

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ В УКРАЇНІ

*Матеріали V науково-практичної конференції, присвяченої
25-річчю Міжрегіональної Академії управління персоналом,
м. Київ, МАУП, 17 грудня 2013 р.*

Київ
ДП “Видавничий дім “Персонал”
2014

Рецензенти: *Г. А. Дмитренко*, д-р екон. наук, проф.
О. І. Радзійський, д-р екон. наук, проф.
Н. Д. Чала, канд. екон. наук, доц.

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом
(протокол № 1 від 29.01.14)*

Видання здійснене в рамках проекту
“Наукові праці МАУП”

Концептуальні засади формування менеджменту в Україні: Матері-
К65 али V наук.-практ. конф., присвяченої 25-річчю МАУП, м. Київ, МАУП,
17 груд. 2013 р. / Уклад. О. В. Баєва, Н. М. Терещенко, Н. І. Новальсь-
ка. – К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2014. – 260 с. : іл. — Бібліогр. в кінці
ст.

До збірника увійшли доповіді пленарних та секційних засідань V науково-практичної конференції “Концептуальні засади формування менеджменту в Україні”. Розглядаються питання управління стратегічним зростанням конкурентоспроможності підприємств, сучасних аспектів управління персоналом, управління освітою та методи викладання у вищій школі, концепцій розвитку управління бізнесом, проблем та перспектив розвитку менеджменту в галузі охорони здоров’я.

Для науковців, освітян, менеджерів різних рівнів управління, а також усіх, хто цікавиться проблемами менеджменту та розвитком управлінської думки в Україні.

ББК 65.9(4УКР)290-2я43

регіонально-адміністративного менеджменту	107
---	-----

Згалаг-Лозинська Л. О.

Підвищення ролі адаптації персоналу в системі внутрішніх комунікацій організації	112
--	-----

Лапицька Н. І.

Інвестиції у персонал як основа розвитку сучасного підприємства	119
---	-----

Дорошенко П. Ю.

Чинники формування соціально-психологічного клімату в організації ...	128
---	-----

Олішевський А. С.

Концептуальні засади формування кадрової політики державної служби цивільного захисту	133
---	-----

Нагорний А. І.

Автоматизація реінжинірингу бізнес-процесів адміністрування персоналу у великому та корпоративному бізнесі	141
--	-----

Падун Н. П.

Концепція управління за цілями: її сутність та реалізація в системі управління персоналом	146
---	-----

Гузенко І. М., Закалик Г. М.

Особливості реагування на конфлікт у педагогічному колективі	150
--	-----

Колпаков В. М.

Проблема політики і стратегії освіти	157
--	-----

Николин І. М.

Роль соціалізації першокурсників у формуванні готовності до самоорганізації в процесі професійної підготовки	167
--	-----

Терещенко Н. М.

Ідентифікація та документування робіт у системі управління їх змістом та послідовністю в галузі освіти	171
--	-----

Чайка Н. Г., Кашичанова Т. В.

Набуття комунікативних умінь у процесі підготовки менеджерів	178
--	-----

Білокур М. Д., Довгий Г. І., Кривонос А. О.

Соціально-економічні аспекти формування екологічної свідомості громадян України	185
---	-----

Колпаков М. В.

Проблеми теорії і практики самоменеджмента в системі освіти	191
---	-----

Швець Н. Г.

Підвищення ефективності навчання дисципліни "Основи охорони праці" у віртуальному освітньому просторі	201
---	-----

Берестецька Л. М.

Деякі аспекти організації діяльності туристичної фірми	207
--	-----

Левченко М. О.

Перспективи розвитку та управління у сфері туризму України	213
--	-----

Лопатенко Л. О., Лопатенко Д. Б.

Логістика як інструмент ефективної діяльності підприємства	221
--	-----

Оліховська М. В., Костецька І. І., Гілка М. В.

