні цілі та напрямки перебудови структури охорони здоров'я можна підсумувати так:

- підпорядкувати діяльність системи охорони здоров'я зміцненню здоров'я та подовженню тривалості життя людей;
- спрямувати управління системою охорони здоров'я на підвищення рівня та якості медичної допомоги, починаючи з профілактики, і прискорити прогрес медичної та медичної науки і техніки;

- підвищити зацікавленість медичного персоналу в результатах своєї роботи та повноцінно розкрити його ініціативу в досягненні високого рівня здоров'я населення;

- підвищення рівня та ефективності централізованого управління охороною здоров'я, що в основному відображається у формулюванні стратегічних питань та їх вирішення;

- розширити сферу самостійної діяльності обласних, міських і районних органів управління та органів управління медичними закладами;

- підвищити питому вагу та вплив економічних засобів, сформулювати та запровадити дієві стимули економічності, оптимізувати систему матеріально-технічного забезпечення сфери охорони здоров'я;

- забезпечити сучасну організаційну структуру для органів управління охороною здоров'я;

- розробити регіональні та відомчі моделі управління, створити науково-дослідні, освітні та практичні установи та діагностико-лікувальні центри, оптимізувати підключення системи охорони здоров'я;

- підвищення ролі людського фактора, який особливо важливий у сфері охорони здоров'я, посилення участі трудових колективів в управлінні охороною здоров'я, здійснення демократизації управління охороною здоров'я.

Управління охороною здоров'я тісно пов'язане з соціальним менеджментом, включаючи:

- управління персоналом та соціальними справами;
- управління ресурсами;
- управління різними видами діяльності (медичними, організаційними, технічними, економічними та ін.).

Ефективне управління охороною здоров'я може ефективно інтегрувати людські та матеріальні ресурси для отримання хороших результатів, які є корисними для здоров'я та в кінцевому підсумку досягають цілей організації. Однак результати медичної допомоги важко визначити, оскільки вони можуть з'явитися лише через деякий час після того, як пацієнт отримує послугу. Крім

того, цілі та завдання організації часто ускладнюють визначення того, чи відповідають їм фактичні результати. Для більшості організацій охорони здоров'я завдання, пов'язані зі служінням людям і суспільним інтересам, важче виміряти, ніж отримання прибутку промислових підприємств.

Підсумовуючи, організації охорони здоров'я мають такі основні особливості, які, порівняно з іншими галузями національної економіки, вимагають спеціальних методів, знань і навичок, які є доповненням до основних і універсальних принципів управління всіма секторами:

1. Цілі закладів охорони здоров'я абсолютно відрізняються від цілей будь-якої іншої галузі. Справа в тому, що вони не тільки більш складні, але й дуже складні для вимірювання. Адже, на відміну від інших галузей, таких як промисловість, заклади охорони здоров'я мають обмежені можливості використання кількісних показників. Багато добре виконаних, але непотрібних процедур відображають лише продуктивність закладів охорони здоров'я, а не ефективність їх роботи. Тому керівникам і клініцистам слід орієнтуватися не лише на те, скільки медичної допомоги надається, а насамперед на те, які результати.

2. На відміну від типових бізнес-організацій, у закладах охорони здоров'я керівники менше контролюють діяльність принаймні частини працівників. Мова йде про лікарів. Професійна автономія лікарів особливо проявляється в керівництві більшості американських лікарень, які мають спеціальні контракти з лікарнею і не входять до штату лікарень. Проте в Україні, як і в інших країнах Європи, ця автономія існує. Ми переконані, що медсестринський персонал також має певний ступінь автономії.

3. З точки зору персоналу, відмінною рисою організацій охорони здоров'я є високий ступінь спеціалізації медичного персоналу та взаємозалежність різних професійних команд. Це не тільки вимагає від організацій колективних дій для вирішення завдань, які стоять перед ними, але й створює додаткові труднощі та тиск на керівництво медичних установ.

4. Фінансування організацій охорони здоров'я також відрізняється від інших галузей, будь то промисловість, побутове обслуговування, освіта тощо. Проблема фінансування є чи не однією з найгостріших проблем у сучасній вітчизняній системі охорони здоров'я. При формуванні механізму компенсації послуг медичних закладів необхідно мати на увазі, що будь-яка система має певні стимули для платників і постачальників медичних послуг. При розрахунках за наданням медичних послуг рано чи пізно виникне проблема контролю відповідності рецептів за певними схемами лікування. При виставленні рахунків за кількістю пролікованих пацієнтів необхідно приділяти повну увагу стандартам якості, щоб уникнути передчасної виписки пацієнтів. Проблеми фінансування медицини часто безпосередньо пов'язані з доступністю медичних послуг. Система фінансування має сприяти реальній роботі медичних закладів.

5. Складність питань охорони здоров'я зумовлена:

- неоднозначністю і складністю структури і зв'язку суб'єктів, об'єктів і середовища;
- незворотність потенційної шкоди особи, які приймають рішення, несуть велику відповідальність, адже ціною помилок часто стає здоров'я, а іноді навіть життя багатьох людей;
- невизначеність ще більше посилюється труднощами прогнозування результатів і очевидними результатами;
- виправляти помилки дуже важко, а часом навіть неможливо.

6. Формальна влада означає право наказувати іншим і вимагати від них покори. Неформальна влада означає здатність змусити інших діяти відповідно до ваших бажань. Офіційна влада, або авторитет, дозволяє менеджерам приймати рішення, які спрямовують дії інших; влада дозволяє керівникам реалізувати ці рішення. Відповідно до теорії сприйняття Боварда, якщо офіційний наказ розумний з точки зору виконавця, то наказ буде виконано. Отже, менеджер може мати офіційну владу, але не може досягти кінцевого результату. Існують різні види офіційної та неофіційної влади.

Легітимні або законні повноваження впливають із явних або неявних правил і законів в організації. Для цього працівники повинні знати, що керівники мають законне право контролювати їх і що вони повинні виконувати накази керівництва.

Повноваження представництва делегуються (передаються) керівнику групи. Команда погоджується підкорятися лідеру до тих пір, поки лідер радиться з командою і веде всю команду в бажаному напрямку. Цей тип лідерства присутній у більшості лікарняних команд.

Експертна влада - це сила знання. Він базується на знаннях і досвіді, які життєво необхідні в роботі. Експертна влада також ґрунтується на уявленні підлеглих про те, що їхні керівники володіють певними знаннями чи досвідом, які можуть бути використані для задоволення їхніх вимог. Тому досвід дає менеджерам перевагу.

Харизматичний тип влади ґрунтується на захопленні особистістю. Наприклад, керівник володіє настільки сильними якостями лідера, що його обожають підлеглі. Це почуття захоплення часто супроводжується бажанням бути схожим на лідера.

Влада примусу заснована на страху підлеглих, що керівник їх покарає.

Влада винагороди базується на здатності лідера винагороджувати зразкову поведінку. До таких винагород належать: заохочення, просування по службі, обов'язкова робота тощо.

Різні менеджери можуть по-різному використовувати наведені вище типи влади в конкретних ситуаціях.

7. Наступною характеристикою організацій охорони здоров'я є коаліційне прийняття рішень.

Через наявність різних медичних спеціальностей організаціям охорони здоров'я необхідно прийняти коаліційний, а не бюрократичний підхід до прийняття рішень. Бюрократичний підхід до прийняття рішень є традиційним ієрархічним способом впливу зверху вниз. З іншого боку, коаліційне прийняття рішень відбувається, коли дві або більше групи розуміють, що вони можуть

досягти більшого, постійно працюючи разом, ніж діючи поодиноці. Вони визнають свою взаємозалежність один від одного. Процес прийняття рішень у коаліції відрізняється від процесу прийняття рішень у бюрократії. В останньому майже всі рішення приймаються однією особою з законними повноваженнями. У коаліції найважливіші рішення приймаються спільно представниками різних учасників коаліції. На відміну від бюрократичних організацій, кожен член коаліції має право вето. У медичних організаціях домінуючими вважаються коаліційні рішення.

8. З точки зору менеджменту, важливою особливістю медичних організацій є їх висока конфліктність.

На це є багато причин. Оскільки важко виміряти ефективність організації за результатами, є багато місця для суперечок щодо того, що робити. Різноманітність учасників, особливо професіоналів, призводить до однаково великої кількості думок і очікувань. Вони конфліктують між собою. Крім того, різні джерела влади в медичних організаціях також призводять до конфліктів щодо того, хто має владу та хто може вирішувати, що робити. Нарешті, сама напруженість медичної роботи також може призводити до конфліктів: нескінченним потоком виникають несподівані ситуації, співробітники постійно стикаються з життєвими проблемами, більшість дій потрібно виконувати вчасно, і не можна допускати помилок, тому що другий шанс буває дуже рідко.

Управління охороною здоров'я слід розглядати як ключову функцію системи охорони здоров'я, що забезпечує її збалансований та поступальний розвиток. Воно охоплює збереження раціональної організаційної структури, підтримання ефективної моделі функціонування, а також реалізацію комплексних програм, спрямованих на досягнення стратегічних цілей і вирішення актуальних проблем у медичній сфері. По суті, це цілеспрямований управлінський процес, спрямований на забезпечення належного функціонування системи охорони здоров'я в межах доступних ресурсів і в конкретних соціально-економічних умовах. Зміст управління проявляється у

впливі суб'єкта управління на об'єкт за допомогою визначених процедур, інструментів і методів організаційної взаємодії.

Поняття «організація» трактується як об'єднання людей, які спільно реалізують певний план чи мету та діють за певними процедурами та правилами.

Принципи та види процесів управління охороною здоров'я. Принцип менеджменту полягає в розподілі та виділенні управлінської праці на самостійні види діяльності.

Принцип розподілу праці повинен застосовуватися не тільки до розподілу управлінської роботи, а й до розподілу загальної медичної роботи, включаючи медичну допомогу, вторинну медичну допомогу, загальні послуги тощо. Цей принцип природно і в основному застосовується в галузі медичної науки. В останні роки в складі медичної науки поступово сформувалися самостійні дисципліни:

- З точки зору загальної терапії, включаючи алергологію, пульмонологію, кардіологію, нефрологію та ін.;

- З точки зору загальної хірургії, в тому числі дитячої хірургії, травматології, торакальної хірургії, серцево-судинної хірургії та ін.;

- Від загальної педіатрії до дитячої кардіології, урології, гінекології та ін.

Відповідно до поділу дисциплін, поглиблений медичний розподіл праці почався в поліклініках, лікарнях, центрах епідеміологічного нагляду та ін. Суть принципу розподілу праці полягає в тому, що кожна окрема робота виконується якісніше і швидше, ніж початкова робота. Але має бути початкова робота – це в основному робота дільничних лікарів – терапевтів, педіатрів, загальних хірургів, санітарних лікарів. Але його немає. Є дільничний лікар-терапевт, але не на 2 тисячі пацієнтів, як передбачається, а на 8-12 тисяч. Майже схожа ситуація з дільничними педіатрами. Значна частина дільничних терапевтів і педіатрів розвантажують і полегшують власний тягар, використовуючи як захисний щит вузьке коло спеціалістів і допоміжних клінічних служб.

Таким чином, у зниженні якості діагностичного та лікувального процесів у поліклініках фатальну роль відіграла спеціалізація трудового процесу через відсутність початкової політерапії та педіатричної політерапії. Проте не менш фатальним явищем є нехтування або невміння застосувати ще один важливий принцип, підтверджений наукою управління, - принцип інтеграції трудового процесу, суть якого полягає в планомірному розподілі праці з метою зробити таку працю в майбутньому взаємопов'язаною, тобто інтегрованою.

Деякі дослідники об'єднують перші два принципи в один і називають його принципом еволюції (тобто розвитку).

Абсолютно необхідно, щоб управління було зорієнтоване на цілі підприємства (установи). Однак характер цієї орієнтації може бути різним, відповідно до якого можна виділити три можливі типи процесів управління [15].

Перший вид – управління за цілями. Управління за цілями має місце, коли цілі відіграють роль у вирішенні всіх виробничих завдань та інших завдань управління на всіх рівнях. Найбільш типовими характеристиками цільового управління є одиничне, дрібносерійне та дослідне виробництво.

