

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ЛИТВИНЧУК ЛЕСЯ СЕРГІЙВНА

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 331.1:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД ДО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

Л. С. ЛИТВИНЧУК

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
МОСІЄНКО Оксана Вікторівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук

(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: ЛИТВИНЧУК Лесю Сергіївну допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» березня 2024 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

«_____» березня 2024 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти ЛИТВИНЧУК Леся Сергіївна захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ (науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ЛИТВИНЧУК Л. С. Компетентнісний підхід до управління закладами охорони здоров'я. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2024.

На основі аналізу теоретичних та практичних джерел визначається структура та зміст компетенцій для успішного управління медичними закладами розкрило сутність компетентнісно орієнтованого освітнього підходу, що передбачає саморегульовані та гнучкі варіанти навчання, його основні принципи та складові. Це створило можливість створення Програми оцінки управлінських компетенцій (МСАР).

Досліджено тенденції та причини розвитку демографічної кризи в Україні. На підставі наукового огляду, заснованого на дослідженнях кращих практик компетентнісного підходу в управлінні закладами охорони здоров'я у світі, запропоновано обґрунтовані вектори та механізми реалізації компетентнісного підходу до впровадження його у публічне управління системою охорони здоров'я України.

Ключові слова: демографічна криза, компетентність, розвиток компетенцій, управління, лідерство, керівники лікарень, медичні заклади, найкраща структура, систематичний огляд, система охорони здоров'я, трансформація.

SUMMARY

LYTVYNCHUK L. Competency-based approach to the management of healthcare institutions. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polissia National University, Zhytomyr, 2024.

Based on the analysis of theoretical and practical sources, the structure and content of competencies for successful management of medical institutions are determined, the essence of a competency-based educational approach that provides self-regulated and flexible learning options, its basic principles and components are revealed. This created the possibility of creating a Management Competency Assessment Program (MCAP).

The trends and causes of the demographic crisis in Ukraine are investigated. On the basis of a scientific review based on research on the best practices of the competency-based approach in the management of health care institutions in the world, the author proposes reasonable vectors and mechanisms for implementing the competency-based approach to its implementation in the public administration of the health care system of Ukraine.

Keywords: demographic crisis, competence, competence development, management, leadership, hospital managers, medical institutions, best structure, systematic review, health care system, transformation.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ДО ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	20
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ КОМПЕТЕНЦІЙ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СИСТЕМНІЙ РЕКОНСТРУКЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ	22
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	33
РОЗДІЛ 3. ВЕКТОРИ ТА МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ДО ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	35
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	42
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	46
ДОДАТКИ	52

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасні умови прогресу сфери охорони громадського здоров'я України одним із першочергових векторів розвитку визначають зростання ефективності менеджменту закладів охорони здоров'я. Один із ефективних методів досягнення цієї мети є застосування компетентнісного підходу. Компетентнісний підхід дозволяє визначити вимоги до професійної компетентності працівників усіх ланок діяльності медичних закладів, які необхідні для удачного здійснення ними визначених функцій. Це дає можливість розробити ефективні системи управління персоналом, навчання та розвитку працівників.

Компетентні менеджери є життєво важливими для продуктивності та якості послуг організацій охорони здоров'я, а також для врівноваженості ладу здоровоохорони. Для підвищення їхньої управлінської компетентності важливим є розуміння вимог до управлінської компетентності. Метою цього дослідження було синтезувати докази, пов'язані з лідерськими та управлінськими компетенціями в організаціях охорони здоров'я, за допомогою методу найкращої відповідності.

За результатами вивчення тематичної наукової літератури для включення в наше дослідження було відібрано низку досліджень. Зіставлення визначених компетенцій та поведінкових елементів дозволило створити модель компетенцій для керівників лікарень, яка може бути застосована в різних контекстах охорони здоров'я. Нова модель компетенцій включає наступні сім основних компетенцій лідерства та управління: прийняття рішень на основі фактичних даних, операції, адміністрування та управління ресурсами, знання середовища охорони здоров'я та організації, міжособистісні, комунікативні якості та управління взаємовідносинами, керівництво людьми та організацією, сприяння та управління змінами, професіоналізм.

Мета дослідження. Полягає у теоретичному обґрунтуванні та практичному впровадженні компетентнісного комплексного підходу до

керівництва установами охорони здоров'я країни в умовах реформування медичної галузі.

Завдання дослідження

Для досягнення визначеної мети вирішення поставлено наступні завдання:

- означити сутність і проаналізувати принципи компетентнісного підходу та його застосування в керуванні установами охорони здоров'я;
- розібрати сучасні показники здоров'я населення України;
- визначити основні тенденції у здоров'ї населення та демографічні зміни;
- вивчити значення компетентнісно орієнтованої освіти для функціонування галузі охорони здоров'я;
- розкрити основні компетенції, необхідні для успішного менеджменту т основної діяльності закладів охорони здоров'я;
- за підсумками основних результатів дослідження сформулювати рекомендації щодо впровадження компетентнісного підходу до управління закладами охорони здоров'я.
- розробити механізм реалізації компетентнісного підходу до управління закладами охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження є процес управління медичними установами.

Предмет дослідження. Предметом дослідження є компетентнісний підхід до покращення механізмів управління закладами охорони здоров'я.

Методи дослідження. У процесі дослідження будуть використані такі методи: Аналітичний метод при визначенні сутності і аналізі принципів компетентнісного підходу та його застосування в керуванні установами охорони здоров'я, метод порівняння при визначенні основних тенденцій у здоров'ї населення та демографічних змінах; метод узагальнення при розкритті основних компетенції, дедуктивний, так і індуктивний підходи Було проведено тематичний огляд літератури, опублікованої в період з 2000 по 2023 рік, з

метою виявлення досліджень, спрямованих на підтвердження та/або визначення вимог до компетенцій керівників та медичного складу лікарень. Метод синтезу найкращої відповідності був використаний для зіставлення визначених компетенцій та пов'язаних з ними поведінкових елементів з валідованою системою управлінських компетенцій Програми оцінки управлінських компетенцій (Management Competency Assessment Program – MСAP).

Теоретична база. Теоретична база дослідження включає труди вітчизняних та закордонних дослідників, які вивчають проблеми компетентнісного підходу в управлінні.

Практична значимість дослідження. Практична значимість дослідження полягає у розробці рекомендацій щодо впровадження компетентнісного підходу до управління закладами системи охорони здоров'я, які можуть бути використані керівниками закладів охорони здоров'я для підвищення ефективності управління закладами.

Елементи наукової новизни. Спроба автора розробити коомпетентнісний підхід до аналізу системи управління закладами охорони здоров'я.

Структура роботи складається зі вступу; теоретичного розділу 1, в якому схарактеризовано функціоналістський, критичний і атрибутивний (таксономічний); аналітичного розділу 2, де розглянуто основні атрибути професіоналізму, функції компетенцій та компетентності медичної допомоги; та розділу 3 з рекомендованими пропозиціями компетентнісного мультиполярного підходу до підготовки медичних кадрів, успішного управління, перспектив трансформації характеристик лікаря у його роботі, а відтак збереження і покращення суспільного здоров'я України, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 45 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ДО ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Компетентісно орієнтована освіта (КО) є корисною альтернативою часовим моделям підготовки медичних працівників і побудови освітніх програм. Ми описуємо поняття «компетентність» і «компетенції», а також критичні наслідки для навчальних програм, які впливають з фокусу на «компетентності», а не на «часі». Ці наслідки включають: визначення освітніх результатів, розробку індивідуальних траєкторій навчання, встановлення стандартів і центральне місце валідного оцінювання для відображення пріоритетів зацікавлених сторін. Ми також виділяємо чотири виклики, пов'язані з впровадженням КО визначення потреб громади у сфері охорони здоров'я, визначення компетенцій, розробка саморегульованих і гнучких варіантів навчання та оцінювання учнів на предмет компетентності. Хоча ДН є основним напрямком освітніх реформ у багатих на ресурси країнах, автори вважають, що вона має ще більший потенціал для узгодження освітніх програм з пріоритетами системи охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів. Оскільки КО починається з ретельного розгляду компетентностей, необхідних для вирішення пріоритетних завдань охорони здоров'я, він є інструментом для інтеграції потреб охорони здоров'я країни з цінностями професії [51].

Дані ВООЗ свідчать про щорічну загибель 41 млн. людей від захворювань неінфекційного генезу, які у світовому середньому обчисленні складають 71 % усього загалу летальних випадків. Це більше 15 млн. душ віком 30-69 років, понад 85% «дочасних» смертельних інцидентів від них випадає на економічно неблагополучні держави (країни з низькими і середніми рівнями достатків). Структура смертності від цієї категорії хвороб переважно складається із серцево-судинних захворювань (18 млн.), злоякісних пухлин (9 млн.), респіраторних хвороб (3,9 млн.) та діабетичне ураження підшлункової

залози (1,6 млн.). Вказані групи патологій покривають 81% всіх смертельних епізодів від неінфекційних захворювань [52].

Директорка Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, б'є на сполох: країну очікує серйозна демографічна криза. За її словами, шанси на відновлення довоєнного рівня населення мінімальні і прогнози невтішні:

- населення України не сягне 52 мільйонів, як це було у 1992 році;
- навіть 40-мільйонний рубіж можливий лише за умови значної імміграції.

Причини кризи:

- війна: понад 6 мільйонів українців виїхали за кордон, і не всі вони повернуться, (серед них 1,2 млн. в рф та близько 800-900 тис. за рубежами ЄС, прилучаючи Велику Британію, Канаду та США);
- трудова міграція: 3 мільйони людей, які виїхали до війни, також не гарантовано повернуться;
- низький рівень народжуваності: війна лише посилить цю проблему.

Надії на повернення:

- сподіватися можна на повернення хоча б половини виїхавших;
- європейські країни цінують українську робочу силу, тому масового витіснення українців не очікується.

Демографічна криза в Україні – це реальність, з якою доведеться жити.

- Потрібно вживати заходів для стимулювання народжуваності.
- Створити умови для вороття громадян України, що вимушено покинули Батьківщину.
- Розробити програми інтеграції іммігрантів [52].

Це лише деякі з можливих шляхів вирішення демографічної проблеми. Ігнорувати її не можна, адже йдеться про майбутнє України [53].

Поточна чисельність людності країни, становить приблизно 37 млн. чоловік у кордонах 1991 року. З урахуванням окупованих територій, ця кількість зменшується до близько 31,5 млн. Останні відомості демографічних

розвідок свідчить на користь того, що народонаселення держави може значно скоротитися і досягти 12 млн. чол. упродовж майбутніх кількох десятиліть.

Є декілька першорядних чинників, що підтримують цей тренд: низька народжуваність, велика смертність й еміграція. Це створює трудну обстановку, та потребує та задіяння опіки на щаблі урядової політики. Демографічні пертурбації значно впливають на різноманітні площини існування України. Наприклад, це торкається ринку труда, громадських планів, економічного піднесення і структури народонаселення. Для розв'язання цих завдань пропонується низка дій. Вони включають мотивування народжуваності, покращення стану побуту та здоров'я, а також опрацювання планів щодо залучення та утримання молоді в Україні [54].