Формування та розвиток інвестиційних проектів аграрного сектору України в умовах ЄС	228
---	-----

Філіппов М. І., Гавришук Т. Б.

Аналіз інноваційно-інвестиційної діяльності підприємств легкої промисловості	234
--	-----

Фіщук Н. Ю., Бондарчук О. С.

Роль міжнародних інвестицій для розвитку економіки України	242
--	-----

Баєва О. В., Баєва Н. Г.

Концептуальні засади управління якістю медичної допомоги	247
--	-----

Корінчевська І. А.

Бюрократичний підхід оплати праці в секторі охорони здоров'я України	252
---	-----

Сладкевич В. П., Зубков С. В.

Динамічна модель медичного закладу у завданні управління	256
--	-----

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Питання якості займають важливе місце в Європейській політиці здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я. Серед сформульованих Європейським бюро ВООЗ завдань щодо досягнення здоров'я для всіх завдання № 31, сформульовано як “Якість обслуговування й відповідна технологія”, зазначає: “...всі держави-члени повинні мати відповідні структури й механізми для забезпечення безперервного підвищення якості медико-санітарної допомоги й удосконалювання відповідного розвитку й використання технології охорони здоров'я” [1]. Забезпечення якості під час надання медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики у сфері охорони здоров'я. У багатьох країнах прийняті і діють програми забезпечення якості медичної допомоги. Серед країн, що мають найбільші досягнення у цій сфері, варто назвати США, Нідерланди, Велику Британію, Іспанію, Канаду, Японію [2].

Поліпшення якості медичної допомоги в Україні — одна з найак-

туальніших проблем сьогодення. В Національному плані дій щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”, затвердженому Указом Президента України, а також у постанові Кабінету Міністрів України “Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні” визначено основні напрями реформи медичного обслуговування, що включають підвищення доступності медичних послуг, підвищення якості медичних послуг, підвищення ефективності державного фінансування [3].

Нині нагальним завданням в Україні є реформування, фактично — створення нової системи охорони здоров'я з якісною медичною допомогою.

Якісне медичне обслуговування — це обслуговування, заради якого ресурси організовуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити

профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки [4, 5].

Безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращення якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення самої системи, а не виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.

У рекомендаціях Європейського регіонального бюро ВООЗ під час формування системи управління якістю медичної допомоги слід враховувати чотири основних компоненти: кваліфікація лікаря, оптимальність використання ресурсів, ризик для пацієнтів, задоволеність пацієнта наданою медичною допомогою [6].

В аналізі якості виокремлюють три основних компоненти: аналіз професійних якостей лікаря, забезпеченості медичним устаткуванням

і персоналом, умов організації й фінансування (якість структури), аналіз медичних технологій (якість процесу), аналіз результатів (якість результатів).

Під забезпеченням якості варто розуміти медичні заходи, спрямовані на досягнення заданого рівня якості. Незалежно від характеру забезпечення якості, неодмінним є реалізація таких моментів: визначення проблем і пріоритетів надання медичної допомоги; формування специфічних для області аналізу проблем критеріїв якості (установлення стандартів) і визначення мети; ретроспективний і поточний аналіз ситуації, медичних документів і збір інформації; аналіз установлених проблем і підготовка рекомендацій для прийняття рішень; впровадження рекомендацій на практиці; оцінка досягнутих результатів [7, 8].

Система якості надання медичної допомоги є багатокомпонентною, яку можна класифікувати за двома напрямками (див. табл.).

Складові системи якості медичної допомоги

Складові компоненти якості		
	об'єктивний компонент	суб'єктивний компонент
Якість структури	Матеріально-технічна база Медичне обладнання та інструментарій Стандартизованість методик надання допомоги Лікарські засоби та товари медичного призначення: умови та терміни зберігання Кваліфікаційний рівень управлінського та медичного персоналу	
Якість процесу	Дотримання технологій діагностики, лікування, профілактики Механізми взаємодії структурних підрозділів Дотримання принципів біоетики	
Якість результатів	Система показників діяльності відображена кількісними даними	Сприйняття та оцінка пацієнтом або його законним представником

Перший напрям відображає якість структури, процесу та результатів. Другий напрям орієнтований на об'єктивний та суб'єктивний компоненти якості. Об'єктивний компонент включає технічну якість медичної допомоги, суб'єктивний — сприйняття пацієнтом якості наданої медичної допомоги.