Цільове управління спрямоване на спрямування підприємства (організації) і всіх його підрозділів до однієї кінцевої мети. За допомогою цільового управління ця кінцева загальна мета розбивається на конкретні, проміжні цілі та реалізується в кожному відділі, аж до кожної посади. Завданням цільового управління є координація просування кінцевої мети та виділення для цього необхідних ресурсів. Цільове управління є основним механізмом, який щодня з ранку до вечора спрямовує діяльність підприємства (організації).

Другий процес управління - це управління проектами. Тут акцент робиться не на формулюванні цілей - цілей небагато і цілі зрозумілі, - а на ретельному формулюванні конкретних завдань, визначенні послідовності дій різних підрозділів і зв'язку між цими діями. Перелік цих завдань становить проект управління. Цей процес управління зазвичай підходить для вирішення

складних виробничих завдань, що включають багато учасників, коли основним завданням є координація їхніх процесів.

Третій процес управління - ситуаційний менеджмент. Це тісно пов'язане зі зрілими моделями виробництва: великомасштабне, серійне виробництво. Його цілі зрозумілі і рідко змінюються. Головне – мати можливість справлятися з несприятливими ситуаціями та збоями у виробничому процесі якнайшвидше. Цього можна досягти, використовуючи готові стандартні рішення, які швидко усувають відхилення і мінімізують втрати (такий стиль управління іноді ще називають управлінням відхиленнями).

Варто зазначити, що в реальному житті важко знайти стиль управління, який можна застосувати суто до конкретного типу. Зазвичай вони використовуються в різних комбінаціях. В останні роки прикладом такого поєднання є управління цілями проектів – тобто створення та реалізація цільових комплексних проектів, що поєднує в собі елементи управління цілями та управління проектами. Сфера застосування проектного менеджменту полягає у розв'язанні основних завдань і основних завдань установи.

1.3. Методи оцінювання ефективності управління в медичній сфері та шляхи їх удосконалення

Сучасна наукова література з питань організації охорони здоров'я виокремлює два основні підходи до розуміння управління у цій сфері. З одного боку, під терміном «управління охороною здоров'я» розглядаються інституції або сукупність інституцій, які формують умови та механізми прийняття управлінських рішень — зокрема в аспектах планування, координації, аналітики та реалізації управлінських функцій. З іншого боку, відповідно до положень загальної теорії управління, управління охороною здоров'я трактується як сукупність засобів, що спрямовані на збереження й зміцнення здоров'я населення через цілеспрямований інформаційний вплив на функціонування системи охорони здоров'я (медичних установ,

фармацевтичних організацій, професійних медичних об'єднань) задля досягнення визначених соціальних і економічних цілей.

З огляду на динаміку трансформацій у публічному управлінні, особливу увагу варто приділити відмінності між поняттями «менеджмент» і «керівність». У сучасних умовах спостерігається розмиття термінологічних меж між традиційним адмініструванням та новими управлінськими підходами, особливо в контексті поширення принципів приватного менеджменту в державному секторі. У західній науковій думці сформувався концепт «нового державного управління» (New Public Management), який позначає модернізовану управлінську парадигму, орієнтовану на результативність, гнучкість, адаптивність та ефективне використання ресурсів у публічних інституціях, зокрема й у сфері охорони здоров'я.

На підставі загальної управлінської концепції формуються конкретні управлінські методи, вибір яких залежить від специфіки зовнішнього та внутрішнього середовища. Система охорони здоров'я, маючи чітко виражену соціальну спрямованість та специфічний об'єкт управлінського впливу, також характеризується власними управлінськими особливостями, які визначають підходи до організації її функціонування та стратегічного розвитку.

По-перше, медичний заклад виробляє послугу, яка визначає специфіку взаємодії між надавачем медичних послуг і споживачем послуг, який безпосередньо контактує з надавачем і бере участь у процесі надання послуг. Це проявляється в різноманітних технологіях, пов'язаних із клієнтами. Це стосується якості обслуговування та доступу, а також рівня складності оцінки діяльності медичних закладів та результатів, які отримують працівники. Це, зокрема, визначає структуру управління галуззю охорони здоров'я.

По-друге, медичне обслуговування відноситься до категорії соціальних послуг. Це означає, що, з одного боку, окрім прямого впливу на споживачів, є також державний і суспільний ефект. З іншого боку, це відображає зростаючу роль громадян в отриманні медичних послуг та їх роль у наданні медичної допомоги.

Отже, до найважливіших ознак медичних закладів, які стосуються характеру їх діяльності та впливають на процес управління ними, можна віднести наступні:

- 1) Складність визначення якості та вимірювання ефективності праці;
- 2) Висока спеціалізація основних видів діяльності, які часто є терміновими та гострими;
- 3) Невизначеність і відсутність будь-якого права на помилку;
4. Вимагає тісної координації в установі;
5. Дуже висококваліфіковані співробітники;
6. Контроль з боку керівництва лікувального закладу за діяльністю лікаря;
7. Ускладнена координація роботи через подвійне підпорядкування багатьох медичних закладів, зокрема лікарень, повноважень і відповідальності.

Унікальною характеристикою медичної системи є різноманітність предметів і форм діяльності. Загальновизнана класифікація зазвичай виділяє 3 типи медичних закладів, що відповідають 3 секторам сучасного суспільства (державні, приватні, некомерційні) і сфери управління співвідносяться з кожною інституцією відповідно до сектора суспільства, до якого належить сфера управління.

Громадська охорона здоров'я є однією з ключових сфер суспільного життя, де соціальні цінності можуть реалізовуватися як через соціальні й політичні трансформації, так і через механізми ринку, з урахуванням широкого спектра економічних і соціальних інтересів населення. Заклади охорони здоров'я, які функціонують у державному секторі, здебільшого фінансуються з державного або місцевого бюджету й надають медичні послуги населенню безоплатно або за символічну плату, що не перевищує реальної собівартості послуг.

З огляду на специфіку функціонування таких закладів, управління системою державної охорони здоров'я потребує особливої моделі, яка базується на низці ключових принципів:

- а) відповідальність органів законодавчої та виконавчої влади, а також громадських інституцій за прийняті рішення та їх реалізацію;
- б) уніфікований підхід до обслуговування пацієнтів, що забезпечує рівний доступ до медичних послуг;
- в) суворе дотримання затверджених процедур, регламентованих законами, підзаконними актами та нормативними документами;
- г) кадрова політика орієнтується на принципи державної служби, включаючи конкурсність, прозорість та стабільність зайнятості.

Натомість приватні медичні установи функціонують на основі недержавного фінансування, яке забезпечується їхніми засновниками — фізичними або юридичними особами. Крім відмінностей у джерелах фінансування, приватні медичні заклади також вирізняються за характером управлінських процесів, а саме:

- а) управлінська діяльність у приватному секторі є більш гнучкою, що дозволяє керівникам оперативно ухвалювати рішення та застосовувати індивідуалізований підхід до управління;
- б) ухвалення управлінських рішень в першу чергу ґрунтується на економічних показниках, при цьому особлива увага приділяється оптимізації витрат і дотриманню прямої залежності між доходами й витратами, що сприяє підвищенню ефективності діяльності.

Це допомагає приватному бізнесу більше задовольняти індивідуальні потреби людей на вищому технологічному рівні та надавати якісні послуги. Водночас ці групи є в основному бізнес-групами. Вони формуються спочатку для того, щоб їх власники отримували матеріальну вигоду.

3. Третій сектор, який складають некомерційні організації (НКО), є третьою моделлю менеджменту в охороні здоров'я. Основні функції громадських організацій, термін, який виник у США в 1970-х роках, відображає той факт, що такі організації вважаються альтернативою як приватним, так і державним операціям, з притаманними їм недоліками.

Про це свідчить той факт, що неприбуткові організації виникають як бажання засновників брати участь у певній діяльності некомерційного характеру, спрямованої на вирішення соціальних проблем.

НКО не призначені для отримання прибутку та розподілу його між учасниками. При веденні незаборонених комерційних видів діяльності отримані доходи, як правило, можуть бути використані тільки на користь розвитку організації та досягнення її цілей.

Особливості НКО відображаються у формі управління, способі взаємодії з державою та приватним сектором, взаємовідносинах між засновниками та керівниками, організації волонтерської роботи тощо.

Системи охорони здоров'я, як і будь-які інші, потребують застосування низки способів впливу на керівний орган суб'єкта господарювання. Медичний менеджмент як метод управління ґрунтується на об'єктивному характері взаємовідносин між учасниками системи та має враховувати певні особливості поведінки суб'єкта у цій сфері.

В цілому виділяють 3 групи методів управління медичними закладами (табл. 1.1).

Також є певні переорієнтації на конфігурацію охорони здоров'я, окреслені в останні роки: систематичний контроль за діяльністю медичних закладів, медичне управління з використанням уніфікованих систем, режими моделювання в деяких системах змін в економіці, режими оцінки персоналу. Основним напрямком удосконалення методології адміністрування слід розглядати об'єднання класичних методів адміністрування та об'єктно-орієнтованих методів, які охоплюють елементи 3 відділів охорони здоров'я. У цьому випадку адміністрування має перетворитися на методологію чи науку, яка може допомогти сприяти раціональному управлінню наявними ресурсами, а також допомогти подолати існуючі проблеми державного управління.

Питання конвергенції управлінських підходів останнім часом виходить на перший план, зокрема в Україні, тому потребує широкого теоретичного дослідження та глибокого наукового осмислення та підтримки.

Таблиця 1.1 – Методи оцінки ефективності маркетингової діяльності

Найменування методів	Характеристика методу
Економічні методи	Шляхи і способи впливу на працівників шляхом спеціального порівняння витрат і результатів (матеріальні винагороди і покарання, гроші і позики, заробітна плата, собівартість продукції, заробіток, ціна). Основними інструментами управління є система оплати медичних послуг, яка має покривати витрати медичного закладу на надану медичну допомогу, а також спонукати адміністрацію медичного закладу до максимально раціонального використання наявних фінансових і матеріальних ресурсів. Розвинулися такі системи оплати медичної допомоги: бюджетне фінансування, оплата відвідування (або одного дня використання ліжка), оплата індивідуальних медичних послуг, оплата епізодів хвороби, подушне (вважається найбільш передовим способом) бюджетування за фондовою схемою
Організаційно-розпорядчі методи	Цей набір методів управління передбачає визначення ефективності закладу охорони здоров'я, що ґрунтується на оцінці результатів діяльності закладу за системою економічних і соціальних показників.
Соціально - психологічні методи	Методи прямого впливу – це ті, які по суті є директивними, пасивними та передбачають дисципліну, відповідальність, владу та примус. Вони містять категорії регулювання, організаційного дизайну та нормування. Суть цих методів полягає в тому, що вони встановлюють спеціальні правила, які є обов'язковими для дотримання та перевіряють, як організовано суб'єкт надання медичної допомоги - стандарти матеріальної бази закладу охорони здоров'я, стандарти діагностично-лікувального процесу та результатів лікування. Ці методи виступають у формі наказів, постанов, інструкцій, розпоряджень чи рекомендацій.

Джерело: [7]

Обговорення управління організаціями охорони здоров'я на наукових форумах ґрунтується на питанні про те, наскільки істотними є відмінності між моделями управління приватним і державним секторами та чи можна використати досвід, отриманий в одному секторі, для покращення управління організаціями в інших секторах.

Важливо окреслити основні підходи до управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах (табл.1.2).

Вирішальним елементом реформи охорони здоров'я в країні зі змішаною системою управління є принцип регульованої конкуренції. З одного боку, ринковий принцип конкуренції покращує якість певних видів медичних послуг і сприяє різноманітності, якщо втручання держави в медичну сферу зведено до мінімуму. З іншого боку, він вимагає, щоб певні ланки охорони здоров'я перебували під управлінням і контролем держави, зберігаючи всі організаційні

та регулятивні функції. Аналіз досвіду переважно успішних країн виділяє чотири основні напрями: основні принципи політики охорони здоров'я, стратегічні рішення щодо розвитку людських ресурсів, узгодження заходів безпеки населення з окремими видами медичної допомоги, а також моніторинг, оцінка та аналіз стану здоров'я населення як служби охорони здоров'я країни.