Покращення стану здоров'я населення світу може бути досягнуто лише за умови підготовки кадрів, які навчені зміцнювати здоров'я та доглядати за хворими. Все більше уваги приділяється освіті, заснованій на компетентностях, як засобу оптимізації підготовки медичних працівників. Компетентісно орієнтована освіта – це основа для розробки та впровадження освіти, яка фокусується на бажаних характеристиках роботи фахівців охорони здоров'я. Хоча «компетентність» завжди була неявною метою більш традиційних освітніх систем, КО робить її явною, встановлюючи спостережувані та вимірювані показники ефективності, яких учні повинні досягти, щоб вважатися компетентними. На противагу цьому, більш традиційні рамки окреслюють передбачувані навчальні цілі навчання [2-7]. Навчальні цілі часто зосереджуються на тому, що учень повинен «знати», тоді як компетентності зосереджуються на тому, що учень повинен вміти «робити» (визнаючи, що навчальні цілі часто є необхідними, але, як правило, самі по собі є недостатніми) [54].

Існує багато визначень понять «компетентність» і «компетенції», які мають багато спільних рис [6-9]. Нам вважається вдалим використання п'яти характеристик, запропонованих Albanese та ін. [10] для визначення компетентності.

1. Компетентність фокусується на продуктивності кінцевого продукту або цільового стану навчання.

Традиційна освіта, як правило, зосереджується на тому, чого і як навчають учнів, і меншою мірою на тому, чи можуть вони використовувати отримані знання для вирішення проблем, виконання процедур, ефективної комунікації або прийняття правильних клінічних рішень. Наголошуючи на результатах освіти, а не на її процесах, КО забезпечує значний зсув у тому, на що звертають увагу освітяни і політики, оцінюючи ефективність освітніх програм. Піраміда Міллера [11] (див. дод. 1) описує різні рівні досягнення освітніх цілей. Для учнів молодшого віку можуть бути достатніми результати на рівні «знає» і «вміє», але для більш просунутих учнів освітні цілі, як правило, знаходяться на рівнях «показує» і «робить». Ці вищі рівні піраміди відображають успішність на практиці, а не лише в класі. У КО критично важливим є те, щоб учень досягнув визначеного рівня виконання певної компетентності; те, як він або вона досягає цієї точки (освітній процес), є другорядним [51].

2. Компетентність відображає очікування, які є зовнішніми по відношенню до безпосередньої навчальної програми.

Традиційні освітні програми надто часто мають ізольований характер, в якому очікування учнів базуються на тому, чого їх навчали в минулому. У КО успіх визначається здатністю відповідати очікуванням, які значною мірою визначаються зацікавленими сторонами поза межами самої освітньої програми.

3. Компетентність виражається через поведінку, яку можна виміряти.

Хоча традиційна освіта оцінює знання та прогрес учня, надається набагато більшого значення виконанню учнями завдань і видів діяльності, що репрезентують компетентності. Таке оцінювання наголошує на поведінкових показниках, які залежать від інтеграції знань і навичок, отриманих із сукупності освітнього досвіду та частин навчальної програми [4].

4. Компетентність використовує стандарт для оцінювання компетентності, який не залежить від успішності інших учнів.

Кожне оцінювання компетентності має супроводжуватися чітким критерієм для визначення того, чи досяг певний учень необхідного рівня успішності, щоб вважатися «компетентним». Ці критерії або стандарти успішності визначаються не на основі успішності інших учнів (тобто не оцінюються за «кривою»), а на основі експертних оцінок практиків і викладачів у цій галузі. Таким чином, бажано, щоб усі учні досягли «компетентності» після навчання [5].

5. Компетенція інформує тих, хто навчається, а також інших зацікавлених осіб про те, що від них очікується.

Зосереджуючись на результатах освіти, НВП часто є набагато прозорішою і, отже, підзвітнішою учням, політикам та іншим зацікавленим сторонам. Дійсно, визначення цінностей, цілей і пріоритетів дисципліни є невід'ємною частиною визначення компетентностей, що дає змогу донести ці цінності та очікування до різних зацікавлених сторін у межах і поза межами дисципліни.

Визначення навчальної програми для освіти, заснованої на компетентностях.

Навчальна програма, або те, що має бути вивчено, лежить в основі всіх освітніх моделей. Саме генезис або походження навчальної програми відрізняє традиційні моделі від КО. Традиційні навчальні програми часто прив'язані до історичної спадщини, яка кодифікує традиції, пріоритети та цінності професорсько-викладацького складу в даній професії. Навчальні цілі часто визначаються так, щоб відобразити те, що викладачі хочуть викладати або вважають важливим, а не навпаки. Таке визначення результатів навчання, що ґрунтується на навчальній програмі, часто не збігається з потребами суспільства. Наприклад, навчальні програми, розроблені в умовах багатих ресурсів, можуть бути спроектовані або сприйняті як «золоті стандарти» для умов з обмеженими ресурсами, виключаючи інші необхідні теми, які з більшою ймовірністю відповідають місцевим потребам у сфері охорони здоров'я. Освіта, що базується на компетентностях, розглядає навчальну програму як «кінцевий

продукт» оцінки потреб, а не як структуру, що обмежує освітні цілі та оцінювання (див. дод. 2) [5].

Порівнюючи КО з традиційною моделлю освіти, можна виокремити три принципово різні характеристики. По-перше, КО чітко відображає специфічні потреби населення у сфері охорони здоров'я у вигляді набору компетенцій, які мають бути сформовані у робочій силі, що підлягає підготовці. Наприклад, Національна рада медичних екзаменаторів США, яка відповідає за ліцензування всіх лікарів-випускників у Сполучених Штатах, прийняла план реорганізації своїх процесів ліцензування, щоб вони більш суттєво відображали очікування пацієнтів [9]. По-друге, КО використовує ці очікування для розробки та впровадження навчального процесу (навчальної програми), спрямованого на формування у студентів необхідних знань, цінностей та навичок для досягнення цих компетенцій. Нарешті, КО використовує той самий набір компетентностей для розробки програм критичного оцінювання, щоб визначити, якою мірою вони досягнуті [8].

Практичні кроки у впровадженні системи освіти, заснованої на компетентностях

За останні кілька років спостерігається значне зростання розвитку компетентностей у різних професійних сферах охорони здоров'я, включаючи медицину, медсестринство, акушерство та громадське здоров'я. Однак багато з цих зусиль не дотягують до повноцінної моделі БПР через проблеми в чотирьох сферах.

Визначення потреб громади у сфері охорони здоров'я

Програма КО має потенціал для покращення здоров'я громади, яку вона обслуговує, лише в тій мірі, в якій вона використовує специфічні для контексту питання охорони здоров'я для визначення бажаних компетенцій [1]. Чітке визначення потреб громади в охороні здоров'я необхідне для того, щоб визначити змінні результатів, які можна зіставити з бажаними змінами в стані здоров'я, забезпечити підзвітність програми відповідним зацікавленим

сторонам і зосередити учнів цих медичних професій на узгодженні їхньої власної діяльності з очікуваннями суспільства в галузі охорони здоров'я [6].

Для інформування цього процесу необхідні оцінки потреб, які відображають наявні дані про стан здоров'я, внесок громади та перспективи громадського здоров'я. Для цього використовується безліч підходів, включаючи ретельно розроблений аналіз потреб ключових інформаторів [12], безпосереднє спостереження за медичними працівниками на практиці, а також опитування практикуючих лікарів щодо сприйнятої потреби [13], багатосторонні експертні групи [14] та процеси досягнення національного консенсусу [15].

Тим не менш, існує тенденція, що навчальні заклади зосереджуються на власній вузькій місії та визначенні компетенції. Для того, щоб включити потреби у сфері охорони здоров'я ширшої спільноти у визначення компетентності, існує кілька моделей, які дозволяють чітко визначити ці потреби. Однією з них може бути створення національної ради з питань компетенції у сфері охорони здоров'я з широким представництвом зацікавлених сторін, яка визначатиме компетенції для країни в цілому. Другий спосіб може включати налагодження партнерства з медичними працівниками на місцях як засіб підтвердження актуальності компетенцій і забезпечення того, що ключові сфери не залишаться поза увагою. Третім може бути система зворотного зв'язку, за допомогою якої випускники повідомляють навчальному закладу про адекватність їхньої підготовки щодо компетентностей і про потребу в модифікаціях. Конкретні методи врахування потреб громадського здоров'я неодмінно залежатимуть від унікальних особливостей країни чи регіону, але освітяни і практикуючі лікарі повинні творчо підійти до забезпечення цього важливого кроку, який відображає внесок широкого кола зацікавлених сторін [6].

Визначення компетентностей

Центральним кроком у переході від традиційної до компетентнісно орієнтованої системи освіти є визначення компетентностей учнів. Ці компетентності відображають конкретні цілі освіти, а також виражають

інституційні, дисциплінарні або національні пріоритети. Визначення компетентностей призначені, серед іншого, для того, щоб донести ці пріоритети у зрозумілій і значущій формі.

Навчальні заклади, ліцензійні агенції та професійні товариства можуть по-різному визначати компетентності, використовувати різну термінологію для схожих сфер або навіть мати різні уявлення про те, що таке «компетентний» професіонал. Наприклад, кожна з п'яти опублікованих рамок компетенцій включає «комунікативні навички». Однак лише дві з них містять компетенції, пов'язані з «управлінням інформацією» або «навчанням впродовж життя». Інші компетентності, такі як «клінічні навички», представлені в кожному наборі, але під дещо іншим маркуванням [8].

Описи компетентностей, як правило, мають кілька рівнів деталізації. «Комунікативні навички», як опис цільової компетентності, не дає чітких вказівок для викладачів або учнів. Щоб зробити компетентності релевантними для освіти, вони повинні бути переведені в набагато більш конкретні твердження, які включають контекст, зміст і критерії компетентності, що має бути досягнута. Це призводить до ієрархії специфічних компетентностей у межах однієї галузі.

Наприклад, Університет Нового Південного Уельсу [16] визначає «ефективну комунікацію» як одну з восьми компетентностей, але потім уточнює її, включаючи три більш детальні компетентності: «ефективно спілкується з пацієнтами та їхніми сім'ями», «ефективно спілкується з колегами та наставниками» та «спілкується з громадою». Далі йде подальша конкретизація з більш оперативними компетенціями, такими як «консультує пацієнтів належним чином щодо низки ризиків для здоров'я, включаючи погане харчування, відмову від куріння, лікування наркоманії та алкоголізму, а також, за необхідності, направляє до громадських програм і служб». Легше розробити освітні заходи та інструменти оцінювання для більш конкретних, детальних формулювань компетентностей, ніж для більш широких сфер [4].

Цей приклад ілюструє основний виклик у КО, який полягає у швидкому розширенні кількості компетентностей, оскільки вони стають більш зосередженими на навичках і результатах діяльності, що піддаються навчанню та спостереженню. Це створює інформаційне навантаження на учнів і навчальний заклад. Це також може призвести до «освіти для галочки» і зосередження на окремих аспектах діяльності з втратою більш цілісних, всеосяжних компетентностей, яких ми прагнемо від професіоналів. Однак, «освіта для галочки» не є невід'ємним обмеженням НОП [5].

Наприклад, навички догляду за пацієнтами, медичні знання та комунікацію можна легко оцінити, спостерігаючи за тим, як студент приймає пологи у звичайному порядку. Це відображає пропозицію десяти Кейт і колег використовувати більш інтегративну структуру для оцінювання компетентностей, яка зосереджується на «професійній діяльності, якій можна довіряти», тобто тій, яка відображає повсякденну професійну діяльність, що відповідає рівню учня [4].

