

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Школа охорони здоров'я

Магістерська робота

освітній ступінь – магістр

на тему: **ПОЛІТИКА ПІДГОТОВКИ УПРАВЛІНСЬКИХ
КАДРІВ ДЛЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ
НА ЗАСАДАХ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ»**

Виконала: студентка 2-го року навчання,
Спеціальності
073 Менеджмент

Мельник Лілія Анатоліївна

Керівник Юрочко Т.П.,
к. держ. упр.

Рецензент Васюк Н.О.,
к. держ. упр.

Магістерська робота захищена
з оцінкою «_____»

Секретар ЕК _____

«_____» _____ 2020 р.

Київ – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ.....	7
1.1. Сутність поняття компетентність.....	7
1.2. Генезис компетентнісного підходу	12
1.3. Типологія та класифікація компетенцій	18
1.4. Методологія дослідження	23
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПІДГОТОВКИ УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ ДЛЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	30
2.1. Нормативно-правове регулювання сфери підготовки керівників у сфері охорони здоров'я в Україні.....	30
2.2. Досвід США та Канади в застосуванні компетентнісного підходу для підготовки управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я	38
2.3. Лідерство як вищий прояв менеджменту в охороні здоров'я	49
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПОЛІТИКИ З ПІДГОТОВКИ УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ.....	56
3.1. Визначення потреби в підготовці керівних кадрів для сфери охорони здоров'я	56
3.2. Ключові ризики в підготовці управлінських кадрів сфери охорони здоров'я в Україні та можливі шляхи їхньої нейтралізації	60
3.3. Пропозиції щодо удосконалення формування державної політики з підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я в Україні.....	64
3.4. Методологічні основи практичної реалізації розроблення навчальної програми з позицій компетентнісного підходу.....	69
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	94

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Протягом останніх років питанню підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я в Україні приділяється багато уваги як на рівні прийняття управлінських рішень, так і на рівні наукових досліджень. Водночас компетентнісному підходу як невід'ємній складовій процесу підготовки керівників сфери охорони здоров'я приділяється недостатньо уваги.

Наприкінці 2019 року було оприлюднено звіт під назвою «Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019», в якому одним із очікуваних ризиків у разі розширення стратегічних закупівель за межі первинної медичної допомоги (а саме закупівель послуг стаціонарної, амбулаторної вторинної та екстреної медичної допомоги) є імовірність виникнення ситуації, за якої навички керівників надавачів медичних послуг можуть бути недостатніми для належної роботи в нових умовах. Також у контексті теми цього дослідження, особливу увагу привертають рекомендації стосовно політики, в яких зазначається, що «органи, які впроваджують реформу, повинні шукати агентів змін, зокрема, на рівні керівників закладів охорони здоров'я» [63, с. 85]. Така інформація наштовхує на думку, що наразі підготовка керівників закладів охорони здоров'я потребує якісно іншого підходу.

Згідно з даними, наведеними в звіті «Індекс здоров'я. Україна – 2019», три чверті (75,6%) респондентів вважають, що за поліпшення функціонування медичних закладів відповідальним є міністр охорони здоров'я, водночас більше третини (37,7%) опитаних переконані, що це також залежить і від головного лікаря [22, с. 96]. Тобто нагальність потреби в компетентних очільниках закладів охорони здоров'я є очевидною не лише для розробників державної політики, а й для пересічних громадян.

Про необхідність формування та розвитку компетенцій серед управлінців у сфері охорони здоров'я свідчить і успіх безкоштовної освітньої програми

«Leaders for Health», випускниками якої за дві хвилини навчання у 2019 році стали 120 головних лікарів і керівників департаментів охорони здоров'я. Вона була розроблена агенцією Be-It Health & Social Impact і Львівською бізнес-школою Українського Католицького Університету в межах проекту Світового Банку «Підтримка реформ і ефективного врядування у сфері охорони здоров'я» з метою «сформувати коло управлінців у сфері охорони здоров'я, які, зокрема, наділені необхідними компетенціями та націлені на лідерство у процесі реформування безпосередньо в закладах охорони здоров'я» [33].

Зважаючи на те, що наразі керівники медичних закладів повинні опанувати комплекс знань і вмінь у сфері менеджменту та маркетингу, економіки й юриспруденції, стати інформаційно та технічно озброєними й до того ж оволодіти навичками психолога, аби на високому рівні вести ділові перемовини та вміти врегульовувати конфлікти, державна політика стосовно їхньої підготовки потребує внесення суттєвих коригувань.

Отож, актуальність роботи зумовлена, з одного боку, об'єктивними потребами у трансформації системи підготовки керівних кадрів для закладів охорони здоров'я, а з другого – недостатнім розробленням проблематики застосування компетентнісного підходу до такої підготовки.

Об'єктом дослідження є кадрова політика у сфері охорони здоров'я.

Предмет: політика щодо підготовки управлінських кадрів для сфери охорони здоров'я в Україні на основі компетентнісного підходу.

Мета роботи полягає у тому, щоб комплексно розглянути політику підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я в Україні та запропонувати науково обґрунтовані інструменти її удосконалення за принципом компетентнісного підходу.

Реалізація поставленої мети передбачає розв'язання таких взаємопов'язаних **завдань**:

1) окреслити сучасні теоретичні підходи до розуміння сутності компетентнісного підходу;

2) виокремити нормативно-правову базу, що регламентує політику з підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я в Україні;

3) узагальнити успішні практики підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах, з метою можливості застосування цього досвіду в Україні;

4) визначити основні ризики в реалізації політики з підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я в Україні;

5) за результатами проведеного дослідження розробити пропозиції стосовно удосконалення політики з підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених у цьому дослідженні мети та завдань була використана низка взаємодоповнювальних загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. Першочергово був застосований метод хронологічного бібліографічного пошуку задля ретельного вивчення наукової літератури, що містить інформацію про теоретичні аспекти поняття компетентності, а також історичний метод з метою виявлення обставин, які вплинули на становлення компетентнісного підходу в освітньому процесі.

Методи класифікації та групування були використані для виокремлення ознак належності компетенцій до певного типу, а також їхніх відмінностей одна від одної. Ще одним застосованим методом дослідження був компаративістський, інструменти якого дали змогу знайти та визначити спільні риси процесу виокремлення ключових компетенцій.

Формально-догматичний метод використовувався із ціллю проведення аналізу нормативного регулювання сфери підготовки керівників у сфері охорони здоров'я в Україні. Він здійснювався за допомогою таких логічних прийомів як синтез, індукція, аналогія, систематизація та теоретичне узагальнення. Методом включеного спостереження послуговувалися для визначення особливостей підготовки управлінських кадрів в охороні здоров'я у вітчизняних навчальних закладах.

За допомогою методу кейс-стаді було виокремлено джерела та документи для ознайомлення із зарубіжним досвідом застосування компетентнісного підходу під час підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я, а для визначення особливостей цього досвіду використовувався описовий метод. Прогностичний метод був застосований з ціллю визначення потреби в підготовці керівних кадрів. Метод абстрагування був використаний задля виокремлення ключових ризиків і шляхів їхньої нейтралізації під час підготовки управлінських кадрів для сфери охорони здоров'я в Україні.

Джерельно-документальна база. Література, що проаналізована у роботі, складається із низки наукових статей і книг таких зарубіжних вчених як Р.Бояцис, Н.МакКіннон, Д.МакКлелланд, Дж.Равен, М.Стефл, Л. і С. Спенсери, які є фахівцями у сфері застосування компетентнісного підходу. Серед робіт вітчизняних науковців також наявні дослідження, в яких ґрунтовно висвітлено питання підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я. З-поміж них варто відзначити роботи таких науковців як Авраменко Т.П., Баєва О.В., Білінська М.М., Васюк Н.О., Гульчій О.П., Крячкова Л.В., Курило Т. М., Лехан В.М., Погоріляк Р.Ю., Рогач І.М., Слабкий Г.О. Інформаційну основу дослідження також становлять нормативно-правові акти, статистичні дані та аналітичні матеріали.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що ключові теоретичні положення дослідження доведені до рівня конкретних пропозицій і можуть бути використані під час здійснення комплексу заходів стосовно вдосконалення механізмів державного управління при розробленні та впровадженні навчальних програм на основі компетентнісного підходу для підготовки керівників закладів та установ сфери охорони здоров'я.

Структура та обсяг роботи: Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків. Загальний обсяг роботи становить 98 сторінок, із них 78 сторінок – обсяг основної частини. Перелік використаних джерел налічує 105 позицій.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ

1.1. Сутність поняття компетентність

У сучасному динамічному середовищі керівникам сфери охорони здоров'я доводиться поєднувати навички лідерства, підприємництва та управління, аби вирішити виклики, що пов'язані зі зміною соціально-економічного, політичного й технологічного ландшафту, а також очікуваннями пацієнтів, медичних працівників, місцевої влади та громадськості. З метою ефективного виконання такого широкого спектру ролей вони зіштовхуються з потребою в оволодінні низкою компетенцій задля отримання бажаних результатів. Саме компетентнісному підходу підготовки керівників закладів та установ сфери охорони здоров'я і присвячене це дослідження, що розпочинається із окреслення сучасних теоретичних підходів до розуміння сутності компетентностей.

Огляд літератури на тему компетентнісного підходу свідчить про те, що в сучасній науці нарівні з терміном «компетентність» вживається і термін «компетенція», тобто наразі не існує однозначного розуміння цих понять.

В етимологічному словнику англійської мови зазначено, що поняття «competence» з'явилося у 1590-х роках, походить від латинського дієслова «competere», яке означало «бути кваліфікованим». Із 1790 року має значення «адекватний діапазон здібностей або можливостей; достатність для вирішення того, що є під рукою» [75].

Згідно з Вебстерським словником «competency» вперше з'явилося у 1600 році, а «competence» у 1640 році, вони є синонімами та визначаються як стан володіння достатніми знаннями, судженнями та вміннями [85].

У Кембриджському словнику ці два терміни трактуються як здатність робити щось добре [70]. Значення «competency» та «competence» в Оксфордському словнику тотожні [88].

Макмілланський словник англійської мови трактує обидва поняття як здатність робити щось у задовільний або ефективний спосіб [84].

Ознайомившись з англомовними тлумачними словниками, можна дійти висновку, що обидва терміни вважаються синонімічними. Єдина відмінність полягає у тому, що дефініція «competency» виникла дещо раніше ніж «competence».

В одинадцятитомному академічному тлумачному словнику української мови зазначається, що «компетентність» – властивість за значенням «компетентний». Водночас у прикметника «компетентний» наводиться два трактування: 1) який має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим-небудь добре обізнаний; тямущий; 2) який ґрунтується на знанні; кваліфікований [2, с. 250].

Однією з особливостей ключових для компетентнісного підходу термінів є те, що різні дослідники підходять до трактування дефініцій «компетентність» і «компетенція» із двох протилежних позицій. Деякі науковці вважають їх синонімами, а інші принципово розмежовують ці поняття.

Приміром Н.В. Бібік розуміє компетентність як інтегрований результат освіти, присвоєний особистістю. Компетенції ж вона трактує як реальні вимоги до засвоєння знань, досвіду та до формування якостей особистості, які діють у певному соціумі. На її думку, результатом набуття компетенцій є компетентність [5].

На погляд А.В. Хуторського, компетенція – сукупність взаємопов'язаних якостей особистості (знань, умінь, навичок, способів діяльності), а от компетентність – володіння людиною відповідною компетенцією [65]. Також він акцентує на тому, що результатом освіти насправді є не обсяг засвоєної інформації, а здатність особи діяти в різних ситуаціях.

В.Е. Лунячек дає визначення поняттю компетентність як спроможності кваліфіковано провадити діяльність, виконувати завдання або роботу. Науковець наголошує на тому, що формування компетентності відбувається шляхом надбання під час навчання суми компетенцій, які є комбінацією характеристик і дозволяють забезпечити виконання професійних обов'язків на високому рівні [31].

На переконання Л.М. Дибкової, компетентність являє собою сукупність взаємопов'язаних компонентів, які нині називають компетенції. Також дослідниця вважає, що поняття компетентності передбачає здатність фахівця використовувати у конкретній ситуації набуті знання, вміння, навчальний і життєвий досвід, володіння методами пошуку необхідної інформації, вмінням її аналізувати, бачити проблеми та шляхи їхнього розв'язання, самоєфективність, а також розуміння потреби навчатися протягом усього життя [15].

На думку В.І. Маслова, під компетентністю варто розуміти готовність людини на професійному рівні виконувати свої посадові та фахові обов'язки відповідно до сучасних теоретичних надбань, найкращого досвіду, наближення до світових вимог і стандартів [32].

Девід Дюбуа вбачає у компетентності типову модель поведінки, що включає в себе знання, навички та образ мислення, які можуть використовуватися поодиночі або в різних комбінаціях задля успішного досягнення найвищої ефективності в роботі [74, с. 245].

Ще одне трактування поняття компетентності запропонував Ендрю Кляйн. Дослідник зазначає, що це не що інше як сукупність окремих видів поведінки або її маркерів, яка охоплює мотивацію, риси характеру людини, соціальну роль та знання [80, с. 35].

Поміж дослідників компетентнісного підходу варто виокремити англійського психолога Джона Равена. Саме він виклав уявлення про природу компетентності, виокремив види компетентностей і здійснив їхню класифікацію, а також сформулював концептуальні основи для аналізу та моніторингу компетентностей. Компетентність він трактує як специфічні

здібності, обов'язкові для дій у певній предметній галузі, включаючи вузькоспеціальні знання, способи мислення, усвідомлення відповідальності за свої дії на основі цінностей і установок. На думку Равена, компетентність складається з великої кількості компонентів (компетенцій), які є відносно незалежними один від одного. Він вважає, що бути компетентним для особистості – означає мати набір компетенцій різного рівня [56].

Доволі своєрідною є позиція Чарльза Вудроффа, досвідченого британського консультанта з питань управління. На його переконання термін «компетентність» потрібно застосовувати для того, щоб вказати на вміння якісно виконувати будь-яку роботу та на сукупність вчинків, які працівник для цього робить. Також, з метою уникнення плутанини, дослідник пропонує розрізняти ключові дефініції таким чином: поняття «компетентність» стосується людини та вказує на аспекти поведінки, що стоять за компетентним виконанням певної роботи, у той час як термін «компетенція» стосується роботи та вказує на сферу професійної діяльності, в якій ця людина є компетентною [105].

Поняття компетентність розглядають і міжнародні організації. Зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я трактує компетентність як здатність осіб неодноразово застосовувати свої вміння та знання для досягнення результатів, які послідовно відповідають заздалегідь визначеним стандартам продуктивності. Окрім знання і навичок, вона також включає в себе саморозуміння, особистісні характеристики та мотивацію індивідів [79, с. 134].

Європейська комісія у фреймворці «Європейська рамка кваліфікацій навчання протягом життя» під компетентністю розуміє доведену здатність використовувати знання, вміння і соціальні, особистісні та/або методологічні здібності в робочих або навчальних ситуаціях, а також у професійному й особистісному розвитку [100].

У публікації Міжнародного бюро освіти «Розвиток ключових компетентностей в освіті» термін компетентність трактується як поєднання взаємопов'язаних когнітивних і практичних навичок, знань, мотивації,

цінностей та етики, відношень, емоцій та інших соціальних і поведінкових компонентів, які разом можуть бути мобілізовані для ефективних дій в конкретному контексті [73, с. 21].

Експерти проекту «Визначення та відбір ключових компетентностей (The Definition and Selection of Key Competencies (DeSeCo))», що був започаткований Організацією економічного співробітництва та розвитку, визначають компетентність як здатність відповідати складним вимогам шляхом використання та мобілізації психосоціальних ресурсів (включно з навичками та ставленнями) у конкретному контексті [99].

Відповідно до визначення Міжнародного департаменту стандартів для навчання, успішності та освіти (International Board of Standards for Training, Performance and Instruction (IBSTPI)) компетентність включає в себе відповідний набір знань, умінь та навичок, які дають змогу особі ефективно здійснювати діяльність певної професії чи функції таким чином, що відповідає або перевищує стандарти, які очікуються у конкретній професії або робочому оточенні [91, с. 31].

Натомість у вітчизняному Національному освітньому глосарії наведено таке визначення компетентності: динамічна комбінація знань, розуміння, умінь, цінностей, інших особистих якостей, що описують результати навчання за освітньою/навчальною програмою. Компетентності як набуті реалізаційні здатності особи до ефективної діяльності покладені в основу кваліфікації випускника [38].

Зрештою, не зовсім однакове трактування поняття компетентності отримало відображення і в чинних нормативно-правових актах України.

Так, відповідно до Національної рамки кваліфікацій України в редакції від 25 червня 2019 року, компетентність трактується як динамічна комбінація знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей, що визначає здатність особи успішно соціалізуватися, провадити професійну та/або подальшу навчальну діяльність [36].

Водночас у Законі України «Про вищу освіту» в редакції від 16 січня 2020 року термін компетентність має таке значення: здатність особи успішно соціалізуватися, навчатися, провадити професійну діяльність, яка виникає на основі динамічної комбінації знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей [20]. На нашу думку, таке визначення є найбільш змістовним і влучним, тому в подальшому ми будемо послуговуватися саме цією дефініцією.

1.2. Генезис компетентнісного підходу

Початок досліджень у сфері компетенцій прийнято пов'язувати з позицією Абрахама Маслоу, який ще в 1940-х роках запропонував концепцію «чотирьох стадій наuczіння». Ця концепція пояснює, як саме формується знання або навичка в процесі їхнього освоєння.

Перша стадія – неусвідомлювана некомпетентність, нездатність людини усвідомити, що вона чогось не знає або не вміє. А. Маслоу для розуміння цієї стадії наводить для прикладу ситуацію, в якій суб'єкт володіє лише молотком, і це змушує його у всьому бачити цвяхи. Друга стадія – усвідомлювана некомпетентність, що виражається в розумінні дефіциту навичок або знань, коли людина розуміє і приймає власну некомпетентність. Третя стадія – усвідомлювана компетентність, готовність людини поступово формувати навички в зоні, яку можна назвати «зоною розвитку». Вона завжди визначається самою людиною, її потребами, інтересами, актуальними завданнями. Четверта стадія – неусвідомлювана компетентність, що виявляється у свободі володіння навичками, можливістю їхнього переносу та синтезу [33].

Ідея А. Маслоу кореспондує ще з однією моделлю, яка демонструє обмеження самосвідомості дорослих людей. Це так зване «Вікно Джогарі» - модель, яку запропонували Джозеф Лафт і Гаррі Інгерм у 1955 році. Вона

демонструє обмеження уявлень про себе, свою поведінку порівняно з реальною поведінкою, що доступна для оцінювання зі сторони [81].

Таким чином, у середині ХХ століття фахівці почали звертати увагу на суб'єктивну сторону навичок, найбільш затребуваних в діяльності більшості людей, незалежно від їхньої професійної приналежності та рівня підготовки. Ця суб'єктивна сторона полягає в усвідомленні наявності (відсутності) конкретного досвіду, в його ідентифікації, здатності людини до спрямованих зусиль задля формування дефіцитних навичок, її готовності до того, що навички будуть оцінюватися зі сторони, і лише – за досягнутими з їхньою допомогою результатами.

Основний поштовх розвитку концепції компетентності у 1973 році дала стаття видатного американського психолога Девіда МакКлелланда під назвою «Тестувати компетентність, а не інтелект». В ній він акцентував, що із 70-х рр. при прийомі на роботу в США та низці інших країн роботодавці враховували академічні оцінки претендентів і використовували відомий тест на інтелект IQ. Однак така практика показала, що лише цих двох показників, як і наявності дипломів із високими оцінками у потенційних виконавців роботи не достатньо для ефективності виконання робочих обов'язків та успіху у професійній діяльності.

Зокрема виникла ситуація, коли після завершення навчання випускники, володіючи численними теоретичними знаннями, часто не вміли застосувати їх на практиці, за конкретних життєвих обставин. Вони не проявляли здатності працювати в групі, підтримувати командний дух, не вміли знаходити потрібну інформацію, самостійно продовжувати навчання, проявляти відповідальність, ініціативу, творчість – тобто у них не було компетенцій, що необхідні в конкретній професійній діяльності [68].

Підхід, розроблений Д. МакКлелландом, робив особливий акцент на ефективній роботі та був орієнтований на пошук поведінки, якою не володів середньостатистичний керівник. Іншими словами, він був зацікавлений у диференціації поведінки. Слідуючи цьому підходу, він розробляв тести, які

дозволяли передбачати ефективність в роботі. Згодом Девід МакКлелланд описав характеристики, що властиві хорошему виконанню роботи як «компетенції», і випробував їх у 1976 році в консалтинговій фірмі «McBer and Company».

Примітним також є те, що, за спостереженнями МакКлелланда, існує феномен «експертної згоди». Він полягає у тому, що люди швидше домовляться між собою з приводу вибору кращого працівника, ніж про ті характеристики, які роблять цього працівника кращим. Під цими характеристиками МакКлелланд мав на увазі компетенції, які дуже важко усвідомлюються і вербалізуються.