Становище та погляд на розвиток методичної бази управління навчальним закладом досліджено рядом провідних вітчизняних та зарубіжних спеціалістів. В даному випадку слід зазначити, що за останні роки загальна суспільно-політична ситуація зазнала змін, що спонукає до потреби в розвитку нових методів управління не лише в економічній, а й медичній сферах.

Таким чином, удосконалення способів управління закладами охорони здоров'я повинно базуватися на ідеї поєднання старих і нових способів управління, які відповідають соціально-економічним умовам ринку та допомагають об'єднати різних людей у медичній системі.

Таблиця 1.2 – Основні підходи до управління охороною здоров'я за кордоном

Найменування підходу	Сутність підходу
Децентралізація управління	Передача функцій для управління окремими підрозділами охорони здоров'я або їх об'єднання (США, Німеччина). Охорона здоров'я США значною мірою контролюється ринковими правилами та правилами самоврядування. У сферу медичного обслуговування привнесено більш економічні способи та традиції господарювання та ведення бізнесу.
Централізоване управління	Роль держави полягає, по суті, у спостереженні за системою та організації окремих частин (фінансування окремих програм для малозабезпечених, створення центрів боротьби з туберкульозом, СНІДом тощо). Державний орган має пріоритет (Франція, Іспанія, деякі країни Східної Європи, країни СНД, Китай). Зазвичай сюди входять країни з низьким рівнем бідності та надзвичайно нестабільним соціально-економічним станом або з владою традицій управління (країни Азії), де єдиним стилем управління є адміністративний контроль.
Змішана система	Державний вплив співіснує з незалежними медичними організаціями, комерційними чи некомерційними, які самостійно приймають свої управлінські рішення (Великобританія, Канада, Німеччина, Голландія, Японія та ін.). Такий підхід характерний для переважної більшості розвинених країн, що, у свою чергу, забезпечує необхідний рівень ефективності системи.

Джерело: [7]

Сьогодні в Україні точаться активні дискусії щодо статусу адміністративного персоналу в медичних закладах та наявності спеціальної освіти для цих посад. Основними стратегічними напрямками вдосконалення системи управління медичними кадрами є: оптимізація кадрового потенціалу та організаційної структури медичної системи; організація систем забезпечення та підтримки якості медичної допомоги разом зі стандартами, які необхідно постійно переглядати; науково обґрунтована медична практика, медична допомога, орієнтована на пацієнта.

Застосування системного підходу до добору медичного персоналу має стати ключовим завданням кадрової служби закладу охорони здоров'я. Такий підхід передбачає цілісне оцінювання особистісних і професійних характеристик кандидатів на керівні посади середньої та нижчої ланки, з урахуванням стратегічних цілей організації.

До найважливіших якостей, якими повинен володіти управлінський персонал, належать:

- мотивація до досягнення результатів, що базується не лише на використанні адміністративного ресурсу, фінансів чи прибутку, а й на здатності до конструктивної взаємодії в команді;
- інтелектуальні здібності, що перевищують середній рівень, зокрема аналітичне мислення та вміння логічно обґрунтовувати управлінські рішення;
- комунікативні навички, що проявляються під час співбесід, участі в нарадах, а також у діловому листуванні — зокрема у структурованості думок, ясності викладу, переконливості аргументації;
- високий рівень особистої доброчесності, що включає моральну стійкість, авторитет серед колег, відповідальність за ухвалені рішення та здатність нести наслідки за управлінські дії, які можуть вплинути на підрозділ або весь заклад.

Таким чином, системний підхід забезпечує не лише якісний добір персоналу, а й формує основу для стабільного функціонування медичного закладу в умовах підвищеної відповідальності та динамічних викликів.

Методи вибору адміністратора лікарні можна розділити на старі та розумні способи. Старий спосіб збору: перевірка того, що кандидат робив раніше (наскільки він був організований, зв'язки з іншими та пацієнтами, професіоналізм тощо); особиста інформація (вік, освіта та досвід роботи, а також якщо вони змінили кар'єру, їх сімейний стан, будь-які нагороди); ідеї керівників, колег і співробітників щодо робочих навичок і особистих рис людини; інтуїтивне враження HR-працівників і керівників, залучених до вирішення кадрових питань. Однак традиційні методи відбору та оцінки вищих посадових осіб також мають недоліки, і часто рішення можуть бути невдалими.

Працівник, який успішно справляється із завданнями на початковому рівні, може бути некомпетентним для роботи на вищому та більш вимогливому рівні. Підштовхування здібного працівника на один крок за межі рівня його компетентності може призвести до психологічної катастрофи для керівника, який виявиться нездатним впоратися з поставленим завданням, і реальної шкоди для бізнесу. Науковий метод застосовує певний метод оцінки менеджерів, щоб не підірвати цінність звичайних методів. Вона передбачає перевірку здібностей кандидата на керівну посаду в межах визначення пріоритетних цілей для установи чи будь-якої іншої служби на певний період та розуміння проблем у досягненні цієї мети. Зазвичай це робиться шляхом тестування. Найпоширеніший тест, який використовується для відбору медичних працівників середньої ланки та керівників закладів охорони здоров'я середнього розміру.

Технологія управління медичним персоналом лікарень повинна бути орієнтована на виконання трьох критеріїв: бути безперервною, мати різні методи оцінки якості, мати внутрішній і зовнішній підходи до контролю якості медичної допомоги. Таким чином, це створює суттєву вимогу до організаційних аспектів запуску та сталого функціонування технологій управління персоналом. Цей механізм є універсальним і базується на тріаді обов'язкових правил.

1. Підготовка керівника медичної організації (або одного з топ-менеджерів), який би першим почав використовувати інноваційні методи управління персоналом, не втрачаючи віри в інноваційні технології. Але це потрібно було розглядати на рефлексивній основі менеджменту, тим самим роблячи керівника креативною та стратегічною особистістю з новаторськими якостями, а реальної системної роботи на місцях з персоналом місцевих медичних закладів не проводилося. Ігнорування цінності такої роботи має дуже глибокі наслідки.

2. Застосування соціально-інноваційних технологій має починатися з окремого підрозділу або іншого класу медичного працівника, а потім, з часом, поступово залучати інші підрозділи та категорії персоналу. Це пов'язано з традиційною недовірою самих працівників щодо соціологічних опитувань та кадрових змін, а також з відсутністю системної співпраці кадрових служб із працівниками та керівниками медичних закладів.

3: Семінари щодо впровадження змін в компаніях організації повинні розглядатися як передумова для успішного запуску інноваційних технологій управління людськими ресурсами. Лише з процесу проведення таких семінарів можна буде визначити, хто добровільно бере участь у формуванні інноваційної системи управління персоналом .

Дослідження з розробки управління медичним персоналом повинні мати чітке визначення в медичній системі вимог до відбору персоналу, зосереджуватися на проблемах лідерства та мотивації. Також у систему підготовки та перепідготовки медичних кадрів необхідно ввести питання менеджменту щодо підвищення не лише рівня підготовки, а й професійного престижу.

РОЗДІЛ 2
ДОСЛІДЖЕННЯ
ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ МЕДИЧНИМ
ЗАКЛАДОМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організаційно-економічна характеристика діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради

КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр Кіровоградської обласної ради» (Центр) – це єдиний у регіоні спеціалізований заклад третього рівня, який надає висококваліфіковану кардіологічну та кардіохірургічну допомогу населенню області. Центр було засновано ще у 1998 році як обласний кардіологічний диспансер, а в кінці 2018 року реорганізовано у комунальне некомерційне підприємство (КНП) відповідно до медичної реформи. Засновником і власником установи є Кіровоградська обласна рада, а безпосереднє підпорядкування – Департаменту охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації

Центр спеціалізується на діагностиці, лікуванні та профілактиці серцево-судинних захворювань у дорослого населення області. Його місія – забезпечити доступну і якісну кардіологічну допомогу, впроваджувати сучасні методи лікування та профілактики, ефективно використовувати бюджетні кошти на боротьбу з серцево-судинними та судинно-мозковими хворобами, а також зменшувати рівень захворюваності, смертності і інвалідності від цих патологій.

Центр виконує також організаційно-методичну функцію, координуючи роботу кардіологічної служби у районних закладах області.

У діяльності Центр керується чинним законодавством України, рішеннями МОЗ та місцевої влади у сфері охорони здоров'я.

Керівництво здійснює генеральний директор (нині – Ганна Миколаївна Сухомлин), якого призначає обласна рада.

У 2018 році, після перетворення на КНП, Центр отримав ширшу фінансову та управлінську автономію, що дозволило успішніше укласти договори з НСЗУ та оновлювати матеріальну базу. Ще раніше, у 2018 році, за підтримки обласної влади було придбано сучасний ангиограф для кардіоцентру, що створило технічну базу для інтервенційної кардіології в регіоні.

Центр тісно співпрацює з провідними науковими установами країни – Національним інститутом кардіології ім. М.Д. Стражеска та Інститутом серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова – для впровадження передових технологій лікування та підвищення кваліфікації лікарів. Така співпраця дозволила, зокрема, залучити фахівців з Києва для запуску програми відкритих кардіохірургічних операцій у Кропивницькому.

Центр обслуговує кардіологічних хворих з усієї Кіровоградської області. Щороку через заклад проходять тисячі пацієнтів. Хворі отримують як стаціонарну допомогу (ургентне й планове лікування в кардіологічних та кардіохірургічних відділеннях), так і амбулаторні консультації у поліклініці при Центрі.

Для прикладу, Львівський обласний кардіоцентр щорічно лікує близько 6000 пацієнтів у стаціонарі та виконує близько 2000 кардіохірургічних втручань. Кіровоградський кардіоцентр має менші показники (з огляду на меншу чисельність населення області), однак порівнянний за спектром послуг – пацієнти тепер можуть отримати майже весь перелік сучасної кардіологічної допомоги без виїзду за межі області (від коронарографії та стентування до аортокоронарного шунтування та імплантації кардіостимуляторів)

У закладі працює висококваліфікований колектив медичних фахівців. Загальна чисельність персоналу – близько 180 працівників. Серед них понад 25 лікарів різних спеціальностей (кардіологи, кардіохірурги, інтервенційні кардіологи, а також суміжні спеціалісти – ендокринолог, офтальмолог, невропатолог тощо, що необхідно для мультидисциплінарного підходу). Решта штату – середній медичний персонал (кардіологічні медсестри, анестезисти тощо), молодший медперсонал та адміністративно-господарські працівники. За

останні роки чисельність працівників дещо зросла (у 2021 р. було 170 осіб, у 2024 р. – вже 181), що відображає розширення діяльності.

Кадри Центру очолюють лікарі вищої категорії, є кандидати медичних наук. Для запуску кардіохірургії було залучено фахівців зі столиці для навчання місцевої команди. Відтепер основні операції виконують місцеві кардіохірурги, що свідчить про успішний розвиток кадрового потенціалу

Заклад розташований у м. Кропивницькому в спеціалізованій будівлі кардіоцентру. Оснащення включає сучасний ангіографічний комплекс (встановлений у 2018 році), обладнання для ультразвукової та функціональної діагностики серця, палати інтенсивної терапії, операційні з необхідною апаратурою для штучного кровообігу тощо, що дозволяє проводити широкий спектр процедур – від неінвазивних обстежень до складних кардіохірургічних операцій на відкритому серці.

КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради забезпечує мешканцям області доступ до високоспеціалізованих медичних послуг безоплатно (за програмою медичних гарантій) та у максимально стислі терміни при ургентних станах. Завдяки укладеним договорам з НСЗУ пацієнти з гострим інфарктом міокарда, наприклад, можуть розраховувати на невідкладне стентування коронарних судин 24/7 у разі потреби – це рятує життя і відповідає сучасним стандартам (раніше таких хворих доводилося транспортувати в інші регіони). Центр функціонує як частина реперфузійної мережі України, надаючи допомогу при інфарктах у критично важливі години. Планова кардіологічна допомога (обстеження, консультації, планові операції) також стала більш доступною локально: пацієнтам області вже не потрібно їхати до Києва чи інших міст для отримання складних операцій – усі такі втручання виконуються у Кропивницькому.