Саморегульовані та гнучкі варіанти навчання

Компетентісно орієнтована освіта сприяє необхідній гнучкості в часі та послідовності того, що має бути вивчено, яка регулюється потребами того, хто навчається [17]. Таким чином, КО забезпечує високоіндивідуалізований навчальний процес, а не традиційний, шаблонний, універсальний навчальний план [18]. В ідеалі, студенти повинні мати можливість дослідити меню вибору навчальної діяльності та методів, які можуть дозволити їм досягти компетентності.

Для прикладу в додатку А (Зв'язок компетентностей на абстрактному та контекстуальному рівнях з методами оцінювання та навчання на прикладі ускладненої праці) [26] наведено компетентності, пов'язані з глобальною проблемою охорони здоров'я – веденням матерів з ускладненими пологами, сформульовані в межах 10 областей компетентностей, визначених Медичною школою Університету Індіани [19]. Для кожної конкретної компетентності перераховано набір варіантів методів навчання та оцінювання, належним чином

відображених у педагогічній структурі. Як видно з додатку А, деякі компетентності можуть піддаватися більшій кількості варіантів навчання, ніж інші [19].

Система, в якій прогрес у навчанні визначається відповідно до попередньо встановлених очікувань, ставить під сумнів поняття «часової» навчальної програми і може призвести до ситуації, коли «час і метод є змінними, а досягнення – константою» [20]. Взаємозв'язок часу і практики з розвитком навичок добре відомий [21]. Однак також зрозуміло, що різні учні потребують різної кількості часу для досягнення певних стандартів продуктивності. Логістика, необхідна для масштабування наслідків того, що учні навчаються з різною швидкістю, є суттєвою. Об'єднання учнів у групи сприяє зручності для викладачів і студентів, а також ефективному розподілу простору та витрачання ресурсів. Однак воно також ігнорує можливість того, що деяким учням може знадобитися менше часу для досягнення компетентності, ніж передбачалося, або що деякі з них можуть «випробувати» певний набір освітніх послуг, якщо вони продемонстрували необхідний рівень успішності на початковому етапі навчання. Таким чином, «ефективність» навчання набуває зовсім іншого значення, коли час на виконання завдання є індивідуалізованим, гнучким і змінним [21].

Гнучкість та індивідуалізація навчання покладають значне навантаження на інформаційні системи для відстеження та документування прогресу слухачів за навчальною програмою безперервного професійного розвитку. Це також вимагає від викладачів відслідковувати прогрес і переходи студентів таким чином, як це не часто вимагається в традиційних навчальних програмах.

Оцінювання учнів на предмет компетентності

Без доказів здатності учня реалізувати певну компетентність неможливо судити про успішність як цієї особи, так і освітньої програми. Різноманітність компетентностей, визначених для певного набору учнів, також вимагає різноманітного набору методів оцінювання. Контекстуалізовані компетентності в додатку А ілюструють, як різні компетентності потрібно оцінювати по-

різному, а також як різні методи можуть бути доречними для однієї і тієї ж компетентності.

Необхідність узгоджувати більш складні методи оцінювання з більш складними результатами компетентності також є складним завданням. Хоча іспит з множинними варіантами відповідей може бути надійним і точним відображенням знань, він є невідповідним мірилом застосування та ефективності в реальних умовах. Оцінювання вищого порядку вимагає безпосереднього спостереження, структурованого зворотного зв'язку щодо ефективності або оцінювання на основі навичок на симульованих або реальних пацієнтах [22, 23]. Без оцінювання КН стає трохи більше, ніж традиційна освіта з більш чітко визначеним набором цілей і завдань.

На додаток до методів оцінювання, КО вимагає чітко визначених критеріїв ефективності або стандартів цих оцінок, які дозволяють викладачам судити про те, що студент досяг мінімального рівня ефективності, який кваліфікується як «компетентний». Важливо розуміти, що стандарти можуть бути встановлені лише після того, як визначені компетентності, розроблені та застосовані методи оцінювання. Ці стандарти можуть вимагати технічно складних процедур [24, 25] для визначення фактичного балу або показника успішності, за яким буде оцінюватися учень.

Наслідки для освіти, заснованої на компетентностях, в умовах обмежених ресурсів

Ресурси на охорону здоров'я є обмеженими і часто відчуються як недостатні, незалежно від умов. Бідні на ресурси країни мають тенденцію намагатися наслідувати багаті на ресурси країни щодо їхніх освітніх стандартів і бажаних результатів у сфері охорони здоров'я. Як наслідок, місцеві освітні стандарти часто зумовлені бажанням вписатися в рамки, що існують в інших країнах. Хоча багато сфер компетентності, таких як професіоналізм і комунікація, є універсальними, багато більш специфічних компетентностей в умовах багатих ресурсів передбачають наявність певної системи охорони здоров'я і системи освіти, в яких ці компетентності можуть бути розвинуті і

повністю оцінені. Це може бути не так у країнах з обмеженими ресурсами. Крім того, компетентність у таких сферах, як професіоналізм і комунікація, як і будь-яка інша компетентність, дуже чутлива до контексту особистості та її культури. Мова або підхід, який використовується для повідомлення поганих новин, з'ясування чутливої інформації або мотивування інших людей піклуватися про себе, буде сильно відрізнятися залежно від особистих якостей і культури [24].

Хоча компетенції залежать від контексту, існують загальні підходи до КІБ. По-перше, як зазначалося раніше, відправною точкою повинні слугувати місцеві проблеми та пріоритети охорони здоров'я в країні. По-друге, необхідно обговорити, які саме компетенції необхідні для вирішення цих пріоритетів у сфері охорони здоров'я. Хоча вони часто відобразатимуть основні сфери, описані раніше в цій статті, компетенції повинні бути дуже специфічними для конкретного контексту і враховувати наявність викладацького складу і місцевих ресурсів. По-третє, повинно бути зрозуміло, які медичні працівники повинні бути здатні досягти тих чи інших компетенцій. Хто повинен бути компетентним при кесаревому розтині? Усі лікарі-випускники? Медсестри-акушерки? Акушерки? Одним із наслідків СВЕ є те, що навички, які колись вважалися сферою лише окремих професій, потенційно можуть бути «перекладені» на інші професії, якщо вони здатні виконувати їх на тому ж рівні компетентності. Нарешті, хоча визначення компетентностей є необхідним, його недостатньо, якщо не будуть чітко визначені метрики досягнення – за яким стандартом ми вважаємо, що хтось компетентний робити кесарів розтин? Ці компетенції, у свою чергу, повинні визначати навчальні програми і методи навчання [25].

В умовах обмежених ресурсів потрібні медичні працівники, які є не лише клінічно «компетентними», але й здатні взяти на себе лідерство, щоб сформувати очікування та трансформувати охорону здоров'я у своїй країні. Ці навички особливо необхідні в умовах обмежених ресурсів, де системи охорони здоров'я ще не сформовані оптимально. Для розвитку професіоналів в умовах обмежених ресурсів важливе значення має компетентнісний підхід до

лідерства, формування політики, управління та керівництва міждисциплінарними командами [21].

Як багаті, так і бідні на ресурси країни повинні визнати необхідність розвитку викладацького складу щодо планування та впровадження КО. Навчання для всіх є складним завданням навіть для шкіл з достатньою кількістю викладачів, але воно стає ще складнішим, коли викладацькі ресурси є недостатніми. Оскільки КО настільки відрізняється від традиційних освітніх моделей, небагато викладачів можуть легко адаптуватися до КО. Це та сфера, в якій спільний розвиток і обмін досвідом були б плідними. Співпраця між країнами також допоможе багатим на ресурси країнам переглянути свої припущення і більш чітко враховувати контекст, в якому вони визначають свої компетенції, навчаючись на досвіді колег з бідних на ресурси країн [23].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Освітні системи можуть підвищити ефективність і результативність своєї місії за допомогою освіти, заснованої на компетентностях, і зосередження уваги на вимогах до ефективності роботи всіх медичних працівників. Виклики, пов'язані з впровадженням такої системи, є значними, але їх можна вирішити, спираючись на існуючі інноваційні ініціативи, такі як методи оцінювання на основі роботи, підготовка кадрів викладачів зі спеціалізованим досвідом оцінювання та визначення етапів розвитку компетенцій. Такий підхід може перевести освіту медичних працівників 21 століття у сферу підвищеної відповідальності перед суспільством за поліпшення здоров'я населення. Наш аналіз фундаментальних принципів і наслідків КО свідчить про те, що вона є життєздатною моделлю для концептуалізації освіти в галузі охорони здоров'я в країнах з обмеженими ресурсами. Вона має особливу привабливість як засіб уникнення можливого застосування західних освітніх моделей у країнах і контекстах, для яких вони не підходять. Оскільки КО починається з ретельного

вивчення компетентностей, які бажано мати у медичних працівників, він є інструментом для інтеграції потреб охорони здоров'я країни з пріоритетами професії. Логістичні виклики, пов'язані з впровадженням КО, далеко не тривіальні, але ця модель має потенціал для більш ефективного та результативного навчання працівників охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ КОМПЕТЕНЦІЙ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СИСТЕМНІЙ РЕКОНСТРУКЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Сьогоднішні індустрії охорони здоров'я стикаються з численними викликами. Серед них – зростання потреб і витрат на охорону здоров'я внаслідок старіння населення з неінфекційними захворюваннями та множинними патологіями, що посилюється стрімким розвитком нових медичних технологій. Ці проблеми ще більше ускладнюються неправильним розподілом і нестачею робочої сили, а також низькою якістю і безпекою надання послуг [27-29]. Крім того, нерівність у сфері охорони здоров'я, відсутність доступу до якісної медичної допомоги і низька кваліфікація медичних працівників є одними з основних проблем, з якими стикаються багато країн Східного Середземномор'я [30, 31]. Як наслідок, були проведені реформи, спрямовані на підвищення ефективності та результативності надання послуг на організаційному рівні, включаючи оптимізацію управлінської структури, зосередження більшої уваги на підвищенні продуктивності та порівняльному аналізі результатів надання послуг [32, 33]. Зміна ландшафту охорони здоров'я та вимог до надання послуг вимагає нового набору навичок для медичних працівників; отже, необхідний новий управлінський підхід для керівництва та управління таким переходом і консолідацією [34, 35]. Такі зміни неминуче впливають на те, як працюють менеджери в галузі охорони здоров'я, а також на компетенції, які потрібні для того, щоб їхня робота була ефективною [33, 36, 37].

З кінця 1980-х років в системі охорони здоров'я Ірану відбулися глибокі зміни. Очікується, що більш значні перетворення відбудуться після запуску Плану розвитку сектору охорони здоров'я в 2014 році, який визначив напрямки реформи сфери охорони здоров'я Ірану, що передбачає трансформацію системи охорони здоров'я, орієнтовану на лікарні, з метою вирішення проблеми

значного збільшення коштів на здоровоохорону за останні десятиліття і підвищення доступності, ефективності та якості лікарняних послуг [38].