Практична реалізація компетентнісного підходу почалася зі спостереження за успішними й ефективними менеджерами з метою визначення чим ці люди відрізняються від менш успішних.

Ідея Д. МакКлелланда полягала в тому, щоб використовувати критеріальні вибірки і визначення внутрішнього стану людини (мотивів, настроїв, цінностей) та її конкретних дій, які є причинами успішної діяльності. Взявши за основу метод критичних інцидентів Джона Фланагана (1954 р.) він розробив власну методику під назвою інтерв'ю з отримання поведінкових прикладів (Behavior Event Interview). Різниця між цими двома методами полягає у тому, що Фланаган був зацікавлений у визначенні елементів завдань робочих місць, а МакКлелланд цікавився характеристиками людей, які добре виконали роботу.

Інтерв'ю з отримання поведінкових прикладів було апробоване «McBer and Company» під час підбору співробітників для дипломатичної служби на замовлення Державного департаменту США. На першому етапі дослідження були відібрані 2 групи дипломатів: група кращих виконавців – найбільш ефективних молодих дипломатів і група посередніх виконавців. Всі вони взяли участь в інтерв'ю, предметом якого була коротка розповідь про три грандіозні успіхи та три найсерйозніші невдачі. Запитувач грав роль репортера-дослідника, ставлячи такі питання: «Що призвело до такої ситуації? Хто був

причетний? Що ви думали, що відчували і що хотіли зробити в ситуації, яка склалася? Що ви зробили насправді? Що сталося? Яким був результат події?» [83].

МакКлелленд стверджує, що під час тестування компетентності «те, що люди думають або говорять про свої мотиви чи вміння, не є правдоподібним ... Слід вірити лише тому, що вони насправді роблять, у найбільш критичних випадках, з якими вони зіштовхувалися» [11, с. 5]. Тому метод інтерв'ю з отримання поведінкових прикладів призначений для з'ясування того, що насправді люди роблять, а не того, що вони кажуть.

Результати були узагальнені за допомогою контент-аналізу вербальних висловлювань (Content Analysis of Verbal Expression). На підставі отриманих результатів вдалося розробити першу модель компетенцій.

Цей експеримент заклав фундамент компетентнісного підходу, а діяльність МакКлелланда спонукала Американську асоціацію менеджменту в 1981 році доручити консалтинговій фірмі «McBer and Company» провести крупне дослідження, щоб визначити ті характеристики менеджерів, які відрізняють «хороших» фахівців від «посередніх» [103, с. 8]. Очолити його уповноважили Річарда Бояциса – учня та послідовника МакКлелланда.

Бояцис по суті адаптував дослідження МакКлелланда зі співробітниками дипломатичної служби до управлінських посад. Він повторно проаналізував усі доступні інтерв'ю, які були проведені раніше в низці досліджень з оцінки компетентності його колегами з «McBer and Company». Всього налічувалось 2000 респондентів, які займали 41 менеджерську позицію в 12 організаціях, і обрав ті їхні характеристики, які відрізняли ефективну роботу, але не були чимось унікальним. В результаті вдалося сформувати перелік із 19 найбільш загальних компетенцій керівника, 12 із яких були визначені як диференційовані компетенції і лише 7 як порогові [8].

Отримані дані Р. Бояцис оприлюднив у 1982 році в книзі «Компетентний менеджер. Модель ефективної роботи». Вихід цієї книги став наступною

знаковою подією в історії компетентнісного підходу та спричинив активний розвиток уявлень про компетенції і створення моделей компетенцій.

Завдяки дослідженням МакКлелланда та Бояциса, починаючи з 1989 року компетентнісний підхід почав застосовуватися у більшості американських бізнес-шкіл.

В подальші роки, підхід, сформульований Д. МакКлелландом, був повністю реалізований у програмі досліджень Лайл і Сайн Спенсерів. Вони проаналізували роботи присвячені компетенціям, які на той час були завершені «McBer and Company». Ці дослідження охоплювали не лише керівників, а й підприємців, продавців і працівників сфери обслуговування з різноманітних організацій. Упродовж більше 20 років понад 100 дослідників з усього світу запропонували 286 моделей. Спенсери порівняли всі ці моделі та перевели отримані дані на зрозумілу мову. В результаті вони розробили словник із 360 поведінкових індикаторів, що визначають 21 компетенцію у вигляді шкал, які, на їхню думку, важливі як для спеціалістів, так і для керівників середньої та вищої ланки управління.

Ретельна робота, проведена Спенсерами, у 1993 році була відображена в книзі «Компетенції на роботі. Моделі ефективної роботи» [60]. Ця публікація підвела підсумки 20-річному дослідженню компетенцій на основі методології МакКлелланда та підтвердила його позицію про те, що компетенції можуть бути оцінені експертним шляхом, насамперед тому, що вони можуть бути ідентифіковані експертами.

Компетенція в цій книзі трактується як будь-яка індивідуальна особливість, що може бути виміряна або підрахована, надійна та здатна диференціювати хороших і посередніх виконавців, або ефективних і неефективних. Водночас основні їхні характеристики полягають у тому, що компетенції: а) повинні бути вимірюваними; б) повинні надійно відрізняти хороших працівників від посередніх і поганих.

Ретроспективний аналіз розвитку компетентнісного підходу наочно демонструє, що діяльність Д. МакКлелланда і консалтингової фірми «McBer and Company» породила дійсно новий концепт.

З недавніх пір компетенції вийшли на перший план у сфері освіти. Зважаючи на швидкі технологічні зміни, глобалізацію, різноманітність, нерівність можливостей, бідність, конфлікти та ознаки екологічного лиха Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) розпочала наприкінці 1997 р. широкий міжнародний проект із назвою «Визначення та вибір компетенцій: теоретичні та концептуальні основи» (Definition and Selection of Competencies: Theoretical and Conceptual Foundations (DeSeCo)), з метою виявлення ключових компетенцій особи для того, щоб вести успішне та відповідальне життя, зіштовхуючись із проблемами в суспільстві.

DeSeCo був створений як теоретико-орієнтований і мультидисциплінарний проект, який виник в урядовому контексті у відповідь на потреби державної політики. Він містить огляд ряду емпіричних досліджень, націлених на розвиток результатів навчання. Це дослідження також бере до уваги низку дисциплінарно-орієнтованих досліджень для виявлення теоретично-обґрунтованих наборів ключових компетенцій.

Проект очолювало Федеральне статистичне бюро Швейцарії за підтримки Національного центру статистики освіти США та Статистичної служби Канади. Перспективи стосовно компетенцій та моделей, що розроблені антропологами, економістами, істориками, філософами, психологами та соціологами, розглядалися колективно задля розробки узгодженої системи відліку для визначення та вибору ключових компетенцій.

До основних результатів теоретичних узагальнень DeSeCo належать концепція компетентності як «всеохоплювальну систему відліку» [93] та три категорії ключових компетенцій: автономна діяльність, інтерактивне використання засобів і вміння функціонувати в соціально неоднорідних групах.

Тож, зважаючи на вищенаведену інформацію, ми дійшли висновку, що наразі компетентнісний підхід зміщує акценти з процесу накопичення знань,

умінь і навичок майбутніх спеціалістів у площину формування й розвитку здатності практично діяти та творчо застосовувати набутий досвід.

1.3. Типологія та класифікація компетенцій

У наукових працях простежується намагання структурувати зміст поняття «компетентність», втім варто зазначити, що однастайності в поглядах дослідників поки що не спостерігається.

Приміром Лайл і Сайн Спенсери зазначають, що компетентності є базовими властивостями індивідуума, а також дуже глибокою і сталою частиною людської особистості та можуть визначати поведінку людини в безлічі робочих завдань. Вони вважають, що існує п'ятеро таких базових властивостей:

- мотиви – те, про що людина думає або чого прагне постійно. Вони націлюють, направляють та обирають поведінку.
- властивості (психофізіологічні особливості) – схильність до певної поведінки або моделі реагування (наприклад, ініціативність та емоційний самоконтроль, що характерні для успішних менеджерів);
- Я-концепція – установки або цінності конкретної людини (приміром, переконання особи в тому, що вона може ефективно діяти в будь-якій ситуації);
- знання – інформація, якою володіє особа у певних змістовних сферах. Саме знанням під силу спрогнозувати, що людина може зробити, а не те, що вона, зробить.
- навички – спроможність виконувати певне фізичне або інтелектуальне завдання [60, с. 9].

Знання і навички – видимі та відносно поверхневі характеристики людей. Я-концепція, властивості та мотиви є більш прихованими, «глибокими» та скритими в серцевині особистості. Поверхневі компетенції (знання і навички) відносно просто розвинути (для прикладу, за допомогою тренінгів). Глибинні

компетенції (Я-концепція, мотиви й властивості) оцінити і розвинути складніше; рентабельніше відбирати людей за наявністю цих характеристик.

Подібної точки зору дотримуються й експерти проекту «DeSeCo» Домінік Річен і Лаура Салганік. Вони вважають, що кожна компетентність побудована на поєднанні взаємовідповідних компонентів і тлумачать внутрішню структуру компетентності таким чином: знання, пізнавальні навички, практичні навички, ставлення, емоції, мотивація, цінності та етика [94, с. 44].

Дослідниця Пометун О.І. у своїй науковій праці наголошує на тому, що в багатьох країнах основою для практичного запровадження компетентнісного підходу є визначення певної ієрархії компетентностей. А тому вона, на основі матеріалів зарубіжних досліджень, узагальнила таку систему компетентностей :

- *ключові* (над-, міжпредметні) – вони подібні до «парасольки» над усім процесом навчання та можуть бути визначені як здатність особи виконувати складні поліфункціональні, поліпредметні, культуродоцільні види діяльності, ефективно розв'язуючи відповідні проблеми;
- *загально-галузеві* – вони здобуваються під час засвоєння змісту певної освітньої галузі в процесі отримання вищої освіти;
- *предметні* – їх набуває студент при вивченні того чи іншого предмета під час конкретного ступеня навчання [51].

У фінальному звіті проекту «Гармонізація освітніх структур у Європі» (TUNING) зазначено, що компетенції являють собою динамічне поєднання знань, розуміння, навичок і здібностей, а їхнє формування є об'єктом освітніх програм. Також у цій публікації вказано, що серед компетенцій за змістом і роллю в житті людини можна виокремити предметно-спеціальні (subject specific competences) та загальні компетентності (generic competences, transferable skills).

Вищезгадані загальні компетенції поділяються на три типи:

- *інструментальні* – включають когнітивні, методологічні, технологічні та мовні здібності (формується на початкових курсах, оскільки є необхідними для подальшого засвоєння навчального матеріалу);

- міжособистісні – індивідуальні здібності, пов'язані з умінням виражати почуття та ставлення, критичним осмисленням і здатністю до самокритичності, а також соціальні навички, пов'язані з процесами соціальної взаємодії і співпраці, вмінням працювати в групах, брати на себе соціальні й етичні зобов'язання;
- системні – комбінація розуміння, ставлення і знання, що дозволяє досягнути, яким чином частини цілого співвідносяться одна з одною та оцінювати місце кожного з елементів у системі. Вони потребують попереднього опанування інструментальних і міжособистісних компетентностей [101, с. 32].

Проект TUNING акцентує на тому, що необхідно приділяти час і увагу розвитку загальних компетенцій студентів, оскільки вони є релевантними для подальшого працевлаштування, тому в його межах було проведено широке анкетування серед роботодавців, випускників і викладачів.

Вибірка була репрезентативною: 5183 анкети випускників, 998 анкет викладачів і 944 анкети роботодавців. Для підготовки анкети для опитування на основі аналізу понад 20 різноманітних досліджень було сформовано список із 85 різних компетенцій. У подальшому емпіричним шляхом було визначено перелік загальних компетенцій, властивих різним галузям освіти, який містить 30 інструментальних, міжособистісних і системних компетентцій [102, с. 24] (для більш детальної інформації див. додаток 1).

У доповіді симпозіуму Ради з культурного співробітництва (Council for Cultural Co-operation (CDCC)) визначено п'ять наборів ключових компетенцій, яким надається особливе значення:

- політичні та соціальні компетенції, такі як здатність брати відповідальність, приймати участь у групових рішеннях, вирішувати конфлікти ненасильницьким способом і відігравати роль у просуванні та вдосконаленні демократичних інститутів;
- компетенції, що пов'язані з життям у багатокультурному суспільстві. Для того, щоб стримувати прояви расизму та ксенофобії і розвитку атмосфери нетерпимості освіта має «озброїти» міжкультурними

компетенціями, такими як прийняття відмінностей, повага до інших і здатність жити з людьми інших культур, мов і релігій.

- компетенції, що стосуються оволодіння усною і письмовою комунікацією, які мають важливе значення для роботи та соціального життя (аби ті, кому їх не вистачає, не опинилися під загрозою соціальної ізоляції). У цьому ж контексті все більшого значення набуває оволодіння більше ніж однією мовою.

- компетенції, пов'язані з появою інформаційного суспільства. Освоєння цих технологій, розуміння їхнього застосування, сильних і слабких сторін, а також здатність критично оцінювати інформацію, що поширюється засобами масової інформації та рекламодавцями.

- здатність вчитися протягом усього життя в якості основи безперервної освіти як у професійному контексті, так і в особистому та суспільному житті [78, с. 16].

Цікаво відзначити, що водночас із поняттям «ключові компетенції», іноді як його синонім виступає словосполучення «базові навички». Так, Бертіль Оскарссон, експерт програми Європейського союзу TACIS, виокремив перелік базових навичок, які змістовно можуть інтерпретуватися як ключові компетенції. На його переконання, вони є об'ємними та розвиваються на додаток до специфічних професійних компетенцій. До базових навичок дослідник відносить:

- спроможність ефективної роботи в команді;
- творчість;
- планування;
- вирішення проблем;
- підприємницька поведінка;
- лідерство;
- організаційне бачення;
- комунікативні навички [46].

Узагальненням матеріалів досліджень з реалізації компетентнісного підходу в освіті став вагомий документ під назвою Європейська довідкова рамка ключових компетентностей для навчання протягом усього життя, яка була затверджена Рекомендацією Європейського Парламенту та Європейської Ради 18 грудня 2006 року [76, с. 5]. В ній було визначено вісім ключових компетентностей, бачення яких з метою адаптації до нових політичних, економічних і суспільних реалій було оновлено Європейською Комісією 17 січня 2018 року [71, с. 38].

Таблиця 1.1. Порівняння переліку ключових компетентностей в Європейській довідковій рамці ключових компетентностей для навчання протягом усього життя за 2006 р. та 2018 р.

Ключові компетентності (2006 рік)	Ключові компетентності (2018 рік)
Спілкування рідною мовою	Грамотність
Спілкування іноземними мовами	Багатомовна компетентність
Математична компетентність та базові компетентності з науки та техніки	Математична компетентність та компетентність з науки, техніки і технологій
Цифрова компетентність	Цифрова компетентність
Вміння вчитися	Особистісна, соціальна та навчальна компетентність
Соціальна та громадянська компетентності	Громадянська компетентність
Ініціативність та підприємливість	Підприємницька компетентність
Культурна обізнаність та розуміння специфіки вираження різних культур	Культурна обізнаність та розуміння специфіки вираження різних культур

Всі ці ключові компетентності вважаються однаково важливими. Вони концептуалізуються як сукупність знань, умінь та навичок, а тлумачення кожної ключової компетентності визначає релевантні для неї знання, навички та ставлення, що трактуються як:

- Знання – факти та цифри, концепції, ідеї і теорії, які вже встановлені та підтримують розуміння певної сфери або предмета;
- Навички – здатність і спроможність здійснювати процеси та використовувати наявні знання задля досягнення результатів;
- Ставлення – образи мислення стосовно того як діяти/реагувати на ідеї, осіб чи ситуації (включно з цінностями, думками та переконаннями) [71, с. 7].

Підсумовуючи вищевказане, можна дійти висновку, що багатогранна палітра класифікацій компетенцій свідчить про складність, суперечливість і неоднозначність їхньої типології.

1.4. Методологія дослідження

Процес написання магістерської роботи розгортався в декілька етапів. На *початковому етапі* було здійснено вибір напрямку дослідження, визначено його мету, завдання, об'єкт, предмет і основні методи. Зокрема для здійснення цього дослідження автор обрав якісну парадигму, оскільки вона орієнтується на індуктивний підхід для розробки теорій, відкидає позитивізм, покладається на індивідуальну інтерпретацію соціальної реальності та є конструктивістською за своєю суттю.

Після формулювання мети нами була визначена відповідна дослідницька стратегія – певний методико-методологічний підхід, який найкращим чином дозволив вирішити завдання дослідження, а також є адекватним для об'єкта. Для проведення дослідження було обрано дизайн кейс-стаді, адже він спрямований на глибокий, повний і комплексний аналіз соціального феномена на прикладі одного або невеликої кількості емпіричних випадків, а також акцент в ньому робиться не на розповсюдженні результатів на всю генеральну сукупність, а на якість теоретичного аналізу та пояснення механізму функціонування того чи іншого явища.

На погляд Павла Романова, концепція кейс-стаді ґрунтується на певних уявленнях про природу випадку, а також на аналітичну стратегію, що стає

логічним каркасом для збору та інтерпретації даних. Науковець трактує кейс-стаді як динамічне балансування між детальною описовістю, що фокусується на особливостях того чи іншого соціального феномена, і прагненням перейти на пояснення більш широких закономірностей [59, с. 111]. Отже, мета стратегії кейс-стаді полягає у виявленні загальних тенденцій або типових практик.

Також автор вважає за необхідне зазначити, що на погляд норвезької дослідниці Крістіни Майєр, наразі кейс-стаді не має визначеного статусу, оскільки він може бути розціненим по-різному: і як дизайн дослідження, і як якісна методологія, і як особлива процедура збору даних, і як стратегія дослідження [86, с. 349].

Суттєвими є і переконання дослідниці Єлизавети Полухіної. Вона виокремила такі особливості дослідницької стратегії кейс-стаді:

- *Гнучкість дослідницького підходу*, яка виражається у тому, що дослідник приймає багато рішень у міру отримання нових емпіричних даних. Заздалегідь майже неможливо знати специфіку досліджуваного об'єкта, тому дизайн дослідження завжди гнучкий і непередбачуваний.

- *Мультипарадигмальність*, яка полягає у тому, що дослідник від початку не слідує пріоритетній парадигмі. Це проявляється у відсутності заздалегідь виробленої конкретної теоретичної рамки, підходу чи аналітичної стратегії, які можуть бути як розроблені заздалегідь, так і змінені в міру розвитку дослідження.

- *Мультиметодичність* – застосовується широкий набір дослідницьких технік та джерел інформації (аналіз документів, спостереження тощо). Звичний для позитивістської традиції термін «дані» замінюється терміном «емпіричні матеріали», яким притаманні фрагментарність і різноманітність. Саме мультиметодичність дає змогу здійснити комплексний аналіз об'єкта дослідження.

- *Холізм* – підхід теоретичного обґрунтування, що наголошує на не зведенні досліджуваного цілого до його частин. В інтерпретативній парадигмі

холізм розуміється у позитивному сенсі, вказуючи на потребу вивчення з позиції багатогранності та з урахуванням контексту.

- *Контекстуальність* передбачає, що отримані дані повинні бути максимально пов'язані з тим, у яких умовах, ситуаціях, на якому соціальному «фоні» вони були отримані. Тобто зрозуміти спостережувані події можна лише при перенесенні їх у більш широкий контекст [50].

Слід враховувати і типологізацію кейс-стаді. Залежно від цілей дослідження видатний американський соціолог Роберт Йен вирізняє такі його типи: розвідувальне, описове та пояснювальне [92].

Розвідувальні кейс-стаді застосовуються з метою формулювання дослідницького питання та зазвичай передують великим дослідженням. Їх можна застосовувати з ціллю дослідження будь-якого явища, яке є цікавим для дослідника.

Завдання *описових* кейс-стаді полягає у пошуку відповідей на питання «як» та детальному аналітично насиченому описі досліджуваного об'єкта. Вони мають певну особливість, яка полягає у тому, що дані описуються в міру їхнього виникнення.

Пояснювальні кейс-стаді дають відповідь на питання «чому» та спрямовані на виявлення причинно-наслідкових зв'язків або ж формулювання теорії. З метою пояснення явища в даних, вони досліджуються і на поверхневому, і на глибинному рівнях.

Зважаючи на цілі цього магістерського дослідження було обрано описовий тип кейс-стаді.

Наступним кроком стало визначення того, що ж саме буде кейсом. Це питання заслуговує більш детального висвітлення. Вітчизняний дослідник Максим Яковлев, спираючись на наукові праці Чарльза Рейджина та Говарда Бекера, акцентує на концептуальній карті кейсів (табл.1.2), в якій вони за розумінням можуть бути як емпіричними одиницями (реальними), так і теоретичними категоріями (сконструйованими). Водночас відповідно до концепції кейси можуть бути і загальними, і конкретними [89].

Таблиця 1.2. Концептуальна карта для відповідей на питання «Що таке кейс?»

