

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота магістра

на тему: **удосконалення системи управління підприємством**
(на прикладі ДУ «Інститут серця МОЗ України»)

Студента групи 12401Мн
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я »

Володимир Журавель

Науковий керівник,
науковий ступінь,
вчене звання

Ганна Матукова
д.пед.н., професор

Гарант освітньо-
професійної програми,
науковий ступінь,
вчене звання

Ганна Матукова
д.пед.н., професор

Завідувач кафедри,
науковий ступінь,
вчене звання

Валентин Парій
д.мед.н, професор

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Освітній рівень магістр

Спеціальність 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Завідувач кафедри менеджменту
охорони здоров'я

_____ 20__ року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА

Журавель Володимир Володимирович

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи

Удосконалення системи управління підприємством (на прикладі ДУ «Інститут серця МОЗ України»)

керівник роботи Ганна Матукова, д.пед.н., професор

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затвержені наказом вищого навчального закладу від «28» вересня 2023 р. № 832

2. Строк подання студентом роботи 02.01.2024

3. Вихідні дані до роботи менеджмент, системи управління, типи управління, стилі управління, системний підхід, менеджер, управлінська діяльність, управлінська праця, ефективність.

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи

Мета кваліфікаційної роботи

Проаналізувати й оцінити залучену систему управ-ління на рівні медичної установи та обґрунтувати й розробити рекомендації щодо доцільності впровадження сучасної демократичної схеми-моделі управлінської діяльності при наданні кардіологічної допомоги населенню управління в ДУ «Інституті серця МОЗ України.

Об'єкт дослідження

ДУ «Інститут серця МОЗ України»

Предмет дослідження

модель, типи й стилі управління, особисті якості, механізми й методичні підходи управлінської діяльності, організаційна структура, список надаваних послуг

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу

Таблиці - 11, Рисунки - 6

6. Дата видачі завдання «29» вересня 2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	1. Затвердження та надання теми роботи	вересень 2023 р.	
2	2. Обґрунтування актуальності теми роботи	жовтень 2023 р.	
3	3. Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	жовтень 2023 р.	
4	4. Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2023 р.	
5	5. Збір інформації для написання другого розділу роботи	жовтень 2023 р.	
6	6. Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2023 р.	
7	7. Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	грудень 2023 р.	
8	8. Надання матеріалів по третьому розділу роботи	грудень 2023 р.	
9	9. Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	грудень 2023 р.	
10	10. Антиплагіатна перевірка роботи	грудень 2023 р.	
11	11. Підготовка доповіді до захисту роботи	грудень 2023 р.	

Студент

(підпис)

Володимир Журавель

(прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Ганна Матукова

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Ключові слова: менеджмент, управління, система медичної допомоги, системи/схеми-моделі управління, системність, системний підхід, SWOT-аналіз, моделювання ієрархія, адміністрування, холакратія, холакратична система управління, метод сценаріїв, медична установа, інститут серця.

У кваліфікаційній роботі досліджені науково-практичні підходи до організаційних моделей управління. Дається характеристика основним типам систем управління, які найбільш широко використовуються на практиці, у т.ч. і медичних організацій – адміністративної й демократичної. Розглянута сутність, характеристики, позитивні та негативні аспекти системи управління за принципами холакратії, а також її потенціал для впровадження в медичну галузь. Виділені основні риси цієї управлінської моделі.

У сучасних ринкових умовах медичним організаціям/підприємствам необхідно постійно удосконалювати наявні системи та механізми управління з метою отримання максимального прибутку на фоні постійно зростаючої конкуренції. З цією метою було проаналізована та оцінена чинна модель управління об'єкту дослідження. Обґрунтована доцільність впровадження холакратичної системи, як проблемно орієнтованої. Дано авторське визначення сегрегаційної або гібридної (*адміністративно-демократичної*) організаційної системи управління.

Окреслені основні напрями, шляхи та етапи удосконалення системи управління на засадах системного підходу і методу сценаріїв, які будуть сприяти динамічності, результативності управління, зростанню потенціалу організованої системи, підвищенню професіоналізму в прийнятті рішень тощо.

Обґрунтовані окремі підходи до оцінки ефективності системи управління.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. СИСТЕМИ (СХЕМИ-МОДЕЛІ) УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ: ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ	9
1.1. Сутність управління, управлінської діяльності та управлінської праці	9
1.2. Адміністративні й демократичні системи/схеми-моделі управління сучасного менеджменту	13
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»	27
2.1. Характеристика та аналіз основних показників діяльності	27
2.2. Дослідження системи управління	40
2.3. Експертна оцінка якості організації управління	51
Висновки до розділу 2	52
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВНЕ МОДЕЛЮВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»	54
3.1. Концептуальні підходи оптимізації системи управління	54
3.2. Холакратична система управління: особливості, переваги, недоліки	60
3.3. Напрями та шляхи вдосконалення й оцінки ефективності системи управління	65
Висновки до розділу 3	76
ВИСНОВКИ	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80
ДОДАТКИ	86
Додаток А	85
Додаток Б	89

ВСТУП

Актуальність теми визначається сучасними змінами у системі медичної допомоги населенню (СМДН) України, які характеризуються значущими трансформаційними процесами. Це вимагає перегляду підходів, методів, стилів, типів та моделей управління медичними організаціями на всіх ієрархічних рівнях, з адміністративно-командного та субординаційного управління, переходячи до демократичних, мобільних та гнучких схем і систем. Відсутність адаптованих та інноваційних схем-моделей та механізмів управління, а також відсутність пакетних алгоритмів реагування на змінююся потреби зовнішнього та внутрішнього середовища негативно впливає на результати трансформацій та діяльність як конкретних медичних організацій, так і системи медичної допомоги населенню в цілому. Досягнення позитивних результатів у системних перетвореннях можливо лише за умови розуміння та підтримки зацікавлених сторін концептуальних положень реорганізаційних процесів, уникнення прояву «Інерції й супротиву в людських відносинах». Це створює передумови для актуалізації досліджень у межах кваліфікаційної роботи, оцінки та можливостей впровадження сучасних управлінських схем-моделей у системі медичної допомоги населенню, таких як холакратична система.