Система охорони здоров'я Ірану витрачає на лікарні від 55% до 80% свого бюджету на охорону здоров'я [39, 40, 43]. Керівники госпіталів, як посади, в Ірані не регулюються і не мають конкретних вимог щодо реєстрації чи атестації. Вимоги до компетентності менеджерів охорони здоров'я чітко не визначені, що дає обмежені орієнтири для розробки формальних і неформальних програм навчання та розвитку. Незважаючи на те, що в країні пропонуються ступені бакалавра, магістра та доктора наук зі спеціалізацією у сфері керівництва охороною здоров'я/управління охороною здоров'я, а також дві неформальні навчальні програми, що пропонуються МОЗ та приватними установами, немає жодних доказів того, що випускники або учасники набули необхідних навичок та компетенцій для управління. Це значною мірою є результатом нечіткого фокусу на розвитку управлінських компетенцій під час неформального та формального навчання. Менеджерів не часто відбирають на основі їхніх здібностей та компетенцій, переважно в державному секторі [31, 41, 42]. Огляд бакалаврських і магістерських програм з управління охороною здоров'я/адміністрування охороною здоров'я підтверджує спеціальний дизайн, прийнятий для розробки навчальної програми без універсальної керівної системи компетенцій [31, 42]. Недавні дослідження вказують на величезну різноманітність з погляду спрямування і вимог до змісту іранських формальних і неформальних освітніх програм з управління охороною здоров'я, а також на відсутність згоди щодо підходу, прийнятого до розвитку менеджменту [45]. Менеджери повинні демонструвати основні компетенції, що складаються зі знань, навичок і ставлення до виконання управлінських завдань і виконання своїх управлінських обов'язків [44].

Потреба в розвитку лідерських і управлінських компетенцій в лікарнях і визнання менеджменту як визнаної професії постійно посилюється [46, 47]. Однак зусилля з розвитку компетентних менеджерів і лідерів в охороні здоров'я виявилися недостатніми без чіткого фокусу і наряду [46, 48, 49]. Такий

дефіцит більш помітний в країнах з обмеженими ресурсами і менш розвинутих країнах, таких як Іран. Міжнародна література підтверджує існування основних лідерських та управлінських компетенцій для керівників галузі охорони здоров'я [50, 51], а також низку запропонованих рамок управлінських компетенцій. Ці напрацювання можуть бути використані на користь систем охорони здоров'я кожної окремої з країн і контекстах як загальне керівництво для визначення напряму навчання і розвитку менеджерів охорони здоров'я.

У нашій роботі для визначення лідерських та управлінських компетенцій для керівників лікарень наукових джерел ми користувались систематичним оглядом та синтезом найкращих рамок досліджень. Під час цього процесу були відібрані роботи, які найкраще відповідали вимогам теми. Компетенції/навички, визначені в дослідженнях, були співвіднесені з темами та підтемами обраної моделі (Програми оцінки управлінських компетенцій: англ. Management Competency Assessment Program – MСAP) [51].

Конкретний процес дослідження ґрунтувався на розумінні взаємозв'язку між завданнями і компетенціями (рис. 2.1), як це детально описано в дослідженні Liang про вплив реформи охорони здоров'я на вимоги до компетенцій вищого керівництва охорони здоров'я Нового Південного Уельсу, проведеному в 2004 році [44]. На практиці підтвердження основних завдань менеджерів (вершина піраміди) може слугувати орієнтиром для визначення ключових компетенцій, необхідних для ефективного виконання цих завдань. Кожна компетенція складається з набору знань, навичок, ставлень і моделей поведінки, які є важливими для демонстрації цієї компетенції [44].

Після зазначеного дослідження, Лян та його колеги завершили ще одне дослідження в період з 2011 по 2015 рік, щоб визначити основні компетенції, необхідні для менеджерів служб охорони здоров'я в Австралії, а також детальні поведінкові елементи, за допомогою яких можна було б виміряти кожна з компетенцій. В результаті була розроблена і затверджена система управлінських компетенцій – система MСAP.32-34 У цьому дослідженні

система МСАР була обрана як основна система для групування, порівняння і зіставлення компетенцій менеджерів системи охорони здоров'я [34].

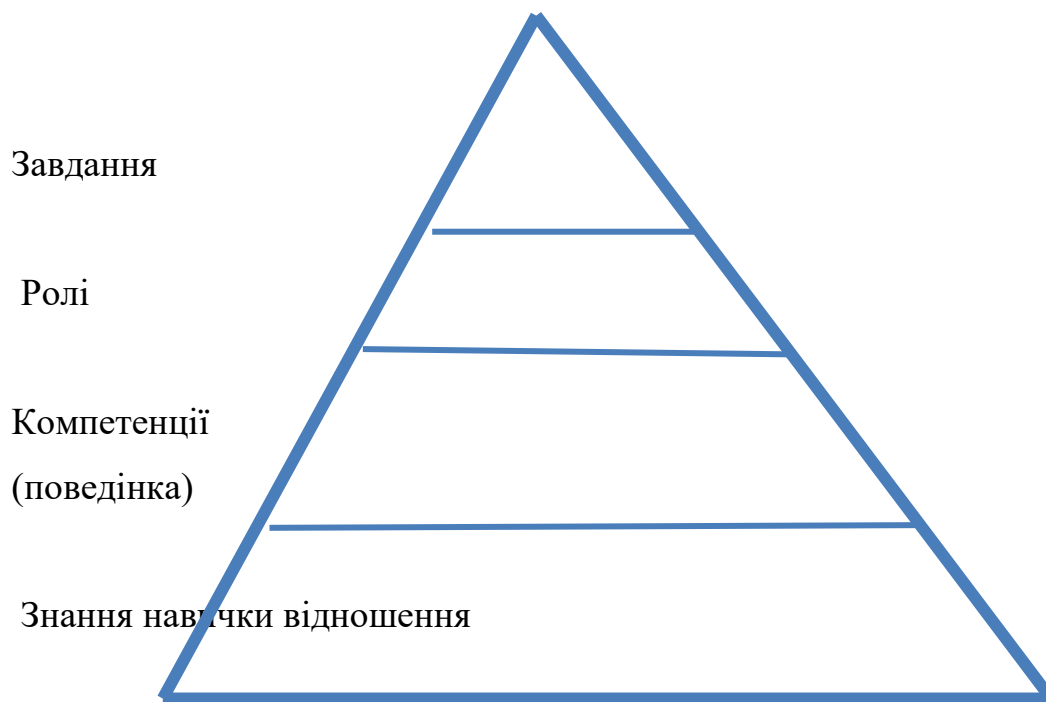


Рис. 2.1. Пірамідальний взаємозв'язок між завданнями, ролями та компетенціями (адаптовано з Liang et al)

Джерело: [32].

Всі компетенції, отримані з окремих досліджень, були порівняні та перегруповані в наступні шість основних управлінських компетенцій, включених в структуру МСАР:

докази – прийняття рішень на основі доказової інформації;

ресурси – операційна діяльність, адміністрування та управління ресурсами;

знання – знання середовища охорони здоров'я та організації

комунікації – міжособистісні, комунікативні якості та управління відносинами;

лідерство – керівництво людьми та організацією; і

зміни – сприяння та управління змінами [32].

Ми використали структуру МСАР, оскільки вона є найновішою і повністю валідованою структурою для менеджерів у сфері охорони здоров'я і включає поведінкові елементи, за допомогою яких можна виміряти кожен з ключових лідерських та управлінських компетенцій. Використовуючи метод найкращої відповідності, очікувалося, що зіставлення визначених компетентностей/навичок/поведінкових елементів з досліджень з обраною рамкою МСАР може призвести до виявлення компетентностей/навичок/поведінкових елементів, які не вписуються в рамку МСАР (табл. 2.1). В результаті може з'явитися переглянута структура управлінських компетенцій. Компетенції та поведінкові елементи спочатку кодувалися як семантичні одиниці. На першому етапі компетентності та поведінкові елементи, пов'язані з вимірами початкової моделі, були вставлені дедуктивно через експліцитний аналіз [33].

Таблиця 2.1

Компетенції та підтеми МСАР

Компетенції МСАР	Підтеми
Докази	1-Оцінка доказів 2-Застосування доказів та прийняття рішення 3-Оцінка рішення
Ресурси	1-Управління персоналом 2-Фінансовий менеджмент 3-Організаційне управління
Знання	1-Знання середовища охорони здоров'я 2-Знання організації 3-Застосування знань у юридичній практиці та практиці якості
Комунікації	1-Управління відносинами та робота в команді 2-Комунікація 3-Особистісні якості
Лідерство	1-Лідерство над людьми та командами 2-Лідерство в організації 3-Якість лідера
Зміни	1-Підготовка змін 2-Впровадження та оцінка змін 3-Лідерська якість у змінах

Джерело [55].

Дослідницька група зв'язалася з авторами рамки МСАР, щоб отримати детальну інформацію про поведінкові елементи для кожної компетентності та підтеми в групуванні поведінкових елементів для кожної з компетентностей. Детальна інформація про підтеми для кожної з шести компетентностей наведена в таблиці 2.1. Підтеми та відповідне групування поведінкових елементів наведено в Додатку В.

Етап перший: метою цього етапу було підтвердити, чи можна включити компетентності, визначені у відібраних дослідженнях, до існуючої структури МСАР. На цьому етапі кожна визначена компетентність, включаючи її опис (у деяких випадках не названа поведінковими елементами), порівнювалася з відповідними компетентностями в рамці МСАР. Одночасний перегляд поведінкових елементів був важливим кроком, оскільки назви компетентностей могли відрізнятися, але включені поведінкові елементи або описи були сумісними з компетентностями НРК. У таких випадках вони повинні бути включені як частина структури НРК, а не розглядатися як нещодавно визначені компетентності [55].

У випадку, якщо компетентності вписуються в рамки МСАР, але мають додаткові поведінкові елементи, виявлені в інших дослідженнях, ці елементи будуть включені до існуючих компетентностей у переглянутій рамці.

Другий етап: На другому етапі всі компетентності, які не були включені до рамки МСАР, були класифіковані індуктивно за допомогою методу відкритого кодування. На цьому етапі компетенції разом з відповідними поведінковими моделями, визначені в останніх дослідженнях, які не були включені до структури МСАР, були підтверджені та включені до переглянутої структури, щоб відобразити найновіші результати досліджень вимог до лідерських та управлінських компетенцій керівників закладів охорони здоров'я. П'ять доступних для нашого огляду досліджень було проведено в Азії (Іран, Китай, Таїланд, Індонезія та В'єтнам), шість досліджень було завершено в чотирьох різних країнах: два в США, два в Австралії, два в Південній Африці, і одне дослідження у Фінляндії [54].

У всіх цих дослідженнях до складу їх популяції входили керівники лікарень, а саме: головні виконавчі директори/керівники лікарень, операційні директори, керівники сестринського персоналу, фінансові менеджери та менеджери з персоналу. З методологічної точки зору, п'ять досліджень використовували якісні методи, чотири дослідження включали змішані методи і три дослідження використовували кількісні описові методи.

Аналіз 12 наукових досліджень підтвердив, що термін «компетентність» не застосовувався послідовно в усіх дослідженнях, і не всі компетентності, визначені в дослідженнях, включали детальний опис поведінкових елементів, які використовувалися для їх послідовного вимірювання. Натомість, у деяких дослідженнях знання, навички, поведінка та компетенції використовувалися як взаємозамінні [22].

Виконання вищезазначених кроків підтвердило, що на додаток до ключових компетентностей МСАР та пов'язаних з ними поведінкових елементів, компетентність «професіоналізм» має бути включена до нової глобальної рамки компетентностей, яка може бути використана для керівництва навчанням і розвитком менеджменту охорони здоров'я в різних контекстах охорони здоров'я [33].