Розуміння кейсів	Концепції кейсів	
	Конкретні	Загальні
Кейси як <i>емпіричні одиниці</i>	Кейси знаходять	Кейси є об'єктами
Кейси як <i>теоретичні конструкції</i>	Кейси створюють	Кейси є конвенціями

У разі конкретного кейсу як емпіричної одиниці кейс необхідно знайти чи обрати, якщо ж мова йде про загальний емпіричний кейс, то він трактується як певний об'єкт, що перебуває в центрі уваги дослідження. У разі конкретних кейсів як теоретичних конструкцій кейс можна створити, натомість загальний теоретичний кейс можна або ідентифікувати, або розробити [66]. В цій дослідницькій роботі кейс за розумінням є емпіричною одиницею, а відповідно до концепції – конкретним.

Основним методом отримання даних у кейс-стаді є включене спостереження. У разі обрання цього методу найперше, що повинен зробити дослідник – визначитися зі своєю роллю. Задля цього автор вбачає вдалим звернутися до наукової праці Раймонда Голда, який ще в 1958 році запропонував критерій включеності/відстороненості в якості характеристики ролей, прийнятих дослідником у тому чи іншому контексті, та виокремив таку типологію ролей спостерігача:

- *цілковитий учасник* – дослідник повністю заглиблюється у дослідження неначе шпигун. Спостерігач повністю взаємодіє з учасниками і бере участь в їхній діяльності. Учасники дослідження не знають, що проводиться дослідження і за ними спостерігають, навіть якщо вони повністю взаємодіють із дослідником. Іноді це має назву «стати своїм». Також це можна порівняти із «таємним покупцем». Ідея полягає у тому, що найкращий спосіб зрозуміти людей або культури – відчувати це на собі.

- *учасник як спостерігач* – дослідник співпрацює із учасниками. Він є більше другом або колегою, аніж нейтральною третьою стороною. Хоча й існує повна взаємодія з учасниками, вони все ще знають, що це дослідник. Цей метод часто використовується в етнографічних дослідженнях при вивченні віддаленого корінного населення або внутрішньоміських культур.

- *спостерігач як учасник* – дослідник відомий та визнаний учасниками, і в багатьох випадках учасники знають цілі дослідження спостерігача. Наявна певна взаємодія з учасниками, але ця взаємодія обмежена. Мета дослідника – грати якомога більш нейтральну роль. Цей підхід зазвичай використовується при «слідуванні за клієнтом», щоб зрозуміти, як хтось використовує програмні продукти для досягнення своїх цілей.

- *цілковитий спостерігач* – дослідник є стороннім спостерігачем, якого учасники не бачать і не помічають. Це один із способів мінімізувати ефект Хоторна, оскільки учасники, будуть вести себе природно, коли вони не знають, що за ними спостережують. Раніше ця роль вважалася об'єктивною для дослідника, втім вона перестала користуватися популярністю, оскільки ставить етичні питання про можливий обман [90].

Найчастіше виникає плутанина між другою та третьою роллю. Їх слід відрізняти по тому, що *учасник як спостерігач* більше залучений в життя досліджуваного співтовариства і вибудовує як особисті, так і професійні відносини з його членами. А от *спостерігач як учасник* намагається залишатися у межах формальних відносин «дослідник – досліджуваний», і, як стверджував Голд, ця роль більше підходить для короткострокового знайомства та інтерв'ю.

Задля отримання необхідних даних методом включеного спостереження у цьому дослідженні нами була обрана роль «спостерігач як учасник».

Під час *другого етапу* основна увага була зосереджена на ретельному та глибинному вивченні наукових джерел, присвячених теоретичним аспектам компетентнісного підходу й етапам його становлення.

Третій етап був присвячений здійсненню аналізу нормативно-правового регулювання сфери підготовки керівників у сфері охорони здоров'я в Україні

та визначенню особливостей сучасної підготовки управлінських кадрів у вітчизняних навчальних закладах.

Метою *четвертого етапу* дослідження стало ознайомлення з успішними практиками застосування компетентнісного підходу під час підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах, зокрема узагальнено процес виокремлення ключових компетенцій задля їхнього подальшого втілення в навчальних програмах США та Канади.

На завершальному, *п'ятому етапі*, запропоновано способи визначення потреби в підготовці керівних кадрів, виокремлено основні ризики та шляхи їхньої нейтралізації під час такої підготовки, а також сформовано рекомендації стосовно удосконалення державної політики з підготовки управлінських кадрів для закладів охорони здоров'я в Україні на основі компетентнісного підходу.

Вищенаведена структуризація забезпечила системність роботи, оскільки результати, отримані під час кожного попереднього етапу, ставали основою не лише для наступних етапів, а й обґрунтуванням досягнення мети дослідження.

Висновки до розділу 1

Таким чином, аналіз наукової літератури щодо сучасного розуміння сутності компетентнісного підходу показав, що однастайності в поглядах дослідників стосовно змісту поняття «компетентність» немає, не існує й однозначного розуміння дефініцій «компетентність» і «компетенція».

Разом з тим, з огляду на тему нашого дослідження, ми схилиємося до думки науковців, які підтримують позицію розмежування цих двох термінів не за змістом, а практичним застосуванням. Зокрема основною відмінністю є те, що компетенція пов'язана з певним видом діяльності, тоді як компетентність – з особистістю, з її внутрішніми якостями та здібностями. Компетенції не можуть бути зведені до фактичних знань, а бути компетентним не є синонімом обізнаності. Отже компетентність – це не просто володіння знаннями, а потенційна готовність вирішувати завдання зі знанням справи.

Тому під час розроблення освітніх програм з підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я потрібно застосовувати практико-орієнтований підхід, формуючи у майбутніх фахівців задля забезпечення їхньої успішної професійної діяльності такі основні компетентності:

- **ключові** – вони подібні до «парасольки» над усім процесом навчання та можуть бути визначені як здатність особи виконувати складні поліфункціональні, поліпредметні, культуродоцільні види діяльності, ефективно розв'язуючи відповідні проблеми;
- **загально-галузеві** – вони здобуваються під час засвоєння змісту певної освітньої галузі в процесі отримання вищої освіти;
- **предметні** – їх набуває студент при вивченні того чи іншого предмета під час конкретного ступеня навчання.

Також у результаті здійснення ретроспективного аналізу генезису компетентнісного підходу ми дійшли висновку, що найбільш внесок до його становлення доклали Девід МакКлелланд, Річард Бояцис, Лайл і Сайн Спенсери. Водночас завдяки висвітленню намагань низки вчених структурувати компетенції, нам вдалося впорядкувати їхню сучасну типологізацію.

Насамкінець в цьому розділі ми навели ключову інформацію стосовно розуміння суті дослідження, зокрема про те, що воно є якісним, виконане в дизайні кейс-стаді за розвідувальним типом, а основний метод отримання даних у ньому – включене спостереження.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ПІДГОТОВКИ УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ ДЛЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Нормативно-правове регулювання сфери підготовки керівників у сфері охорони здоров'я в Україні

Згідно зі статтею 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» керівником закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності може бути призначено лише особу, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [19]. Водночас відповідно до Наказу МОЗ України № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», який набрав чинності 1 січня 2019 року, посаду головного лікаря скасовано, втім натомість визначено дві нових – генерального та медичного директорів [35].

Наразі період із 1 січня 2019 року до 1 січня 2022 року є перехідним і кваліфікаційні вимоги до генерального директора відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» є такими: наявність вищої освіти II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я» та спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я» [16].

Водночас вже з 1 січня 2022 року вступають в силу зміни до цих кваліфікаційних вимог. Зокрема до вже наявних додається ще одна – наявність вищої освіти II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та

адміністрування». Але є і виняток – ця вимога не стосуватиметься керівників закладів охорони здоров'я, які надають лише первинну медичну допомогу.

Для чого було необхідно додавати до кваліфікаційних вимог наявність саме управлінської освіти стає зрозумілим після ознайомлення із переліком новопокладених завдань та обов'язків на генерального директора (див. таблицю 2.1.), адже після автономізації медичних закладів і перетворенням їх на комунальні некомерційні підприємства відповідно до підписаного 6 квітня 2017 року Президентом України Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [21] в діяльності їхніх очільників відбулися суттєві зміни. Наразі саме генеральний директор розподіляє і витрачає кошти, що отримані за надання медичних послуг населенню. Тобто самостійно організовує роботу закладу, шукає шляхи зменшення витрат, обирає куди спрямувати кошти, що придбати і кому підвищити заробітну плату.

Таблиця 2.1. Розподіл основних обов'язків між генеральним і медичним директорами

Основні обов'язки генерального директора	Основні обов'язки медичного директора
• управління фінансово-господарською діяльністю закладу охорони здоров'я • розроблення і реалізація довгострокової стратегії розвитку закладу • формування та моніторинг виконання операційних планів • залучення коштів на інвестиційні потреби закладу • організація роботи та ефективної взаємодії всіх структурних підрозділів • відбір та призначення працівників на вакантні посади тощо	• організація надання пацієнтоорієнтованих послуг із додержанням галузевих стандартів • розроблення і впровадження системи безперервного удосконалення якості послуг на основі принципів доказової медицини • координація зовнішньої і внутрішньої взаємодії підрозділів закладу • організація безперервного професійного розвитку медичного персоналу

Варто зауважити, що вищезгадані зміни стосовно управлінців у сфері охорони здоров'я для українського законодавства не є чимось новим. Вперше про це було зазначено ще в чинній постанові Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. під № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», де в пункті десятому вказано, що удосконалення кадрової політики передбачає запровадження підготовки менеджерів з охорони здоров'я, зокрема шляхом здобуття другої вищої освіти [52].

Незважаючи на це аж до 2019 року професійна траєкторія керівника медичного закладу, як правило, мала такий вигляд: отримання медичної освіти, проходження інтернатури з первинної спеціальності, робота клініцистом не менше 5 років, призначення на посаду керівника і лише потім професійна двомісячна підготовка (лише 312 навчальних годин) за спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я».

Тобто, тривалий період часу управління закладом охорони здоров'я в Україні сприймалося як доповнення до медичної професії, а не як окрема спеціальність. Власне післядипломна освіта в цьому напрямку і досі надається на тому рівні, який міг задовольняти вимоги до керівника медичного закладу декілька років тому, коли йому «згори» розписували всі економічні розрахунки по статтях і доводили до відома для їхнього виконання.

Певним чином нестачу компетентних керівників намагається заповнювати експериментальна програма післядипломної підготовки керівників органів і закладів охорони здоров'я за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», яка діє в Україні з 2011 року та в 2015 році була оновлена й зорієнтована на керівників органів і закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу за спеціальністю. Вона має вигляд 18-місячних курсів (в очно-заочній формі), що були розроблені з урахуванням міжнародних вимог до підготовки менеджерів в охороні здоров'я співробітниками кафедр управління охороною здоров'я, медичної статистики та медичної інформатики Національної медичної академії післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика за участю Проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» в 2010 році.

Також для цієї програми співробітники кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця разом із фахівцями Інституту стратегічних досліджень МОЗ України розробили кваліфікаційні характеристики спеціалістів з управління охорони здоров'я та виокремили серед них 6 основних компетенцій такого фахівця: базову, управлінську, стратегічно-бізнесову, результативну, кадрову, інноваційну [53, с. 5].

Розуміння суті того, яким на погляд авторського колективу, повинен бути компетентний управлінець у межах кожної із них детально наведено в додатку 2. Втім, варто зауважити, що групування видів діяльності спеціаліста з управління охорони здоров'я за вищезазначеними шістьма компетенціями, на наше переконання, не може вважатися впровадженням компетентнісного підходу до підготовки таких фахівців.

Однак, за період 2011-2018 рр. підготовку за такою програмою післядипломної підготовки пройшли понад 120 слухачів [14]. Не менш важливим є і те, що, незважаючи на тривалий період навчання, після його завершення видається тільки сертифікат, а не диплом державного зразка.

Паралельно з вищезгаданим удосконаленням керівних кадрів на базі медичних навчальних закладів із 2004 року здійснюється підготовка управлінців (у т.ч. без попередньої медичної освіти) на магістерській програмі «Менеджмент в охороні здоров'я» (за спеціальністю «Менеджмент») в Національному університеті «Києво-Могилянська академія». Ця програма була створена в межах проекту Інституту відкритого суспільства (Нью-Йорк) і Міжнародного фонду «Відродження» під егідою Європейської асоціації шкіл охорони здоров'я. Її розробили викладачі Школи охорони здоров'я на основі матеріалів двох магістерських програм Маастрихтського університету (Нідерланди): «Охорона громадського здоров'я» та «Політика, економіка і менеджмент в охороні здоров'я».

Зважений підхід до розроблення цієї освітньо-наукової програми дозволив її укладачам, на переконання автора, підібрати релевентний компетентнісний перелік. Зокрема загальними програмними компетентностями було визначено:

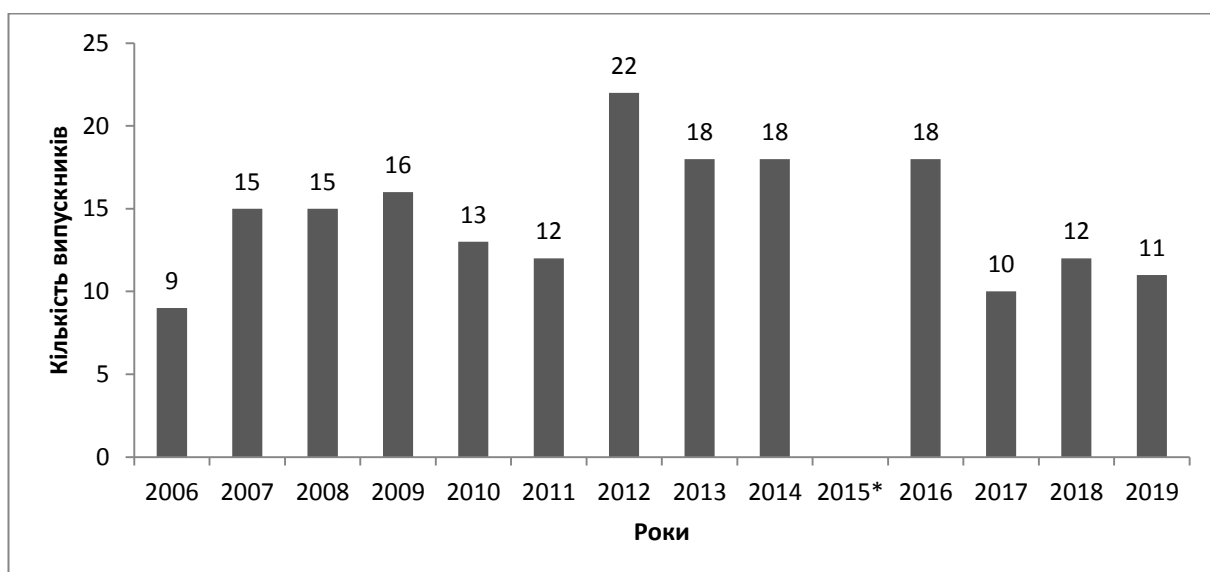
- Здатність використовувати державну та принаймні одну з іноземних мов у діловому спілкуванні;
- Здатність презентувати ідеї, стратегії і результати проектів для цільових аудиторій різного типу;
- Здатність працювати в міждисциплінарній команді та спілкуватися з експертами інших галузей у міжнародному середовищі;
- Вміння структурувати ідеї, думки та наявну інформацію в аналітичні документи;
- Вміння працювати із сучасними інформаційними технологіями;
- Здатність до безперервного самонавчання і професійного розвитку;
- Вміння організувати власну діяльність та ефективно управляти часом;
- Вміння використовувати набуті теоретичні знання на практиці;
- Навички лідерства та командної роботи;
- Вміння дотримуватися етичних засад, які стосуються конфіденційності даних та їхнього нерозголошення, інтервенцій у громадському здоров'ї.

Водночас до власне фахових програмних компетентностей належать:

- Логічно та послідовно пояснювати переваги систем охорони здоров'я за наявного соціо-економічного та політичного контекстів;
- Пояснювати рішення в системі охорони здоров'я, ґрунтуючись на витратах, якості та доступності послуг охорони здоров'я;
- Застосовувати знання про організацію і фінансування медичної допомоги на комплексній основі;
- Виявляти існуючі бар'єри (структурні, культурні та поведінкові) задля реалізації стратегічних цілей системи охорони здоров'я чи організацій;
- Розробляти політики якості надання послуг в охороні здоров'я;

- Розробляти та реалізовувати політики управління людськими ресурсами в охороні здоров'я;
- Виявляти ключових стейкхолдерів і налагоджувати з ними діалог, досягати консенсусу;
- Застосовувати основні принципи функціонування організацій в бухгалтерському обліку, маркетингу, фінансах та управлінні;
- Оцінювати правові, соціальні та економічні особливості середовища ведення бізнесу в охороні здоров'я;
- Використовувати основні епідеміологічні концепти в простих і конкретних рішеннях стосовно громадського здоров'я;
- Оцінювати якість даних і приймати поінформовані рішення, які ґрунтуються на надійних даних;
- Розробляти та втілювати проекти в громадському здоров'ї і в організаціях охорони здоров'я;
- Виявляти релевантні документи та джерела інформації для розробки стратегії громадського здоров'я [54].

Динаміку кількості випускників за 2006-2019 роки можна простежити за нижченаведеними даними (Рис. 2.1.).



* випускники 2015 року відсутні в зв'язку із заборонаю перехресного вступу в 2013 році

Рис. 2.1. Кількість випускників магістерської програми «Менеджмент в охороні здоров'я» НаУКМА за 2006-2019 роки

Загалом за період 2004-2019 років ця магістерська програма успішно підготувала 189 компетентних випускників [49], і ті з них, які мають 5-10 років стажу роботи на керівних посадах (залежно від рівня закладу охорони здоров'я), під час подальших конкурсів можуть скласти гідну конкуренцію нинішнім генеральним директорам.

Ще одним навчальним закладом, в якому відбувається підготовка спеціалістів для державного управління охороною здоров'я є Національна академія державного управління при Президенті України, зокрема кафедра управління охороною суспільного здоров'я, яка була створена ще у 1994 році на базі Інституту державного управління і самоврядування при Кабінеті Міністрів України. Втім тільки в 2009 році було вперше прийнято на навчання слухачів на відокремлену магістерську програму за спеціалізацією «Управління у сфері охорони здоров'я» (зі спеціальності «Публічне управління та адміністрування»). Наразі така підготовка здійснюється і в регіональних інститутах НАДУ в Одесі, Львові, Харкові та Дніпропетровську.

На цій освітньо-професійній програмі, на відміну від попередньої, компетентності визначені більш стисло та згруповані не за двома, а трьома категоріями [55].

Інтегральна компетентність трактується як здатність розв'язувати складні завдання та проблеми в сфері охорони здоров'я у професійній діяльності та в процесі навчання, що передбачає проведення досліджень і характеризується невизначеністю умов й вимог.

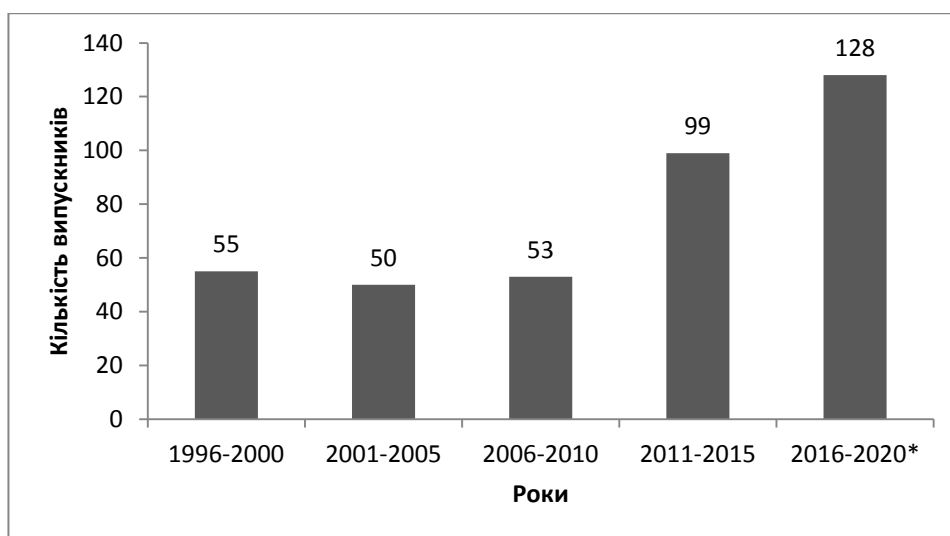
До загальних компетентностей належать:

- здатність до абстрактного та логічного мислення і генерування нових ідей;
- здатність проведення аналітичних та емпіричних досліджень;
- здатність до роботи з інформаційними ресурсами і базами даних та використання інформаційних технологій;
- здатність працювати автономно та в команді;
- прагнення до збереження та розвитку людського потенціалу та збереження навколишнього середовища.