Проблеми відмови від субординаційного, ієрархічного керівництва та впровадження на практиці сучасного менеджменту, такого як холакратія, розглядаються як перехід до демократичної, мобільної і гнучкої системи управління, ґрунтованої на нових принципах та технологіях. Ці питання вивчаються вченими як за кордоном (Б. Робертсон, 2010; Л. Фредерік, 2016 та ін.), так і в Україні (М. Симончук, 2017; А. Сердюк, 2017, Матукова Г.І., 2020 та ін.). Щодо медичної сфери, згідно з наявними літературними джерелами, вищезазначені аспекти управлінської діяльності наразі не отримали науково-практичного обґрунтування, що визначило необхідність їх емпіричного дослідження в контексті цієї галузі. “

Мета та завдання дослідження. Проаналізувати й оцінити залучену систему управління на рівні медичної установи та обґрунтувати й розробити рекомендації щодо доцільності впровадження сучасної демократичної схеми-моделі

управлінської діяльності при наданні медичної допомоги населенню.

У межах мети дослідження були визначені й у подальшому розв'язані вирішенні наступні завдання:

1. На основі доступної літератури проаналізувати стан організаційно-управлінської діяльності медичних організацій, визначити наявні проблеми, у тому числі й стосовно системи управління.

2. Дослідити нормативно-правову базу України з організаційно-управлінських питань і здійснити порівняння даних положень з відомчими та локальними правовими актами.

3. Проаналізувати діяльність і задіяні механізми (*медико-організаційні, фінансові, інформаційні, кадрові, психологічні*) управління в ДУ «Інституті серця МОЗ України» (надалі «Інститут серця»).

4. Обґрунтувати методичні підходи та розробити рекомендації щодо можливості впровадження в практичну діяльність холакратичної системи управління.

5. Обґрунтувати систему управління на засадах сучасного менеджменту, з врахуванням особливостей і специфіки СМДН.

Об'єкт дослідження. В якості об'єкта дослідження обрано управлінську складову «Інститут серця».

Предмет дослідження – завдання, тенденції, проблеми, чинники, організаційні підходи та механізми забезпечення управлінської діяльності конкретної медичної установи, як самостійного суб'єкта господарювання (СГ), з надання кардіологічної допомоги населенню.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети й завдань кваліфікаційної роботи використано комплекс взаємодоповнюючих *методів*:

- *загальнонаукові методи* – дозволили більш поглиблено провести дослідження особливостей організації управлінської діяльності СГ;

- *гносеологічно-філософський метод* – дозволив визначити й диференціювати поняття системи управління, управлінські системи, процес управління, організована система на рівні медичної закладу;

- *порівняльно-правовий метод* – надав можливість здійснити порівняль-

ний аналіз нормативно-правового забезпечення за темою дослідження;

- *системного підходу за його аспектами* – визначені закономірності й логіку побудови системи управління й управлінської діяльності/праці та їх вплив на ефективність роботи СГ;

- *прогностичний метод* дав можливість визначити основні тенденції, шляхи розвитку і вдосконалення механізмів управління, зокрема, розробку схем-моделей, показників, індикаторів і критерії медико-управлінської;

- *формалізації* – при опрацюванні основних термінів і понять;

- *метод емпіричного аналізу* – оцінка можливості впровадження в медичній сфері новітніх систем управління;

- *методи логічного аналізу та узагальнення* – використані при наведенні припущень, положень, гіпотез, формування підсумку та висновків.;

- *метод сценаріїв* – обґрунтувати етапи оптимізації системи управління;

- *методи анкетування та експертної оцінки* – для збору й оцінки отриманих первинних даних;

- *статистичні та графічні методи* – для аналізу і графічного подання виявлених закономірностей та ін.

Елементи новизни дослідження. У роботі обґрунтовані організаційні підходи діагностики та оцінки концептуальної схеми-моделі забезпечення діяльності медичної установи за холакратичною системою управління, а також деталізовані окремі її методичні прийоми й механізми з переліком основних функцій суб'єкту управління ДУ.

Практична значущість Одержані результати дослідження стосовно підходів і механізмів удосконалення управлінської діяльності/праці на засадах сучасного менеджменту та запропоновані рекомендації з підвищення ефективності діяльності суб'єктів управління і посадових осіб можуть стати предметом впровадження у будь-якому суб'єкті господарювання медичного спрямування у межах виділеного кошторису на ці цілі. Враховуючи, що «Інститут серця» є установою медико-профілактичного профілю, то отримані результати дослідження можуть охоплювати широкий спектр впроваджень за цим напрямом діяльності.

РОЗДІЛ 1.

СИСТЕМИ (СХЕМИ-МОДЕЛІ) УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ: ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ

1.1. Сутність управління, управлінської діяльності та управлінської праці

Доцільність та ефективність функціонування будь-якої управлінської системи, як об'єкту, залежить від багатьох складових: рівня компетентності, кваліфікації та професіоналізму посадових осіб з основ класичного й сучасного менеджменту; ступеню організованості системи за принципом системності; відпрацювання і впровадження процесу управління відповідно до наявної чи прогнозованої ситуації; згуртованості колективу; адекватності мотивації й стимулювання відпрацювання тощо. До таких обов'язкових умов успішної діяльності, наприклад, медичної організації відноситься і залучення на практиці моделі управління, її систем або схеми управління, як безпосередньо управлінської діяльності та управлінської праці, на засадах відомчого менеджменту.

На сучасному етапі слід розглядати управління в системі медичної допомоги населенню як не просто доповнення до конкретної медичної спеціальності чи тимчасову, часткову зайнятість, а як своєрідне покликання чи окрему професію. Таким чином, в керівництві медичних організацій (МО) слід визначити менеджерів, які можуть бути не лише лікарями, але обов'язково мають управлінську, економічну, юридичну і психологічну підготовку, здатні працювати в умовах непередбачуваності ситуації і конкуренції. Це, в свою чергу, вимагає переосмислення компетенцій фахівців з управління медичною сферою і, зокрема, посилення вимог до їх застосування в різних аспектах, таких як впровадження стратегії розвитку організації, фінансовий менеджмент, лідерство, маркетинг, управління кадровими ресурсами та інше [1-3].

На сьогодні управління – це вид особливий і специфічної діяльності, пов'язаної з необхідністю виконання низки законів, принципів, функцій, технологій та процедур для успішного функціонування конкретної управлінської си-

стеми, наприклад, медичної установи. Тому управлінські кадри, посадовці всіх ієрархічних рівнів мають мати фахову управлінську освіту, а також хист та особисті організаторські якості, здібності та спроможності (*обізнаність, комунікабельність, підприємливість, рішучість, лідерство, людяно-толерантність й ін.*). Тобто, на думку окремих авторів, розуміння суті, особливостей і специфіки управління взагалі та у сфері СМДН зокрема, в основному відіграє фокус не на аналізі управління окремою діяльністю, а на координації та управлінні спільною діяльністю групи людей [4].