За останні 20 років було проведено лише кілька досліджень для розуміння вимог до компетентності менеджерів у сфері охорони здоров'я. Частково це може бути пов'язано з тим, що компетентність в управлінні охороною здоров'я є новою галуззю дослідження, а концепція освіти і навчання на основі компетентності була прийнята лише невеликою кількістю навчальних програм з управління охороною здоров'я, в основному в США, Великобританії та деяких європейських країнах, а останнім часом і в Австралії. Однак, систематичний огляд літератури дозволив обґрунтувати основні компетентності, необхідні для менеджерів охорони здоров'я. Ці інклюзивні компетенції можуть бути підтвержені і використані в країнах, які ще не розробили власну систему управлінських компетенцій, щоб керувати навчанням і розвитком своїх управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я [35].

Однак варто зазначити, що лідерські та управлінські компетенції залежать від контексту; компетенції та пов'язані з ними поведінкові елементи, визначені в дослідженнях, проведених в одному контексті охорони здоров'я або в одній країні, можуть бути не повністю застосовні в інших контекстах. Наприклад, поведінкові елементи в кожній з компетенцій можуть бути не однаково важливими для керівників лікарень в Австралії та Ірані. Крім того, поведінкові елементи в кожній з компетентностей можуть бути не однаково важливими для різних рівнів управління та типів управлінських посад. Наприклад, поведінкові елементи, важливі для виконавчих директорів лікарень, можуть не вважатися однаково важливими для директорів сестринських служб, якщо основні завдання, які вони повинні виконувати, відрізняються [36].



Рисунок 2.2. Остаточна сформована модель управлінської та лідерської компетентності для керівників лікарень.

Джерело [55].

Картування компетенцій, визначених у дослідженнях, проведених протягом останніх 20 років з використанням структури МСАР і пов'язаних з нею поведінкових елементів як керівної основи, підтверджує наступну інклюзивну структуру компетенцій (рис. 2.2) для керівників служб охорони здоров'я [55].

Шість ключових компетентностей, які були включені до структури МСАР, як описано вище, добре обговорювалися в літературі та підтверджені останніми дослідженнями. Отже, немає сумнівів у їх важливості для включення в якості ключових компетентностей, якими повинні оволодіти менеджери охорони здоров'я для ефективного виконання своїх управлінських обов'язків. Хоча система МСАР включає поведінкові елементи, пов'язані з компетентністю професіоналізму, систематичний огляд літератури та картування підтвердили необхідність включення професіоналізму в якості окремої компетентності для менеджерів охорони здоров'я.

Професіоналізм визначається як здатність узгоджувати особисту та організаційну поведінку з етичними та професійними стандартами, які включають відповідальність перед пацієнтом і громадою, орієнтацію на надання послуг і прагнення до навчання та вдосконалення впродовж усього життя.

У наш час організації охорони здоров'я, особливо лікарні, прийняли підхід, орієнтований на пацієнта. Для того, щоб пацієнти отримували якісні послуги, медичні працівники повинні підтримувати високі професійні та етичні стандарти, а також бути в курсі найсучасніших знань та інформації. Завдання полягає в тому, щоб контролювати і підтримувати якість і стандарти в роботі менеджерів. Тому професіоналізм вимагає розвитку в освіті та навчанні в сфері охорони здоров'я [37].

Менеджери можуть отримати доступ до управлінського професійного розвитку різними способами. Існує ряд корисних механізмів для досягнення цього, включаючи формальну освіту в університетах у сфері управління; підвищення кваліфікації без відриву від виробництва; використання

наставників і навчальних груп на підприємстві; а також інтенсивне навчання за межами підприємства, семінари і конференції. Для сприяння управлінському розвитку було запропоновано розробити і прийняти систему освіти і навчання для менеджерів у сфері охорони здоров'я, засновану на компетентностях [39].

Запропонована структура разом з конкретним процесом оцінювання може бути використана для розвитку, моніторингу та оцінювання компетентності керівників закладів охорони здоров'я, для розробки посадових інструкцій, підбору персоналу та оцінки прогалин у компетентності, а отже, і потреб у навчанні керівників. Крім того, ця модель може слугувати орієнтиром для навчання та розширення можливостей [55].

Таблиця 2.2

Характеристики включених досліджень (перераховані у зворотному порядку за роками публікацій)

Country	Type of Participants	Study Design	Data Collection Method	Setting	Number of Competencies
Indonesia	First-line nurse managers	Mixed methods	Integrative review, interviews with experts and survey	Public hospitals	7 Core competencies and behavioral items
Australia	Health service managers	Mixed methods	Position description analysis (PDA), focus group discussions and online surveys	Hospitals and Community health services	6 Core competencies and behavioral items
Vietnam	Hospital managers	Mixed methods	PDA, survey	Public hospitals	12 Core competencies and behavioral items
Iran	Hospital managers	Qualitative	Interviews and focus group discussions	Public hospitals	8 Competencies
China	Nurse managers	Qualitative	In-depth interviews	Hospitals	19 Competencies
Finland	Nurse managers	Quantitative descriptive	Literature review, expert panel and survey	Hospitals	12 Competencies
Australia	Hospital managers at the middle and senior levels	Mixed methods	PDA, Focus group discussions and online survey	Hospitals	6 Competencies

Country	Type of Participants	Study Design	Data Collection Method	Setting	Number of Competencies
Thailand	Hospital directors	Qualitative	In-depth interview	Private hospitals	6 Competencies and behavioral items
South Africa	Senior nursing managers	Quantitative descriptive	Review and survey	Public and private hospitals	7 Competencies and behavioral items
South Africa	Hospital managers	Quantitative descriptive	Review and survey	Public and private hospitals	5 Competencies and behavioral items
USA	Nurse managers	Qualitative	Face-to-face interviews	Hospitals	6 Competencies
USA	Charge nurses	Qualitative	Interviews	Hospitals	4 Competencies and behavioral items

Джерело [55].

Керівників в організаціях охорони здоров'я. У короткостроковій перспективі, враховуючи важливість освіти, заснованої на компетентностях, для розвитку менеджерів охорони здоров'я та розвитку персоналу, визначення та розробка рамки управлінських компетентностей може не тільки підвищити актуальність існуючої неформальної та формальної підготовки менеджерів охорони здоров'я для задоволення потреб галузі охорони здоров'я в управлінських кадрах, а й сприяти підвищенню ефективності та результативності надання медичних послуг [54].

У довгостроковій перспективі рамка відображає вимоги до компетентності всіх управлінських кадрів системи охорони здоров'я, забезпечуючи керівництво для розробки системних і загальноорганізаційних стратегій, спрямованих на підвищення загальної компетентності кадрів і підготовку майбутніх кадрів до постійних викликів і змін, з якими стикаються системи охорони здоров'я.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

У цій частині нашої роботи представлено окремі результати систематичного огляду літератури з досліджень компетентності управління у сфері охорони здоров'я та обговорено процес і результати картування лідерських та управлінських компетентностей з використанням валідованої рамки МСАР як основи.

Цей розглянутий нами огляд та співставлення компетентностей, визначених у попередніх дослідженнях, з валідованою рамкою МСАР дозволили розробити рекомендацію щодо розширеної рамки компетентностей з лідерства та управління для керівників системи охорони здоров'я. Вона забезпечує керівництво для формулювання напрямів навчання та розвитку для управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я в різних контекстах охорони здоров'я.

В результаті авторами було запропоновано інклюзивну систему управлінських компетентностей, що складається з семи основних лідерських та управлінських компетентностей. Хоча запропонована система чітко не диференціює відмінності у рівні необхідних компетенцій між секторами, рівнями управління та посадами, вона є дуже корисним керівництвом для перегляду та розробки поточної навчальної програми підготовки та розвитку управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я, а також для відбору та найму кандидатів, які відповідають різним управлінським ролям у закладах охорони здоров'я. Таким чином, розвиток лідерських та управлінських компетенцій може стратегічно і систематично покращити загальну ефективність організації та основні управлінські функції, а також сприятиме розвитку та підготовці компетентних менеджерів і лідерів.

Огляд літератури підтверджує, що це було перше дослідження, яке систематично аналізувало емпіричні дослідження, спрямовані на визначення лідерських та управлінських компетентностей менеджерів охорони здоров'я, зокрема керівників лікарень, починаючи з 2000 року. Основним обмеженням

дослідження було те, що воно не диференціювало необхідний рівень компетентності за секторами, рівнями управління та посадами. Тому рекомендована система може потребувати подальшої перевірки перед використанням для керівництва викладачами та менеджерами з навчання і розвитку, коли необхідно враховувати специфічний контекст. Однак вона забезпечує загальну основу для розуміння загальних потреб у розвитку компетентності управлінських кадрів системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3.

ВЕКТОРИ ТА МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ ДО ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Розуміння значення релевантної та гнучкої рамки компетенцій полягає у тому, що система компетенцій – це комплексний інструмент, який окреслює необхідні набори навичок, поведінку та ставлення, необхідні для ефективного виконання працівниками своїх функцій на роботі. Ці набори навичок, або компетенції, визначають стандарти виконання різних ролей, узгоджуючи індивідуальне зростання та продуктивність із загальними цілями організації. Система компетенцій, як правило, складається з двох основних категорій компетенцій [43].

Перша, так звані технічні компетенції, – це рольові навички, необхідні для виконання конкретних завдань або функцій. Друга, поведінкові компетенції (а іноді й особистісні компетенції, так звані «м'які» навички), підкреслюють основні характеристики, які впливають на те, як працівник виконує свою роботу, спілкується, взаємодіє з іншими та загалом поводить себе в професійному середовищі, і зазвичай пов'язані з тим, як виконується робота (культура), а не з самою роботою, яка виконується. Вирішальна роль рамок компетенцій у діловому та індивідуальному успіху. Система компетенцій, якщо вона належним чином розроблена для забезпечення релевантності та гнучкості, має значний вплив як на діловий, так і на особистий успіх на роботі. Це розуміння підкреслюється ключовими аспектами, які проливають світло на її фундаментальне значення:

– Вимірювання ефективності: системи компетенцій надають конкретний, детальний набір критеріїв для оцінювання індивідуальних результатів роботи. Пропонуючи об'єктивний стандарт, вони сприяють точному оцінюванню і полегшують конструктивний зворотній зв'язок, підтримуючи постійне підвищення ефективності.

– Підбір та утримання персоналу: Окреслюючи чіткі рольові очікування, системи компетенцій слугують безцінним орієнтиром для залучення та відбору талантів, які відповідають потребам та культурі бізнесу. Пропонуючи чіткий шлях кар'єрного зростання, вони також значною мірою сприяють утриманню працівників.

– Навчання та розвиток: Системи компетенцій дозволяють компаніям ефективно виявляти прогалини в навичках і знаннях. Вони створюють основу для цілеспрямованих ініціатив з навчання та розвитку, забезпечуючи оптимальне використання ресурсів для підвищення кваліфікації працівників.

– Планування наступництва: Добре розроблена система компетенцій забезпечує механізм для виявлення потенційних лідерів в організації. Вона допомагає підготувати наступників, визначаючи необхідні ключові компетенції, тим самим забезпечуючи безперервність бізнесу та ефективність керівництва.

– Залученість та досвід працівників: Система компетенцій може підвищити рівень залученості та досвіду співробітників. Пропонуючи прозорість щодо очікувань та чітку дорожню карту кар'єрного зростання, вони сприяють формуванню у працівників відчуття мети та мотивації.