Фаховими ж компетентностями спеціалізації було визначено:

- здатність до системного та стратегічного мислення, аналітичної роботи, постановки проблем і планування у сфері охорони здоров'я;
- здатність до абстрактного мислення, аналізу, синтезу та креативності в сфері охорони здоров'я;
- здатність до впровадження удосконалень та інновацій у сфері охорони здоров'я;
- здатність розробляти та управляти проектами в сфері охорони здоров'я;
- навички використання інформаційних і комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я;
- готовність до управління колективом, лідерство та організація командної роботи в колективах системи охорони здоров'я, навички формування корпоративної культури;
- науково-дослідні компетенції у сфері охорони здоров'я;
- здійснення ефективних комунікаційних зв'язків у органах (установах, організаціях) системи охорони здоров'я.

За період із 1996 по 2020 рік НАДУ при Президентіві України випустила орієнтовно 385 дипломованих магістрів з державного управління у сфері охорони здоров'я [25]. Більш детальний розподіл за роками наведено нижче.



* кількість випускників за 2016-2020 роки є приблизною

Рис. 2.2. Кількість випускників з державного управління у сфері охорони здоров'я НАДУ за 1996-2020 роки

Головним путівником стосовно компетентнісного підходу в нашій державі є схвалена ще 25 червня 2013 року Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, в якій першочерговим завданням визначено оновлення цілей і змісту освіти на основі компетентнісного підходу та особистісної орієнтації, урахування світового досвіду та принципів сталого розвитку [37]. Із проаналізованих на предмет застосування компетентнісного підходу профілів освітніх програм стає зрозуміло, що всі вони, окрім забезпечення оволодіння знаннями, мають на меті ще й формування компетентностей у своїх випускників.

2.2. Досвід США та Канади в застосуванні компетентнісного підходу для підготовки управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я

Пітер Друкер, один із класиків менеджменту, в своїй книзі «Управління в суспільстві майбутнього» висловив думку, що великі медичні установи можуть бути найскладнішими в історії людства і що навіть невеликі заклади охорони здоров'я є заледве керованими [17]. З моменту цього спостереження Друкера минув певний час, але складність закладів охорони здоров'я, а також вимоги до керівників та лідерів жодним чином не зменшились.

Сьогодні керівники всіх закладів охорони здоров'я повинні орієнтуватися в умовах, на які впливають складні соціальні та політичні сили, включаючи зменшення витрат, постійний дефіцит медичних працівників, нескінченні вимоги щодо використання показників ефективності та безпеки, а також превалюючі заклики до прозорості. Також вони повинні володіти розвинутим управлінським талантом, аби відповідати складності середовища охорони здоров'я, що невпинно зростає. Від цих керівників очікується, що вони демонструватимуть вимірювані результати та ефективність, а також управлятимуть на основі фактичних даних. Водночас академічні та професійні програми наголошують на опануванні компетенцій, пов'язаних з ефективністю на робочому місці.

Загалом презумпція про те, що існує ціла низка знань, які повинні опановувати керівники медичних закладів, була очевидною в американській професійній літературі протягом багатьох років. Втім чітко визначеного переліку сучасних компетенцій, науково підтверджених широкою спільнотою керівників медичної практики, тривалий період не існувало.

Визначення та формулювання відповідного масиву знань є важливими кроками в розвитку будь-якої професії, водночас його валідація спільнотою колег є необхідною умовою для висунування вимог до професійних знань та вмінь. З цією метою у 1998 році Американський коледж керівників медичної практики (American College of Medical Practice Executives) розпочав дослідження задля виявлення та затвердження рольових вимог до професіоналів з управління медичною практикою.

Дослідження тривало один рік і в 1999 році Американський коледж керівників медичної практики підбив його підсумки та оприлюднив результати в науковій розвідці під назвою «Сукупність знань з управління медичною практикою» (далі – «Сукупність знань»), яка ґрунтується на широкому дослідженні ролі керівника медичної практики, а також знань і навичок, необхідних для успіху в цій сфері.

Згодом, у 2001 році, було опубліковано працю «Визначення професії: керівництво до сукупності знань з управління медичною практикою». Саме вона розпочала слугувати підґрунтям для того, щоб допомагати практикам визначити прогалини у професійній підготовці, а також для засвідчення компетентності (сертифікації) тих, хто працює у цій сфері.

У цьому керівництві наведено перелік п'яти категорій загальних компетенцій для управління медичною практикою, які є необхідними умовами для успішної роботи на посаді керівника медичного закладу:

1. Професіоналізм (досягнення та збереження професійних стандартів).
2. Лідерство (підтримка стратегічного напрямку організації).
3. Навички спілкування (взаємодія з іншими та презентація інформації чітко й стисло).

4. Організаційні та аналітичні навички (вирішення проблем, прийняття рішень і розроблення систем).

5. Технічні/Професійні знання та вміння (розроблення бази знань і наборів навичок, необхідних для здійснення діяльності, що є унікальною для роботи, ролі чи завдання керівника медичної практики).

Водночас до складу останньої в переліку категорії компетенцій входить 8 основних галузей продуктивності (або ж сфер відповідальності) для керівників медичної практики:

- Фінансовий менеджмент;
- Управління людськими ресурсами;
- Організаційна динаміка та державне правління;
- Планування та маркетинг;
- Управління інформацією;
- Управління ризиками;
- Ділові та клінічні процедури;
- Професійна відповідальність [98].

Також за кожною із вищеперелічених п'яти загальних компетенцій у керівництві наводиться детальний перелік навичок, завдань та основних знань, які повинні опанувати керівники медичної практики для виконання своєї ролі.

«Сукупність знань» регулярно переглядається та оновлюється, а тому й до нині слугує структурою для всіх видів оцінювання, іспитів і програм розвитку лідерства в Американському коледжі керівників медичної практики. Також примітним є той факт, що саме цей навчальний заклад є органом із сертифікації та стандартизації Асоціації управління медичної групи (Medical Group Management Association), національної членської організації з управління медичною практикою.

В подальшому низка університетських програм розробляла власні набори компетентностей для своїх студентів, що призвело до занепокоєння Альянсу лідерства в сфері охорони здоров'я (The Healthcare Leadership Alliance) стосовно належної підготовки менеджерів в охорони здоров'я. Цей альянс являє собою

консорціум шести провідних професійних організацій США, які разом репрезентують понад 140 000 членів у основних галузях управління охороною здоров'я. Зокрема до його складу входять:

- Американський коледж керівників охорони здоров'я;
- Американський коледж лікарів-керівників;
- Американська організація медсестер-керівників;
- Асоціація фінансового менеджменту охорони здоров'я;
- Товариство інформаційних та управлінських систем охорони здоров'я;
- Асоціація управління медичною групою та її освітній філіал Американський коледж керівників медичної практики.

З метою уніфікації компетентнісних вимог до управлінців в охороні здоров'я у 2002 році Альянс лідерства в галузі охорони здоров'я скликав спеціальну групу, що розпочала формальний процес розмежування знань, вмінь і навичок та визначення які саме компетенції, були основними або поширеними серед членів усіх асоціацій альянсу, а які були спеціальними або специфічними для членів однієї чи декількох організацій.

В результаті тривалого процесу було отримано перелік із 300 компетенцій, які в 2005 році були об'єднані в «Каталог компетенцій (Competency Directory)». Цей каталог містить 232 компетенції (або 77,3 відсотка), які є спільними для всіх управлінських професій, представлених в асоціаціях, а також 68 компетенцій, характерних лише для певних дисциплін у сфері управління охороною здоров'я.

Виявлення такої кількості спільних компетенцій стало відображенням широкого кола знань, яке є однаковим для різнопланових керівників охорони здоров'я. Вибір саме цих трьохсот компетенцій був обґрунтований обширними психометричними дослідженнями кожної з шести асоціацій Альянсу лідерства в галузі охорони здоров'я.

В подальшому компетенції було вирішено згрупувати в 5 категорій, які були спільними серед членів усіх шести асоціацій, та сформувати на їхній

основі модель [97]. Ці категорії компетенцій розглядалися як взаємозалежні, втім оскільки лідерські компетенції є основними в роботі керівників охорони здоров'я, то категорія лідерства скріплює запропоновану альянсом модель. Решта категорій опираються на категорію лідерства, водночас посилюючи та інформуючи його. На наведеній нижче схемі (Рис. 2.3.) двосторонні стрілки за межами кіл вказують, що інші чотири категорії опираються одна на одну та поділяють знання, навички і вміння, які дублюються.

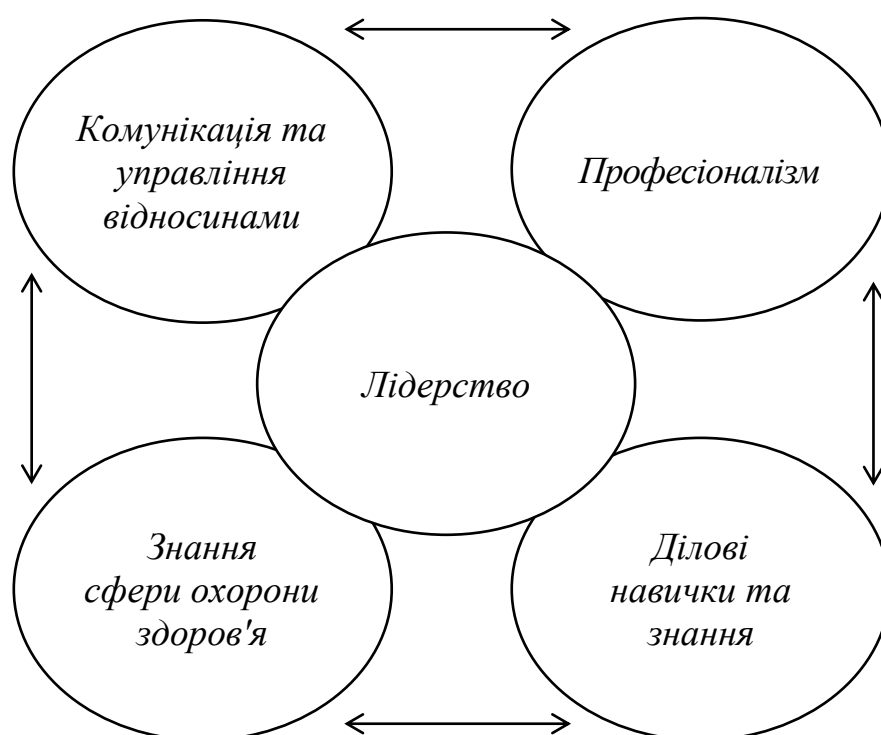


Рис. 2.3. Модель компетенцій Альянсу лідерства в сфері охорони здоров'я

Також серед цих п'яти категорій було виокремлено 22 підгрупи компетенцій зі стислим їхнім тлумаченням, зокрема:

1) *Комунікація та управління відносинами* (здатність чітко та лаконічно спілкуватися із внутрішніми та зовнішніми клієнтами, встановлювати та підтримувати відносини, а також сприяти конструктивній взаємодії з окремими особами й групами):

- *Управління відносинами* – здатність вибудовувати та підтримувати відносини як із внутрішніми, так і з зовнішніми зацікавленими сторонами, які закріплені довірою та спільним прийняттям рішень.

- *Комунікативні навички* – вміння використовувати усні, письмові та презентаційні навички для того, щоб донести місію, бачення, цінності та пріоритети організації до різноманітної аудиторії.

- *Фасилітація та ведення переговорів* – здатність наближати групу до вирішення конфлікту, направляючи її за допомогою предметної дискусії, компромісу та консенсусу.

2) *Лідерство* (здатність спонукати індивідуальну майстерність, формувати та досягати спільного бачення, а також успішно керувати змінами задля досягнення стратегічних цілей організації та успішної діяльності):

- *Лідерські навички та поведінка* – здатність застосовувати відповідні стилі лідерства та поведінку, використовувати навички критичного мислення та відстоювати організацію та її цінності на рівні громади та державної політики.

- *Організаційний клімат і культура* – заохочення культури, яка цінує різноманітність, сприяє роботі в команді та породжує відданість меті й цінностям організації.

- *Передача бачення* – формування та передача переконливого бачення для організації, яке буде визначати розроблення і напрямки стратегії.

- *Управління змінами* – вміння сприяти організаційному розвитку та постійному вдосконаленню, а також використовувати системне мислення для втілення змін у складних організаціях.

3) *Професіоналізм* (здатність узгоджувати особисту та організаційну поведінку з етичними та професійними стандартами, що включають відповідальність за пацієнта та громаду, сервісну орієнтацію і прихильність до безперервного навчання й вдосконалення):

- *Особиста та професійна відповідальність* – практикування та відстоювання етичного прийняття рішень та дій, просування прав та обов'язків пацієнтів, ефективне керування стресом та особистісними ресурсами, а також поведіння відповідно до професійних ролей і норм.

- *Безперервний професійний розвиток та навчання* – взяття участі в проактивному плануванні кар'єри та постійне оновлення професійних знань.

- *Внески у спільноту та професію* – менторство або коучинг для інших на роботі, надання громаді послуг, що покращуватимуть стан здоров'я і стандарти догляду в громаді, а також поповнення професійної сукупності знань за допомогою викладання або проведення досліджень.

4) *Знання середовища охорони здоров'я* (демонстрація розуміння системи охорони здоров'я та середовища, в якому функціонують менеджери та постачальники медичних послуг):

- *Системи та організації охорони здоров'я* – демонстрація розуміння того, яким чином організовані та фінансуються різноманітні компоненти системи охорони здоров'я, а також як вони взаємодіють для надання медичної допомоги.

- *Персонал охорони здоров'я* – розуміння професійних ролей, обов'язків і цінностей кола фахівців у сфері охорони здоров'я, з метою сприяння встановленню ефективних стосунків.

- *Перспектива пацієнта* – розуміння досвіду пацієнтів, демонстрування прихильності до їхніх прав та обов'язків і гарантування того, що організація забезпечує безпечне середовище для пацієнтів та їхніх сімей.

- *Громада і навколишнє середовище* – відстеження тенденції у місцевому та національному середовищі в наданні медичної допомоги, демонстрування ознайомлення із правилами, які впливають на надання медичної допомоги, а також розуміння впливу рішень державної політики на вартість, якість і доступність до медичної допомоги.

5) *Ділові навички та знання* (здатність застосовувати бізнесові принципи до середовища охорони здоров'я, включно із системним мисленням):

- *Загальне управління* – демонстрування навичок аналітики та вирішення проблем, а також розуміння впливу окремих рішень на інші частини організації та навколишнє середовище.

- *Управління фінансами* – розуміння фінансового аналізу, методів і стратегій реімбурсації та показників фінансових результатів, а також застосування планування задля досягнення організаційних цілей.

- *Управління людськими ресурсами* – розуміння прав і потреби захисту працівників, ефективного кадрового планування та управління продуктивністю.
- *Організаційна динаміка та державне управління* – розуміння структур державного управління та здатність сприяти довірі й ефективно підтримувати системи державного управління, а також досягнення організаційних цілей.
- *Стратегічне планування та маркетинг* – встановлення організаційного напрямку та стратегій, оснований на основі розуміння ринку та ринкових сил, а також донесення до пацієнтів інформації про можливості та сильні сторони організації.
- *Управління інформацією* – розуміння того, як технології можуть бути використані для підвищення управлінської та клінічної ефективності, а також здатність ефективно керувати інформаційними ресурсами та планувати майбутні потреби.
- *Управління ризиками* – обізнаність в регулюванні відповідальності та дотриманні норм, здатність застосовувати стратегії задля зниження ризиків, запобігання протизаконним діям і планування дій у разі виникнення стихійних лих.
- *Поліпшення якості* – застосування методів, які постійно покращують якість наданої допомоги, безпеку пацієнтів, організаційну продуктивність та фінансовий стан організації [87].

Загалом «Каталог компетенцій» допоміг уніфікувати сферу управління охороною здоров'я та забезпечив лексику й основу для співпраці між різними типами керівників охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки. А вже починаючи з 2008 року критерії Комісії з питань акредитації системи управління освітою у сфері охорони здоров'я (Commission on the Accreditation of Healthcare Management Education) почали вимагати, щоб у всіх програмах з управління охороною здоров'я використовувалась модель компетенцій в якості основи для навчальних планів.

Модель Альянсу лідерства в галузі охорони здоров'я була розглянута багатьма навчальними програми. Звісно перейняти всі триста компетенцій з каталогу не всім було не до снаги, втім п'ять сфер компетенцій та їхні підкатегорії стали тією основою, яку більшість навчальних програм змогли застосувати до своїх фреймворків компетенцій.

Ще в одній державі, що має тривалу історію з підготовки управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я, Канаді, керівники також зіштовхуються із багатьма викликами в складній системі охорони здоров'я. Наразі до них належать підзвітність, нестача медичних працівників, зростання споживацького попиту, політичний тиск, а також балансування витрат, доступу та якості медичної допомоги. Аби з усім цим впоратися, управлінцям доводиться оволодіти багатьма різними менеджерськими компетенціями.

Для того, щоб в цій країні працювати на управлінській посаді у будь-якого закладі, що надає медичну допомогу необхідно пройти процес акредитації. Тим особам, яким це вдається присвоюється статус сертифікованого керівника в охороні здоров'я. Це єдине документальне посвідчення, яке доступне для керівників охорони здоров'я в Канаді, і ґрунтується воно на компетенціях Канадського коледжу керівників служби охорони здоров'я (Canadian College of Health Service Executives).

Цей навчальний заклад налічує понад 3200 членів по всій Канаді та, являючись освітнім і професійним коледжем для керівників охорони здоров'я, сприяє професійній взаємодії між фахівцями охорони здоров'я в країні. Компетенції ж цей коледж трактує як навички та знання, які саме канадські керівники служби охорони здоров'я визначили як критично важливі для забезпечення ефективного медичних послуг.

З метою перевірки актуальності тих компетенцій, які оцінюються під час акредитації, у 2003 році виникла колаборація між Канадським коледжем керівників служби охорони здоров'я та Університетом Далхаузі (Dalhousie University). Для початку дослідницька група дослідила документ під назвою «Загальні управлінські компетенції» (виданий у 1984 і переглянутий у

2002 році) та провела інтерв'ю із ключовими інформаторами, щоб сформувати проект опитувальника. Потім штатні співробітники Канадського коледжу керівників служби охорони здоров'я переглянули проект опитування на предмет валідності. До підсумкового опитування було включено 9 загальних категорій та 31 конкретну управлінську компетенцію, до яких належать:

1. Лідерство
 - Бачення
 - Тімбілдінг
 - Гнучкість у стилі керівництва
 - Гнучкість в управлінні змінами
 - Стрес-менеджмент
 - Зобов'язання перед споживачами
 - Зобов'язання перед організацією
 - Зобов'язання перед зацікавленими сторонами
 - Зобов'язання перед професією керівника служби охорони здоров'я
2. Комунікація
 - Вербальне спілкування
 - Вміння дослухатися
 - Письмове спілкування
3. Навчання протягом усього життя
 - Самонаправлене навчання
 - Викладання / менторство
4. Чуйність до громади / споживача та зв'язки з громадськістю
 - Зв'язки з громадськістю
 - Чуйність
5. Обізнаність у політичній сфері та охороні здоров'я
 - Політична обізнаність та сенситивність
 - Обізнаність у сфері охорони здоров'я (тенденції / проблеми)
6. Концептуальні навички
 - Аналіз і синтез

- Вирішення проблем
- Системне мислення
- 7. Управління результатами
 - Планування
 - Впровадження
 - Моніторинг / оцінка
- 8. Управління ресурсами
 - Людські ресурси
 - Фінансові ресурси
 - Капітал / матеріальні цінності
 - Поширення інформації
- 9. Відповідність стандартам
 - Акредитація
 - Етичні стандарти
 - Правові норми

У червні 2003 року попередній варіант опитування був протестований за допомогою електронної пошти на невеликій вибірці керівників охорони здоров'я. Для проведення власне опитування за допомогою електронної пошти із загальної кількості 2581 членів CCHSE випадковим чином було сформовано вибірку з 500 осіб. Вже в серпні 2003 року відбулося національне опитування, у якому в зв'язку з невірною адресою електронної скриньки не змогли взяти участь 15 осіб із вибірки. До того ж лише 272 із 485 канадських керівників служби охорони здоров'я повернули вірно заповнені опитувальники. Таким чином коефіцієнт відповіді становив 56,1% [82].

В результаті опитування всі запропоновані управлінські компетенції були визнані респондентами як важливі, водночас п'ять із них були оцінені як найважливіші, зокрема:

- 1) тімбілдінг;
- 2) вміння дослухатися;
- 3) гнучкість в управлінні змінами;

- 4) вербальне спілкування;
- 5) зобов'язання перед споживачами.

Тобто вищезазначене опитування підтвердило, що всі ці компетенції залишаються важливими та актуальними.