Якість структури — це складова якості медичної допомоги, що описує умови її надання. Якість структури визначається на двох рівнях.

Перший рівень — це рівень закладу охорони здоров'я в цілому з його матеріально-технічною базою, кадровим забезпеченням, організацією роботи, сервісними умовами. Умови надання медичної допомоги в установі можуть оцінюватися самим лікувально-профілактичним закладом, органом управління охороною здоров'я, суб'єктами, які оплачують надані медичні послуги. Найбільш повне оцінювання проводиться в процесі ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я.

Другий рівень якості структури — це рівень кожного медичного працівника закладу. На цьому рівні оцінюються професійні якості медичного працівника. Процедура оцінки полягає у здачі іспитів і заліків по закінченні проходження тієї або іншої форми післядипломної підготовки, а також атестації медичного персоналу.

Якість технології — це складова якості медичної допомоги, що описує процес надання медичної допомоги.

Якість технології визначає алгоритм надання медичної допомоги від моменту постановки діагнозу до

закінчення лікування й характеризує, наскільки був оптимальний комплекс лікувально-діагностичних заходів конкретному хворому. При цьому передбачається, що обсяг виконаних маніпуляцій має бути не менше і не більше оптимального, а послідовність їхнього виконання строго витримана. Якщо на лікування хворого було витрачено більше засобів, ніж це необхідно, така допомога не буде визнана якісною, навіть при досягненні хороших результатів лікування.

Якість технології оцінюється тільки на одному рівні — стосовно конкретного пацієнта з урахуванням клінічного діагнозу, видів супутньої патології, віку хворого й інших біологічних факторів.

Одним з параметрів, що характеризують якість технології, може бути наявність або відсутність лікарських помилок.

Якість результату — це складова якості медичної допомоги, що описує результат надання медичної допомоги, тобто відношення фактично досягнутих результатів до планованого.

Залежно від оцінюваного об'єкта під планованими результатами розуміють: динаміку стану здоров'я конкретного пацієнта; результати лікування всіх хворих у лікувально-профілактичному закладі за звітний період; стан здоров'я населення території.

Тому якість результату можна оцінювати за трьома рівнями.

Перший рівень якості результату медичної допомоги — це рівень конкретного хворого, коли оцінюється, наскільки досягнуті результати лікування цього пацієнта наближені до

можливих результатів його лікування, з урахуванням клінічного діагнозу, віку і т. д.

Другий рівень якості результату медичної допомоги — рівень усіх пацієнтів, які звернулися в заклад охорони здоров'я за який-небудь період (як правило за рік). У практиці лікувальних установ використовується безліч параметрів, що характеризують якість результату лікування. Особливе місце серед них займають: летальність, післяопераційна летальність, частота післяопераційних ускладнень.

Третій рівень якості результату медичної допомоги охоплює населення в цілому, тобто якість результату медичного обслуговування населення. Цей рівень оцінки якості результату характеризують показники здоров'я населення (захворюваності, смертності, дитячої смертності, народжуваності тощо).

Усі складові якості пов'язані між собою й впливають один на одного. За низького рівня якості структури досить складно забезпечити прийнятний рівень якості технології. Порушення технології діагностики й лікування здебільшого призводить до несприятливих результатів лікування. Високий рівень якості структури — тільки потенційна, але не завжди реалізована можливість мати високий рівень якості технології й результату. Таку взаємозалежність визначають як “принцип негативу”.