За останні 5–7 років центр зробив значний поступ у розширенні спектру медичних технологій. З 2018 року у Центрі запрацювала інтервенційна кардіологія: виконується коронарографія та стентування при ішемічній хворобі серця, імплантація електрокардіостимуляторів, ангіографічні діагностичні

процедури тощо. Кульмінацією розвитку стало освоєння відкритих операцій на серці. Вперше операцію на відкритому серці (зі штучним кровообігом) у Кропивницькому виконали в серпні 2021 року. Це була складна 6-годинна операція з корекції гіпертрофічної кардіоміопатії, яку провела бригада місцевих хірургів під керівництвом запрошеного спеціаліста з Інституту ім. Амосова. Надалі подібні втручання стали регулярними: хірургічна команда центру отримала необхідний досвід і підтримку від столичних колег.

У 2022–2024 років в закладі успішно проводилися як операції аортокоронарного шунтування (АКШ) при ішемічній хворобі серця, так і протезування або реконструкція серцевих клапанів, у тому числі з мінімально інвазивних доступів. Фактично, на сьогодні в КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради доступний повний спектр кардіохірургічних послуг для дорослих, за винятком хіба що трансплантації серця. Це ставить установу в один ряд з провідними регіональними кардіоцентрами країни.

КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради працює за єдиними державними стандартами і клінічними протоколами, затвердженими МОЗ. Завдяки належному матеріальному оснащенню та підготовці кадрів, результати лікування відповідають середньоукраїнським показникам. За внутрішньою статистикою можна очікувати, що летальність при гострому інфаркті міокарда, оперативна летальність при кардіохірургічних втручаннях тощо знаходяться на рівні, близькому до національного середнього, або навіть краще, враховуючи відносно невеликий потік найважчих хворих. Від часу відкриття кардіохірургічної служби спостерігається позитивна динаміка: збільшується кількість успішно прооперованих пацієнтів, зменшується кількість ускладнень. Також КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради приділяє увагу реабілітації пацієнтів після інфарктів і операцій – працюють лікарі функціональної діагностики, фізичної реабілітації, які допомагають відновити здоров'я хворим.

Публічні відгуки свідчать про високу якість обслуговування та професіоналізм персоналу. Пацієнти відзначають уважне і шанобливе ставлення, чуйність медиків і їхню наполегливу працю. Навіть в умовах зростання навантаження колектив підтримує високий рівень сервісу. Звичайно, є й виклики у забезпеченні якості – підтримання обладнання в робочому стані, постійне навчання кадрів новим технологіям, залучення молодих фахівців на зміну досвідченим лікарям. Однак діяльність КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради демонструє, що ці завдання успішно вирішуються: впроваджуються нові методи (наприклад, радіочастотна абляція при порушеннях ритму, сучасні підходи до лікування серцевої недостатності тощо), персонал проходить стажування. Таким чином, якість медичних послуг у КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради можна оцінити як високий, з тенденцією до подальшого поліпшення.

З 2020 року КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради працює за контрактною моделлю фінансування з Національною службою здоров'я України.

Станом на 2023–2024 роки заклад має укладені договори з НСЗУ за кількома пакетами медичних послуг, зокрема: стаціонарна допомога при інфаркті міокарда (стентування при ГІМ), планова стаціонарна кардіологічна допомога, хірургічні операції на серці і судинах, медична реабілітація після кардіохірургічних втручань, амбулаторні спеціалізовані консультації тощо. Фінансування від НСЗУ становить лівову частку бюджету центру (як зазначалося, понад 90%). Така співпраця регламентується вимогами НСЗУ до оснащення та кадрів: центр виконав необхідні умови (наявність ангиографа, кардіохірургічної бригади, цілодобового чергування тощо) для отримання контрактів. Взаємодія з НСЗУ є конструктивною: заклад регулярно звітує про обсяги наданих послуг, проходить перевірки якості, отримує фінансування поквартально. В результаті цієї моделі пацієнти отримують допомогу

безоплатно, а центр – гарантоване державою фінансування за фактично пролікованих хворих.

КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради бере участь у державних програмах та ініціативах, спрямованих на покращення кардіологічної допомоги. Зокрема, у рамках централізованих поставок МОЗ заклад отримує дороговартісні стенти, витратні матеріали для кардіохірургії, медпрепарати (наприклад, тромболітики) – це підвищує доступність допомоги і зменшує фінансове навантаження на бюджет центру. Заклад також підключений до електронної системи охорони здоров'я eHealth: ведеться електронний запис пацієнтів, електронні медичні записи, що покращує взаємодію з НСЗУ та прозорість роботи. Важливо відзначити, що взаємодія з державними структурами відбувається на різних рівнях: стратегічному (МОЗ, НАМН), регіональному (ОДА, облрада) та оперативно-фінансовому (НСЗУ). Така багаторівнева співпраця дозволяє центру отримувати належні ресурси і підтримку, одночасно забезпечуючи виконання державних пріоритетів у сфері кардіології (зниження смертності від серцево-судинних хвороб).

Організаційна структура є фундаментом управлінської системи будь-якої установи охорони здоров'я.

В умовах воєнного стану ефективність організаційної побудови набуває особливого значення, адже саме чіткість взаємодії, розподілу функцій та управлінської ієрархії забезпечує оперативність прийняття рішень, стійкість до ризиків та збереження функціональної здатності закладу.

На прикладі КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради було здійснено аналіз організаційної структури шляхом її візуалізації у вигляді ієрархічної інфографіки (рис. 2.1).

Інфографіка демонструє класичну вертикально-лінійну модель управління з елементами функціонального поділу. На вершині структури знаходиться директор, підпорядкуванню якого підлягають три ключові напрями: заступник з медичної частини, заступник з економічних питань та заступник з технічного забезпечення. Кожен з цих напрямів відповідає за

відповідний функціональний блок: медичну діяльність (лікувально-діагностичні та хірургічні підрозділи), фінансово-економічне управління, технічне та господарське забезпечення.



Рисунок 2.1 – Організаційна структура управління КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради

Джерело: побудовано за даними звітності підприємства [11]

Подібна побудова дозволяє ефективно поєднувати стратегічне управління з операційною реалізацією процесів. Чіткий розподіл відповідальності, зокрема, між клінічними та технічними службами, мінімізує конфлікти повноважень і підвищує керованість системи. Водночас, існуюча структура є достатньо

компактною, що дозволяє оперативно координувати діяльність в умовах непередбачуваних викликів воєнного часу (перебої з електроенергією, евакуація пацієнтів, дефіцит персоналу тощо).

Особливої уваги заслуговує наявність функціонального керівництва ключовими підрозділами, такими як кардіологічне, кардіохірургічне, відділення інтенсивної терапії, що мають прямий вплив на якість медичних послуг. Така структура відповідає принципам адаптивного менеджменту, де керівники середньої ланки (завідувачі відділеннями) виступають не лише як виконавці, а як активні суб'єкти управління на місцях.

У контексті сучасних викликів структура КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради має потенціал до подальшої діджиталізації – зокрема, створення окремого підрозділу інформаційного забезпечення або координатора з IT-рішень у медицині. Крім того, доцільним є посилення ролі внутрішнього аудиту та управління ризиками, які можуть бути інституціоналізовані у вигляді відповідних відділів або координаторів.

Загалом, аналіз організаційної структури дозволяє зробити висновок про її відповідність базовим принципам ефективного управління у сфері охорони здоров'я.

Структура є достатньо гнучкою для реагування на загрози та водночас стабільною для підтримки високої якості послуг, яка може слугувати основою для розробки типових моделей управління для комунальних медичних закладів України в умовах обмежених ресурсів та високої невизначеності.

2.2. Аналіз фінансово-економічного стану КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради

Фінансові результати КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради демонструють стале зростання доходів протягом останніх років.

За даними відкритих фінансових звітів, загальний дохід підприємства зріс з 43,3 млн. грн у 2020 році до 102,3 млн. грн у 2024 році, тобто більш ніж удвічі (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Ключові фінансові показники діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради

Показник	2022	2023	2024
Доходи, грн	72 348 200	99 085 200	102 323 100
Чистий прибуток, грн	2 246 800	30 023 000	19 669 700
Персонал, осіб	181	178	181

Джерело: побудовано за даними звітності підприємства [11]

Основне джерело надходжень – це кошти Національної служби здоров’я України (НСЗУ) за договорами на медичні послуги, укладеними в рамках Програми медичних гарантій. Якщо у 2019–2020 рр. КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради ще частково фінансувався з обласного бюджету (на утримання та окремі програми), то з 2020 року більшість послуг оплачує НСЗУ. Додатково заклад отримує цільові кошти на розвиток (наприклад, придбання обладнання) з бюджету розвитку області або державних субвенцій, але частка цих надходжень у структурі доходів невелика.

Структура фінансування наразі виглядає так: понад 90% – кошти НСЗУ за надані медичні послуги; до 10% – бюджетні асигнування (капітальні видатки, енергоносії, окремі програми) та інші надходження (платні послуги, благодійні внески тощо, якщо такі є).

Як видно з табл. 2.1, фінансовий стан КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради є стабільним та прибутковим. Після переходу на нову модель фінансування (контракти з НСЗУ) доходи суттєво зросли, а витрати залишаються контрольованими, що дозволяє отримувати позитивний фінансовий результат.

У 2021–2022 роках чистий прибуток був помірним (близько 2,2–4,9 млн. грн), але у 2023 році спостерігався різкий стрибок прибутку до 30 млн. грн, що забезпечило високу рентабельність (близько 30% від доходу) у 2023 році.

Причини такого стрибка можуть бути пов'язані з підвищенням тарифів НСЗУ на окремі послуги та оптимізацією витрат, а також із залученням додаткових договорів (наприклад, нові пакети послуг кардіохірургії). У 2024 році прибуток дещо зменшився (до 19,7 млн. грн), що все одно є значним показником прибутковості (приблизно 19% від доходів).

Таким чином, КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради фінансово самодостатній – зароблених коштів вистачає на покриття операційних витрат, виплату зарплат, а залишок може спрямовуватися на розвиток (закупівлю обладнання, ремонт тощо). Важливо, що офіційно підприємство має статус неприбуткової організації, тобто отримані прибутки реінвестуються у статутну діяльність, а не розподіляються як вигода.

Як свідчить фінансова документація, баланс КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради також суттєво зріс: загальна вартість активів збільшилася з 65 млн. грн у 2020 р. до 145 млн. грн у 2024 році, що може свідчити про інвестиції в основні засоби (закупівля нового обладнання, модернізація приміщень) та накопичення оборотних коштів. Зобов'язання (борги) центру, навпаки, залишаються невеликими – близько 5 млн. грн станом на 2024 році. Низька питома вага зобов'язань у структурі балансу означає відсутність значних кредитів чи боргів перед постачальниками, тобто фінансова стабільність та ліквідність закладу є на високому рівні.

Підсумовуючи, фінансовий стан КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради можна вважати як задовільний. Заклад демонструє здатність ефективно використовувати кошти, забезпечувати розвиток матеріально-технічної бази та при цьому залишатися прибутковим без постійних дотацій. Це вигідно відрізняє його від багатьох інших комунальних медичних закладів, що нерідко працюють зі збитками або потребують суттєвої підтримки з бюджету.

2.3. SWOT-аналіз як інструмент стратегічного оцінювання ефективності управління КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради

В умовах воєнного стану система охорони здоров'я України стикається з безпрецедентними викликами, що стосуються як оперативного функціонування медичних установ, так і стратегічного управління ними. Управлінські рішення в таких умовах потребують високого рівня адаптивності, обґрунтованості та ґрунтування на реальних внутрішніх і зовнішніх факторах. Саме тому проведення SWOT-аналізу (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) є надзвичайно актуальним і доцільним інструментом в межах дослідження, присвяченого удосконаленню управління комунальними закладами охорони здоров'я.