– Стратегічне узгодження: Системи компетенцій узгоджують індивідуальну ефективність і розвиток із загальною бізнес-стратегією та цілями організації. Таке узгодження сприяє успіху організації та гарантує, що зусилля кожного члена команди сприяють досягненню ширших бізнес-цілей [43].

Визначення актуальності та гнучкості системи компетенцій/ Рівень релевантності та гнучкості системи компетенцій визначається її відповідністю унікальним потребам організації та здатністю адаптуватися до постійно мінливого бізнес-середовища. Незалежно від того, чи це малий бізнес, чи транснаціональна корпорація, неприбуткова організація чи державна установа, система компетенцій повинна відображати еволюцію наборів навичок, необхідних для адаптації до галузевих змін та еволюції робочих ролей. Вона залишається актуальною, коли точно відображає реалії ринку праці та

конкретний організаційний контекст; і залишається гнучкою, коли адаптується до швидкої динаміки ринку, нових технологій і мінливих очікувань клієнтів [42].

Більшість розробників рамок компетенцій, як правило, більше зосереджуються на актуальності, ніж на гнучкості. Однак здатність рамки компетенцій швидко адаптуватися до мінливих обставин є життєво важливою для її актуальності в майбутньому. Таким чином, не просто важливо, щоб рамка компетентностей була гнучкою, але це є фундаментальною умовою її актуальності [46].

Система компетенцій повинна мати гнучкість, щоб адаптуватися і розвиватися синхронно із зовнішніми та внутрішніми змінами в організації. Гнучка система – це система, яка дозволяє регулярно оновлювати компетенції в міру того, як змінюються посадові обов'язки або з'являються нові посади, коли потрібні нові навички, а інші навички застарівають, коли технології змушують змінювати характер роботи, яку виконує бізнес, і те, як люди виконують цю роботу. Така система розвиває культуру навчання в організації, заохочуючи працівників постійно здобувати нові навички та адаптуватися до змін [45].

Одним з найпотужніших інструментів для забезпечення організаційного успіху та особистого зростання на роботі є добре структурована, релевантна та гнучка система компетенцій.

Релевантна та гнучка система компетенцій дозволяє організаціям бути більш ефективними та стратегічними в тому, як вони розподіляють ресурси для управління своєю повсякденною, поточною діяльністю; реагувати на мінливу динаміку ринку; залучати робочу силу, що розвивається; та пропонувати можливості для зростання співробітників, які є актуальними для людей та бізнесу.

Чітко визначена система компетенцій є основою розвитку персоналу відповідно до бізнес-стратегії. Ці рамки забезпечують чіткі шляхи для індивідуальних досягнень, а також стратегічно узгоджують ці індивідуальні шляхи з ширшими організаційними цілями. У цьому сенс релевантної системи

компетенцій. Тим не менш, актуальність сьогодні може бути неактуальною завтра, і просто мати (статичну) систему компетенцій недостатньо. Бізнес-ландшафт змінюється надзвичайно швидко (технології, демографічні зміни, законодавство, політичні коливання тощо), і система компетенцій повинна бути розроблена таким чином, щоб залишатися актуальною, резонуючи з вимогами робочих ролей і галузі в цілому, а також бути гнучкою, щоб забезпечити можливість адаптації відповідно до організаційної еволюції та ринкових змін [56].

Більшість організацій і, зокрема, фахівці з управління персоналом (HR), як правило, дуже добре вміють розробляти системи компетенцій. Питання полягає в тому, як вони можуть розробити систему компетенцій, яка буде одночасно актуальною і гнучкою? Це питання, з яким стикаються багато керівників компаній та HR-лідерів, і відповідь на нього вимагає стратегічного підходу [57].

Система компетенцій – оскільки це структура, яка визначає набір компетенцій або навичок для кожної ролі в організації, то вона є корисним показником ефективності працівників, а для працівників система компетенцій корисна для уточнення вимог до кожної окремої ролі. Рамки компетенцій окреслюють риси, навички та знання, потрібні для здійснення певних робіт. Ці рамки також підтримують змогу організацій обирати аргументовані дії відносно найму, утримання та планування наступності талантів, а також можуть допомогти їм підтримувати навчання та розвиток працівників. Організації повідомляють членам команди, яка поведінка є необхідною, цінується та винагороджується відповідно до їхніх ролей. Це дає працівникам розуміння цінностей організації та очікуваних від них результатів [54].

Система компетенцій важлива тим, що добре структурована система компетенцій допомагає як працівникам, так і організації. Завдяки цій системі працівники можуть точно розуміти, чого від них очікують і які компетенції необхідні для виконання їхніх конкретних ролей. Якщо працівникові бракує компетенцій у якійсь конкретній сфері, система допоможе йому визначити, на

яких навичках йому потрібно зосередитися, щоб розвинути їх. Рамки компетенцій також надають працівникам інформацію про організацію – наприклад, які навички організація цінує найбільше і як їхня робота впливає на організацію [48].

Для організації рамка може допомогти командам з управління талантами та відділу кадрів оцінити, чи ефективно працівник виконує свою роль – по суті, створюючи інструмент порівняльного аналізу для кожної посади. Створення системи компетенцій для нової або вакантної посади також може допомогти організації визначити кваліфікованих кандидатів під час співбесіди.

З яких компонентів складається система компетенцій? Хоча вони можуть бути побудовані по-різному в різних компаніях, структуру можна розділити на окремі якості, що базуються на компетенціях, такі як наступні:

Основні цінності. Вони встановлюють основні етичні принципи для працівників, які стосуються прийняття рішень та поведінки.

Основні компетенції. Це основні навички, такі як вирішення проблем, якими повинні володіти всі співробітники.

Функціональні компетенції. Це навички, які стосуються конкретних посад.

Мета-компетенції. Це корисні якості, такі як здатність адаптуватися до змін і гнучкість, які мають відношення до різних робочих середовищ, але не є обов'язковими для працевлаштування.

Лідерські компетенції. Це якості, які визначають осіб, що мають потенційні лідерські та управлінські навички [51].

Система компетенцій має наступні переваги:

– Забезпечує чіткі очікування. Система компетенцій дає чітке уявлення про очікувані технічні, м'які та тверді навички для всіх ролей в організації.

– Допомагає виявити прогалини в навичках. Менеджери можуть визначити, де працівник не відповідає всім очікуваним компетенціям для своєї посади.

– Сприяє кар'єрному зростанню. Співробітники можуть працювати над будь-якими виявленими прогалинами в навичках для свого кар'єрного зростання. Система також повинна враховувати мобільність персоналу і те, як працівник може досягти певних етапів кар'єрного зростання.

– Допомагає в процесі підбору персоналу. Рамка дає рекрутерам детальний перелік усіх необхідних та ідеальних навичок, якими повинен володіти потенційний працівник, щоб адекватно виконувати певну роль.

– Підтримує створення програм навчання та професійного розвитку. Менеджери можуть визначити, де їхні співробітники потребують вдосконалення, і вивчити способи забезпечення наставництва та навчання. Як розробити систему компетенцій [49].

– Щоб створити систему компетенцій, організації повинні зробити наступні кроки:

1. Визначити мету системи. Визначте передбачувані короткострокові та довгострокові цілі для системи. Наприклад, чи буде вона використовуватися для оцінювання працівників, для надання працівникам точного опису того, що від них очікується, чи для того й іншого?

2. Зібрати інформацію. Відповідні компетенції для кожної ролі можна зібрати, проаналізувавши саму роботу або опитавши працівників. Чим точніше буде визначено поведінку, навички та кваліфікацію, тим точнішою буде система і тим ефективнішим буде її використання за призначенням.

3. Побудувати систему. Використовуючи інформацію з попереднього етапу, можна побудувати систему для кожної посади.

4. Впровадити. Система повинна бути простою, щоб на неї можна було легко посилатися. Організація повинна повідомити, для чого була розроблена система і які її цілі. Також слід провести навчання, щоб допомогти заповнити прогалини в їхніх конкретних компетенціях.

5. Переглядати з часом. Важливість і обсяг роботи, пов'язаної з певною посадою, можуть змінюватися з часом, а це означає, що відповідні необхідні компетенції також змінюються і повинні оновлюватися [43].

Основні навички в системі компетенцій.

Навички компетенцій можуть відрізнятися в різних компаніях і охоплювати робочі, особисті, людські та етичні навички. Найкращі практики для ефективною системи компетенцій. При створенні системи компетенцій організаціям слід дотримуватися наступних найкращих практик:

1. Бути чіткими. Кожна роль повинна містити чітке, але ґрунтовне пояснення кожної компетенції.

2. Бути всебічною. Детальний аналіз кожної посади дозволяє точно визначити ключові компетенції.

3. Збирати різні точки зору. Щоб допомогти у зборі та аналізі різних компетенцій, слід зібрати відгуки для кожної ролі від працівників, менеджерів та експертів у певній галузі.

4. Інтегрувати в процеси. Після завершення роботи над системою компетенцій її слід інтегрувати в існуючі процеси, наприклад, в посадові інструкції, процеси управління ефективністю роботи співробітників і навчання.

5. Забезпечити підтримку. Компетенції повинні бути актуальними, оскільки ролі можуть змінюватися з часом.

6. Дізнатись про деякі причини прогалин в ІТ-навичках і про те, як їх усунути за допомогою навчання [56].

Валідація рамок компетенцій. Процес перевірки рамок компетенцій полягає в її ефективності для підвищення продуктивності та сприяння досягненню організаційних цілей. Щоб перевірити їх валідність, проводьте регулярні огляди та оцінки, щоб забезпечити її постійну актуальність та ефективність (це компонент «гнучкості» системи компетенцій). Отримуйте зворотній зв'язок від працівників, менеджерів та інших зацікавлених сторін, щоб отримати уявлення про її застосування та вплив. Порівняйте з іншими компаніями в тій самій галузі або навіть з компаніями в інших галузях, які працюють над тим, щоб зайняти вже зайняту ринкову нішу. Також проаналізуйте результати HR-процесів, таких як рішення про найм, оцінювання ефективності та навчальні програми, щоб отримати більше інформації про їхню

ефективність. Якщо система компетенцій постійно допомагає керівникам, менеджерам і працівникам приймати більш обґрунтовані рішення, сприяє підвищенню продуктивності та просуває бізнес до його цілей, це означає, що вона є обґрунтованою [41].

Актуальна і гнучка система компетенцій є незамінним інструментом для організацій, які прагнуть процвітати в динамічному ринковому середовищі. Ключ до успіху полягає в узгодженні системи зі стратегічними цілями організації, забезпеченні її адаптивності та підтримці твердої прихильності до постійного вдосконалення.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Може здатися, що виміряти, наскільки добре співробітники виконують свою роботу, неможливо. Зрештою, як можна виміряти щось на кшталт «лідерства» чи «співпраці»? Проте, знання того, як визначити та виміряти ці навички, є життєво важливою частиною підвищення ефективності вашої організації.

Система компетенцій може допомогти компанії в цих зусиллях – вона визначає навички, знання та характеристики, що вимагаються від членів вашої організації. Крім того, розвиток компетенцій допомагає вашим співробітникам розвиватися на роботі та розширювати свої навички.