При цьому основна функція управління полягає у тому, щоб координувано впливати на керований об'єкт (*систему, підсистему – галузь, відомство або розділ роботи, службу, підрозділ та ін.*). Але для цього об'єкт управління повинен бути відповідним чином підготовлений до того, щоб випробувати ту дію, яка необхідна для отримання бажаного результату.

Наразі, виділення і відокремлення в управлінні специфічних функцій (*визначення мети й диференціація її на цілі, розробка та прийняття рішень, планування, організації, контролю, координації та регулюванню, стимулюванню і мотивації та ін.*) вживається практикою об'єктивних процесів і необхідності суспільно-корисної праці – хтось має забезпечувати організаційну і координаційну діяльність по виробництву продукту, наприклад, медичної допомоги/послуг населенню, а хтось – ці дії виконувати.

Таким чином, управління відрізняється тим, що його основне завдання полягає в усвідомленому впливі на процеси колективної діяльності людей. При цьому вплив не варто розуміти, як тільки лише адміністративне розпорядження. Цей свідомий вплив, призначений для узгодження й активізації праці. Він може бути не тільки формальним (*наказ, розпорядження, вказівка*), але і неформальним (*прохання, рекомендація, побажання, зауваження, критика та ін.*). Менеджер впливає на своїх підлеглих й особистим поведінням [5], відношенням до справи, до пацієнтів, людей. І в багатьох випадках такий вплив буває більш ефективним, чим формальна вказівка або розпорядження.

Отже, управління, як і професійна діяльність, що входить у сферу службових відносин, що визначаються професійно-суспільним характером робочих процесів, представляє собою складну та специфічну форму діяльності. Вона не може бути успішно виконана без належної підготовки та вимагає використання не просто схем та правил, але і складних стратегій в роботі. Складність та специфіка управління будь-якими соціальними системами, включаючи медичну допомогу, визначається необхідністю [2]:

- а) встановлення цілей та формування завдань;
- б) організації системи та її компонентів (з урахуванням пріоритету функцій перед структурою);
- в) прийняття управлінських рішень та їхньої реалізації;
- г) урахування взаємодії та взаємовідносин працівників та колективів;
- д) виконання функцій управління;
- е) застосування комплексного підходу до взаємодії з персоналом та інше.

У доступних нам літературних джерелах зустрічається множина різноманітних варіантів визначення поняття управління (*планомірна діяльність системи, направлену на функціонування та розвиток об'єкта управління [6-8]; цілеспрямований вплив, необхідний для погодження сумісної діяльності людей [9]; трансформація інформації щодо стану об'єкта в командну інформацію від суб'єкта означає спрямований вплив на об'єкти з метою досягнення конкретної цілі. Цей вплив може бути програмованим або відбуватися за допомогою процесорів, явищ і процесів, де взаємодія з ними відбувається в режимі детермінованої або довільної програми чи регламенту [10]; спрямована дія на об'єкт з метою впливу на його поведінку внаслідок зміни обставин, що склалися [11]*) та ін.

Наш погляд на це питання вказує на те, що такий підхід до характеристики суті управління породжує ряд ключових вимог до змісту управлінської діяльності. Управлінська діяльність є складним комплексним явищем, де основними компонентами є люди, знання (*компетентність*), інформація та технічні засоби. Лише урівноважене та зважене використання усіх цих елементів управлінської діяльності може забезпечити її раціональність та ефективність.

Різноманіття визначень поняття управління цілком закономірно, тому що управління «...поняття відносне, багатофакторне, у ньому перетинаються не пусті множини, і тому воно не може бути чітким настільки, щоб самому стати елементарним» [12, С. 13].

Проте абсолютна більшість дослідників однодушні в тому, що основою управління є вплив. І тоді, у нашому розумінні, що управління, наприклад, у СМДН, – це виважені, своєчасні, цілеспрямовані впливи чи конкретні дії стосовно розв'язуваного питання, проблеми, завдання або ситуації, що склалася, з метою досягнення відповідних цілей, визначених результатів за відповідними показниками, критеріями чи індикаторами [3-4, 10].

Такий підхід до характеристики суті управління, на наше переконання, формує ряд принципів вимог і рекомендацій як до змісту управлінської діяльності, так й її особливостей. А це, в свою чергу, сприяє врахуванню таких обставин, що ключовими компонентами в управлінні виступають співробітники, їх компетентність, досвід, навички та, врешті-врешт, професіоналізм, а також повноцінне фінансове й інформаційне забезпечення, сучасні технологічно-технічні засоби та обладнання та ін. А тому тільки комплексно-збалансоване та функціонально-раціональне й зважене залучення на практиці комплексу виробничо-необхідних компонентів у управлінську діяльність здатне надавати їй певну ефективність.

Вищенаведене поняття управління дозволяє сформулювати й другі вимоги та оціночні критерії до управлінського впливу, як: конкретність, доступність у розумінні розкриття задуму, своєчасність, повноважність, обґрунтованість, корегуємість управлінського процесу, спрямованість управлінської діяльності й ін.

Будь-яка управлінська система потребує наявності чинників, які стабілізують систему і забезпечують її ефективне функціонування, та на які остання спирається у своїй діяльності, наприклад, по наданню медичної допомоги населенню. У цій ситуації принциповим є постановка питання про розробку і реалізацію на практиці нової концепції – від проблем медичної допомоги до проблем здоров'я населення і навпаки. Природно, для цього, крім чинників, що стабілі-

зують систему, потрібні надійні механізми по її втіленню.

Одним із напрямків стабілізації діяльності системи і використання при цьому надійних механізмів, можуть бути і повинні стати наукові основи управління, менеджмент. Сучасний менеджмент формує, на думку цілої команди дослідників, комплексне уявлення про управління, як модель, систему, типи, види й стилі управління, особливості й зміст управлінської діяльності, також дозволяє прискрипливо розглянути еволюцію і генезис управлінської науки, типологію і професіограму менеджера 21 сторіччя, організацію процесу управління, дослідити самоменеджмент керівників-менеджерів і співробітників, дослідити комунікацій систему на внутрішньому й зовнішньому рівнях, особливості стратегічного й тактичного управління з позицій сучасного менеджменту, управління конкурентоспроможністю і ресурсним потенціалом організації, розробити схеми-моделі антикризового управління за сценарієм «пакетної діяльності», використовувати новітні підходи, методи та технології оцінки результативності та ефективності управління [3, 13-14].