Наприкінці опитувальника респонденти мали змогу надати інформацію про те, яких управлінських компетенцій, на їхню думку, не вистачає у цьому переліку. Серед їхніх рекомендацій стосовно компетенцій, які варто додати до основного переліку, найчастіше згадувалися такі: балансування роботи та особистого життя, цінність енергійності та творчості, важливість емоційного інтелекту, розвиток міжособистісної та культурної чутливості, а також оцінку фінансування підзвітності та диверсифікації. Крім того, учасники опитування також були зацікавлені дізнатися більше про управління ризиками, лобіювання та інформаційні технології.

Також варто відзначити, що результати цього дослідження відрізняються від попередніх європейських та американських опитувань, де лідерство та відповідність стандартам розглядалися як найважливіші компетенції.

2.3. Лідерство як вищий прояв менеджменту в охороні здоров'я

Карсон Дай та Ендрю Гарман, автори книги «Виняткове лідерство: 16 критичних компетенцій для керівників охорони здоров'я» (2015), вважають, що сфера охорони здоров'я перманентно перебуває на порозі значущих змін, і лідери організацій охорони здоров'я повинні бути готовими до адаптації, зіштовхуючись із цими змінами. Тому на їхню думку ця галузь потребує не просто хороших керівників, а виняткових лідерів.

У своїй книзі вони сформували модель виняткового лідерства, що складається із шістнадцяти ключових компетенцій, які згруповані в чотири підвалини, що дають уявлення про тип лідерських навичок і якостей, які необхідно в собі розвивати. Схематичне зображення цієї моделі наведено нижче (Рис. 2.4.).



Рис. 2.4. Модель компетенцій лідерства Дай-Гармана

Кожна компетенція має своє тлумачення, зокрема:

1. *Очолування з переконанням* означає, що ви знаєте і підтримуєте свої цінності та переконання, не боїтеся зайняти самотню або непопулярну позицію в разі потреби, відчуваєте себе комфортно в складних ситуаціях, на вас можна покластися, щоб залишатися послідовними навіть у напружених обставинах, ви чітко розумієте, де знаходитесь, і ви зіштовхнетеся зі складними викликами з рівноваженістю і впевненістю у собі.

2. *Використання емоційного інтелекту* означає, що ви розпізнаєте власні сильні та слабкі сторони; бачите зв'язки між почуттями та поведінкою; управляєте імпульсивними почуттями та засмугливими емоціями; уважні до емоційних сигналів; проявляєте чутливість та повагу до інших; кидаєте виклик упередженості та нетерпимості; співпрацюєте та ділитесь; спілкуєтесь відкрито; можете ефективно впоратися з конфліктами, складними людьми та напруженими ситуаціями.

3. *Заслуговування довіри та лояльності* означає, що ви є прямолінійною і чесною людиною, готові визнавати помилки, щиро цікавитесь

турботами та мріями інших, проявляє співпереживання і загальну орієнтацію на допомогу іншим, послідовно виконує обіцянки, підтримує конфіденційність і розкриває інформацію етично і належним чином, а також здійснює діяльність у відкритий та прозорий спосіб.

4. *Спонування персоналу до дії* означає, що ви подаєте особистий приклад хорошої робочої етики і мотивації; говорите і дієте з ентузіазмом та оптимізмом про майбутнє; отримуєте задоволення від прийняття нових викликів; беретесь за роботу з енергією, пристрасстю і прагненням успішно її завершити; допомагаєте іншим усвідомлювати важливість їхньої роботи, а також отримувати від неї задоволення; у вас цілеспрямований, амбітний та рішучий стиль роботи, який інші вважають надихаючим.

5. *Розробка бачення* – означає, що ви ясно бачите майбутнє, передчуваєте великомасштабні та локальні зміни, які вплинуть на організацію і її середовище, здатні спроектувати організацію в майбутнє і передбачити безліч потенційних сценаріїв або результатів, маєте широкий погляд на тенденції і здатні розробляти конкурентні стратегії і плани на основі майбутніх можливостей.

6. *Передача бачення* - означає, що ви перетворюєте складні стратегії в переконливий заклик до дії, надихаєте і допомагаєте іншим побачити основну причину зміни організації, говорите не лише про повсякденні тактичні питання, з якими зіштовхується організація, проявляє впевненість і оптимізм стосовно майбутнього стану організації і залучаєте інших до участі.

7. *Слухати як інші мають це на увазі* означає, що ви підтримуєте спокійну та просту манеру поведінки; сприймаєтесь іншими як тепла, милостива та гостинна особа; ви терплячі, відкриті до нового та готові прислухатися до інших; помічаєте прихований сенс за словами інших (тобто суть питання); підтримуєте формальні та неформальні канали зв'язку; і формуєте сильне взаєморозуміння з плином часу.

8. *Надання хорошого зворотного зв'язку* означає, що ви встановлюєте чіткі очікування, ставите важливі питання на обговорення таким чином, щоб

інші могли їх зрозуміти, демонструєте відкритість до складних тем і джерел конфліктів, справляєтесь із проблемами та складними людьми прямо і відверто, своєчасно критикуєте в разі потреби, та надаєте повідомлення зворотного зв'язку, які є чіткими й однозначними.

9. *Наставництво* означає, що ви витрачаєте час на те, щоб зрозуміти кар'єрні прагнення тих, хто перебуває у вашому прямому підпорядкуванні та звітує напряду вам («direct reports»), працюєте разом з ними задля створення менторських планів залучення, допомагаєте співробітникам у розвитку їхніх навичок, підтримуєте кар'єрний розвиток неупередженим чином, знаходите розвивальні завдання та інші можливості делегування, які підтримують розвиток навичок, моделюєте професійний розвиток, удосконалюючи власні навички.

10. *Формування високоефективних команд* означає, що ви обираєте керівників, які будуть сильними командними гравцями, активно підтримувати концепцію командної роботи, розвивати відкриті бесіди та заохочувати здорові дискусії з важливих питань, створювати переконливі причини і стимули для спільної роботи членів команди, ефективно встановлювати обмеження на політичну діяльність поза межами команди, святкувати успіхи та переживати невдачі разом із підлеглими як єдине ціле.

11. *Генерування неформальної влади* означає, що ви розумієте ролі влади і впливу в організаціях; розробляєте переконливі аргументи або точки зору, засновані на знанні пріоритетів інших; розвиваєте та підтримуєте корисні зв'язки в організації (вертикальні та горизонтальні), розвиваєте репутацію людини, до якої найперше звернуться за допомогою; ефективно впливаєте на думки та погляди інших людей (і прямо, і опосередковано).

12. *Досягнення істинного консенсусу* означає, що ви формулюєте проблеми таким чином, щоб забезпечити ясність з різних точок зору, утримуєте проблеми окремо від особистостей, вміло використовуєте методи групового рішення (наприклад, метод номінальної групи), забезпечуєте залучення більш спокійних членів групи до дискусій, знаходите спільні цінності та спільних

противників, полегшуєте дискусії, а не направляєте їх, і забезпечуєте, щоб процес досягнення консенсусу вважався справедливим і доцільним.

13. *Усвідомлене прийняття рішень* означає, що ви усвідомлюєте підхід, який ви приймаєте до рішень; ви приймаєте рішення на основі оптимального поєднання етики, цінностей, цілей, фактів, альтернатив і суджень; ви використовуєте інструменти прийняття рішень (такі як аналіз силового поля, аналіз вигід і витрат, дерева рішень та аналіз парних порівнянь) ефективно та у відповідний час; демонструєте хороше відчуття часу, пов'язане з прийняттям рішень.

14. *Досягнення результатів* означає, що ви залучаєте людей до більшої прихильності до бачення, спонукаєте людей встановлювати більш високі стандарти і цілі, утримуєте людей зосередженими на досягненні цілей, даєте прямий та повний зворотний зв'язок, який підтримує команди та окремих людей на шляху, в разі потреби швидко вживаєте коригувальні заходи, аби всі рухалися вперед, проявляєте упередженість до дії, і проактивно працюєте через бар'єри продуктивності.

15. *Стимулювання творчості* означає, що ви широко бачите поза межами типового; постійно відкриті для нових ідей; ефективні з методами стимулювання творчості групи (наприклад, мозковий штурм, проектне мислення, техніка номінальної групи, побудова сценарію); помічаєте майбутні тенденції і готуєте відповіді на них; добре обізнані в ділових і суспільних тенденціях; вам відомо про те як стратегії розігруються у польових умовах; ви активно читаєте про те, що відбувається всередині та за межами охорони здоров'я, і встановлюєте зв'язки між галузями та іншими тенденціями.

16. *Розвивання адаптивності* означає, що ви швидко бачите суть питань і проблем, ефективно вносите ясність в ситуації неоднозначності, підходите до роботи, використовуючи різноманітні стилі й методи лідерства, відслідковуєте зміни пріоритетів і легко інтерпретуєте їхні наслідки, балансуєте сталість цілей і здатність коригувати курс в міру потреби, врівноважуєте

декілька завдань і пріоритетів таким чином, щоб кожен отримував належну увагу, а також ефективно працює з широким колом людей [77].

Водночас у тому ж 2015 році Корін Армер, Анелі Бландел та Белінда Коен, досвідчені австралійські коучі, видали спільну працю під назвою «Developing Direct Reports: Taking the guesswork out of leading leaders». У цій книзі, на відміну від низки інших, авторки демонструють як лідеру не потрібно поводитися. Вони наводять перелік 12 найбільш розповсюджених і визнаних у всьому світі лідерських деструкторів. Зокрема це такі «антикомпетенції» як:

- Тугодум (Staller) – виникає, коли перенапруження або переосмислення ситуації призводить до того, що рух вперед або прийняття рішень стає «паралізованим» (тобто жодне рішення або курс дій не визначені);
- Контролер (Controller) – командно-контрольний підхід до лідерства (використання підходу зверху вниз);
- Циклон (Cyclone) – діяти дуже швидко і необдуманно, похапцем, без ретельного осмислення чи планування;
- Виконавець (Doer) – нездатність делегувати будь-що;
- Уникач (Avoider) – уникання конфліктів будь-якою ціною;
- Пасивний споглядач (Fence-sitter) – нерішучий лідер, який хоче залишатися нейтральним, не обираючи сторону та уникаючи конфронтації;
- Всезнайка (Know-it-all) – діє так, ніби він усе знає, та відхиляє думки, коментарі чи пропозиції інших;
- Хранитель (Guardian) – несприйняття новаторського підходу;
- Мікроменеджер (Micromanager) – надмірний контроль процесу виконання завдань підлеглими («управління на повідку»);
- «Кам'яне обличчя» (Poker face) – відсутність прояву емоцій (як позитивних, так і негативних);
- Відлюдник (People burner) – недружнє поводження з підлеглими (некомунікабельність);
- Тактик (Tactician) – недостатній рівень стратегічного мислення [72].

Висновки до розділу 2

Таким чином, аналіз нормативно-правової бази, що регламентує політику з підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я в Україні показав, що в останні роки нормативно-правове регулювання зазнало суттєвих змін в частині розмежування функцій, а, відповідно – компетентностей двох нових посад: генерального директора та медичного директора.

Вищевказані зміни потребують відповідного перегляду освітніх програм, а саме визначення основних компетентностей, що формуються у майбутніх керівників сфери охорони здоров'я під час здобуття відповідної освіти.

Досліджуючи міжнародний досвід застосування компетентнісного підходу при підготовці управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я, ми дійшли висновку, що освітні моделі підготовки керівників для сфери охорони здоров'я США та Канади не лише можна, але й потрібно використовувати в нашій державі, адаптувавши їх під умови та вимоги сьогодення системи охорони здоров'я в Україні.

Зокрема, на нашу думку, варто застосовувати такий досвід:

- групування основних компетенцій у «Керівництво до сукупності знань з управління медичною практикою», яким керується Американський коледж керівників медичної практики;
- проведення дослідження і створення бази фундаментальних компетентностей, на кшталт «Каталогу компетенцій», підготовленого Альянсом лідерства в сфері охорони здоров'я (США) або
- розроблення основного путівника для охочих стати сертифікованим керівником в охороні здоров'я, яким послуговуються канадські освітні коледжи;
- приділення особливої уваги формуванню компетенцій для лідерів в охороні здоров'я, враховуючи при цьому й «лідерські деструктори».

Це дасть змогу якісно стандартизувати освітні програми з підготовки керівних кадрів для сфери охорони здоров'я в Україні, адже вищенаведений досвід базується винятково на науковому обґрунтованні підходів до управління охороною здоров'я.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПОЛІТИКИ З ПІДГОТОВКИ УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ

3.1. Визначення потреби в підготовці керівних кадрів для сфери охорони здоров'я

У 2013 році Інститут економічних досліджень та політичних консультацій видав аналітичну записку в якій було зазначено, що управлінцям, зокрема на рівні закладу, з одного боку не вистачає таких компетенцій як стратегічне управління, економічний аналіз, фінансовий менеджмент, управління знаннями, якістю, процесами, лідерство, комунікативні вміння, фандрейзинг; а з іншого боку, перелічені компетенції не відповідають теперішньому укладу системи охорони здоров'я [61].

Згодом розпочався тривалий процес трансформації системи охорони, однією зі складових якого стало підписання Президентом України 6 квітня 2017 року Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», після чого стартувала автономізація закладів охорони здоров'я і станом на сьогодні всі вони за організаційно-правовою формою господарювання функціонують як комунальні некомерційні підприємства [21].

Наслідком вищезазначеного стало те, що, відповідно до статті 64 Господарського кодексу України, тепер лікарні самостійно планують свою діяльність, зокрема визначають організаційну структуру, встановлюють чисельність працівників і штатний розпис [12]. А це в свою чергу призвело до того, що при нинішньому укладі заклади охорони здоров'я зіштовхнулися із нестачею компетентних керівників.

У науковій праці Курило Т. М., присвяченій державному управлінню підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської

інтеграції, зазначається, що система підготовки управлінських кадрів має формуватися на основі використання системного підходу, який включає чотири основні етапи: 1) аналіз потреб навчання; 2) розробку програм і навчальних планів; 3) управління навчальним процесом та 4) оцінку ефективності навчального процесу [27]. А тому в умовах сьогодення політика стосовно підготовки управлінських кадрів для вітчизняних закладів охорони здоров'я передусім має ґрунтуватися на визначенні реальних потреб у таких фахівцях.

Згідно з наведеною на сайті Національної служби здоров'я України інформацією на території України наразі налічується 1 580 спеціалізованих закладів охорони здоров'я із формою власності у вигляді комунальних некомерційних підприємств [24]. Такою ж є кількість їхніх очільників – генеральних директорів, а отже перспективна потреба в компетентних керівних кадрах є суттєвою.

Втім, до вирішення цього питання можна підійти і по-іншому, приміром на початковому етапі реалізації державної політики можна сфокусуватись не на загальній кількості, а певному мінімальному показнику, тобто орієнтуватись не на всі 1 580 лікарень, а лише на деякі з них.

15 січня 2020 року Кабінетом Міністрів України визначено перелік опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року в якому налічується всього 211 опорних лікарень [57]. На наше переконання, саме цю цифру варто брати за основу при підготовці першої хвилі керівників нової формації.

Також, вважаємо доречним зауважити, що, в разі потреби, приміром для проведення пілотного проекту, кількість учасників можна ще більше обмежити. Для цього варто застосувати принцип черговості, тобто орієнтуватись лише на ті заклади охорони здоров'я, у яких наближається термін завершення трудового контракту з нинішнім генеральним директором. Таким чином вдасться поступово задовольнити назрілу потребу в компетентних управлінських кадрах.

Наступним аспектом, що потребує уваги в разі вибору кандидатів для підготовки за освітньою програмою на основі компетентнісного підходу, є визначення тих, кого саме варто навчати за кошти державного бюджету.

Валентин Парій, завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, висловив свою думку з цього питання таким чином: головний лікар лікувально-профілактичного закладу семашківської системи і менеджер – це зовсім різні речі, адже першого навчали виконувати конкретні завдання, які ставила перед ним держава, а другий повинен формувати цілі та досягати їх шляхом раціонального використання ресурсів, а не просто їхнього автоматичного розподілу [9].

Дійсно вітчизняна система охорони здоров'я виявилася неготовою до такого виклику, і це спонукало дослідників на здійснення наукових розвідок стосовно освітньої парадигми підготовки управлінських кадрів.

Проаналізувавши джерельну базу, автор дійшов висновку, що до теперішнього часу, як у нашій державі, так і за її межами, базова підготовка управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я залишається дискусійним питанням.

Деякі науковці, наприклад Лехан В.М. і Крячкова Л.В., вбачають за доцільне займатися підготовкою майбутніх керівників закладів охорони здоров'я із числа практикуючих лікарів, які мають кар'єрні прагнення до управлінської посади та відповідають сучасним вимогам, з інтеграцією в освітню програму післядипломного рівня менеджменту, економіки, права та психології [29].

Цю думку підтримує і Дженні Сімпсон, ексдиректор Британської асоціації медичних менеджерів, а нині очільник Інституту управління охороною здоров'я (Великобританія). Вона переконана, що лікарі, які отримали хорошу менеджерську підготовку, користуються більшою довірою серед своїх колег. Це пояснюється тим, що вони мають глибші знання про те, як працює система, і тому їхні погляди часто сприймаються з більшою готовністю, ніж думки керівників-неклініцистів [96].

Цей погляд також поділяє Річард Шварц, професор хірургії та ініціатор створення в університеті Кентуккі подвійної освітньої програми MD/MBA. На його переконання, лікарі, а особливо хірурги, є ідеальними кандидатами на зайняття управлінських посад, оскільки вони володіють необхідними для цього поведінковими лідерськими характеристиками [95].

Подібного підходу дотримується і всесвітньовідомий американський медичний заклад – клініка «Мейо», яка від початку свого заснування завжди управлялася лише лікарями. Тут на керівні посади призначаються тільки клініцисти віком не менше 40 років і які зарекомендували себе, за результатами надання медичної допомоги, як досвідчені професіонали. Також примітним є те, що у цій клініці ротація управлінської ланки є обов'язковою та відбувається кожні 8-10 років [4].

На противагу попередній точці зору, інші дослідники, приміром Баєва О.В. та Солоненко І.М., вважають за доцільне керівництво медичними установами спеціалістами, які здобули ступінь бакалавра за професійним спрямуванням «Менеджмент організацій» із варіативною компонентою «Менеджмент підприємств і організацій в галузі охорони здоров'я» [3].

Цю думку поділяють і Білинська М.М. та Попченко Т. П., які зазначають, що вітчизняні лікарні потребують своєрідного «десантування» менеджерів, які отримали сучасні знання як із класичної теорії управління, так і з маркетингу, економіки, права, інформаційних технологій та спираються на науково обґрунтовані методи управління, а не лише на інтуїцію і практичний досвід [6].

Також слід мати на увазі, що результатом успішної довготривалої підготовки лікарів є формування у них так званого клінічного мислення, яке тлумачиться як різновид продуктивного професійного мислення, що характеризується творчим вирішенням питань діагностики, лікування та визначення прогнозу патологічного процесу на засадах інформованості, досвіду та лікарської інтуїції [18]. Тобто їх не навчають при прийнятті рішень керуватись принципами доказової медицини, і це є тою потужною перепорою, яку в подальшому не кожен дипломований менеджер зможе подолати.

Ще одним контраргументом є тривалість, а відповідно і собівартість, підготовки лікаря. Термін його навчання становить щонайменше 8 років (шість років у медичному ВНЗ та мінімум два роки інтернатури). Водночас, як доводить досвід зарубіжних країн, фахівця із менеджменту в охороні здоров'я можливо підготувати на базі іншого (немедичного) бакалаврського ступеня.

На наше переконання, професійну підготовку компетентних менеджерів сфери охорони здоров'я, здатних мислити та діяти системно, у тому числі в кризових ситуаціях, приймати стратегічні рішення та ефективно використовувати наявні ресурси, варто здійснювати на базі попередньої управлінської освіти.

3.2. Ключові ризики в підготовці управлінських кадрів сфери охорони здоров'я в Україні та можливі шляхи їхньої нейтралізації

Задля розроблення ефективної та результативної державної політики стосовно підготовки управлінських кадрів для сфери охорони здоров'я необхідне проведення ретельного аналізу ситуації із виявленням основних загроз для її подальшої реалізації. Цьому і присвячений цей підрозділ.

На наше переконання, перший ризик криється у тому, що згідно з чинним законодавством до галузі знань «Управління та адміністрування» окрім спеціальності «Менеджмент» належать ще й «Облік і оподаткування», «Фінанси, банківська справа та страхування», «Маркетинг» і «Підприємництво, торгівля та біржова діяльність» [47]. Тобто, відповідно до теперішніх кваліфікаційних вимог, посаду генерального директора має право обіймати не лише менеджер, а й маркетолог, фінансист чи податківець, незважаючи на те, що кожна з цих спеціальностей у процесі навчання акцентує на різних фахових компетентностях.

А тому, враховуючі невтішні статистичні дані (у 2016 році серед 123 опитаних керівників закладів охорони здоров'я лише 14,88% дійсно бажали долучитися до керівної ланки, а решта потрапили до цієї когорти випадково [28]), можливе виникнення такої ситуація, що вкладені ресурси на підготовку

управлінців для цих закладів виявляться марними. Тож, з огляду на недосконалість існуючої процедури проведення конкурсу на зайняття посади керівника закладів охорони здоров'я, найпростіший шлях нейтралізації цього ризику – не залишати такої лазівки. Отже, потрібно внести корективи до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», зокрема чітко зазначити не лише галузі знань, а й назви спеціальностей.