SWOT-аналіз дозволяє системно виявити сильні сторони закладу, на які можна спиратися в період турбулентності: кадровий потенціал, сучасну матеріально-технічну базу, позитивну репутацію серед населення, ефективну співпрацю з НСЗУ тощо. Розуміння наявних переваг дає змогу розробляти управлінські стратегії, спрямовані на мобілізацію ресурсів та підтримку стійкості в кризових умовах.

У час війни особливо важливо виявити слабкі місця у функціонуванні закладу: кадрову нестачу, фізичне зношення приміщень, технологічні прогалини, надмірну залежність від зовнішніх джерел фінансування тощо.

SWOT-аналіз дозволяє систематизувати ці чинники та інтегрувати їх у систему управлінських рішень, які спрямовані на мінімізацію ризиків та підвищення організаційної гнучкості. Попри воєнний стан, існують можливості для розвитку: участь у державних і міжнародних програмах підтримки, грантових ініціативах, впровадження цифрових інструментів управління, розширення спектру медичних послуг, створення партнерств. SWOT-аналіз дає змогу оцінити ці можливості у зв'язку з конкретним контекстом функціонування закладу.

Зовнішнє середовище в умовах війни насичене загрозами: перебої з енергопостачанням, еміграція медиків, зростання цін на медикаменти, ризики фізичного ураження об'єктів, нестабільність державного фінансування.

SWOT-аналіз допомагає врахувати всі ці загрози на етапі планування управлінських заходів, що підвищує рівень проактивного управління та кризової готовності.

На основі результатів SWOT-аналізу можна розробити структуровану стратегію удосконалення управління закладом: визначити напрямки концентрації ресурсів, пріоритетні інвестиції, необхідні організаційні зміни, послідовність реалізації заходів. Таким чином, SWOT-аналіз стає не лише діагностичним, а й планувальним інструментом, саме тому, вважаємо за доцільне провести відповідний аналіз на прикладі досліджуваного підприємства (табл. 2.2).

Отже, аналізуючи результати SWOT-аналізу діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради, доречно констатувати, що останній дозволив комплексно оцінити як внутрішній потенціал закладу, так і зовнішні впливи, що можуть визначати траєкторію його подальшого розвитку.

КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради має чітко виражені конкурентні переваги, серед яких – висока спеціалізація, сучасне обладнання, наявність досвідчених фахівців та стабільна фінансова діяльність.

Ключовим досягненням останніх років є запуск повноцінної кардіохірургії, що дозволило зробити широкий спектр послуг доступним для мешканців області.

Наявність ангиографа, операційних з інфраструктурою для відкритих операцій, високий рівень довіри з боку населення та позитивний імідж у поєднанні з фінансовою прибутковістю забезпечують стійке становище закладу на медичному ринку регіону.

Таблиця 2.2 – SWOT-аналіз КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради

S – Strengths (Сильні сторони)	W – Weaknesses (Слабкі сторони)
<ul style="list-style-type: none"> – Високий рівень спеціалізації – єдиний в області заклад 3-го рівня з повним спектром кардіологічної та кардіохірургічної допомоги. – Наявність сучасного обладнання – ангиограф, апарати для штучного кровообігу, функціональна та ультразвукова діагностика. – Кваліфікований персонал – лікарі вищої категорії, кандидати наук, постійна взаємодія з провідними столичними інститутами. – Успішне впровадження кардіохірургії – проведення відкритих операцій на серці на місці, без направлення пацієнтів у Київ. – Фінансова стабільність – прибуткова діяльність, зростання доходів і прибутків за рахунок ефективної співпраці з НСЗУ. – Позитивний імідж серед пацієнтів – відгуки про високу якість обслуговування, турботливе ставлення та професіоналізм. – Доступність допомоги – безкоштовне лікування за договорами з НСЗУ, включаючи ургентну допомогу при інфарктах 24/7. 	<ul style="list-style-type: none"> – Обмежений людський ресурс – залежність від кількох ключових спеціалістів; кадровий резерв обмежений. – Недостатня кількість операцій у порівнянні з більшими центрами – відносно невеликий потік складних пацієнтів. – Фізичне зношення приміщень – будівля та окремі відділення потребують модернізації, капітальних ремонтів. – Залежність від тарифів НСЗУ – ризик фінансової нестабільності у разі зменшення тарифів чи перегляду пакетів послуг. – Обмежений обсяг науково-дослідної діяльності – практична спрямованість переважає над наукою, відсутність власних клінічних досліджень.
O – Opportunities (Можливості)	T – Threats (Загрози)
<ul style="list-style-type: none"> – Подальший розвиток інноваційних технологій – розширення електрофізіології, мінімально інвазивної хірургії, телемедицини. – Залучення молодих кадрів – співпраця з медичними ЗВО (стажування, інтернатура), формування внутрішнього резерву. – Отримання грантів і державного фінансування – участь у державних програмах модернізації медзакладів, ініціативах МОЗ і ЄС. – Можливість медичного туризму регіонального рівня – прийом пацієнтів з сусідніх областей (Черкаська, Миколаївська, Полтавська). – Розвиток співпраці з приватним сектором – реалізація державно-приватного партнерства для закупівлі обладнання, підвищення якості обслуговування. 	<ul style="list-style-type: none"> – Міграція медичних кадрів за кордон – відтік досвідчених лікарів через вищу оплату праці в інших країнах. – Воєнні ризики та нестабільність енергетичної інфраструктури – можливі перебої в електропостачанні критично впливають на операційні процеси. – Посилення конкуренції – розвиток приватних медичних клінік із сучасним обладнанням та гнучкими підходами до пацієнтів. – Інфляційне навантаження – зростання цін на медикаменти, обладнання, комунальні послуги в умовах обмежених тарифів. – Можливе скорочення державного фінансування – бюджетні обмеження через війну або реформу вторинної ланки можуть вплинути на обсяги наданих послуг.

Джерело: побудовано за даними звітності підприємства [11]

Разом із тим, аналіз виявив низку внутрішніх обмежень, які можуть стримувати розвиток. Зокрема, відчувається дефіцит кадрового резерву,

особливо у сегменті молодих фахівців. Крім того, незважаючи на високотехнологічну базу, окремі приміщення та інфраструктура потребують оновлення. Відсутність системної науково-дослідної діяльності обмежує участь центру в академічних проєктах, а надмірна залежність від тарифів НСЗУ робить фінансування вразливим до зовнішніх змін.

Оцінка зовнішнього середовища засвідчує широкий спектр можливостей для подальшого розвитку центру. Це, зокрема, модернізація технологічної бази (через доступ до держфінансування та грантів), розвиток нових напрямів (електрофізіологія, телемедицина), залучення пацієнтів з інших регіонів та формування партнерств з приватним сектором. Також наявний потенціал інтеграції з освітніми установами області для формування майбутнього кадрового резерву, що є важливою передумовою стійкості в довгостроковій перспективі. Серед загроз для функціонування центру слід виокремити можливі макроекономічні та геополітичні фактори. Зокрема, ризики скорочення фінансування в умовах воєнного стану, інфляційне зростання витрат, відтік кваліфікованого персоналу за кордон та загальні ризики безперервного електроживлення операційних блоків у разі надзвичайних ситуацій. Також посилення конкуренції з боку приватних медичних структур вимагає активнішого позиціонування Центру як медичного закладу нового зразка, здатного надавати послуги швидко, якісно та інноваційно.

Таким чином, КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради перебуває на етапі стійкого розвитку з високим рівнем адаптації до вимог реформованої системи охорони здоров'я. Його сильні сторони та можливості формують основу для реалізації стратегії зростання та інституційного укріплення. У той же час, усвідомлення слабких місць та потенційних загроз є критично важливим для ухвалення обґрунтованих управлінських рішень.

Пріоритетом має стати залучення інвестицій у розвиток персоналу, інфраструктури, діджиталізацію та стійкість до кризових ситуацій, що дозволить зберегти позиції регіонального лідера у сфері кардіомедицини.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Формування управлінських компетентностей керівного складу КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» як основа підвищення ефективності управління

Аналіз діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради демонструє, що успіхи закладу нерозривно пов'язані з компетентністю його керівного складу.

Сформовані компетентності проявляються у таких ключових аспектах управління закладом охорони здоров'я:

- Стратегічне бачення і планування; керівництво визначило чіткий стратегічний курс розвитку – перетворити кардіоцентр на сучасний високоспеціалізований центр кардіології та кардіохірургії. Послідовна реалізація цієї стратегії (створення нових відділень, впровадження нових послуг, закупівля обладнання) підтверджує стратегічну компетентність управлінців.

- Фінансовий менеджмент; ефективне використання фінансових ресурсів і залучення додаткового фінансування (через договори з НСЗУ, підтримку з обласного бюджету, грантові можливості) забезпечили зростання доходів і стабільний фінансовий результат. Керівники вміють планувати бюджет розвитку: значний прибуток 2023 року реінвестований у базу закладу (придбання обладнання, ремонт тощо), що створює умови для подальшого підвищення якості медичних послуг.

- Інноваційність та управління змінами: управлінці кардіоцентру відкриті до новацій: вони ініціюють впровадження передових технологій (FFR-діагностика, мінінвазивна хірургія тощо), не бояться складних змін та трансформацій. Вміння керувати змінами проявилось і у швидкому

підключенні до національної мережі реперфузійних центрів, і у створенні з нуля кардіохірургічної служби протягом короткого терміну.

– Побудова партнерств: керівний склад продемонстрував високий рівень комунікації та встановлення партнерських відносин з провідними установами і спеціалістами країни, що свідчить про наявність компетентностей у сфері ділового співробітництва, уміння налагоджувати зовнішні зв'язки задля розвитку власного закладу. Партнерства принесли не лише знання, а й підвищили авторитет центру.

– Розвиток персоналу та лідерство: умотивований, висококваліфікований персонал – заслуга керівництва, яке створило умови для навчання і професійного зростання співробітників.

Ганна Сухомлин як керівник проявила себе ефективним лідером, здатним надихати колектив на досягнення високих цілей. Формування команди однодумців, передача повноважень і довіра до ініціатив працівників – усе це ознаки сучасної парадигми лідерства, які впроваджені у кардіоцентрі.

– Орієнтація на пацієнта і якість; кінцевою метою управлінських рішень є підвищення якості медичної допомоги населенню. Впровадження нових послуг локально дозволило наблизити високотехнологічну допомогу до пацієнтів області (доступні стали операції, які раніше виконувалися тільки в Києві), що свідчить про соціальну відповідальність керівництва, його компетентність в управлінні якістю медичних послуг та фокус на потребах пацієнтів.

Напрацьовані компетентності керівного складу формувалися поступово – через вирішення реальних управлінських завдань і викликів. Значну роль зіграло особисте прагнення керівників до саморозвитку і служіння місії закладу.

За відгуками колективу, головний лікар Ганна Сухомлин має «генетично закладене бажання робити все необхідне для лікарні», що є прекрасною характеристикою ціннісних орієнтирів управлінця. Саме такі лідери здатні

формувати навколо себе сильні команди і досягати амбітних цілей у сфері охорони здоров'я.

За результатами респондентного опитування встановлено, що для керівника медичного закладу вкрай важливою якістю є кваліфікація, а саме: 90% та 84% віддало перевагу діловим якостям керівника. Саме тому вважаємо, що вибір стилю керівництва відіграє ключову роль у процесі реалізації системи управління людськими ресурсами.

Стиль керівництва слід розглядати як сукупність специфічних управлінських підходів, притаманних лідеру, що мотивують команду до прийняття відповідальності за результати діяльності.

Відповідно до типології Херсі та Бланшарда, виділяють чотири основні стилі лідерства: директивний, переконуючий, партнерський і делегуючий (рис. 3.1).