Впровадження наукових основ управління в діяльність практичної системи медичної допомоги припускає вирішення ряду обов'язкових умов, як залучення сучасних адекватних систем або схем-моделей управління та їх використання в залежності від об'єктивного стану системи, якою управляють, і наявності чи прогнозованої ситуації/проблеми.

1.2. Адміністративні й демократичні системи/схеми-моделі управління сучасного менеджменту

Сучасний стан системи медичної допомоги населенню в Україні визначається рядом трансформаційних процесів. Це викликає необхідність внесення змін у підходах, методах, стилях, типах та моделях управлінських та медико-організаційних відносин, а також поступового переходу на всіх рівнях від адміністративно-командного та субординаційного управління медичними організаціями до демократичних, мобільних та гнучких схем, моделей та систем [4].

Поточна система управління в медичній галузі є досить вразливою до динамічних перетворень і недостатньо підготовленою до оперативної реакції, переорієнтації та переформатування. Відсутність адаптованих та інноваційних схем-моделей та механізмів управління, а також відсутність пакетних алгоритмів реагування на змінні потреби зовнішнього та внутрішнього середовища негативно впливає на результати трансформацій та діяльність конкретних медичних організацій і, в цілому, на систему медичної допомоги населенню.

Досягнення позитивних результатів у системних перетвореннях можливе лише за умови розуміння та підтримки зацікавлених сторін концептуальних положень реорганізаційних процесів, а саме шляхом максимального зменшення проявів закону менеджменту «інерції та супротиву в людських відносинах».

На позитивний результат системних перетворень можливо розраховувати тільки за умов розуміння та підтримки зацікавлених сторін концептуальних положень реорганізаційних процесів, тобто шляхом максимального нівелювання прояву закону менеджменту «інерції та супротиву в людських відносинах».

Це призводить до актуалізації досліджень, що стосуються оцінки та впровадження схем-моделей управління системою медичної допомоги на засадах сучасного менеджменту (СМ), наприклад, холакратичної системи – унікального виду та форми управлінської діяльності. На практиці основними є дві системи управління – ієрархічна та системна.

На наш погляд, ієрархічна система має свої корені в давньослов'янських структурах влади. Наприклад, будівництво функціональної структури влади в Київській Русі та в південних слов'ян (*хорватів*) реалізовувалася за чотирма вервами (*дорадчими органам самоврядування родоплемінної організації сільської територіальної общини*) або соціальними-економічними і етнічно-культурними рівнями (*графічно – у вигляді трикутника*).

Кожен рівень конкретизувався своїми представниками, кожен із яких виконував свої специфічні функції: перший рівень (нижній) включав виконавців, трудівників та служителів, чия основна характеристика полягала в пристосованості до праці та слухняності; другий рівень (нижньо-середній) представляли

господарі земель, ремісники, майстри та купці, які збагачували спільноту; третій рівень (середній) об'єднував управителів та силовий прошарок, таких як вистязі та воїни, які відповідали за управління та захист; четвертий рівень (вищий) представляла духовна спільнота та віщуни, такі як вчителі, мудреці та хранителі знань, зокрема волхви, чарівники, які визначали долі – власні, родини, народу [1, 4]. В наш час в ряді країн, включаючи Україну, переважає сувора централізація, де очевидні переваги полягають у чіткому розподілі обов'язків, визначення єдиноначальності, встановлення відносин підпорядкованості, стандартизація та можливість взаємозаміни в управлінському процесі, або, іншими словами, в системі службової ієрархії.

Насупроти цього, провідні країни Європи та США використовують сучасний системний менеджмент (ССМ), спрямований на дотримання відповідних принципів сертифікованих систем управління. ССМ відзначається не лише системним, комплексним, процесним, функціональним, ситуаційним, кількісним і кібернетичним підходами, але й виділяє інтегровані системи управління з інноваційно-демократичною спрямованістю в організаційних схемах та моделях. Цей підхід особливо успішно реалізується в бізнес-структурах.

Проте авторитарність, як і системність, обмежує гнучкість, демократичність, інноваційність та ініціативність в управлінській діяльності. Це в свою чергу призводить до відсутності миттєвої реакції на зміни чи критичні ситуації, а також обмежує можливість працювати в швидкому темпі відповідно до відповідного управлінського пакету.

Така модель управління вважається шляхом до занепаду. Тому технологічно-організовані системи, включаючи систему медичної допомоги населенню, краще приймають та впроваджують нові гнучкі, демократичні схеми управління. Для таких систем авторитарні стилі, прямолінійні типи управління, холярхічна або взаємозв'язок ієрархічної підпорядкованості, жорсткі обмеження у службових/посадових відносинах, так звана «кабінетна практика» управління та прийняття рішень, а також принципи «доцільності», «так треба», «зверху ви-

дніше» тепер не лише застарілі, але й шкідливі для сучасних медичних організацій.

Вищезазначене підтверджує доцільність застосування широкого спектру новітніх принципів і технологій управлінської діяльності в медичній галузі сьогодні, що базується на перегляді парадигм/стереотипів класичного менеджменту. Важливість впровадження цих принципів стає особливо актуальною під час періоду трансформаційних змін. До таких систем управління можна віднести [16-18]:

Холакратія – це система управління, де влада не зосереджена в окремих особах, а визначається набором правил. Посадові обов'язки замінені ролями, прийняття управлінських рішень надається працівникам організації, а розподіл відповідальності лідерів і співробітників здійснюється в межах їх ролей.

Соціократія – це система управління, яка прагне до прийняття рішень, що сприяють гармонії в колективі чи суспільстві, а також ефективній організації. Вона включає інструменти для формування домовленостей між співробітниками, принципи і правила поведінки в організації, а також варіанти реагування на виклики та зміни.

Селф-менеджмент або самоменеджмент – це функція, що визначається як управління собою для досягнення визначених людиною власних цілей.

Холакратія, як методологія гнучкого та динамічного управління, з'явилася в 2007 році і стала популярною в комерційних і неприбуткових організаціях у різних країнах. Вона вирізняється відсутністю керівників, підлеглих і бюрократичних службових процедур [19].