Черговим ризиком автор вважає те, що найбільш показово на зміну кваліфікаційних вимог до керівників для закладів охорони здоров'я відреагував у 2019 році український ринок освітніх послуг. Всього за кілька місяців у багатьох вищих навчальних закладах країни були акредитовані нові освітні програми та здійснено перший набір студентів. Зокрема підготовка нової генерації управлінців розпочалася, для прикладу, в таких ВНЗ:

- Національний фармацевтичний університет започаткував магістерську освітньо-професійну програму «Управління охороною здоров'я та фармацевтичним бізнесом» за спеціальністю «Менеджмент». Вона позиціонується як друга вища освіта на базі вищої медичної або фармацевтичної освіти, має лише заочну форму, а навчання триває 1 рік і 6 місяців та коштує 27 150 грн за весь період [45].

- Інститут вищої кваліфікації Київського національного торговельно-економічного університету також додав магістерську програму на заочній формі навчання зі спеціалізацією «Управління закладами охорони здоров'я» у межах спеціальності «Менеджмент». Вартість навчання за весь термін (1 рік і 4 місяці) становить 27 900 грн [43].

- Інститут бізнес-освіти Київського національного економічного університету імені Вадим Гетьмана теж поповнився магістерською програмою під назвою «Бізнес-адміністрування (МБА) у галузі охорони здоров'я». Форма навчання є заочною, а вартість за 1 рік і 9 місяців складає 28 000 грн [39].

- Тернопільський національний економічний університет також має магістрську програму з назвою «Менеджмент закладів охорони здоров'я» зі

спеціальності «Менеджмент». Як і решта, цей університет приваблює вступників застосуванням заочної форми навчання та вартістю освітніх послуг у розмірі 23 120 грн за 1 рік і 4 місяці [41].

- Херсонський державний аграрний університет теж вирішив зайнятися підготовкою магістрів на програмі «Менеджмент закладів охорони здоров'я», при чому і на денній, і на заочній формі навчання. Тривалість навчання становить 1 рік і 4 місяці та вартує 16 500 грн за весь період [42].

Із вищенаведеного переліку викликають занепокоєння, насамперед, коротка тривалість навчання, проведення його переважно в заочній формі та вкрай низька вартість освітніх послуг. Також варто зауважити, що автор є противником того, аби готувати фахівців за спеціалізацією «Менеджмент закладів охорони здоров'я» дозволяли всім охочим вищим навчальним закладам, як це трапилося зі спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» (станом на кінець 2018 року її можна було здобути у 130 закладах вищої освіти [26]).

Вважаємо, що ймовірним є виникнення ситуації, коли після завершення навчання в певних вищих навчальних закладах дипломований випускник матиме низький рівень підготовки, що є неприпустимо для сфери, в якій помилка може вартувати людського життя. А тому задля уникнення подібного, потрібно встановити специфічні вимоги стосовно закладів, які матимуть право надавати освітні послуги саме в цій сфері. Приміром, у Болгарії навчання на спеціальності «Управління охороною здоров'я» (за освітньо-кваліфікаційними рівнями бакалавра та магістра) є доступним лише у трьох акредитованих медичних університетах [13].

Також із метою забезпечення вимірювання якості освіти випускників, варто включити спеціалізацію «Менеджмент закладів охорони здоров'я» до переліку, за яким проводиться єдиний державний кваліфікаційний іспит для здобуття ступеня магістра (наразі в цьому переліку налічується 30 найбільш суспільно важливих і пов'язаних із підвищенням ризиком спеціальностей, у тому числі «Громадське здоров'я» і «Публічне управління та адміністрування») [48].

Найбільш суттєвий ризик автор вбачає у тому, що після 1,5-2 річного терміну навчання практичного рівня навичок випускнику виявиться недостатньо. З метою недопущення подібного варто звернутись до досвіду регулювання цього питання у Франції. Там однією із вимог до керівника закладу охорони здоров'я є успішне проходження обов'язкової 27-місячної програми навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», яка може розпочатися безпосередньо після отримання кандидатом освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» без обов'язкового попереднього практичного досвіду роботи в сфері охорони здоров'я або обов'язкового навчання за медичною спеціальністю. Така тривалість програми обумовлена тим, що нею передбачено 14 місяців стажування [13].

Тобто, мінімізувати вищевказаний ризик можна шляхом збільшення загального терміну підготовки. Приміром, цей період можна розділити на дві складові: 1) власне навчання на магістерській програмі та 2) стажування на базі декількох лікувальних закладів, після завершення якого випускники отримуватимуть сертифікат державного зразка (за прикладом того як це відбувається з інтернатурою у випускників медичних, фармацевтичних і стоматологічних спеціальностей).

Як ще один імовірний ризик можна виокремити недостатній базовий рівень знань абітурієнтів у разі перехресного вступу. Аби цього не сталося, варто розвивати нові спеціалізації у межах спеціальності «Менеджмент» і надавати перевагу випускникам саме таких бакалаврських програм. Приміром, Східноєвропейський університет економіки і менеджменту вирішив не квапитися з підготовкою магістрів і розпочав навчання фахівців поки що лише на бакалавраті. Освітня програма в межах спеціальності «Менеджмент» має назву «Управління і економіка охорони здоров'я» [44].

Ще одним прикладом є Національний університет «Острозька академія», в якому на бакалаврському рівні навчання у межах спеціальності «Громадське здоров'я» готують фахівців за спеціалізацією «Менеджмент здоров'я» [40]. Тобто, найбільш ефективним способом нейтралізації вищезазначеного ризику, є

підготовка керівників у сфері охорони здоров'я не лише на магістерському рівні, що в подальшому може стати підґрунтям для «перезавантаження» керівних кадрів у довгостроковій перспективі.

Наступним ризиком є продовження традиції перепідготовки медичних кадрів. Оскільки лікарі вже мають фах, то існує можливість того, що в разі невдачі на управлінському поприщі або ж бажання розвивати свою клінічну кар'єру, вони у будь-який момент можуть змінити сферу менеджерської діяльності та повернутись до медичної практики. В такому разі, всі зусилля та кошти, що були витрачені на їхню перепідготовку, виявляться марними.

Аби цього не сталося не потрібно надавати перевагу випускникам медичних ВНЗ, а навпаки варто забезпечити однакові умови вступу на конкурсних засадах для всіх охочих. Також особливу увагу необхідно приділити обґрунтуванню мотивів вступників, яке можна втілити у вигляді мотиваційного листа або ж особистої презентації під час вступних іспитів.

Насамкінець, маємо наголосити, що державна політика стосовно підготовки керівників закладів охорони здоров'я повинна бути ретельно виваженою, адже лише в такому разі вдасться заповнити кадрову нішу компетентними управлінцями нової формації.

3.3. Пропозиції щодо удосконалення формування державної політики з підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я в Україні

Фон Зао, керівник програм Світового банку в секторі людського розвитку, вважає, що в критичний час для України, коли реалізується історична реформа галузі охорони здоров'я, важливо, аби управлінці у цій сфері отримали знання й інструменти, які забезпечать її впровадження на локальному та національному рівні [64]. Сучасні вітчизняні дослідники також наголошують на тому, що від професійності та компетентності генеральних директорів залежатиме стратегічне майбутнє комунальних закладів охорони здоров'я, а тому в умовах сьогодення необхідними є саме ті фахівці, які зможуть добре

організувати роботу таких закладів, що потребує нових і відмінних від старих способів управління [30].

Результати дослідження, проведеного в 2015 році кафедрою управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України серед 258 управлінців у сфері охорони здоров'я (44% з яких були керівниками медичних закладів), продемонстрували, що майже 90 % респондентів відзначають нестачу знань у питаннях управління сферою охорони здоров'я та є зацікавленими в освітніх програмах у цьому напрямі, але здебільшого короткотермінових [1]. Втім, результати нашого попереднього аналізу дозволяють зробити висновок про те, що для того, аби сформувати нову генерацію менеджерів у сфері охорони здоров'я короткострокових тренінгів недостатньо. Водночас такий спосіб цілком годиться для підготовки на післядипломному рівні. Приміром, у Румунії керівники медичних закладів, за умовами контракту, що вони підписують з румунським МОЗ, зобов'язуються щороку відвідувати двотижневу програму навчання з «Управління охороною здоров'я», яка організовується Національною школою охорони громадського здоров'я та управління охороною здоров'я [13].

У період із жовтня по грудень 2018 р. в тій же Національній академії державного управління при Президентові України було проведено експертне опитування 150 фахівців сфери охорони здоров'я з усіх регіонів країни з метою визначення потреби в освітніх програмах з публічного управління. Згідно з даними цього опитування, 94% респондентів зацікавлені в спеціальній управлінській освіті в сфері охорони здоров'я, зокрема 33% у формі магістерської програми [10]. Тобто, на противагу результатам попереднього дослідження, готовими до довготермінового навчання є третина респондентів.

Маємо зауважити, що вищенаведені дані вважаються нами релевантними для цього дослідження, оскільки для головних лікарів магістратура з публічного управління є єдиною можливістю безкоштовно отримати додаткову управлінську освіту. Це пов'язано з тим, що наразі у медичних ВНЗ відсутній

розподіл на освітні ступені бакалавра та магістра, а тому згідно із Законом України «Про вищу освіту» громадяни, які навчалися за кошти державного або місцевого бюджету за певним ступенем освіти, не мають права повторно безоплатно здобувати вищу освіту за тим самим ступенем освіти [20].

Водночас, слід мати на увазі, що фахівець із державного управління у сфері охорони здоров'я і менеджер закладів охорони здоров'я є різними поняттями, адже медичний менеджмент є самостійним видом управлінської діяльності. А тому, на наше переконання, першочерговим кроком повинно стати внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», а саме кваліфікаційні вимоги до освіти для посади генерального директора закладу охорони здоров'я викласти в такій редакції: наявність вищої освіти II рівня за ступенем магістра у межах галузі знань «Управління та адміністрування» за спеціальністю «Менеджмент в охороні здоров'я» зі спеціалізацією «Менеджмент закладів охорони здоров'я». Водночас, аби внесення таких змін не спричинило низки негативних наслідків, неодмінно варто передбачити перехідний період і зазначити, що цей абзац набирає чинності, приміром, із 01.01.2025 р.).

В подальшому це стане нормативним підґрунтям того, щоб визначити єдиний перелік необхідних спеціальних компетенцій, які будуть зазначені в стандарті вищої освіти для нової виокремленої спеціальності «Менеджмент в охороні здоров'я» у межах галузі знань «Охорона здоров'я», на основі якого охочі навчальні заклади будуть оновлювати або розробляти власні навчальні програми.

Вважаємо доречним виокремлення вищезгаданої спеціальності, оскільки наразі у вітчизняному «Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» наявний подібний приклад: у межах галузі знань «Культура і мистецтво» існує спеціальність із назвою «Менеджмент соціокультурної діяльності» [47].

Наступний пропонований крок – визначення переліку загальних і спеціальних компетенцій для менеджерів в охороні здоров'я. Цей процес

повинен бути тривалим і виваженим, а також до нього варто залучити всіх стейкхолдерів і шляхом аргументованої дискусії дійти спільної мови стосовно остаточного переліку таких компетенцій. Водночас серед зацікавлених сторін насамперед варто прислухатися до пропозицій тих навчальних закладів, випускників яких за спеціальністю «Менеджмент в охороні здоров'я» мають успішний досвід керівництва закладами охорони здоров'я.

На наш погляд, під час формулювання початкового переліку компетенцій варто звернути увагу на такий вдалий приклад, як рамка компетенцій для працівників у сфері громадського здоров'я, що була розроблена ВООЗ та Асоціацією шкіл громадського здоров'я у Європейському регіоні (ASPHER) [104]. У цьому фреймворці налічується 84 спеціальні компетенції у межах трьох категорій, і деякі з них можуть стати в нагоді й для менеджменту в охороні здоров'я.

Після того як буде сформований вищезгаданий остаточний перелік компетенцій необхідно також розробити і затвердити стандарт вищої освіти за новою спеціальністю «Менеджмент в охороні здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти, який стане путівником для навчальних закладів під час розроблення чи оновлення ними власних навчальних програм на основі компетентнісного підходу.

Також варто врахувати, що необхідно чітко визначитися щодо того, яким саме навчальним закладам дозволяти здійснювати підготовку за спеціальністю «Менеджмент в охороні здоров'я». Більшість вітчизняних науковців переконані, що навчання таких фахівців найдоцільніше проводити на базі медичних вищих навчальних закладів. Втім, ми з цим не погоджуємося, адже, зважаючи на багаточисленні порушення, що були виявлені Рахунковою палатою України під час аудиту використання бюджетних коштів, виділених чотирнадцятьом вищим медичним навчальним закладам на підготовку медичних і фармацевтичних кадрів [22], спроможність цих закладів забезпечити якісну підготовку управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я викликає певні сумніви.

Ще один аспект полягає в тому, що потреба в керівних кадрах для закладів охорони здоров'я та їхньому резерві не є настільки великою як, приміром, потреба в медичному персоналі, а тому кількість вищих навчальних закладів, яким буде дозволено здійснювати таку підготовку, варто обмежувати.

До того ж, слід мати на увазі, що при виборі закладів, які займатимуться підготовкою керівних кадрів у сфері охорони здоров'я, особливу увагу варто звернути на ті вищі навчальні заклади, фахівцям яких під силу надавати ще й консалтингові послуги, принаймні під час перехідного періоду поки не буде підготовлено мінімальної необхідної кількості управлінців нової формації. Зокрема дослідниці Борщ В.І. та Рудінська О.В. зазначають, що в умовах, коли в керівників медичних закладів не вистачає управлінських знань, навичок і компетенцій існує можливість залучення фахівців у сфері управління до керування цими закладами [7].

Успішна реалізація перелічених нами пропозицій потребує послідовного втілення певних складових. Зокрема першочергово необхідно розробити Стратегію підготовки керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні. Наступним кроком є складання стратегічного плану, який, як зауважує досвідчений фахівець зі стратегічного планування Тертичка В.В., має бути вивірений за часом, правовими аспектами, відповідальністю і реалізованістю [62, с. 141].

У цьому стратплані однією зі стратегічних цілей має стати підготовка управлінських кадрів для вітчизняних закладів охорони здоров'я на основі компетентнісного підходу. Серед переліку завдань до зазначеної цілі повинно значитись розроблення стандарту вищої освіти за спеціальністю «Менеджмент в охороні здоров'я». Водночас з метою виконання такого завдання одним із заходів, має бути визначення переліку загальних і спеціальних компетенцій для менеджерів в охороні здоров'я.

Послідовне виконання всього вищепереліченого слугуватиме надійним підґрунтям реалізації успішної державної політики стосовно підготовки

управлінських кадрів для закладів охорони здоров'я на основі компетентнісного підходу.

3.4. Методологічні основи практичної реалізації розроблення навчальної програми з позицій компетентнісного підходу

Переконання у тому, що успішна робота менеджерів в охороні здоров'я на пряму залежить від їхніх різноманітних управлінських компетенцій отримало відображення в освітніх трендах. Приміром, у звіті, підготовленому в 2005 році Спільною комісією під назвою «Охорона здоров'я на перехресті: стратегії вдосконалення освіти в сфері охорони здоров'я», зазначається, що навчання на основі компетенцій набуває все більшого поширення у навчальних закладах та організаціях професійної сертифікації, які готують фахівців у сфері охорони здоров'я США [69].

Після приєднання 19 травня 2005 року нашої держави до Болонського процесу тенденція переходу від навчання орієнтованого на викладача до навчання орієнтованого на студента отримала відображення і в українському освітньому просторі.

Варто зауважити, що в основі студентоцентрованого навчання лежить компетентнісна модель фахівця (профіль), яка повинна створюватись за активної участі не лише викладачів, а й роботодавців, випускників, професійних організацій тощо. Адже визначення переліку компетенцій фахівця, які необхідно сформулювати під час підготовки за освітньою програмою відбувається на основі результатів аналізу саме їхніх вимог і запитів. Тобто основна ідея полягає у тому, щоб розроблення навчальних планів відбувалося на основі ролей, які випускники візьмуть на себе після отримання дипломів, та врахування конкретних знань, умінь та навичок, що знадобляться майбутнім фахівцям.

Метою подібних освітніх програм є розвиток компетентностей, яких студент набуває в результаті успішного навчання. Примітною особливістю

компетентностей є те, що вони набуваються поступово, формуються цілою низкою дисциплін на різних етапах навчальної програми, і навіть можуть починати формуватися у межах програми одного рівня вищої освіти, а завершувати формування на іншому, вищому рівні.

Іноді на цьому етапі виникає плутанина між доволі близькими поняттями – результатами навчання і компетентностями. Для того, щоб подібного не виникало варто звернутись до методичних рекомендацій з розроблення освітніх програм, в яких зазначено, що основна відмінність між ними полягає у тому, що результати навчання формулюються викладачами на рівні освітньої програми, а також на рівні окремої дисципліни, а от компетентності набуваються особами, які навчаються [58]. Отже, сукупність результатів навчання в їхньому динамічному поєднанні приводить до набуття особами, які навчаються, відповідних компетентностей, водночас оволодіння певною компетентністю потребує засвоєння конкретних знань, умінь, навичок.

Планування навчальних програм на основі компетентнісного підходу потребує значних зусиль для визначення компетенцій, які є як конкретними, так і всеосяжними, і які відображають консенсус серед викладачів і всіх зацікавлених сторін. Водночас саме навчальний план на основі компетенцій дозволяє чітко сформулювати навички якими володіють успішні випускники, а отже, сприяє надійній оцінці успішності студентів та ефективності навчальної програми. Тому, враховуючи безліч варіантів вибору та значні інвестиції у розробку комплексних підходів, наразі педагоги розглядають різноманітні підходи для застосування компетентнісного підходу до своїх програм.

Розмаїття моделей компетенцій у рецензованій літературі є суттєвим, однак наразі не вистачає емпіричних доказів того, що впровадження однієї конкретної моделі компетенцій порівняно з іншими подібними моделями приводить до більш високих показників успішності, ефективності чи результативності випускників програми (як початківців, так і досвідчених керівників охорони здоров'я).

Втім, незважаючи на вищенаведене, навчальним закладам, охочим займатися підготовкою управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я в Україні, під час розроблення власних освітніх програм варто опиратися на більш тривалий досвід зарубіжних колег.

На переконання автора, одним із найбільш показових є підхід до інтеграції компетенцій під час розробки навчальної програми з управління охороною здоров'я в Єльському університеті. Він є здійсненим, простим для реалізації викладачами й керівниками програми та має хорошу номінальну валідність.

Цей навчальний заклад почав застосовувати компетентнісний підхід із 2003 року та сформував власну модель компетентностей, що складається із 20 елементів, які було згруповано за трьома сферами: технічною, аналітичними (концептуальними) міркуваннями та міжособистісною. Зокрема *в межах технічної сфери було визначено такі елементи:*

- 1) фінансовий аналіз, включно з читанням фінансової звітності;
- 2) економічний аналіз, включно з аналізом економічної ефективності;
- 3) управління операціями;
- 4) маркетинговий аналіз та планування;
- 5) статистичний аналіз;
- 6) управління даними;
- 7) розуміння фінансування охорони здоров'я, систем регулювання і доставки;
- 8) аналіз соціальних і поведінкових детермінант здоров'я;
- 9) оцінка стану навколишнього середовища та оцінка ризиків;
- 10) епідеміологічний аналіз.

До сфери аналітичних міркувань було віднесено такі елементи:

- 1) навички письмового спілкування;
- 2) усні комунікаційні та презентаційні навички;
- 3) навички адвокації, переконання та ведення переговорів;
- 4) стратегічний аналіз та управління;

5) правові перспективи з політики в сфері охорони здоров'я та з питань управління;

6) етичний аналіз;

7) навички вирішення проблем.

У межах міжособистісної сфери було виокремлено такі елементи:

1) управління командами та співпраця з колегами;

2) коучинг інших і забезпечення конструктивного зворотного зв'язку;

3) робота в межах культурно різноманітних груп [67].

Вибір саме цих сфер та елементів ґрунтувався на поглиблених інтерв'ю із практиками, викладачами й студентами, та був уточнений шляхом пілотного тестування зі студентами, випускниками та роботодавцями. Крім того, викладачі програми та студенти переглядали ці елементи до тих пір, поки не знайшли спільної мови стосовно поточного переліку компетенцій. Вважаємо за потрібне наголосити, що в умовах теперішнього надзвичайно динамічного ринку праці співпраця всіх категорій стейкхолдерів під час створення та реалізації подібних освітніх програм набула особливої важливості.