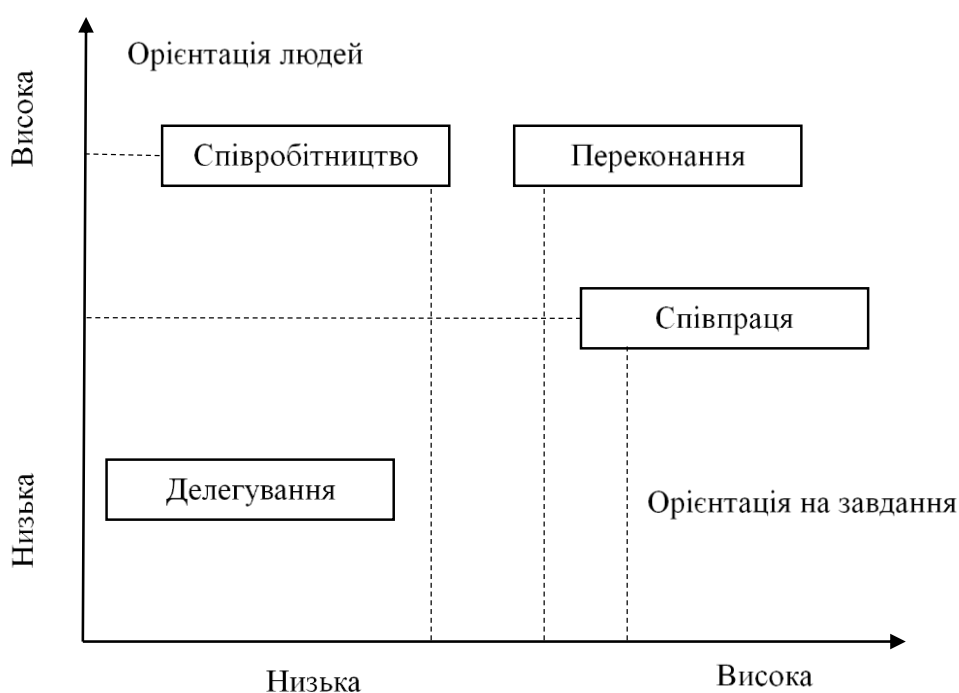


Рисунок 3.1 – Типологія Херсі-Бланшара

Джерело: [1]:

З урахуванням типології стилів керівництва, можемо стверджувати, що директор КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської

обласної ради у своїй управлінській діяльності переважно орієнтується на делегувальний стиль лідерства. Зазначений стиль характеризується наданням широких повноважень підлеглим та довірою до їхньої професійної компетентності. Зокрема, директор активно делегує функції начальнику відділу, медичному директору та заступнику з економічних питань. Вказані управлінці самостійно визначають напрями діяльності відповідно до стратегічних орієнтирів і забезпечують їх реалізацію.

Водночас остаточною відповідальністю за досягнення результатів покладається на керівника закладу.

Ефективне виконання управлінських функцій потребує наявності у персоналу відповідного рівня знань, професійних навичок, управлінських умінь і розвинених здібностей. У цьому контексті модель компетентностей медичних працівників може бути побудована на основі сукупності базових здібностей, що узагальнено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1 – Основні групи компетентностей КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради

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

Джерело: сформовано автором

Кожна з груп може містити 4 компетенції, які графічно подано у вигляді рис. 3.2.

Далі вважаємо за доцільне розглянути адміністрацію даного медичного закладу через призму 15 основних компетенцій (рис. 3.3).

На нашу думку, до таких компетенцій варто віднести вміння управляти персоналом медичного закладу, наявність ділової активності, комунікативних навичок та знань про цілі і завдання медичного закладу.



Рисунок 3.2 – Базовий пул компетенцій необхідних для керівника медичного закладу

Джерело: сформовано автором

Дана модель, призначена для оцінки компетенцій керівника медичного закладу, є простою та придатною як для самооцінки керівником, так і для оцінки своїх підлеглих. Атестація директора КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради проходила у два етапи.

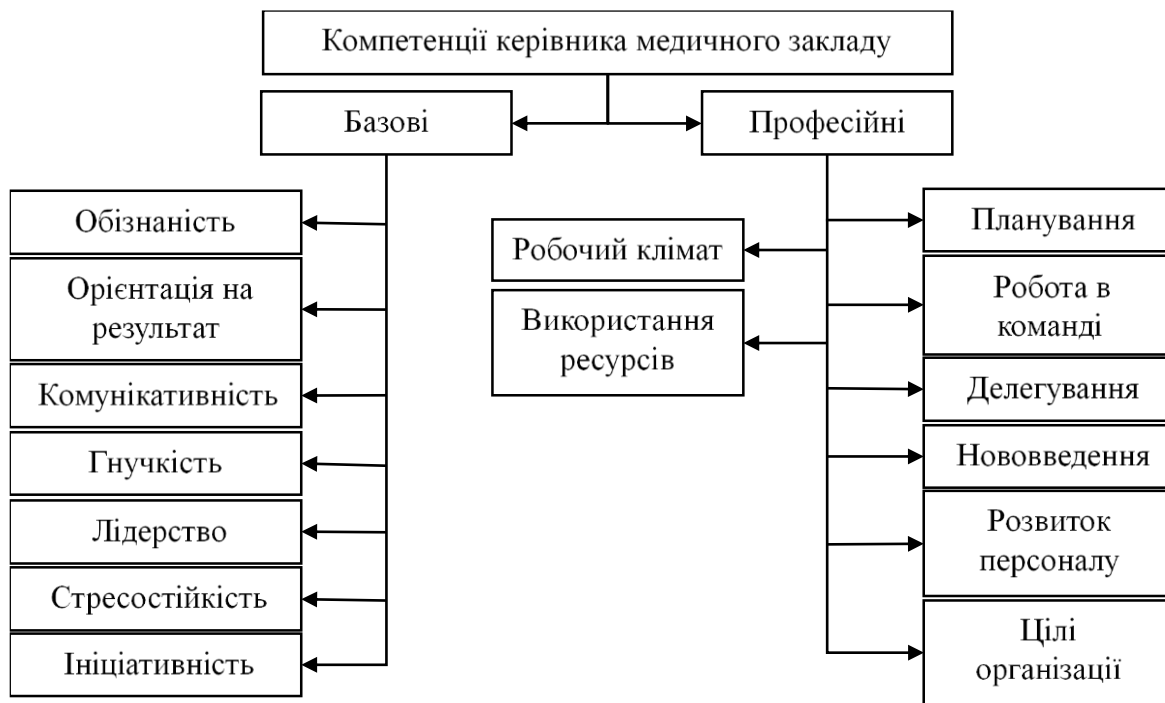


Рисунок 3.3 – Структура компетенцій директора КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради

Джерело: сформовано автором

На початковому етапі головний лікар особисто оцінював зазначені здібності. Згодом, на другому етапі, цю оцінку проводили інші члени адміністративного персоналу.

При оцінюванні використовувалася шкала від 1 до 5.

Результати початкового етапу представлені в табл. 3.2.

Вивчивши таблицю 3.2, можна зробити висновок, що лікар КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради найпрогресивнішими ознаками вважає свідомість, командність, орієнтацію на результат, делегування повноважень, організаційні цілі та робоче середовище. Загальний середній бал для всіх оцінюваних здібностей становить 4,13, що

відображає високий рівень компетентності в основних базових і професійних навичках, необхідних для керівника досліджуваного закладу.

Таблиця 3.2 – Оцінка компетенцій (на думку головного лікаря КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради)

Компетенція керівника	Бал	%
Ініціативність	4	80
Обізнаність	5	100
Робота в команді	5	100
Орієнтація на результат	5	100
Комунікативність	4	80
Гнучкість	3	60
Лідерство	4	80
Планування	3	60
Стресостійкість	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

Джерело: сформовано автором

Заступник начальника та начальник відділу оцінили його компетенції таким чином (табл. 3.3):

Таблиця 3.3 – Оцінка компетенцій (на думку іншого управлінського персоналу КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради)

Компетенція керівника	Бал	%
Ініціативність	4,2	84
Обізнаність	4,7	94
Робота в команді	4,8	96
Орієнтація на результат	4,2	84
Комунікативність	4,6	92
Гнучкість	3,8	76
Лідерство	4,2	84
Планування	3,3	66
Стресостійкість	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

Джерело: сформовано автором

Вивчаючи таблицю 3.3, стає очевидним, що середній бал трохи нижчий від оцінки, наданої практикуючим лікарем. Примітно, що всі респонденти вказали, що робоче середовище відповідає найвищій оцінці.

Респонденти стверджують, що компетентність лікаря сприймається розвиненою на 80%, що вважається значним досягненням.

3.2. Модель оцінювання та розвитку професійного потенціалу управлінського персоналу медичного закладу

Вирішення проблем, що виникають під час роботи закладів охорони здоров'я, має призвести до підвищення якості та доступності медичних послуг. Для реалізації цієї мети необхідно створити цілісну систему управління медичними закладами, яка сприятиме підвищенню якості надання медичної допомоги та ефективності їх діяльності.

Сучасний економічний клімат вимагає розгляду контролю якості медичної допомоги з кількох точок зору: підвищення технологічних можливостей, пов'язаних з наданням допомоги, стандартизація та оптимізація вибору медичних технологій, впровадження принципів доказової медицини на практиці та використання передових форм лікування та організаційних методів, включаючи комп'ютеризацію.

На практиці модель управління зазвичай наголошує виключно на наданні медичної допомоги, нехтуючи взаємопов'язаними процесами та діяльністю в медичних організаціях, які прямо чи опосередковано залучені до створення медичних послуг і впливають на їх результати. Переважаючі моделі в основному спираються на стандартизацію функціональних алгоритмів, що стосуються медичних і діагностичних процесів, а також медичних послуг, включаючи клінічні маршрути, протоколи ведення пацієнтів і медичні стандарти, а також методи моніторингу та оцінки якості медичної допомоги. Наразі проблема застосування процесно-орієнтованого підходу до управління в закладах охорони здоров'я залишається недостатньо розробленою, що могло б

сприяти безперервному підвищенню якості послуг за допомогою наявних ресурсів і ефективно досягати поставлених цілей. Незважаючи на прийняття стандарту ISO9000, який окреслює універсальні вимоги до систем управління якістю для всіх організацій, механізм його впровадження в медичних установах досі відсутній.

Крім того, стандартною практикою є розгляд системи управління якістю як підсистеми, а не як інтегрованої структури управління для закладів охорони здоров'я, яка призначена для підвищення задоволеності клієнтів (пацієнтів), ефективності медичної допомоги та загальної діяльності медичного закладу. Сучасний підхід до підвищення контролю якості медичних послуг значною мірою спирається на практику промислового виробництва, що зумовлюється гострою необхідністю підвищення якості. За останні десятиліття численні заклади охорони здоров'я прийняли методологію загального управління якістю (TQM) і досягли вагомих результатів.

Система тотального управління якістю (TQM) являє собою цілісний підхід, зосереджений на постійному підвищенні якості, зниженні виробничих витрат і гарантії своєчасної доставки.

В основі філософії TQM лежить уявлення про те, що «вдосконалення не має меж». З точки зору якості, мета полягає в тому, щоб «прагнути до нуля дефектів», у той час як для витрат мета — «нуль непродуктивних витрат», а в постачанні мета — «точно вчасно». Хоча визнається, що досягнення цих порогів може бути недосяжним, усвідомлення склалося так, що потрібно постійно прагнути до цих ідеалів, а не задовольнятися поточними досягненнями. У рамках цієї філософії термін «постійне покращення якості» має особливе значення.

Система TQM використовує підхід до управління якістю, який є адекватним для досягнення встановлених цілей. Видатною характеристикою цієї системи є її опора на методи й методології співпраці для виявлення, аналізу та вирішення проблем, а також постійне залучення всієї команди до підвищення якості.

Розглянемо ключові аспекти посилення контролю якості в медичних закладах, які мають бути невід'ємною частиною основних операційних планів усіх організацій сфери охорони здоров'я.

Завдяки дослідженню та аналізу численних успішних стратегій, спрямованих на підвищення ефективності підприємств і організацій в економічно розвинутих країнах, шляхом узагальнення досвіду провідних вітчизняних компаній було створено добірку важливих напрямків для підвищення ефективності медичних установ. Ці сфери охоплюють:

1. Сприяння підвищеному інтересу до вдосконалення діяльності серед вищого керівництва медичних установ. Для початку процесу вдосконалення вкрай важливо перевершити попередні досягнення та виховати щире довіру до вищого керівництва медичного закладу. Процес удосконалення ініціюється вищим керівництвом і прогресує в міру того, як інший персонал залучається до ініціативи, однак він може зазнати невдачі, якщо інтерес вищого керівництва зменшиться.