Не виключенням є і Україна, де чотири ІТ-компанії повністю впровадили систему холакратії (*Ipland, Mementia, Raccoon Gang i 4IRE labs*), а дві (*EVO i Itera*) використовують елементи холакратії [20]. Початкова концепція холакратії передбачала делегування працівникам на нижчих рівнях організації максимальної влади щодо управлінських процесів на основі статусу їхніх ролей у відношенні до досягнення загальної мети системи. Іншими словами, це передбачало передачу влади в організації «зверху-донизу», при цьому не зменшуючи

ефективність виробничої діяльності.

Кожен співробітник, згідно з його роллю в досягненні загального результату організації, повинен був розуміти всі можливі напруги або «теншени», що можуть виникнути в процесі взаємодії з колегами, і вирішувати їх. За цією системою управління організацією формувалася на засаді «ієрархії цілей», а не «ієрархії влади» [4, 16-18].

Очевидно, що холакратія, як сучасна демократична система управління, мала і має шанси на успіх у таких управлінських структурах, які були готові до: впровадження принципу децентралізації; відмови від певних владних повноважень вищих ієрархічних рівнів та переходу до формату роботи в рамках підписаної «Конституції холакратії»; забезпечення співробітникам максимальної організаційно-управлінської свободи для реалізації своїх ініціатив; визнання цього організаційно-методичного підходу більш доцільним завдяки зниженню витрат на управління та прискоренню ситуаційних реакцій та рішень, а також сприянню більшій свободі та командній взаємодії в роботі.

Викладене вище дозволяє внести холакратію до моделі децентралізованої системи влади, де сама структура забезпечує можливість кожному працівникові впливати на функціонування організації та обіймати повноваження в межах своєї ролі та обов'язків.

Холакратичну систему управління часто порівнюють із соціократією, яка була її передвісником на початкових етапах, тому вона значно вплинула на неї за організаційними ознаками. Деякі основні принципи (*кругова структура, ролі, формування кіл тощо*) були запозичені з соціократії. Проте між цими демократичними системами управління з'являються все більше розбіжностей [17].

Зрозуміло, що з точки зору організаційно-управлінських та функціонально-структурних аспектів, в ієрархічних, соціократичних і холакратичних моделях управління є як спільні або відносно подібні елементи, так і принципові розбіжності та протиріччя.

Про це свідчить їх порівняльна характеристика (*табл. 1.1*) [17-18].

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика основних позицій ієрархічної,
соціократичної та холакратичної систем управління

Ієрархія	Соціократія	Холакратія
Основою є влада – рівні управління, обов'язки, субординація	Основою є – колегіальність управління за принципами	Основою є – ролі, зрілість і відповідальність колег
Централізація влади, службова ієрархія підпорядкованості	Складається з ієрархії напівавтономних функціональних, а не авторитарних, кіл	Відсутність ієрархії, структура гнучка, влада зосереджена в колах
Субординаційний підхід	Теорії менеджменту: $X \rightarrow Y$	Теорії менеджменту: $Y \rightarrow Z$
Адміністративно-командний стиль управління	Авторитарно-демократичний стиль управління	Демократично-ліберальний стиль управління
Розподіл на директорати, департаменти, управління, відділи, служби, сектори	Функціональна ієрархія кола. Обрання посадових осіб кола (<i>не обов'язково членів кола</i>) і визначення їх обов'язків – на відкритих дебатах.	Функціональна ієрархія кола. Об'єднання співробітників у кола за ролями. Члени кола можуть одночасно бути учасниками декількох кіл
Прямий шлях управління	Змішаний (<i>прямий+опосередкований</i>) шлях управління	Переважно опосередкований шлях управління
Модель для всіх видів управління	Модель для стратегічного управління	Модель переважно для оперативно-тактичного виду управління
Діяльність співробітників чітко регламентована й розмежована, робочі обов'язки чітко визначені Уставами, положеннями, нормативно-правовими та службово-посадовими документами	Діяльність співробітників організована за 4-ма принципами: погодження; організація кола; подвійний зв'язок; вибори погодженням	Обов'язки розподіляються залежно від здібностей та інтересів співробітників, членів кола. Увага акцентується на реалізації особистої мотивації та потенціалу
Керівник приймає абсолютну більшість рішень одноосібно або у вузькому колі соратників. Принцип делегування при прийнятті УР не реалізується	При прийнятті <i>стратегічних УР</i> використовується метод погодження інтересів, а не більшості голосів, після обговорення людьми, які знають один одного	Вільне прийняття рішень в межах особистої відповідальності або прийняття рішень в межах кола, що відповідає за відповідний процес/розділ роботи
Тарифікація зарплати для кожної посади відповідно рівнів ієрархії	Ринкова ставка зарплати, а також довгострокові та короткострокові платежі на основі успішності кола	Партнери самостійно визначають зарплату в залежності від розподілу ролей і відповідальності
Акцент на дорученнях, діях і видах робіт, які обов'язкові для виконання	Акцент на ролях, але тільки при стратегічному виді управління	Акцент на ролях, моделі поведінки, в якій реалізується призначення в організації

Холократична модель управління подібна до складної організованої системи, такої як система медичної допомоги на будь-якому рівні (державному, регіональному, районному).

На кожному рівні є керівник (міністр, начальник департаменту, директор медичного закладу), який відповідає за управління конкретною системою.

Паралельно існують інші важливі функціонально-структурні складові, такі як центри, служби, відділи та відділення. Останні функціонують у межах системи, але можуть, з погляду управління, приймати оперативні-тактичні рішення на своєму рівні для забезпечення безпосередньої діяльності.

Медичний персонал та пацієнти впливають не тільки на свою власну діяльність і життя, але і на функціонування системи в цілому [4, 16].

Ключовим елементом у холакратії є парадигма створення службово-посадових повноважень та функцій між її учасниками, необхідних для реалізації організаційно-виробничої діяльності в рамках їхніх ролей. Ця модель: повністю відмінна від традиційної адміністративно-командної ієрархії; необмежена щодо повноважень, за винятком тих, які обумовлені принципами управління та спрямовані на витрачання активів/ресурсів організації.

Модель холакратії підходить не для всіх організацій, а лише для тих, що готові до змін у своєму мисленні, цінностях, корпоративній культурі, мають концепцію-стратегію росту та швидко реагують на виклики зовнішнього та внутрішнього середовища.