Зіставлення навчальних курсів із компетенціями стало наступним важливим кроком під час розробки навчальних програм на основі компетенцій. Для цього авторському колективу освітньої програми стало в нагоді складання матриці, що допомогло вирішити в межах яких навчальних дисциплін досягатимуться навчальні результати, які будуть спрямовані на формування певних компетенцій. Також це надало їм можливість виявити, які саме компетентності не охоплені повною мірою навчальними дисциплінами або ж дублюються у різних курсах, і, в подальшому, на цій підставі сформулювати остаточний перелік і зміст навчальних дисциплін освітньої програми.

Матриця навчальної програми з управління охороною здоров'я в Сльському університеті (для детального ознайомлення див. додаток 3) була розроблена завдяки процесу поглибленого огляду навчальних програм інших навчальних закладів, обговорень із викладачами курсів і студентами. Діалог

між ними тривав упродовж шести місяців, а його результатом став узгоджений консенсус.

Оскільки сфера охорони здоров'я перебуває в середовищі постійних змін, компетенції в сфері управління охороною здоров'я, безсумнівно, потребують постійного оновлення та валідації. Тому, аби вищезгадана освітня програма відповідала потребам ринку та сфери управління охороною здоров'я, процес складання матриці компетенцій в Єльському університеті є ітеративним із періодичним переглядом на основі постійного зворотного зв'язку студентів, викладачів та роботодавців. Такий спосіб є економічно ефективним, гнучким відповідно до мінливих потреб та відносно простим для впровадження і коригування у міру потреби з плином часу.

І хоча вітчизняні освітні програми повинні визначати власний набір компетенцій, навколо яких розробляти навчальний план, запропоновані Єльським університетом двадцять елементів компетентнісного підходу заслуговують того, щоб бути розглянутими при розробці дорожньої мапи здобуття студентами повного набору необхідних компетенцій в управлінні охороною здоров'я під час їхньої підготовки.

Загалом, ознайомившись із вищезазначеною методологією визначення ключових компетенцій задля розробки навчальної програми, можна виокремити такі етапи цього процесу: (1) огляд сучасної наукової літератури на тему застосування компетентнісного підходу, (2) залучення експертів із предметів (викладачів або практиків) з метою забезпечення глибини та обґрунтованості змісту, та (3) проведення опитування практикуючих фахівців. Саме такий алгоритм дій, на наше переконання, є найбільш послідовним і логічним.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було запропоновано декілька альтернатив задля визначення потреби в підготовці управлінських кадрів для закладів охорони

здоров'я. Зокрема, в довгостроковій перспективі орієнтуватись варто на кількість в 1 560 осіб, адже наразі нараховується саме стільки спеціалізованих закладів охорони здоров'я із формою власності у вигляді комунальних некомерційних підприємств. У той же час першочерговою є потреба в підготовці очільників 211 опорних лікарень. Нами встановлено, що питання базової підготовки управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я є дискусійним. Втім, розглянувши різні погляди дослідників, автор дійшов висновку, що на теперішньому етапі трансформації вітчизняної системи охорони здоров'я, підготовку менеджерів у цій сфері за кошти державного бюджету доцільніше здійснювати на базі попередньої управлінської, а не медичної освіти.

Нами були спрогнозовані найбільш імовірні ризики, які можуть виникнути під час підготовки управлінських кадрів для сфери охорони здоров'я (наприклад, низький рівень теоретичної та/або практичної підготовки випускників, прогалини у знаннях абітурієнтів у разі перехресного вступу на магістерську навчальну програму, відмова змінювати сферу професійної діяльності після перепідготовки осіб із медичною освітою тощо), та наведені можливі шляхи їхньої нейтралізації.

Також були розроблені науково обґрунтовані пропозиції стосовно удосконалення формування державної політики, зокрема зацентовано увагу на нагальності розроблення Стратегії підготовки керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні, у стратегічному плані до якої однією із цілей варто виокремити підготовку управлінських кадрів для закладів охорони здоров'я на основі компетентнісного підходу. Також серед завдань до зазначеної цілі необхідно зазначити розроблення стандарту вищої освіти за спеціальністю «Менеджмент в охороні здоров'я», а з метою виконання такого завдання одним із заходів слід прописати визначення переліку компетенцій для менеджерів в охороні здоров'я. Насамкінець автор запропонував практичні рекомендації для вищих навчальних закладів стосовно розроблення навчальної програми з позицій компетентнісного підходу.

ВИСНОВКИ

Трансформаційні процеси у сфері охорони здоров'я висувають до сучасних керівників нові вимоги – вони повинні мати не лише високий рівень медичних знань, а й добре орієнтуватися у фінансових питаннях, володіти методами стратегічного планування та управління, вміти ухвалювати комплексні рішення і контролювати їхнє виконання, забезпечувати цілеспрямовану діяльність організації в умовах кризи, володіти мистецтвом встановлювати та підтримувати взаємовідносини з людьми, вирішувати конфлікти, тобто бути ефективним управлінцем змін. Перелічені вимоги потребують фахівців нової генерації, і відповідно, нової кадрової політики, з новим змістом підготовки.

На сьогоднішній день найбільшою популярністю у навчанні користується компетентнісний підхід. Його основною цінністю є практична спрямованість, а мета полягає у тому, аби людина засвоїла такі форми поведінки й отримала такий набір знань, умінь та особистісних характеристик, який дасть їй змогу успішно виконувати ту діяльність, якою вона планує займатися, іншими словами опанувати набір необхідних для цього компетенцій.

Аби здійснити комплексний аналіз політики підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я в Україні та запропонувати науково обгрунтовані інструменти її удосконалення на основі компетентнісного підходу нами були визначені завдання магістерського дослідження, які вдалося реалізувати повною мірою. Зокрема:

1. Було окреслено сучасні теоретичні підходи до розуміння сутності компетентнісного підходу в освітньому процесі. Всебічне вивчення наукової літератури показало, що на сьогодні ще немає усталеної точки зору на визначення поняття «компетентність», а деякі дослідники іноді ототожнюють його з терміном «компетенція». Ми ж поділяємо думку тих науковців, які розмежовують ці дві дефініції. Зокрема нами встановлено, що «компетенція» – це володіння знаннями, вміннями, навичками, досвідом у певній сфері

діяльності, які дозволяють людині вирішувати професійні завдання. Водночас «компетентність» є інтегрованим поняттям, що поєднує в собі не лише досвід і знання, а ще й особисті якості людини, які дозволяють їй виконувати свої обов'язки на високому рівні. Нами було розглянуто історичні передумови та процес становлення компетентнісного підходу в освітньому процесі в хронологічному порядку, зокрема з'ясовно, що найбільше цьому сприяли дослідження таких американських науковців як Девід МакКлелланд, Річард Бояцис, Лайл і Сайн Спенсери. Також результатом систематизації різноманітних типологій та класифікацій компетенцій стала пропозиція послуговуватись єдиним поділом їх на ключові, загально-галузеві та предметні.

2. Після того як заклади охорони здоров'я стали суб'єктами самостійного господарювання потреба в керівниках нової формації постала дійсно гостро. А тому нами була опрацьована нормативно-правова база, яка наразі регламентує підготовку керівних кадрів для вищезазначених закладів. Основну увагу приділено нещодавнім змінам у кваліфікаційних вимогах до посади генерального директора закладу охорони здоров'я. Також за допомогою профілів освітніх програм було встановлено підходи кількох вітчизняних навчальних закладів (Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Національного університету «Києво-Могилянська академія», Національної академії державного управління при Президентові України) стосовно підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я, а також з'ясовано чисельність випущених ними фахівців. Крім того, ми визначили першочергову потребу в підготовці вищезазначених кадрів у кількості 211 осіб, оскільки наразі саме стільки опорних лікарень визначено в нашій державі. У довгостроковій же перспективі варто орієнтуватись на показник 1 560 компетентних управлінців, адже саме такою є кількість спеціалізованих закладів охорони здоров'я із формою власності у вигляді комунальних некомерційних підприємств, які уклали договори з Національною службою здоров'я України.

3. Були узагальнені успішні практики підготовки керівних кадрів на основі компетентнісного підходу для сфери охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки та Канаді, якими відповідні інституції в нашій державі в подальшому зможуть послуговуватися під час формування державної політики. У США найбільш показовими прикладами є «Керівництво до сукупності знань з управління медичною практикою», яке було розроблене Американським коледжем керівників медичної практики, та сформований Альянсом лідерства в сфері охорони здоров'я «Каталог компетенцій», в якому 300 компетенцій формують п'ятикатегорійну модель. В Канаді ж основним путівником для охочих стати сертифікованим керівником в охороні здоров'я є виданий Канадським коледжем керівників служби охорони здоров'я документ під назвою «Загальні управлінські компетенції», в якому виокремлено 31 компетенцію в 9 категоріях. Також особливої уваги заслуговують 16 компетенцій для лідерів в охороні здоров'я, що входять до складу моделі виняткового лідерства Дай-Гармана, та, на противагу їм, не слід нехтувати ще й 12 лідерськими деструкторами.

4. Спрогнозовано ключові ризики, що можуть мати місце під час реалізації політики з підготовки управлінських кадрів для сфери охорони здоров'я, а також детально прописані можливі шляхи їхньої нейтралізації. Приміром, якщо не внести уточнень до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», то, відповідно до чинних кваліфікаційних вимог, незважаючи на підготовку достатньої кількості управлінців нової формації, посаду генерального директора зможе обійняти і маркетолог, і фінансист, і податківець. Водночас відсутність специфічних вимог щодо навчальних закладів, які мають право надавати освітні послуги з підготовки за спеціальністю «Менеджмент в охороні здоров'я», та їхньої кількості, може призвести до того, що певна частина випускників матиме недостатній рівень знань. Найбільш суттєвий ризик ми вбачаємо у тому, що після дворічного, а тим паче півторарічного навчання лише на магістерській програмі, практичного рівня навичок випускнику може

виявиться недостатньо. Мінімізувати цей ризик можна двома шляхами: збільшенням загального терміну підготовки до 3 років (власне навчання на магістерській програмі та річне стажування на базі декількох лікувальних закладів) або ж здійсненням підготовки нової генерації менеджерів ще й на бакалавраті.

5. За результатами проведеного дослідження були розроблені пропозиції стосовно удосконалення політики з підготовки керівних кадрів для закладів охорони здоров'я в Україні. Зокрема зацентовано увагу на нагальності здійснення підготовки вищезазначених управлінських кадрів на основі компетентнісного підходу, для реалізації чого, насамперед, потрібно провести ґрунтовне дослідження та сформувані перелік загальних і спеціальних компетенцій, необхідних управлінцям у сфері охорони здоров'я, та, на його основі, розробити й затвердити стандарт вищої освіти за новою виокремленою спеціальністю «Менеджмент в охороні здоров'я». До того ж, зважаючи на автономізацію вітчизняних вищих навчальних закладів і послуговуючись досвідом навчальної програми з управління охороною здоров'я Єльського університету, нами було запропоновано практичні рекомендації (послідовний алгоритм дій) для ВНЗ стосовно розроблення навчальної програми з позицій компетентнісного підходу, а також наочний приклад зіставлення навчальних курсів із компетенціями за допомогою матриці зв'язку.

Загалом, всі зазначені нами в цьому магістерському дослідженні поради варто взяти на озброєння нинішнім змінотворцям вітчизняної системи охорони здоров'я, а особливо фахівцям з питань реформ експертної групи з питань кадрової політики в охороні здоров'я Директорату науки, інновацій, освіти та кадрів Міністерства охорони здоров'я України. Також наша робота може стати в нагоді й співробітникам експертної групи з питань нормативно-правового забезпечення вищої освіти Директорату вищої освіти й освіти дорослих Міністерства освіти і науки України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. Державна політика щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні / Т.П. Авраменко // Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я: матеріали наук.практ. конф. (Київ, 22 квіт. 2015 р.) / за заг. ред. Ю.В. Ковбасюка, В.М. Князевича, Н.О. Васюк. – К.: ДСК-Центр, 2015. – 160 с. – С. 3-6. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.khonmb.org.ua/uk/conference_book.pdf
2. Академічний тлумачний словник української мови в 11 томах. – Том 4, 1973. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://sum.in.ua/p/4/250/1>
3. Баєва О.В. Формування державних освітньо-кваліфікаційних вимог до підготовки фахівців з менеджменту підприємств і організацій у сфері охорони здоров'я / О.В. Баєва, І.М. Солоненко // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2009. – Вип. 4. – С. 231-238. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2013/11/2009-4-30.pdf>
4. Берри Л. Практика управления Mayo Clinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации / Л. Берри, К. Селтман; пер. с англ. А. Козлова. – М.: Эксмо, 2013. – 384 с.
5. Бібік Н.В. Компетентнісний підхід: рефлексивний аналіз / Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека з освітньої політики / За загальною редакцією О.В. Овчарук. – К.: «К.І.С.», 2004. – С. 45-50. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.twirpx.com/file/667518/>
6. Білинська М.М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я / М. М. Білинська, Т. П. Попченко. // Главный врач. – 2007. – № 11 (79). – С. 69-73. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/09-BILINSKA-POPCHENKO.pdf>

7. Борщ В.І., Рудінська О.В. Формування професійної компетентності менеджера закладу охорони здоров'я. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 18 (2 (42)), 2019. – С. 96-104. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://rinek.onu.edu.ua/article/viewFile/177076/177336>
8. Бояцис Р. Компетентный менеджер. Модель эффективной работы: пер. с англ. / Р. Бояцис. – М.: НІРРО, 2008. – 352 с.
9. Валентин Парій: Галузі потрібні керівники нової формації. Публікація у всеукраїнській медичній газеті «Ваше здоров'я» від 22.08.2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/valentin-parij-galuzi-potribni-kerivniki-novoyi-formaciyi/>
10. Васюк Н.О. Експертне опитування як інструмент для дослідження потреб в освітніх програмах з публічного управління та адміністрування серед фахівців сфери охорони здоров'я / Васюк Н.О., Савіна Т.В. // Право та державне управління № 1 (34) том 2, 2019 р. – С. 19-25. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/1_2019/tom_2/5.pdf
11. Введение Дэвида МакКлелланда к книге Лайл М. Спенсер-мл. и Сайн М. Спенсер. Компетенции на работе. Пер. с англ. М: НІРРО, 2005.
12. Господарський кодекс України в редакції від 13.02.2020 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>
13. Гульчій О.П. Роль керівних кадрів у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / Гульчій О.П., Погоріляк Р.Ю., Слабкий Г.О., Рогач І.М. // Методичні рекомендації. Ужгород.: – 2014. – 23 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/10690?mode=full>
14. Де готують менеджерів для системи охорони здоров'я. Публікація у всеукраїнській медичній газеті «Ваше здоров'я» від 22.04.2019 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/de-gotuyut-menedzheriv-dlya-systemy-ohorony-zdorov-ya/>

15. Дибкова Л. М. Індивідуальний підхід у формуванні професійної компетентності майбутніх економістів: автореф. дис. канд. пед. наук: спец. 13.00.04 / Л. М. Дибкова. – Академія педагогічних наук України, Інститут вищої освіти. – К., 2006. – 18 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://ir.kneu.edu.ua/bitstream/handle/2010/19896/06dlnkme.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» в редакції від 15 січня 2020 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02/>
17. Друкер П. Управление в обществе будущего / П. Друкер; пер. с англ. и ред. Е.В. Трибушной. – М.; СПб.; К.: Вильямс, 2007. – 306 с.
18. Єхалов В.В. Клінічне та «кліпове» мислення на різних етапах навчання за фахом «Загальна практика-сімейна медицина». / Єхалов В.В., Гайдук О.І., Кузьміна А.П., Гайдук Т.А. // Медичні перспективи. – 2018. – Т. 23 (№1 ч.2). – С. 76-79. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://repo.dma.dp.ua/2675/>
19. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в редакції від 18 березня 2020 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
20. Закон України «Про вищу освіту» в редакції від 16.01.2020 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/>
21. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. No 2002-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
22. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Міністерству охорони здоров'я України на підготовку медичних, фармацевтичних кадрів вищими навчальними закладами, затверджено рішенням Рахункової палати від 09.04.2019 р. № 8–2.

- [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2019/8-2_2019/zvit_8-2_2019.pdf
23. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf
 24. Інформація стосовно укладених договорів про медичне обслуговування населення зі спеціалізованими закладами охорони здоров'я на офіційному сайті Національної служби здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/smd-contracts>
 25. Князевич В. М. Державна політика України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень / В. М. Князевич, Я. Ф. Радиш, Н. О. Васюк // Інвестиції: практика та досвід. – 2015. – № 7. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2015/23.pdf
 26. Купрій В. О. Презавантаження освіти для держслужбовців: місія здійснення. Публікація від 26.11.2018 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://blog.liga.net/user/vkupriy/article/31726?fbclid=IwAR0IQbLzRTUeh66yX7bk8hILzp_0qmU2wU5Iw8szAKR2nTLzrMCApDqg69Y
 27. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції: автореф. дис. канд. держ. упр.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Т. М. Курило. – К., 2006. – 16 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Avtoreferat/33eb0bb5-68f8-4c2b-a6a5-15efe9fa808f.pdf
 28. Лехан В.М. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4(1). – С. 139-145. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJR

[N&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Uzn_2016_4%281%29_26.pdf](#)

29. Лехан В.М. Наукове обґрунтування сучасних підходів до підготовки керівних медичних кадрів / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України: матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за між нар. участю (Київ, 23 березня 2017 р.) / за заг. ред. В.С. Куйбіди, В.М. Князевича, Н.О. Васюк. – К.: ТОВ «ДСК-Центр», 2017. – 208 с. – С. 86-89.
<http://ir.nmapo.edu.ua:8080/jspui/bitstream/lib/4700/1/%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8-%D0%BC%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%822017.pdf>
30. Литвинова О.Н. Аналітичні дослідження інноваційного підходу до управління комунального некомерційного закладу охорони здоров'я. / Литвинова О.Н., Панчишин Н.Я., Юріїв К.Є., Зінчук А.М. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2018. № 3(74). С. 29-35. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/9758/9428>
31. Лунячек В.Е. Компетентнісний підхід як методологія професійної підготовки у вищій школі // Публічне управління: теорія та практика. – 2013. – Вип. 1. – С. 155-162. [Електронний ресурс] – Режим доступу:
http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Pubupr_2013_1_27.pdf
32. Маслов В.І. Принципи менеджменту в установах освіти / В.І.Маслов // Освіта і управління. – 1997. – №1. – С. 80–87.
33. Маслоу А.Г. Психология науки: (предварительное обследование): пер. с англ. – М.; Ижевск: Ин-т компьютерных исследований, 2015. – 152 с.
34. Навчальна програма Leaders for Health для управлінців медичної галузі. Публікація від 20.02.2019 р. на офіційній сторінці Асоціації міст України. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://auc.org.ua/novyna/navchalna-programa-leaders-health-dlya-upravlinciv-medychnoyi-galuzi>

35. Наказ МОЗ України № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»» від 31 жовтня 2018 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1977282-18#n5>
36. Національна рамка кваліфікацій в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 12 червня 2019 р. № 509. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1341-2011-%D0%BF>
37. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/344/2013/print>
38. Національний освітній глосарій: вища освіта / авт.-укл. І. І. Бабин, Я. Я. Болюбаш, А. А. Гармаш та ін.; за ред. Д. В. Табачника і В. Г. Кременя. – К.: ТОВ «Вид. дім «Плеяди», 2011. – 100 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/293632087_Nacionalnij_osv_itnij_glosarij_visa_osvita
39. Освітня програма «Бізнес-адміністрування (МБА) у галузі охорони здоров'я» Інституту бізнес-освіти Київського національного економічного університету імені Вадим Гетьмана. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://ibo.kneu.edu.ua/ua/magister_programs/mbaoz/
40. Освітня програма «Громадське здоров'я» Національного університету «Острозька академія». [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.oa.edu.ua/ua/departments/politics/pim_health/
41. Освітня програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я» Тернопільського національного економічного університету. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.tneu.edu.ua/educational-subdivisions/faculty/feu/departament-mpu-feu/106-kafedra-menedzhmentu-organizaciyi-ta-innovatsynogo-pdpriyemnictva.html>
42. Освітня програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я» Херсонського державного аграрного університету. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://ksau.kherson.ua/ksau/140->

<http://ivk.knute.edu.ua/upravlinnya-zakladami-okhoroni-zdorovya.html>

43. Освітня програма «Управління закладами охорони здоров'я» Інституту вищої кваліфікації Київського національного торговельно-економічного університету. [Електронний ресурс] – Режим доступу:
<http://ivk.knute.edu.ua/upravlinnya-zakladami-okhoroni-zdorovya.html>
44. Освітня програма «Управління і економіка охорони здоров'я» Східноєвропейського університету економіки і менеджменту [Електронний ресурс] – Режим доступу:
http://www.suem.edu.ua/uk/structure/departament_management_economics_entrepreneurship_health
45. Освітньо-професійна програма «Управління охороною здоров'я та фармацевтичним бізнесом» Національного фармацевтичного університету. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://nuph.edu.ua/osvitno-profesijna-programa-upravlinnya-oxoronoyu-zdorovya-ta-far-macevtichnim-biznesom/>
46. Оскарссон Б. Базовые навыки как обязательный компонент высококачественного профессионального образования // Оценка качества профессионального образования: Доклад 5 / Под общ. ред. В.И. Байденко, Дж. Ван Зантворта. Европейский фонд подготовки кадров. Проект ДЕЛФИ. М., 2001. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://refdb.ru/look/1238411-pall.html>
47. Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF>
48. Перелік спеціальностей, за якими проводиться єдиний державний кваліфікаційний іспит для здобуття ступеня магістра, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 10 травня 2018 р. № 354. [Електронний ресурс] – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/354-2018-%D0%BF>