Сформулювавши навички, що цінуються на кожній посаді в організації, є можливою розробка матриці компетенцій, яка надасть чіткий спосіб оцінювати ефективність роботи співробітників, а також розвиватиме культуру бізнесу компанії/організації. Система компетенцій (також звана матрицею компетенцій) може допомогти вам стандартизувати компетенції для кращого оцінювання. Ця система компетенцій призначена для ознайомлення працівників, щоб вони мали чіткі очікування від своїх ролей і розуміли, як ці компетенції сприяють покращенню роботи організації в цілому.

ВИСНОВКИ

Система компетенцій – це лише спосіб допомогти вашим співробітникам – і, в свою чергу, вашій організації – досягти успіху. Це чудовий інструмент для визначення сильних і слабких сторін та забезпечення реальних, змістовних можливостей для навчання. Ви також зможете виявити прогалини у вашій бізнес-моделі та знайти людей, які заповнять ці прогалини для підвищення ефективності команди. Розробка системи компетенцій займає значний час, але ці зусилля винагороджуються більшими повноваженнями співробітників, які відчувають впевненість у тому, що їхні ролі зрозумілі, а керівники зацікавлені в їхньому вдосконаленні та успіху.

Для будь-якої організації чи компанії важливо визначити та виміряти успіх і ефективність команд та окремих працівників, щоб допомогти бізнесу досягти успіху. Система компетенцій може допомогти вам визначити навички, ставлення та поведінку, необхідні працівникам для якісного виконання своїх завдань. Якщо ви зацікавлені в управлінні талантами, знання про систему компетенцій і способи її побудови може допомогти вам розвинути затребувані навички для вашої кар'єри.

Система компетенцій – це оцінка навичок, суджень, знань і якостей, необхідних для ефективного виконання певної роботи. Вона визначає набір компетенцій для кожної ролі у вашому відділі, бізнесі чи компанії, а також демонструє цінності, поведінку та вимоги, яких прагне дотримуватися організація для досягнення своїх цілей і завдань. Система компетенцій, по суті, узгоджує особисту ефективність з корпоративними цінностями. Ці рамки можуть допомогти вам оцінити роботу співробітників і розпізнати кваліфікованих кандидатів під час процесу найму.

Залежно від бізнесу чи організації, система компетенцій може включати наступні елементи:

1. Основні цінності – це принципи, які впливають на рішення, дії та поведінку працівників вашої організації. Організації часто включають їх для встановлення етичних стандартів і кодексів поведінки незалежно від конкретної посади чи ролі.

2. Ключові компетенції часто виступають основою системи і застосовуються до всіх ролей і співробітників.

3. Функціональні компетенції відображають відповідальність та обов'язки певної посади, звання або ролі, а також інструменти та здібності, необхідні для їх виконання.

4. Лідерські компетенції – це загальні риси та навички, які можуть ідентифікувати працівника з потенціалом керувати, управляти або мотивувати інших.

5. Мета-компетенції – це риси, які менш важливі для поточної ролі людини, але можуть бути корисними в майбутньому, особливо якщо вона хоче просуватися по кар'єрних сходах.

Існує кілька способів побудови системи компетенцій для бізнесу:

Співпраця із зовнішніми консультантами, які мають досвід у створенні системи компетенцій.

Створення широкої системи компетенцій для всієї організації та використання її як основи для більш специфічних систем, сформованих кожним відділом або командою.

Використання шаблону системи компетенцій, що містить загальні та стандартизовані навички, та його адаптація до потреб вашої компанії.

Існує кілька переваг визначення рамок компетенцій для бізнесу чи організації, зокрема:

1. Прояснює очікування.

Рамки компетенцій слугують об'єктивними ресурсами, що визначають очікування від працівників. Система компетенцій пропонує чіткий і доступний опис того, як усі ролі пов'язані з бізнесом, його цілями та успіхом. Кожен

працівник має посилення на посадові обов'язки, необхідні навички та бачення того, як виконувати свою роботу добре і без плутанини.

2. Спрощує роботу з персоналом.

Ефективна система компетенцій може допомогти вам краще керувати та розвивати членів вашої команди. Оскільки система компетенцій чітко показує, що потрібно для кожної посади, вона може полегшити роботу команди з управління талантами або відділу кадрів. Ви можете порівнювати результати роботи співробітників з рамкою компетенцій, щоб виявити тих, хто перевершує їх на своїй посаді, і тих, хто має можливості для вдосконалення. Створивши систему компетенцій, ви можете інтегрувати такі завдання управління людськими ресурсами, як планування персоналу, підбір персоналу, професійний розвиток, управління ефективністю роботи та перегляд компенсацій для підвищення ефективності.

3. Сприяє кар'єрному зростанню.

Ефективна система компетенцій планує мобільність персоналу та організаційні зміни, одночасно сприяючи розвитку корпоративної культури. Вона може усунути прогалини в навичках, допомогти вам інвестувати в співробітників і визначити вимоги до кар'єрного просування. Утримання талановитих працівників і високий рівень їхнього утримання забезпечує економію коштів і покращує репутацію компанії.

Система компетенцій для бізнесу чи організації має багато практичних застосувань на робочому місці, зокрема:

- забезпечення того, що працівники мають досвід і достатні здібності для виконання роботи, яка від них вимагається;
- ефективний рекрутинг, найм та навчання нових талантів;
- зменшення прогалин у навичках і знаннях;
- ефективне планування зростання, наступництва або розширення
- забезпечення професійного розвитку та навчання лідерству;
- легко та ефективно впроваджувати процеси управління змінами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010, 376: 1923-1958. 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
2. Epstein RM: Assessment in medical education. *N Engl J Med*. 2007, 356: 387-396. 10.1056/NEJMr054784.
3. Epstein RM, Hundert EM: Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002, 287: 226-235. 10.1001/jama.287.2.226.
4. ten Cate O, Scheele F: Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice?. *Acad Med*. 2007, 82: 542-547. 10.1097/ACM.0b013e31805559c7.
5. Long DM: Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. *Acad Med*. 2000, 75: 1175-1183.
6. Klass D: A performance-based conception of competence is changing the regulation of physicians' professional behavior. *Acad Med*. 2007, 82: 529-535. 10.1097/ACM.0b013e31805557ba.
7. Huddle TS, Heudebert GR: Taking apart the art: the risk of anatomizing clinical competence. *Acad Med*. 2007, 82: 536-541. 10.1097/ACM.0b013e3180555935.
8. Fernandez N, Dory V, Ste-Marie L-G, Chaput M, Charlin B, Boucher A: Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. *Medical Education*. 2012, 46: 357-365. 10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x.
9. Rethans JJ, Norcini JJ, Barón-Maldonado M, Blackmore D, Jolly BC, LaDuca T, Lew S, Page GG, Southgate LH: The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *J Med Educ*. 2002, 36: 901-909. 10.1046/j.1365-2923.2002.01316.x.

10. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L: Defining characteristics of educational competencies. *J Med Educ.* 2008, 42: 248-255. 10.1111/j.1365-2923.2007.02996.x.
11. Miller GE: The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.* 1990, 65: S63-S67. 10.1097/00001888-199009000-00045.
12. Smith JD, O'Dea K, McDermott R, Schmidt B, Connors C: Educating to improve population health outcomes in chronic disease: an innovative workforce initiative across remote, rural and indigenous communities in northern Australia. *Rural Remote Heal.* 2006, 6: 606
13. Murphy C: Focusing on the essentials: learning for performance. *Hum Resour Heal.* 2008, 6: 26-10.1186/1478-4491-6-26.
14. United Nations Development Program Millennium Development Goals. 2010. URL: <http://www.undp.org/mdg/> (дата звернення 31.12.2024).
15. Calhoun JG, Ramiah K, Weist EM, Shortell SM: Development of a core competency model for the master of public health degree. *Am J Public Health.* 2008, 98: 1598-1607. 10.2105/AJPH.2007.117978.
16. University of New South Wales School of Medicine Graduate Capabilities. 2010. URL: [http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/page/Graduate% 20 Capabilities.](http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/page/Graduate%20Capabilities)
17. Hodges BD: A tea-steeping or i-Doc model for medical education?. *Acad Med.* 2010, 85: S34-S44.
18. Murad M, Coto-Yglesias F, Varkey P, Prokop LJ, Murad AL: The effectiveness of self-directed learning in health professions education: a systematic review. *J Med Educ.* 2010, 44: 1057-1068. 10.1111/j.1365-2923.2010.03750.x.
19. Indiana School of Medicine Competency Handbook. 2010. URL: <http://meca.iusm.iu.edu/documents/compt/HandbookLev1.pdf>.
20. Schwarz MR, Wojtczak AJ, Stern DT: The outcomes of a global minimum essential requirements pilot implementation in China. *Med Teach.* 2007, 29: 699-705. 10.1080/01421590701749821.

21. Hatlie MJ: Climbing ‘the learning curve’: new technologies, emerging obligations. *JAMA*. 1993, 270: 1364-1365. 10.1001/jama.1993.03510110104041.
22. Norcini JJ: Current perspectives in assessment: the assessment of performance at work. *J Med Educ*. 2005, 39: 880-889. 10.1111/j.1365-2929.2005.02182.x.
23. Norcini J, Burch V: Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*. 2007, 29: 855-871. 10.1080/01421590701775453.
24. Downing SM, Tekian A, Yudkowsky R: Procedures for establishing defensible absolute passing scores on performance examinations in health professions education. *Teach Learn Med*. 2006, 18: 50-57. 10.1207/s15328015t1m1801_11.
25. Norcini J: Setting standards on educational tests. *J Med Educ*. 2003, 37: 464-469. 10.1046/j.1365-2923.2003.01495.x.
26. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. URL: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-43>.
27. Figueroa CA, Harrison R, Chauhan A, Meyer L. Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):239. DOI: 10.1186/s12913-019-4080-7.
28. Lopes AG, Narattharaksa K, Siripornpibul T, Briggs D. An assessment of management competencies for primary health care managers in Timor-Leste. *T Int J Health Plann Manage*. 2019;35(2):520–531. DOI: 10.1002/hpm.2942.
29. Kantanen K, Kaunonen M, Helminen M, Suominen T. Leadership and management competencies of head nurses and directors of nursing in Finnish social and health care. *J Res Nurs*. 2017;22(3):228–244. DOI: 10.1177/1744987117702692.
30. Rabbani F, Hashmani FN, Mukhi AAA, et al. Hospital management training for the Eastern Mediterranean Region: time for a change? *J Health Organ Manag*. 2015;29(7):965–972. DOI: 10.1108/JHOM-11-2014-0197.

31. Kakemam E, Dargahi H. Competencies Gap in Hospital Management in Tehran, Iran: a Cross-sectional Survey. *J Health Manag.* 2019;21(4):451–464. DOI: 10.1177/0972063419884412.
32. ÉN T, Lamarche PA, Goulet L, Contandriopoulos AP. Health care system performance of 27 OECD countries. *Int J Health Plann Manag.* 2012;27(2): 104–129. DOI: 10.1002/hpm.1110.
33. Busari JO. Management and leadership development in healthcare and the challenges facing physician managers in clinical practice. *Int J Clin Leader.* 2012;17(4):211–216.
34. Coulter JS, Faulkner DC. The multigenerational workforce. *Prof Case Manag.* 2014;19(1):46–51. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000008.
35. Piper LE. Generation Y in healthcare: leading millennials in an era of reform. *Front Health Serv Manag.* 2012;29(1):16–28. DOI: 10.1097/01974520-201207000-00003.
36. Kitreerawutiwong K, Sriruecha C, Laohasiriwong W. Development of the competency scale for primary care managers in Thailand: scale development. *BMC Fam Pract.* 2015;16(1):174. DOI: 10.1186/s12875-015-0388-5.
37. Pihlainen V, Kivinen T, Lammintakanen J. Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadersh Health Serv.* 2016;29(1):95–110. DOI: 10.1108/LHS-11-2014-0072.
38. Heshmati B, Joulaei H. Iran's health-care system in transition. *Lancet.* 2016;387(10013):29–30. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01297-0.
39. Kalhor R, Amini S, Sokhanvar M, Lotfi F, Sharifi M, Kakemam E. Factors affecting the technical efficiency of general hospitals in Iran: data envelopment analysis. *J Egypt Public Health Assoc.* 2016;91(1):20–25. DOI: 10.1097/01.EPX.0000480717.13696.3c.
40. Raeissi P, Sokhanvar M, Kakemam E. Outsourcing in Iranian hospitals: findings from a qualitative study. *Int J Health Plann Manag.* 2018;33(4):e1250–e61. DOI: 10.1002/hpm.2619.