У країнах Євросоюзу кілька років поспіль для суспільства відкрито систему оцінки якості медичної допомоги. Щорічно складається рейтинг медичних закладів за бальною системою, який дає можливість оцінювати

рівень відкритості національних систем охорони здоров'я для споживачів медичних послуг. Відповідно до Європейського індексу медичних послуг відкритість систем охорони здоров'я визначається за критеріями, які відображають можливість пацієнту реалізувати свої права. Наприклад, у Данії медичним закладам надається категорія зірковості, в якій враховується не тільки медичний сервіс та комфорт, а й рівень смертності та лікарських помилок. Крім того, у країнах Євросоюзу діє суспільна організація “Ініціативна група споживачів медичних послуг” [9].

Для України в контексті вдосконалення управління якістю медичної допомоги пріоритетними є вимоги, визначені стратегією ВООЗ та ЄС, а саме: доступність; безпечність; ефективність; орієнтованість на пацієнта; вчасність; раціональність; справедливність [1].

У більшості європейський країн поняття якості медичних послуг розглядають у вигляді комплексу таких показників: ефективність; економічність; адекватність. Під ефективністю розуміють співвідношення реально отриманого результату з результатом, що міг би бути отриманий в ідеальних умовах. Під економічністю розуміють відношення реальних витрат до нормативної вартості. Критерій адекватності — співвідношення між наданою медичною допомогою й медичною допомогою, якої потребує пацієнт.

При цьому критерій “адекватність” складається з декількох понять [9]:

- науково-технічний рівень використання сучасних медичних

знань і технологій у лікувально-діагностичному процесі;

- своєчасність — співвідношення між часом надання медичної допомоги й часом виникнення потреби в певній послугі до часу надання медичної послуги й потреби, якби система працювала в ідеальних умовах;
- доступність медичної допомоги — співвідношення між кількістю осіб, які отримали медичну допомогу до кількості осіб, які мали потребу в медичній допомозі;
- достатність — мінімальний споживчий кошик медичних послуг, достатній для якісної й адекватної медичної допомоги, і який не знижує її ефективність.

Таким чином, створення системи якості медичної допомоги має такі аспекти:

- політичний, пов'язаний з визначенням пріоритетів та прийняттям рішень у сфері нормативно-правового регулювання, ресурсного забезпечення та здійснення державного управління;
- соціальний, пов'язаний із задоволенням очікувань населення та прагненнями працівників медичної галузі;
- організаційний, пов'язаний з покращанням менеджменту в медичних установах, розвитком систем якості, стандартизації, метрологічного забезпечення.

Література

1. WHO/EUR/RC: Новая европейская политика здравоохранения // Здоровье — 2020 — WHO/EUR/RC. — 2011 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/.../RC61_rInfDoc4.pdf
2. Legido-Quigley H. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action [Electronic resource] / Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I.A. WHO/EUR/RC., 2008. — Access mode: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf...
3. Указ Президента України, Програма економічних реформ на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” від 27 квіт. 2011 р. № 504/2011.
4. Глухов Г. Н. Система гарантий качества в здравоохранении / Г. Н. Глухов, Ю. В. Шиленко, В. К. Леонтьев // Экономика здравоохранения. — 1998. — № N2/26. — С. 14–19.
5. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна. — Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. — 381 с.
6. How can hospital performance be measured and monitored? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2003 [Electronic resource] — Access mode: <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf>
7. Баєва О. В. Менеджмент та організація роботи лікувально-профілактичних закладів: навч. посіб. Ч. 2 / О. В. Баєва, В. І. Чебан. — Чернівці: БДМУ, 2013. — С. 146–227.
8. Назаренко Г. И. Управление качеством медицинской помощи / Г. И. Назаренко, Е. И. Полубенцева. — М.: Медицина, 2000. — 368 с.
9. Шарабчиев Ю. Т. Доступность и качество медицинской помощи: слабые стороны успеха / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // Медицинские новости. — 2009. — № 12. — С. 6–12.