49. Поіменний перелік випускників НаУКМА за 1995-2019 роки. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://alumni.ukma.edu.ua/alumni.html>
50. Полухина Е.В. Case-study как исследовательская стратегия // Case-study – образовательный и исследовательский опыт в междисциплинарном контексте. СПб.: Изд-во НИУ ВШЭ, 2014. С. 5-22. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/f9jz4u24bd/direct/135966785>
51. Пометун О.І. Дискусія українських педагогів навколо питань запровадження компетентнісного підходу в українській освіті / О.І. Пометун // Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека з освітньої політики / Під заг. ред. О. В. Овчарук. – К.: «К.І.С.», 2004. – С. 64-70. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.twirpx.com/file/667518/>
52. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я». [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF>
53. Програма післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я»/ Колектив авт. за загальною редакцією Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка, О.М. Новічкової // Київ: Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009. – 43 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/Book9.pdf>
54. Профіль освітньо-наукової програми «Менеджмент в охороні здоров'я». [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.ukma.edu.ua/ects/index.php/fsnst/135-2018-06-13-09-07-54/menedzhmentoz/270-2018-11-01-11-03-23>
55. Профіль освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування» за спеціалізацією «Управління у сфері охорони здоров'я». [Електронний ресурс] – Режим доступу:

<http://academy.gov.ua/pages/dop/68/files/cd5cf917-3131-461d-adc1-038f81d74c9e.docx>

56. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2002. – 396 с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.libfox.ru/365199-dzhon-raven-kompetentnost-v-sovremennom-obshchestve.html>
57. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.01.2020 р. № 23-р «Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/23-2020-%D1%80>
58. Розроблення освітніх програм. Методичні рекомендації / Авт.: В.М. Захарченко, В.І. Луговий, Ю.М. Рашкевич, Ж.В. Таланова / За ред. В.Г. Кременя. – К.: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2014. – 120 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://ibhb.chnu.edu.ua/uploads/files/metodrada/Rozroblennya_osv_program.pdf
59. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Методы прикладных социальных исследований. Учебное пособие. Изд. 2-е, дополненное. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, при участии ООО «Норт Медиа», 2008. – 215 с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/d1a0concnjm/direct/82226076>
60. Спенсер-мл. Л. М., Спенсер С. М. Компетенции на работе. Пер. с англ. М.: НИРРО, 2005. – 384 с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.academia.edu/9507363/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%B8_%D0%A1%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%B5%D1%80
61. Степурко Т. Компетенції адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи. Аналітична записка НСЗ / 2013 // Т. Степурко, І. Грига. – К.: Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, 2013. – 12 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_Briefing_Series/2013/PB_03_2_013_ukr.pdf

62. Тертичка В.В. Стратегічне управління: підручник / Валерій Тертичка. – Київ: «К.І.С.», 2017. – 932 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.ipas.org.ua/images/doc/Library/EducationalMaterials/strategichne_upravlinnia-tertychka_2014.pdf
63. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf?ua=1&fbclid=IwAR3TEGsZElurxalC45OSJacQQ1cVwDbGR49tjqh_n8EBjWHuFkFcb4LZvI
64. Формування лідерів-управлінців охорони здоров'я нової генерації. Публікація на офіційному сайті проекту «Поліпшення здоров'я на службі у людей» від 06.02.2019 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://wb.moz.gov.ua/news.html?action=view&id=1453>
65. Хуторской А.В. Определение общепредметного содержания и ключевых компетенций как характеристика нового подхода к конструированию образовательных стандартов. // Вестник Института образования человека – 2011. – №1. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://xn--h1am1a.xn--p1ai/journal/2011/Eidos-Vestnik2011-103-Khutorskoy.pdf>
66. Яковлев М. В. Застосування кейс-стаді як методу політичних досліджень: спроба типологізації / Яковлев М. В. // Наукові записки НаУКМА. – 2011. – Т. 121. – С. 13-16. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/3603?show=full>
67. Bradley, E.H., Cherlin, E.J., Busch, S.H., Epstein, A.S., Helfand, B., & White, W.D. (2008). Adopting a competency-based model: mapping curricula and assessing student progress. The Journal of health administration education, 25 1, 37-51. [Electronic resource] – Mode of access:

<https://www.ingentaconnect.com/content/aupha/jhae/2008/00000025/00000001/art00004?crawler=true>

68. Bowden, John. Competency-Based Education – Neither a Panacea nor a Pariah, 2009. – [Electronic resource] – Mode of access:
<https://pdfs.semanticscholar.org/f971/fd6bdab8d9c345c29472b35888714ed5c46d.pdf>
69. Calhoun, J. G., Dollett, L., Sinioris, M. E., Wainio, J. A., Butler, P. W., Griffith, J. R., & Warden, G. L. (2008). Development of an Interprofessional Competency Model for Healthcare Leadership. *Journal of Healthcare Management*, 53(6), 375–389. [Electronic resource] – Mode of access:
<https://sci-hub.tw/10.1097/00115514-200811000-00006>
70. Cambridge Dictionary [Electronic resource] – Mode of access:
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/competence>
71. Commission Staff Working Document Accompanying the Document Proposal for a Council Recommendation on Key Competences for LifeLong Learning SWD/2018/014 final – 2018/08. [Electronic resource] – Mode of access:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52018SC0014&from=EN>
72. Developing Direct Reports: Taking the guesswork out of leading leaders, Corrinne Armour, Anneli Blundell, Belinda Cohen, 2015, Bacca House Press.
73. Developing key competencies in education: some lessons from international and national experience / D. S. Rychen, A. Tiana; UNESCO, International Bureau of Education. – Paris: UNESCO, 2004. – 80 p.
74. Dubois D. The competency casebook. Amherst, MA: HRD, & Silver Spring MD: International Society for Performance Improvement. 1998. – 400 p.
75. Etimological Dictionary [Electronic resource] – Mode of access:
https://www.etymonline.com/word/competence#etymonline_v_28463
76. European Commission. Key Competences For Lifelong Learning. European Reference Framework – 2007. [Electronic resource] – Mode of access:
<https://www.erasmusplus.org.uk/file/272/download>
77. Exceptional Leadership: 16 Critical Competencies for Healthcare Executives, 2nd Edition, Carson F. Dye & Andrew N. Garman, 2015, Health Administration Press.

78. Hutmacher, Walo. Key competencies for Europe // W. Hutmacher // Report of the Symposium Berne, Switzerland 27-30 March, 1996. Council for Cultural Cooperation (CDCC) // Secondary Education for Europe Strasburg, 1997. [Electronic resource] – Mode of access:
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED407717.pdf>
79. Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization and OECD, 2019. [Electronic resource] – Mode of access:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
80. Klein A., Validity and Reliability for Competency-Based Systems: Reducing Litigation Risks.-Compensation & Benefits Review, vol. 28, 4. – P. 31-37. First Published Jul 1, 1996. [Electronic resource] – Mode of access:
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/088636879602800405>
81. Luft J., Ingham H. The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness // Proceedings of the western training laboratory in group development. Los Angeles: UCLA, 1955.
82. MacKinnon, N. J., Chow, C., Kennedy, P. L., Persaud, D. D., Metge, C. J., & Sketris, I. (2004). Management Competencies for Canadian Health Executives: Views from the Field. Healthcare Management Forum, 17(4), 15–20. [Electronic resource] – Mode of access:
https://www.researchgate.net/publication/8048950_Management_Competencies_for_Canadian_Health_Executives_Views_from_the_Field
83. McClelland D. C. Testing for competence rather than for intelligence // American Psychologist. 1973. Vol. 28. № 1. P. 1-14. [Electronic resource] – Mode of access: <https://www.therapiebreve.be/documents/mcclelland-1973.pdf>
84. Macmillan Dictionary [Electronic resource] – Mode of access:
<https://www.macmillandictionary.com/dictionary/british/competence>
85. Merriam Webster Dictionary [Electronic resource] – Mode of access:
<http://www.merriam-webster.com/dictionary/competence>

86. Meyer C. B. A Case in Case Study Methodology / Christine Benedichte Meyer // Field Methods. – November 2001. – Vol. 13. – No. 4. – P. 329-352. [Electronic resource] – Mode of access:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.5170&rep=rep1&type=pdf>
87. Overview of the HLA Competency Directory. Healthcare Leadership Alliance. 2010. [Electronic resource] – Mode of access:
<http://www.healthcareleadershipalliance.org/Overview%20of%20the%20HLA%20Competency%20Directory.pdf>
88. Oxford Dictionary [Electronic resource] – Mode of access:
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/competency?q=competency>
89. Ragin C. Introduction: Cases of «What is A Case?»/ Charles Ragin // What is A Case?: Exploring the Foundations of Social Inquiry / eds. Ch. Ragin, H. Becker. – Cambridge: Cambridge University Press, 1992. – P. 1-18.
90. Raymond L. Gold. Roles in Sociological Field Observations. Social Forces, Vol. 36, No. 3 (Mar., 1958). – P. 217-223. [Electronic resource] – Mode of access:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4267907/mod_resource/content/0/Gold-1958.pdf
91. Richey, R. C., Fields, D. C., & Foxon, M. (with Roberts, R. C., Spannaus, T. & Spector, J. M.) "Instructional design competencies: The standards" (3rd ed.), 2001. [Electronic resource] – Mode of access:
https://www.academia.edu/1119276/Instructional_design_competencies_The_standards
92. Robert K. Yin. (1994). Case Study Research Design and Methods (2nd ed.). Thousand Oaks; London; New Delhi: Sage. 170 pages. [Electronic resource] – Mode of access: https://www.academia.edu/30849709/CASE_STUDY_RESEARCH_Design_and_Methods_Second_Edition

93. Rychen, D. S. (2001). Introduction. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Eds.), *Defining and selecting key competencies*. Kirkland, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
94. Rychen, S. & Salganik, L. (2003) A Holistic Model of Competence, in S. Rychen & L. Salganik (Eds) *Key Competencies for a Successful Life and a Well-Functioning Society*. Gottingen: Hogrefe & Huber. [Electronic resource] – Mode of access: https://www.researchgate.net/publication/232543983_Key_Competencies_for_A_Successful_Life_and_Well-functioning_Society
95. Schwartz R. Physician leadership: essential skills in a changing environment / R.W. Schwartz, C. Pogge // *Am J Surg.* – 2000. - № 180 (3). – P. 187-192. [Electronic resource] – Mode of access: [https://sci-hub.tw/10.1016/s0002-9610\(00\)00481-5](https://sci-hub.tw/10.1016/s0002-9610(00)00481-5)
96. Simpson J. Why healthcare systems need medical managers / J. Simpson, R. Smith // *BMJ.* – 1997. – № 314 (7095). – P. 1636- 1637. [Electronic resource] – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126852/pdf/9193281.pdf>
97. Stefl, M. E. (2008). Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model. *Journal of Healthcare Management*, 53(6), 360-73; discussion 374. [Electronic resource] – Mode of access: <https://pdfs.semanticscholar.org/cbe3/a3af3c8e491f78ea561d5609e5beddc5228.pdf>
98. The ACMPE Guide to the Body of Knowledge for Medical Practice Management. American College of Medical Practice Executives (ACMPE), 2003. [Electronic resource] – Mode of access: <http://www.thepracticeresource.com/tools/BOK.pdf>
99. The Definition and Selection of Key Competencies. Executive Summary. DeSeCo Project, OECD, 2005. [Electronic resource] – Mode of access: <https://www.oecd.org/pisa/35070367.pdf>
100. The European Qualifications Framework for Lifelong Learning (EQF). - Luxembourg: European Commission, 2008. [Electronic resource] – Mode of access: http://ecompetences.eu/wp-content/uploads/2013/11/EQF_broch_2008_en.pdf

101. Tuning Educational Structures in Europe II. Universities' contribution to Bologna Process, Final Report – Phase 2/ Edited by Gonzales, J., Wagenaar, R. – University of Duets, University of Groningen, 2005. [Electronic resource] – Mode of access: http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningEUII_Final-Report_EN.pdf
102. Tuning General Brochure. Ukrainian version. [Electronic resource] – Mode of access: https://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_Ukrainian_version.pdf
103. Van der Lee, A. T. Managerial competencies, roles, and effectiveness; rater perceptions and organizational measures, 2010. – [Electronic resource] – Mode of access: https://pdfs.semanticscholar.org/437e/4d7fa5cb6bf47ca66d3e3b8cdd7bbdfd2739.pdf?_ga=2.238212672.1797208416.1582487730-2130188.1582487730
104. WHO-ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region. The Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2020. [Electronic resource] – Mode of access: https://www.aspher.org/download/395/09_aspher-who_comp-draft2603.pdf
105. Woodruffe, C. (1993). What Is Meant by a Competency? Leadership & Organization Development Journal, 14 (1), 29–36. [Electronic resource] – Mode of access: <https://sci-hub.tw/10.1108/eb053651>

ДОДАТКИ

Додаток 1

ПЕРЕЛІК ЗАГАЛЬНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ЗА ПРОЕКТОМ «ГАРМОНІЗАЦІЯ ОСВІТНІХ СТРУКТУР У ЄВРОПІ» (TUNING)

№	Загальні компетенції		
	Інструментальні	Міжособистісні	Системні
1.	здатність до аналізу й синтезу	здатність до критики і самокритики	здатність до застосування знань на практиці
2.	здатність до організації та планування	спроможність роботи в команді	дослідницькі навички та вміння
3.	базові загальні знання	міжособистісні навички та вміння	здатність до навчання
4.	грунтовні базові професійні знання	здатність працювати в міждисциплінарній команді	здатність адаптуватися до нових ситуацій
5.	усна і письмова комунікація рідною мовою	здатність спілкуватися з експертами інших галузей	здатність породжувати нові ідеї (креативність)
6.	знання другої мови	прийняття різноманіття та багатокультурності	лідерські якості
7.	базові комп'ютерні уміння	здатність працювати в міжнародному середовищі	розуміння культур і звичаїв інших країн
8.	уміння знаходити та аналізувати інформацію з різних джерел	прихильність до етичних цінностей	здатність працювати самостійно
9.	здатність до розв'язання проблем		навички розроблення та управління проектами
10.	спроможність прийняття рішень		ініціативність і підприємницький дух
11.			турбота про якість
12.			бажання досягти успіху

ВИДИ ДІЯЛЬНОСТЕЙ, ЩО ҐРУНТУЮТЬСЯ НА КОМПЕТЕНЦІЯХ,
ВИЗНАЧЕНИХ ПРОГРАМОЮ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ
КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ
«УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я»

В межах «базової» компетенції:

- здійснює з позицій системного підходу організацію управління закладом охорони здоров'я;
- орієнтується на самостійний професійний розвиток;
- управляє собою;
- володіє комп'ютером та іноземною мовою;
- застосовує знання нормативно-правової бази.

В межах «управлінської» компетенції:

- забезпечує взаємодію із власником/засновником та уповноваженим ним органом, замовником, платником, громадою, споживачами (пацієнтами), органами державного управління охороною здоров'я, місцевою владою, громадськими організаціями та закладами охорони здоров'я і виконання контрактів/договорів;
- представляє заклад охорони здоров'я та відстоює його інтереси у державних, судових, страхових та арбітражних органах, органах місцевого самоврядування та приватних структурах;
- укладає контракти/договори на надання медичних послуг та інші господарські договори і контракти;
- забезпечує процес управління закладом охорони здоров'я, делегування, моніторинг, контроль, звітність, організацію, координацію, регулювання, аналіз, визначення причин незадовільного функціонування та прийняття рішень щодо їхнього усунення, і власне прийняття управлінського рішення;
- забезпечує виконання єдиних санітарно-гігієнічних вимог до внутрішніх процесів закладу охорони здоров'я та застосовує принципи побудови системи управління якістю медичної допомоги;
- забезпечує дотримання ліцензійних умов медичної практики та підготовку закладу охорони здоров'я до акредитації;

- забезпечує управління технологічними процесами, матеріально-технічними ресурсами та територією;
- забезпечує проведення закупівлі медикаментів, витратних матеріалів, обладнання та їхнє ефективне використання.

В межах «стратегічно-бізнесової» компетенції:

- забезпечує реалізацію стратегічних пріоритетів і плану розвитку закладу охорони здоров'я, його внутрішньої та зовнішньої діяльності з постійною орієнтацією на потреби споживачів (пацієнтів), засновників (власників);
- забезпечує маркетингову орієнтацію закладу охорони здоров'я, спрямовану на задоволення потреб населення та економічну ефективність діяльності;
- забезпечує планування, прогнозування, оцінку ризиків;
- забезпечує управління фінансовими ресурсами.

В межах «результативної» компетенції:

- забезпечує орієнтацію діяльності закладу охорони здоров'я на досягнення найкращого результату, навіть за умов обмежених наявних ресурсів;
- забезпечує моніторинг результатів медичної діяльності, використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів та своєчасного підведення підсумків.

В межах «кадрової» компетенції:

- забезпечує ефективне управління кадрами;
- забезпечує укладання та виконання колективного договору;
- забезпечує проведення оцінки результативності діяльності працівників, оплати праці та стимулювання до покращення діяльності;
- забезпечує формування команди (відбір, визначення функціональних обов'язків, безперервний професійний розвиток кадрів тощо);
- вирішує конфліктні ситуації, питання трудової дисципліни;
- забезпечує формування і розвиток корпоративної культури закладу охорони здоров'я.

В межах «інноваційної» компетенції:

- впроваджує зміни, удосконалені процеси, процедури, стандарти та вимоги;
- впроваджує нові інформаційні та медичні технології.

Додаток 3

**МАТРИЦЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ НАВЧАЛЬНИМИ ДИСЦИПЛІНАМИ ТА
КОМПЕТЕНТНОСТЯМИ В ОСВІТНІЙ ПРОГРАМІ З УПРАВЛІННЯ
ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ЄЛЬСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Основні курси	Фінансовий аналіз, включно з читанням фінансової звітності	Економічний аналіз, включно з аналізом економічної ефективності	Управління операціями	Маркетинговий аналіз та планування	Статистичний аналіз	Управління даними	Розуміння фінансування сфери охорони здоров'я, систем регулювання і доставки	Аналіз соціальних і поведінкових детермінант здоров'я	Оцінка стану навколишнього середовища та оцінка ризиків	Епідеміологічний аналіз
Політика в сфері охорони здоров'я та системи охорони здоров'я							✓	✓		
Мікроекономіка		✓								
Фінансовий облік і облік витрат	✓	✓								
Пошук коштів та управління ними	✓	✓		✓	✓					
Організаційна структура										
Ведення переговорів										
Управління операціями			✓		✓					
Маркетинговий менеджмент				✓						
Конкурентні стратегії	✓	✓		✓						
Право та етика організацій охорони здоров'я										
Принципи епідеміології						✓				✓
Статистичне мислення					✓	✓				✓
Методи досліджень у сфері охорони здоров'я				✓	✓	✓				✓
Соціальний та поведінковий вплив на здоров'я								✓		
Оцінка стану навколишнього середовища та оцінка ризиків									✓	
Практичний семінар з управління охороною здоров'я			✓							
Стажування / Практика										
Науково-дослідний семінар	✓	✓	✓	✓	✓		✓			

Основні курси	Навички письмового спілкування	Усні комунікаційні та презентаційні навички	Навички адвокації, переконання та ведення переговорів	Стратегічний аналіз та управління	Правові перспективи з політики в сфері охорони здоров'я та з питань управління	Етичний аналіз	Навички вирішення проблем	Управління командами та співпраця з колегами	Коучинг інших і забезпечення конструктивного зворотного зв'язку	Робота в межах культурно різноманітних груп
Політика в сфері охорони здоров'я та системи охорони здоров'я	✓	✓	✓				✓	✓	✓	
Мікроекономіка							✓			
Фінансовий облік і облік витрат							✓			
Пошук коштів та управління ними										
Організаційна структура	✓							✓	✓	
Ведення переговорів	✓	✓	✓				✓	✓		✓
Управління операціями							✓			
Маркетинговий менеджмент										
Конкурентні стратегії	✓			✓						
Право та етика організацій охорони здоров'я	✓				✓	✓				
Принципи епідеміології							✓			
Статистичне мислення							✓			
Методи досліджень у сфері охорони здоров'я	✓						✓			
Соціальний та поведінковий вплив на здоров'я	✓									
Оцінка стану навколишнього середовища та оцінка ризиків										
Практичний семінар з управління охороною здоров'я		✓				✓	✓	✓	✓	✓
Стажування / Практика	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓
Науково-дослідний семінар	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