41. Barati O, Sadeghi A, Khammarnia M, Siavashi E, Oskrochi G. A qualitative study to identify skills and competency required for hospital managers. *Electron Physician*. 2016;8(6):2458. DOI: 10.19082/2458.

42. Kalhor R, Tajnesaei M, Kakemam E, Keykaleh MS, Kalhor L. Perceived hospital managerial competency in Tehran, Iran: is there a difference between public and private hospitals? *J Egypt Public Health Assoc*. 2016;91(4):157–162. DOI: 10.1097/01.EPX.0000508180.48823.cd.

43. Jafari M, Habibirad A, Pourtaleb A, Salarianzadeh MH. Health system organizational reform in governing Iranian public hospitals: a content analysis to comprehend the barriers in Board of Trustees' hospitals. *Int J Health Plann Manag*. 2018;33(2):e612–e20. DOI: 10.1002/hpm.2500.

44. Liang Z. *Health Reforms and Australian Senior Health Executive Workforce: Characteristics, Competencies and Challenges*. VDM Publishing; 2008..

45. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J Islam Repub Iran*. 2013;27(1):42.

46. Ackerly DC, Sangvai DG, Udayakumar K, et al. Training the next generation of physician–executives: an innovative residency pathway in management and leadership. *Acad Med*. 2011;86(5):575–579. DOI: 10.1097/ ACM.0b013e318212e51b.

47. Enterkin J, Robb E, McLaren S. Clinical leadership for high-quality care: developing future ward leaders. *J Nurs Manag*. 2013;21(2):206–216. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01408.x.

48. McCallin A, Frankson C. The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *J Nurs Manag*. 2010;18(3):319–325. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x.

49. Townsend K, Wilkinson A, Bamber G, Allan C. Accidental, unprepared, and unsupported: clinical nurses becoming managers. *Int J Hum Resour Man*. 2012;23(1):204–220. DOI: 10.1080/09585192.2011.610963.

50. Calhoun JG, Dollett L, Senioris ME, et al. Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership. *Healthc Manag.* 2008;53(6).

51. Garman A, Scribner L. Leading for quality in healthcare: development and validation of a competency model. *Healthc Manag.* 2011;56(6):373–384.

52. Боротьба з неінфекційними захворюваннями: як план перетворили на фікцію. URL: <https://www.vz.kiev.ua/borotba-z-neinfektsijnymy-zahvoryuvannyamu-yak-plan-peretvoryly-na-fiktsiyu/>.

53. Елла Лібанова поділилася даними щодо чисельності населення України та кількості громадян, які виїхали. URL: <https://slovoproslovo.info/ella-libanova-prohnozue-zmshennya-naselennya>.

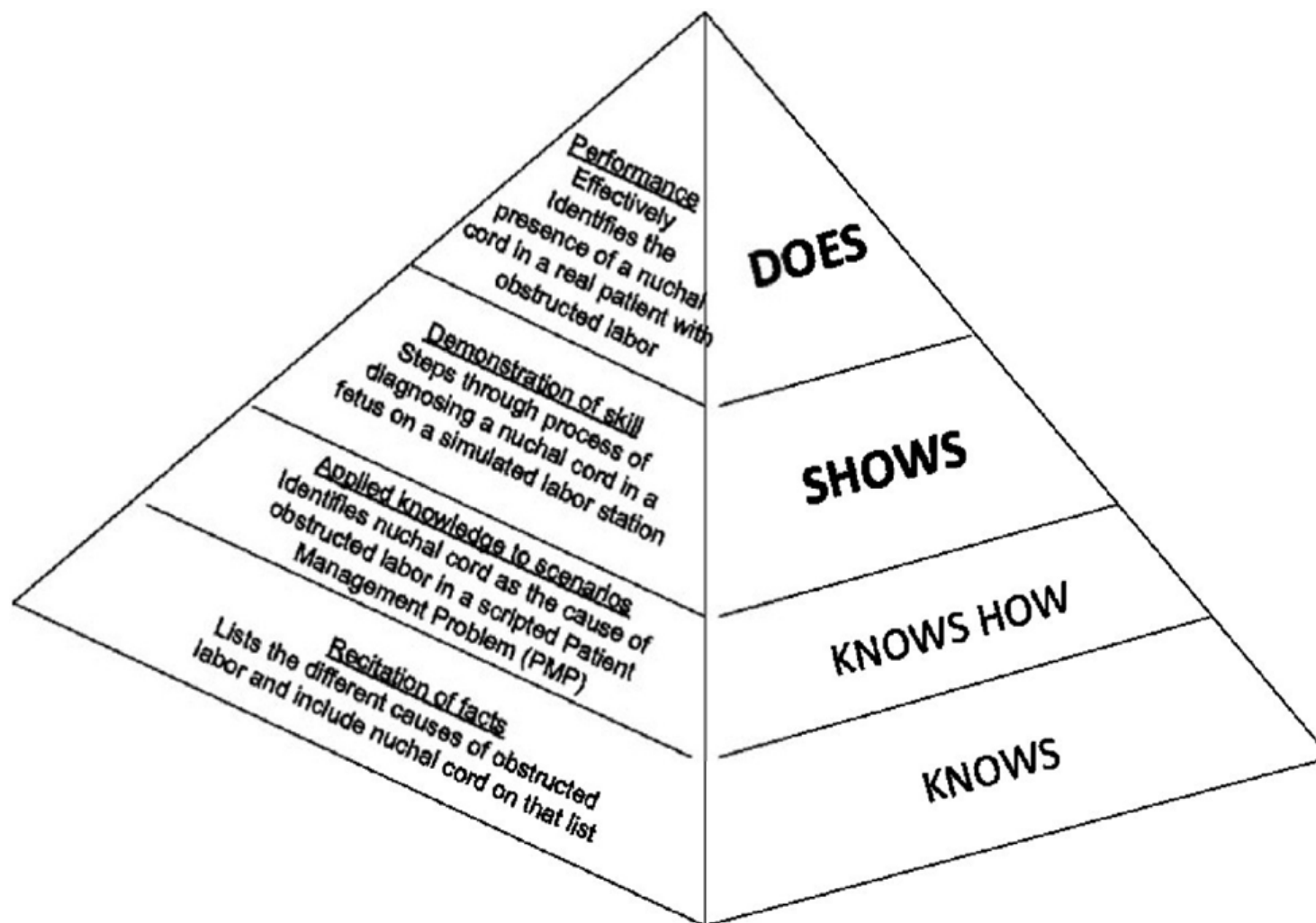
54. В Україні очікується зменшення населення на 12 мільйонів – демографічний прогноз. URL: <https://slovoproslovo.info/a-ukraini-ochikuetsya-zmshennya-naselennya-na-12-milyoniv-demohrafichnyu-prohnoz>. URL: <https://slovoproslovo.info/ella-libanova-podililasya-danimi-schodo-chiselnosti-naselennya-ukraini-ta-kilkosti-gromadyan-yaki-viihali>

55. Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383104/>.

56. Competency framework. URL: <https://www.techtarget.com/searchhrsoftware/definition/competency-framework>

57. 10 кроків до створення релевантної та гнучкої системи компетенцій. URL: <https://www.linkedin.com/pulse/10-step-guide-creating-relevant-flexible-competency-framework>.

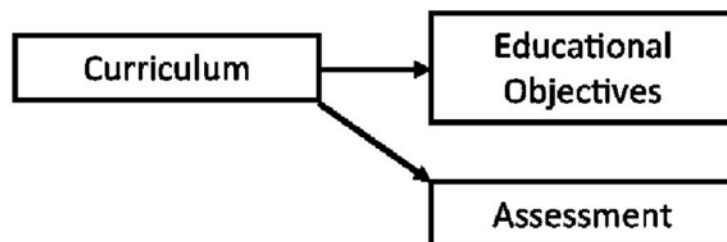
ДОДАТКИ



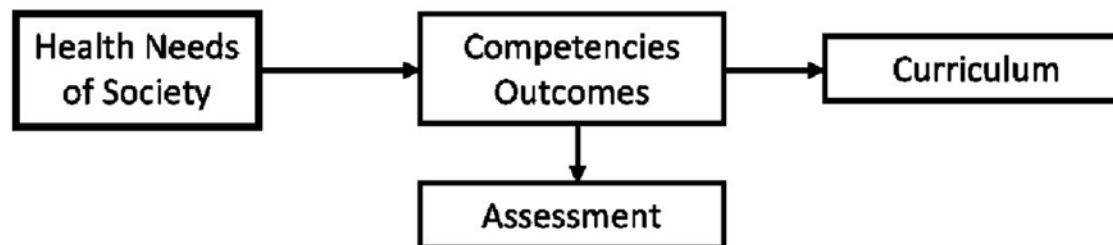
Піраміда Міллера [11].

Порівняння традиційної та компетентнісної моделей освіти а [26]

Traditional Model



CBE Model



**Зв'язок компетентностей на абстрактному та контекстуальному рівнях з
методами оцінювання та навчання на прикладі ускладненої праці**

From: The promise of competency-based education in the health professions for improving global health

Competency domain [16]	Competency in context: obstructed labor	Learning method options	Possible assessment method
Effective Communication	The learner explains different options for accelerating birth to the mother in a calm, clear manner.	Structured practice using simulated patients. Assigned reading on treatment options.	Standardized patient exercise
Basic Clinical Skills	Using physical examination techniques, the learner identifies the presence of a nuchal cord as the etiology behind obstructed labor.	Simulation/Mannequin practice. Physical exam textbook. Supervised clinical experiences.	Structured direct observation and feedback.
			Standardized patient examination.
Using Science to Guide Diagnosis, Management, Therapeutics and Prevention	The learner identifies community-based resources to assist in the prenatal management of women at risk for obstructed labor.	Self-guided search. Assigned reading.	Written examination
Moral reasoning and ethical judgment	The learner explains the most important competing issues that weigh in the decision to perform life- saving maternal interventions that may place the fetus at risk in obstructed labor.	Small group discussion of case scenarios.	Oral examination
		Programmed reading.	
Problem solving	The learner appropriately identifies and refers high- risk cases of obstructed labor that require subspecialty management	Small group discussion with scripted patient management problems. Assigned problem set with feedback.	Chart audit
Professionalism and role recognition	The learner maintains confidentiality in the care of women with obstructed labor.	Lecture.	Supervisor evaluation
		Self-directed review of confidentiality policy.	

Джерело: [26].