2. Визнання необхідності спільного прийняття рішень для підвищення ефективності.

Для ефективного застосування принципів колегіального прийняття рішень важливо створити державний орган, який називається Рада або Комітет, який займатиметься вдосконаленням його діяльності. Ця Громадська рада повинна складатися з представників вищого керівництва, начальників відділів, медичних працівників та інших посадових осіб.

Основна роль цієї ради полягатиме в аналізі процесу підвищення продуктивності та адаптації медичного закладу до переважаючих обставин. Досвід показує, що універсальних рекомендацій щодо підвищення якості в усіх медичних закладах чи навіть у відділеннях одного закладу немає.

Громадська рада з підвищення ефективності виступає архітектором процесу підвищення ефективності, готує медичні заклади до реалізації ініціатив щодо покращення та контролює виконання цих заходів.

3. Залучення всієї команди менеджменту до процесу вдосконалення. Відповідальність за здійснення процесу підвищення ефективності лежить на всій управлінській команді медичної організації. Для цього необхідна активна і практична участь усіх керівників вищої та середньої ланки, починаючи від лікарів і закінчуючи головними бухгалтерами.

Для кожного керівника важливо брати участь у спеціалізованому навчанні, спрямованому на розуміння нових стандартів ефективності та набуття знань щодо сучасних методів підвищення ефективності.

4. Важливе значення має також залучення лікарів та іншого персоналу до реалізації заходів, спрямованих на підвищення ефективності. Коли вся команда керівництва медичного закладу займається вдосконаленням своєї діяльності, стає обов'язковим залучення до цієї ініціативи лікарів, медсестер та інших співробітників. Ця відповідальність підпадає під юрисдикцію керівників окремих відділів, які повинні створити «групу підвищення продуктивності» у своїх відповідних сферах. Наприклад, керівник відділу, як лідер цієї групи, несе відповідальність за організацію тренінгів для її членів із технік, якими він уже оволодів, для покращення їхньої роботи.

5. Основні цілі групи підвищення продуктивності охоплюють оцінку ефективності роботи своїх підрозділів і прагнення до постійного вдосконалення їх діяльності. Крім того, хоча колективні зусилля мають велике значення, не менш важливо визнавати та заохочувати внесок окремих членів команди.

У цьому контексті доцільно встановити набір заходів, які сприятимуть індивідуальній участі, дозволяючи кожному працівнику оцінити та визнати вплив свого внеску на підвищення ефективності та якості роботи медичного закладу.

6. Крім того, важливим є формування груп, спрямованих на вдосконалення системи управління процесами. Повторювані дії, що спостерігаються в кожному відділенні медичного закладу, представляють собою процес, яким можна керувати за допомогою тих самих методів, що застосовуються під час нагляду за традиційними технологічними процесами.

Щоб покращити систему управління процесом, доцільно створити структуру для операцій, охоплених процесом, встановити нагляд за виконанням і сприяти механізмам зворотного зв'язку. Незалежно від того, чи охоплює вона кілька сфер чи різні функціональні підрозділи, команда, якій доручено удосконалити систему управління процесами для виконання конкретних процесів надання медичних послуг і забезпечити їх ефективне функціонування, повинна включати представників кожного підрозділу, задіяного в процесі.

Така організація роботи сприяє оптимальній співпраці між відділами та зменшує ризик несприятливих результатів для загального процесу, коли покращуються лише окремі сегменти.

7. Крім того, вкрай важливо залучати постачальників. У нинішньому економічному середовищі всі заклади охорони здоров'я значною мірою залежать від постачальників ресурсів. Досягнення успішного вдосконалення діяльності медичних закладів неможливо без їхньої допомоги.

8. Гарантувати ефективність системи управління в медичних установах. Останнім часом у цих установах створено спеціалізовані відділи, які зосереджені насамперед на оцінці показників якості та підготовці звітів щодо рівня забезпечення якості надання медичних послуг.

Основний обов'язок цих відділів – виявлення проблем і виправлення помилок. Ця методологія призвела до створення системи управління, зосередженої на «відхиленнях», яка вирішувала помилки, які вже виникли, нехтуючи важливістю профілактичних стратегій і недооцінюючи внески відділів, які не беруть безпосередньої участі в наданні медичних послуг.

9. Формулювання стратегії і тактики підвищення продуктивності. Важливо, щоб заклади охорони здоров'я розробляли довгострокові стратегії, спрямовані на підвищення якості медичних послуг. Згодом важливо переконатися, що всі менеджери на різних рівнях знайомі зі стратегією та мають підготовку для створення поетапного короткострокового плану, який допоможе досягти стратегічних цілей. Цей короткостроковий план має бути

інтегрований у річну структуру виконання загальної стратегії. Постійний моніторинг цих планів має відбуватися протягом року.

10. Створення системи заохочення та відзначення заслуг. Щоб підвищити продуктивність, важливо фундаментально змінити погляд на помилки. Наразі необхідні модифікації можна реалізувати двома підходами:

- накладати стягнення на осіб, які допустили помилки при виконанні своїх обов'язків;

- Мотивувати команди, коли окремі працівники чи групи успішно виконали завдання або зробили помітний внесок у покращення своєї діяльності.

Визнання заслуг як звичайних працівників, так і керівництва є найефективнішим підходом, оскільки воно сприяє створенню середовища, яке заохочує прагнення до оптимальних результатів.

Прагнучи покращити роботу медичних закладів, важливо зосередитися на досягненні стану, коли помилки персоналу та керівництва повністю виключені.

Впровадження методу TQM значно підвищує важливість навчання персоналу. Щоб цей підхід був успішним в українській медицині, необхідно, щоб лікарі займали в ній ключову роль та впроваджували зміни, важливо прийняти фундаментальний характер нових вимог. Хоча ці знання зараз не є частиною навчальної програми в медичних університетах, вони життєво необхідні для функціонування в сучасній медичній системі, адже інтегровані в набір інструментів лікарів, доповнюючи класичні клінічні навички, які нова система захищає та розвиває.

Отже, значення кваліфікованого менеджменту поступово зростає. Заходи, які здійснює агентство, є відповіддю на вплив зовнішнього середовища. У закладах охорони здоров'я, де кваліфіковані менеджери правильно розподіляють функціональні обов'язки між персоналом, підвищується ймовірність ефективної роботи. У періоди фінансових обмежень оперативність у вирішенні змін стає особливо важливою.

Підвищення ефективності роботи передбачає підвищення критичних показників, пов'язаних з медико-соціальною ефективністю організації охорони здоров'я, з одночасним визнанням значущості фінансово-економічних показників в оцінці ефективності медичного закладу.

Існують різні методології, включаючи ефективність підрядника, ефективність пацієнтів, ефективність персоналу та ефективність управління, однак ці підходи та їхні відповідні оцінки не узгоджені.

З точки зору підрядника, підвищення ефективності може бути реалізовано за допомогою:

- зменшення кількості скарг пацієнтів та скорочення часу очікування госпіталізації;
- збільшення середньої кількості медичних послуг, які надаються кожному пацієнту, що дозволить страховим компаніям прийняти політику індикативного ціноутворення;
- зниження витрат на медичне обслуговування;
- скорочення тривалості перебування в стаціонарі (у випадках стаціонарного лікування може виникнути необхідність компенсувати витрати на дорогу процедуру за рахунок мінімізації загальної тривалості госпіталізації пацієнта);
- оцінка ефективності медичних призначень (з точки зору порівняння ефективності в різних відділах).

З огляду на вищенаведену оцінку компетенції керівного персоналу досліджуваного підприємства, вважаємо за доцільне, рекомендувати створити комплексну модель для оцінювання та розвитку необхідних компетенцій.

Ця модель структурована навколо періодичної структури, що складається з чотирьох окремих етапів.

1. Виконання оцінки компетентності. Так, наприклад, на рис. 3.4 подано фактори, які впливають на професійну компетентність менеджерів у секторі охорони здоров'я.



Рисунок 3.4 – Фактори впливу на професійну компетентність управлінців в галузі охорони здоров'я

Джерело:[4]

2. Проведення моніторингу та оцінки персоналу, яку має проводити вище керівництво у співпраці з відділом кадрів.

3. Формування компетенцій, які мають бути досягнуті через семінари, тренінги та курси підвищення кваліфікації. Раніше це підкреслювало необхідність отримання вищої освіти за спеціальністю «управління та адміністрування» для всіх керівників лікарняних закладів, що є важливим кроком у розвитку основних навичок.

Як показано на рис. 3.5, проілюстровано фундаментальні знання, якими повинен володіти адміністративний персонал медичної установи.

Рис. 3.5 ілюструє основні знання, необхідні в області управління людськими ресурсами. З огляду на вищесказане, вважаємо за доцільне, рекомендувати оволодіти такими знаннями адміністративному персоналу КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради.

Працівники КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради проходять курс підвищення кваліфікації за спеціальністю «Управління персоналом», який проводить кафедра економіки, менеджменту та комерційної діяльності Центральноукраїнського національного технічного університету університету. Цей заклад має всі необхідні ресурси для

сприяння такому навчанню через систему університету Moodle, що дозволяє керівнику відділу навчатися з дому у неробочий час або під час роботи.



Рисунок 3.5 – Необхідні знання для управлінського персоналу медичних закладів

Джерело:[21]

Вищезазначена форма професійного розвитку дає змогу акцентувати увагу не тільки на обсязі інформації, отриманої під час процесу навчання, але й на ефективності цього навчання, що в основному стосується здатності людини ефективно працювати в професійному середовищі. Саме тому, вважаємо за доцільне, рекомендувати включити до навчальної програми такі елементи:

- тестові завдання;
- вступні екзаменаційні білети;
- завдання для оцінки практичних навичок;

- теми для самостійних курсових і випускних робіт.

Сучасна освіта, особливо в галузі медицини, вимагає постійного розширення перспектив і цілісної стратегії формування інформаційного середовища в суспільстві. Щоб знання підтримували суттєвий зв'язок із поведінкою, для медичних працівників вкрай важливо брати участь у постійному навчанні, а також покращувати та розширювати своє розуміння.

Тому, на нашу думку, доречно, впроваджувати дистанційне навчання через онлайн-платформи. З огляду на це, вважаємо за доцільне, розглянути особливості технології дистанційного навчання в системі Moodle у Центральноукраїнському національному технічному університеті:

1. Зручна автентифікація та навігація.
2. Доступність інформації в зручному місці.
3. Доступність навчальних матеріалів курсу та прикладів документів.
4. Доступність оцінювання рівня фундаментальних знань.
5. Модульна структура для розміщення навчальних матеріалів.
6. Можливість включення таблиць і діаграм.

Керівництву КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради рекомендовано вивчити наступні дисципліни, які пропонує кафедра економіки, менеджменту та комерційної діяльності ЦНТУ:

1. Управління персоналом.
2. Конфліктологія.
3. Основи публічного управління та місцевого самоврядування.
4. HR-технології.
5. Роль інформаційних систем у професійній практиці.
6. Цифрова трансформація людських ресурсів
7. Організаційна поведінка.

На нашу думку, самі ці освітні компоненти дають змогу визначити основні сфери для набуття досвіду управління персоналом досліджуваного підприємства.

4. Практичне застосування отриманих знань і навичок. Цей етап дозволяє оцінити ефективність знань, отриманих під час навчання.

Критерії, які використовуються при оцінці ефективності навчання, слід окреслити наступним чином:

1. Придбання навчального матеріалу.
2. Модифікація поведінки.
3. Підсумки роботи.
4. Фінансова спроможність.

Отже, вважаємо за доцільне, представити на рис. 3.6 структуру елементів, що становлять професійну компетентність керівника медичного закладу.