Але не всі медичні організації, з різних причин і ознак, мають можливість або бажання прийняти цей виклик і реалізувати таку систему управління [1-2]. Це особливо складно, оскільки такий перехід потребує значних зусиль і часу для трансформаційних організаційно-управлінських змін. Тому можуть виникати помилки, інерція, ігнорування, супротив (як владний, так і позачинний), а також використання традиційних директивно-розпорядницьких методів і авторитарних стилів управління [4, 18].

Отже, холакратія, як сучасна схема управління і динамічна система, до-

зволяє привнести демократичні принципи та підходи на практику через використання внутрішніх ініціатив та мотивації співробітників, а також через відповідальність, самоорганізацію і свідому самодисципліну при виконанні організаційно-управлінських і професійних процесів на рівні конкретних функціонально-структурних підрозділів.

Це свідчить про необхідність впровадження практики управління за новітніми підходами та технологіями в умовах глобалізації та трансформаційних змін у вітчизняній системі медичної допомоги в Україні, що може визначити новий напрямок для подальшого розвитку медичної галузі.

Всяка діяльність в області управління, і зокрема управління медичною допомогою, стає все більш стає складним. Важливим при цьому є моделювання не тільки системи управління, а й комплексний підхід її удосконалювання. Таким чином, подальший успіх у вдосконаленні системи управління в медичних органах та закладах безпосередньо залежатиме від єдиних підходів та єдиного розуміння всім управлінським персоналом того, який комплекс проблем потрібно вирішувати. Складові, які становлять систему управління, є різноманітними. Вони відрізняються комбінацією функцій і повноважень управління, що формує найважливіші зв'язки співвідпорядкованості між ланками і визначає структуру системи управління.

На основі цього виникають складові управлінські проблеми, які визначають конкретний комплекс і ієрархію системи управління. Структурно система управління, і відповідно, її вдосконалення, включає п'ять основних проблем: організацію системи; методи управління; функції управління; культуру управління і техніку управління [4]. Кожна з цих складових проблем також включає в себе комплекс напрямків і підпроблем, які докладно розкривають їхній зміст і підпроблеми, які, з однієї сторони розкривають їхній зміст, а з другої, обумовлюють і конкретизують діяльність апаратів управління щодо удосконалення обраної моделі системи управління (*додатково див. підрозділ 3.3*).

Розуміння теоретичних підходів до комплексних проблем, пов'язаних із «системою управління», має важливий практичний сенс для керівників будь-

якої системи, зокрема системи медичної допомоги. Це сприяє поліпшенню управління, забезпечуючи такі можливості [4]:

1. Розробити план для вдосконалення управління в кожній частині системи медичної допомоги або її компонентів.

2. Створити програму та план для групового та індивідуального підвищення кваліфікації управлінського персоналу, включаючи керівний склад.

3. Розробити план і програму контролю за станом управління в конкретній системі.

4. Здійснити групування інформації, що стосується кожної з ідентифікованих проблем.

Таким чином, розуміння суті та особливостей «системи управління», застосування комплексного підходу до моделювання цієї системи та інших методик і технологій дозволяє ефективно направляти процеси досягнення поставлених цілей і завдань, а також сприяє професійно-компетентному розвитку конкретної системи.

Однією з можливих стратегій є удосконалення процесу управління, самоорганізації, організаційної культури та підвищення особистої управлінської праці за допомогою системи самоменеджменту. Організаційна культура сучасного менеджменту представляє собою систему цінностей, етичних і деонтологічних правил, традицій, типів мислення, стилів управління, норм і рекомендацій поведінки, які визначаються в медичних організаціях [21].

Отже, в сучасному менеджменті управлінська діяльність орієнтується не на ізольовані процеси, технології, структури, окремі особи та їхню діяльність, а на організаційну культуру та її унікальні аспекти. Основні компоненти організаційної культури включають систему управління, виробничу культуру, міжнародні стосунки, культуру підприємництва та екологічні цінності та інші [22, С.9]. Зважаючи на багатогранність та складність поняття «організаційна культура», на сьогоднішній день немає єдиного визначення, яке повністю охопило б сутність цього явища. Наприклад, О.В. Харчишина (2007) у своїй роботі аналі-

зує організаційну культуру через призму управлінського та соціально-психологічного підходів [23].

За управлінським підходом організаційну культуру можна розглядати як сукупність норм, цінностей, правил прийняття рішень, які є спільними для більшості членів організації і сприяють досягненню її цілей [23].

За соціально-психологічним підходом організаційна культура визначається як «атмосфера та психологічне середовище в організації, це неофіційний та непомітний колективний настрій, який впливає на поведінку її учасників і самостійно формується під їх впливом» [24, С.206]. Цю точку зору підтримує і Драган О.І. (2010), вказуючи на те, що унікальність організаційної культури полягає в системі внутрішніх цінностей і правил, що домінують на підприємстві (*організації*), і виражаються у символах, легендах, героях, девізах, церемоніях тощо. [25, С.5].

Отже, організаційна культура має двонаправлений вплив і формується як результат не лише управлінських рішень згідно з визначеними цілями та завданнями організації, але і внаслідок внутрішніх процесів роботи команд та особистих якостей працівників.

Відповідно до наведених даних, організаційна культура (ОК) має двосторонній вплив і формується не тільки як результат управлінських рішень, орієнтованих на досягнення визначених мети та цілей організації, але й через внутрішні процеси роботи команд та особистісних якостей працівників. Тому особливо важливо не лише аналізувати та оцінювати стан ОК, але й активно працювати над його поліпшенням та переорганізацією внутрішніх правил та норм, адаптуючи їх до умов, що визначаються середовищем.

Також важливо регулярно проводити аудит кадрової політики та направляти ресурси на оцінку як психологічного стану працівників, так і на забезпечення матеріально-технічних умов праці, інформаційно-телекомунікаційних маршрутів і т.д. У сфері надання медичної допомоги населенню активне управління та вплив на формування та функціонування організаційної культури відіграють важливу роль у рамках стратегічного планування та ризик-менеджменту

[26].

Дослідження В.І. Борща (2020) підтверджує, що стратегічне мислення є важливою умовою для керівників у сфері медичної допомоги, які виступають інтелектуальними та інноваційними лідерами, здатними впливати на усі зміни в закладах системи медичної допомоги [4, 27].

Визначення головної мети, візії та цінностей компанії стають вирішальними факторами, які об'єднують працівників – від керівників до лінійних працівників – в єдину команду. Ця команда має спільні цілі та мотивацію для побудови найкращого пацієнтського сервісу та забезпечення високих стандартів медичної допомоги населенню. Згідно з дослідженням G. Johnson (2019), для досягнення конкурентоспроможності підприємства необхідно розвивати й, при необхідності, змінювати його організаційну культуру як унікальне управлінське та соціально-психологічне явище [28].

У сфері медичного обслуговування працівники медичних структур, спрямовані на принципи культури та відчуття духовної спільності, часто впливають на результати діяльності набагато більше, ніж технологічні, фінансово-економічні ресурси, функціонально-організаційна структура, інновації або нормування часу. У конкурентному середовищі корпоративна культура, а також індивідуальна «аура» медичного закладу, стають визначальними аргументами для пацієнта під час вибору медичної організації та лікаря [4, С.1113].

Структура організаційної культури складається з двох вимірів: горизонтального і вертикального. Горизонтальний включає економічну, соціально-психологічну, політичну та правову культури, кожна з яких має свої різноманітні форми. Вертикальний вимір включає три рівні: поверхневий (зовнішні вияви культури), підповерхневий (цінності і вірування, які сприймаються свідомо) та глибинний (базові підсвідомі припущення, артефакти, самоідентифікація) [29].

В даний час самоменеджмент розглядається як особливий вид діяльності, пов'язаний із самоорганізацією та раціональним використанням наявних ресурсів. Проте для повного розуміння суті та особливостей управління загалом і в галузі системи медичної допомоги зокрема важливо розглядати не лише аналіз

управління індивідуальною діяльністю, а й управління спільною діяльністю людей [1, 4].

Трактування поняття самоменеджменту в літературних джерелах є різноманітним. Згідно з В.М. Колпаковим (2008) та М.П. Лукашевичем (2010), це сучасний напрямок у менеджменті [30-31]. Самоменеджмент як функція особистості та напрямок у розвитку наукових основ управління передбачає впровадження управлінських процесів, які забезпечують управління людиною самою собою, власною діяльністю, а також керуванням персоналом, колективом та командою.

Отже, самоменеджмент відносно менеджера або медичного працівника слід розглядати як процес самовизначення, самопізнання, самоствердження, систематичної та різнобічної роботи над собою для досягнення особистих планів і задумів, професійного, фахового розвитку, кар'єрного зростання та удосконалення [32]. Більше того, самоменеджмент надає можливість вирішувати питання самовдосконалення менеджера чи працівника, виконувати обов'язки та завдання, забезпечуючи ефективну організацію своєї роботи та отримання позитивних результатів [33]. Деякі автори (В.В. Нетепчук, 2013) розглядають самоменеджмент як «міждисциплінарну сферу знань» [34]

На сьогодні самоменеджмент представляє собою один із відносно нових напрямків у сучасному менеджменті та відноситься до галузі управлінської компетенції і вивчає особистість керівника або співробітника. Поява, формування та розвиток самоменеджменту визначаються потребами не лише суспільства, соціальних інститутів та особистостей, але і відомчих служб.

Самоменеджмент виявляється в усвідомлених та детально обдуманих особистих цінностях працівника, чіткому формулюванні ним своїх цілей, розумінні меж своїх реальних можливостей, що дозволяє ефективно використовувати енергію, досвід та знання, створюючи позитивний, доброзичливий службово-організаційний та психологічний клімат, відповідно до відомчо-корпоративної ділової етики та культури. Це також сприяє особистому творчо-професійному розвитку та ефективному управлінню.

На сьогоднішній день самоменеджмент є необхідною частиною успішної роботи не лише керівників підприємств, але й будь-якої людини, яка прагне ефективно використовувати свій час, досягати поставлених цілей та отримувати задоволення від цього. Однією з похідних цілей самоменеджменту є можливість максимального використання наявних ресурсів за умови раціональної організації часу для виконання різноманітних завдань [35].

Таким чином, розумно розглядати самоменеджмент як самоорганізацію особистості, посадовця або співробітника.

Висновки до розділу 1:

З'ясовано, що управління в системі медичної допомоги населенню є не як просте доповнення до конкретної медичної спеціальності чи тимчасову, часткову зайнятість, а як своєрідне покликання чи професію.

Встановлено, що специфіка й особливості управління, управлінської діяльності полягають в цілеспрямованому впливі (*наказ, розпорядження, вказівка*), але і неформальним (*прохання, рекомендація, побажання, зауваження, критика та ін.*) на процеси спільної діяльності людей та й передбачає узгодження й активізації праці. Але досягнення позитивних результатів у системних перетвореннях можливе лише за умови розуміння та підтримки зацікавлених сторін концептуальних положень реорганізаційних процесів, а саме шляхом максимального зменшення проявів закону менеджменту «інерції та супротиву в людських відносинах».

Доведено, що сучасні схеми-системи управління (холакратія, соціократія, селф-менеджмент), дозволяють привнести демократичні принципи та підходи на практику через використання внутрішніх ініціатив та мотивації співробітників (*влада зосереджена не в окремих особах, а визначається набором правил; посадові обов'язки замінені ролями; прийняття управлінських рішень надається працівникам, що сприяє гармонії в колективі чи суспільстві, а також ефективній організації; розподіл відповідальності лідерів і співробітників здійснюється в межах їх ролей через самоорганізацію і свідому самодисципліну при*

виконанні організаційно-управлінських і професійних процесів на рівні конкретних функціонально-структурних підрозділів; наявні інструменти для формування домовленостей між співробітниками, принципи і правила поведінки в організації, а також варіанти реагування на виклики та зміни тощо).

З'ясовано, що організаційна культура, яка складається з двох вимірів (*горизонтального і вертикального*) та має двосторонній вплив між суб'єктом й об'єктом управління, формується не тільки як результат управлінських рішень, орієнтованих на досягнення визначених мети та цілей організації, але й через внутрішні процеси роботи команд та особистісних якостей працівників.

РОЗДІЛ 2.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»

2.1. Характеристика та аналіз основних показників діяльності

Українська кардіохірургія може похвалитися вражаючою історією. У 50-ті роки ХХ століття Микола Амосов провів перші операції на серці. Зараз це сильно розвинена галузь з мережою кардіохірургічних закладів, що розгорнуті на всій території країни. Смертність від серцево-судинних захворювань в Україні за останні роки досягла 66,0%. Захворюваність на ішемічну хворобу серця постійно зростає: кожен рік гострий інфаркт міокарда виникає у 50 тисяч осіб, і кожен третій пацієнт не виживає.