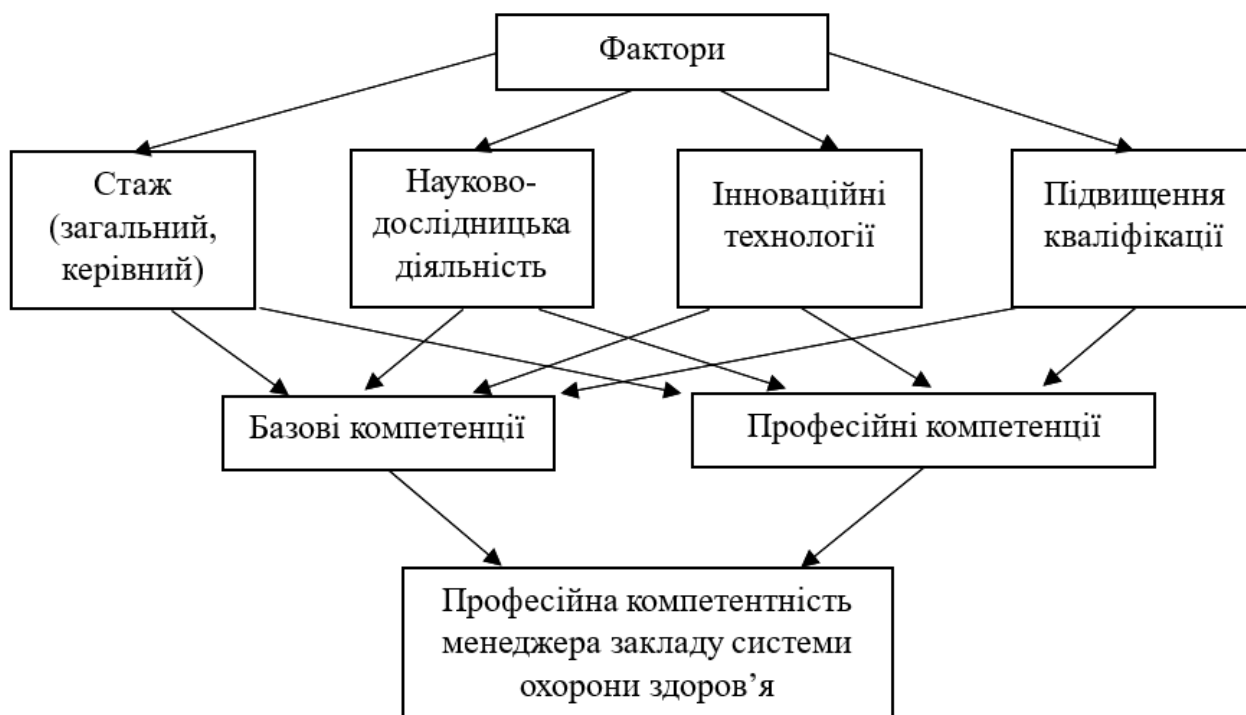


Рисунок 3.6 – Система факторів формування професійної компетентності керівника закладу охорони здоров'я

Джерело: [23]

Підсумовуючи, очевидно, що вагомим чинником високої професійної компетентності керівника медичного закладу є наявність у нього великого загального та управлінського досвіду. Це, зокрема, активна наукова та дослідницька діяльність, активне застосування інноваційних технологій та

постійний професійний розвиток. Саме тому, для вдосконалення системи управління КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради необхідно звернути увагу на такі напрямки як:

- зміцнити фінансову основу галузі охорони здоров'я;
- здійснювати контроль за сферою охорони здоров'я на місцевому рівні, щоб переконатися, що державні витрати є надійними та ефективними, задовольняючи потреби медичних установ на місцях;
- розробити вичерпний перелік державних гарантій на медичні послуги з урахуванням наявних ресурсів, започаткувавши таким чином прозорий механізм фінансування охорони здоров'я;
- створити основу для поступового переходу до багатоканальної (багатопотокової) моделі бюджетного медичного страхування, яка фінансуватиметься з трьох першоджерел. Це потребує відповідної підготовки нормативно-правової бази для сприяння запровадженню бюджетного страхування українськими фармацевтичними компаніями;
- впроваджувати інноваційні механізми посилення фінансування, орієнтуючись на конкретні взаємозалежні та взаємопов'язані ресурси, а також терміни досягнення конкурентних цілей або цільових показників за ключовими напрямами розвитку галузі.

Необхідно зміцнити організаційно-правову базу охорони здоров'я, здійснивши конкретні заходи щодо економного використання бюджетних коштів, зокрема на підготовку медичних кадрів. Ці заходи включають: встановлення державного контракту на підготовку спеціалістів за рекомендаціями місцевих органів охорони здоров'я; створення механізму моніторингу для забезпечення дотримання трирічного зобов'язання, необхідного для нових спеціалістів, разом із системою компенсації за будь-які порушення; розробка договірних рамок між державними установами та відомчими закладами охорони здоров'я для сприяння ефективному розподілу ресурсів на благо суспільства; моніторинг та оновлення чинних медичних стандартів та науково-обґрунтованих клінічних протоколів надання медичної

допомоги з одночасним контролем за їх застосуванням Національною службою охорони здоров'я, місцевою владою, муніципалітетами та організаціями громадянського суспільства для підвищення якості медичної допомоги; підвищення ефективності використання ресурсів НСЗУ шляхом укладання договорів між постачальниками медичних послуг (включаючи медичні заклади та лікарів приватної практики) та державними органами, які зосереджуються на якості та комплексності медичних послуг.

Отже, для побудови ефективної моделі удосконалення системи управління медичним закладом доцільним є здійснення всебічного моніторингу його функціонування. З цією метою доцільно ідентифікувати ключові показники для кожного структурного елементу управлінської системи та провести їх аналітичну оцінку.

На основі результатів оцінювання ефективності існуючої моделі, а також аналізу управлінських процесів у діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради, можна обґрунтувати необхідність перегляду чинної системи мотивації та вдосконалення управління персоналом. Запровадження оновлених мотиваційних механізмів і систем контролю якості дозволить суттєво підвищити рівень продуктивності праці та забезпечити сталість організаційного розвитку в цілому.

ВИСНОВКИ

У процесі виконання кваліфікаційної роботи було здійснено комплексне дослідження управлінської діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради в умовах воєнного стану, що дозволило виявити ключові чинники, які визначають ефективність управління комунальним медичним закладом та запропонувати напрями удосконалення кадрової політики на основі компетентнісного підходу.

На основі аналізу фінансово-господарської діяльності закладу встановлено, що КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради демонструє позитивну динаміку розвитку навіть в умовах кризового навантаження на систему охорони здоров'я.

Зростання доходів, збереження кадрового потенціалу, розширення спектру високоспеціалізованих послуг та активне впровадження сучасного медичного обладнання свідчать про результативність обраної моделі управління.

Здійснене дослідження засвідчило, що формування управлінських компетентностей керівного складу КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради є критично важливим чинником забезпечення стійкості, інноваційності та конкурентоспроможності медичного закладу.

На основі теоретичного аналізу та практичного прикладу діяльності КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» Кіровоградської обласної ради доведено ефективність делегувального стилю лідерства, який забезпечує децентралізацію прийняття рішень, підвищення відповідальності керівників структурних підрозділів і посилення мотивації персоналу.

Крім того, дослідження виявило, що формування управлінських компетентностей має бути цілеспрямованим процесом, який охоплює:

- підвищення кваліфікації керівників у сфері стратегічного менеджменту та охорони здоров'я;

- розвиток soft skills, зокрема лідерства, емоційного інтелекту, цифрової грамотності;
- впровадження системи внутрішнього моніторингу управлінських рішень;
- участь у проєктній діяльності, міжсекторальних партнерствах, програмах міжнародної співпраці.

Наукова новизна та практичне значення одержаних результатів підтверджують доцільність подальшого впровадження запропонованих підходів у діяльність інших комунальних некомерційних підприємств галузі охорони здоров'я, зокрема у частині розробки програм розвитку управлінських кадрів, вдосконалення організаційної структури та адаптації до викликів VUCA-середовища (волатильність, невизначеність, складність, неоднозначність).

Таким чином, результати дослідження є цілісною відповіддю на актуальний запит щодо модернізації управління комунальними закладами охорони здоров'я в Україні та можуть бути використані на практиці при розробці політик, програм та рішень у сфері медичного менеджменту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бескид Й.М. *Менеджмент у сфері охорони здоров'я*. Львів: Афіша, 2021. 296 с.
2. Бескид Й.М. *Фінансовий менеджмент: навч. посіб.* Львів: ЛНУ, 2020. 304 с.
3. Васильєва Н.Ц., Беляєв Д.О. Стратегії підприємств у цифрову епоху. *Вісник економічної науки України*, 2022, №1, с. 105–109.
4. Власюк О.С. *Формування кадрового потенціалу в публічному секторі*. Рівне: НУВГП, 2022. 144 с.
5. Ворона А.В. Компетентнісний підхід в управлінні людськими ресурсами. *Журнал «Державне управління: теорія і практика»*, 2021. №3.
6. Герсі П., Бланшард К. *Ситуаційне лідерство. Пер. з англ.* Київ: Основи, 2020. 198 с.
7. Грішнова О.А. *Управління персоналом: навч. посіб.* Київ: Знання, 2021. 348 с.
8. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>
9. Донченко Т.О., Савченко Л.М. *Менеджмент в охороні здоров'я: навч. посіб.* Харків: ХНМУ, 2019. 224 с.
10. Звіт Рахункової палати України про ефективність використання коштів у сфері охорони здоров'я. Київ, 2022.
11. Кіровоградський обласний кардіологічний центр. Офіційний сайт. URL: <https://kardiocentr.itmed.org/>
12. Ковальчук К.А. *Організаційний розвиток у сфері охорони здоров'я*. Вінниця: Нова Книга, 2020. 284 с.
13. Ковальчук О.І. *Антикризове управління у медичних закладах*. Житомир: Вид-во ЖДУ, 2021. 236 с.
14. Козак Ю.Г. *Управління змінами: навчальний посібник*. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 278 с.

15. Ліпич Л.І. *Стратегічне управління закладом охорони здоров'я*. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 312 с.
16. Мельник В.М., Гончарук А.В. *Публічне управління в умовах кризових викликів*. Київ: НАДУ, 2021. 240 с.
17. Міжнародний досвід реформування охорони здоров'я. Аналітичний звіт USAID. Київ, 2021. URL: <https://healthreform.in.ua>
18. Міністерство охорони здоров'я України. *Національна стратегія розвитку системи охорони здоров'я України*. Київ, 2021.
19. Наказ МОЗ №972 від 28.08.2021 «Про затвердження примірних положень про КНП».
20. НАН України. *Розвиток системи охорони здоров'я в умовах війни*. Київ, 2023. 134 с.
21. Петренко Ю.М. *Основи медичного менеджменту: навч. посіб.* Київ: Книга плюс, 2020. 216 с.
22. *Підручник з економіки охорони здоров'я*. За ред. В. Гладких. Київ: Центр учбової літератури, 2020. 344 с.
23. Примуш М.В. *Управління якістю медичних послуг*. Тернопіль: Укрмедкнига, 2020. 212 с.
24. Савицька Г.В. *Аналіз господарської діяльності підприємства*. Київ: Центр учбової літератури, 2020. 352 с.
25. Слєпкань З.П. *Організація медичної допомоги*. Київ: Медицина, 2020. 272 с.
26. Черненко С.В. *Кадровий потенціал системи охорони здоров'я України: аналітична доповідь*. Київ: НІСД, 2020. 112 с.
27. Шапран О.І., Кузнецова К.С. *Медичне право України*. Київ: ЦУЛ, 2021. 240 с.
28. Юринець Н.М., Остапчук І.Л. *Інструменти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я*. Львів: ЛНУ, 2021. 188 с.
29. Harvard Business Review. *Leadership Styles and Adaptability*. Boston: HBR, 2022.

30. Lencioni P. The Five Dysfunctions of a Team. San Francisco: *Jossey-Bass*, 2020.
31. OECD Health at a Glance 2021. OECD Indicators. URL: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>
32. OpenDataBot. Фінансові показники підприємств України. URL: <https://opendatabot.ua/>
33. Porter M. What is Strategy? Harvard Business Review, 1996.
34. WHO. Leadership and management training in health systems. Geneva: WHO, 2022. URL: <https://www.who.int>