Такі статистичні дані викликають серйозні обурення і підкреслюють необхідність удосконалення медичної допомоги у сфері кардіології. «Інститут серця», який був зведений відповідно до європейських стандартів, відкритий у Києві на вулиці Братиславська, 5-а в 2007 році.

«Інститут серця» є державним медичним закладом, який підпорядковується Головному управлінню охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації і має філії у м. Києві та м. Ірпінь.

Основною метою Інституту є надання високоякісної спеціалізованої стаціонарної та консультативно-діагностичної допомоги у галузі кардіохірургії та кардіології дорослому та дитячому населенню Київської області, м. Києва, а також пацієнтам з інших областей та іноземцям.

Інститут фінансується з обласного та державного бюджету і не має контрактів з Національною службою здоров'я. «Інститут серця», розташований серед соснового лісу в парковій зоні, відповідає найкращим світовим клінікам, використовуючи природні ландшафти як частину терапії для сприяння швидкому одужанню пацієнтів.

Сьогодні ця медична установа є флагманом української кардіології та кардіохірургії, обладнаною передовою технікою і обслуговується досвідченими

лікарями, які забезпечують високий рівень медично-технологічних та організаційно-управлінських послуг, щоденно борючись за якісне та тривале життя своїх пацієнтів.

Клініка визнана однією з найкращих українських кардіохірургічних установ, де експерти в області профілактики захворювань та вад серця, діагностики, терапії, хірургії, анестезіології та реабілітації працюють разом, надаючи комплексні послуги для дорослого та дитячого населення.

Основними напрямками розвитку «Інституту серця» є: кардіохірургія, інтервенційна кардіологія, електрофізіологія та консервативна кардіологія та реабілітація. «Інститут серця» здійснює: методичну у консультативну підтримку лікувально-профілактичних установ області; співпрацю з медичними товариствами і науково-дослідними установами охорони здоров'я; організацію та проведення науково-практичних семінарів та конференцій для фахівців кардіохірургії, лікарів-кардіологів, неврологів та медичних спеціалістів, а також проведення стажування лікарів кардіологічного профілю на базі центру. Установа є клінічною базою для Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика.

Лікарі «Інститут серця» постійно підвищують свій рівень кваліфікації, беруть участь у стажуваннях і навчанні як в Україні, так і за кордоном у клініках.

Довгий стаж, нестандартний підхід, великий професіоналізм і спільна робота посадових осіб, а також висока кваліфікація медичної команди, людяно-толерантний та творчий індивідуальний підхід до кожного пацієнта, поєднаний з передовими технологіями та методиками лікування широкого спектру серцево-судинних захворювань будь-якої складності у дорослих і дітей (таких як аневризма аорти, інфаркти, ішемічна хвороба серця, стенокардія, гіпертонія, вроджені та набуті вади серця) призвели до міжнародного визнання та популярності медичної установи. Тому пацієнти з України та з-за кордону вибирають «Інститут серця».

Лікарі «Інституту серця» використовують передові технології та новітні дослідження, що значно розширило арсенал класичних та мініінвазивних технік

і технологій для надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги в дружній атмосфері та комфортних умовах. Це охоплює стенозування коронарних артерій, аорто-коронарне шунтування, протезування клапанів, протезування аорти, імплантацію механічного серця, імплантацію кардіостимуляторів, трансплантації тощо. Щоденно в «Інституті серця» здійснюється понад 100 000 діагностичних досліджень серцево-судинної системи, проводиться понад 6000 операцій на серці, включаючи відкритий та мініінвазивний доступ, з більше ніж 2000 операцій із штучним кровообігом. Тут здійснюється широкий спектр оперативних втручань, включаючи 26 відкритих та 35 ендоваскулярних операцій, які перераховані в алфавітному порядку.

A. Операції

1. Bentall procedure (*корекція аневризми висхідного відділу та дуги аорти*).
2. David procedure (*операції, які спрямовані на збереження клапана при аневризмі висхідної аорти*).
3. Wheat procedure (*корекція аневризми висхідного відділу та дуги аорти*).
4. Абляція.
5. Аортокоронарне шунтування.
6. Видалення кісти перикарду.
7. Видалення міксом.
8. Видалення тератом.
9. Декальцинація (*патологія аортального клапана*).
10. Заміна електрокардіостимулятора (*ЕКС*).
12. Інфекційний ендокардит.
13. Кардіостимулятор.
14. Оперативні втручання, які включають комбінацію процедур, таких як двоклапанна або трьохклапанна хірургія, аортокоронарне шунтування, а також корекцію патології клапанів.
15. Корекція аномалії Ебштейна (*патологія тристулкового клапана*).
16. Корекція гострого розшарування аневризми аорти.
17. Механічне серце (*імплантація пристрою підтримки лівого шлуночка*).

18. Операція Озакі (*патологія аортального клапана*).
19. Патологія аортального клапана (*пластика, протезування*).
20. Патологія мітрального клапана (*пластика, протезування, репротезування*).
21. Патологія тристулкового клапана (*пластика, протезування*).
22. Перикардектомія.
23. Трансплантація серця.
24. Тромбоемболія легеневої артерії.
25. Флебектомія.
26. Хірургія порушень ритму.

Б. Ендоваскулярні операції

1. FFR-фракційна флоуметрія коронарного кровотоку.
2. IVUS-внутрішньокоронарний ультразвук.
3. OCT- оптична коронарна томографія коронарних артерій.
4. Алкогольна абляція септальної гілки коронарної артерії при ГКМП.
5. Ангіопластика.
6. Біопсія міокарду.
7. Видалення стороннього тіла з порожнини серця або магістральних судин.
8. Дилатація стенозу.
9. Емболізація маткових артерій.
10. Емболізація судин передміхурової залози.
11. Ендопротезування аортального клапана (*TAVI*).
12. Ендопротезування грудного відділу аорти.
13. Ендопротезування мітрального клапана *TMVI*.
14. Ендопротезування черевного відділу аорти.
15. Закриття аорто-легеневих колатеральних артерій.
16. Закриття відкритої артеріальної протоки.
17. Закриття дефекту міжпередсердної перетинки (*ДМПП*) *оклюдером*.
18. Закриття дефекту міжшлуночкової перетинки (*ДМШП*) *оклюдером*.
19. Закриття коронаро-легеневої фістули.

20. Закриття параклапанних фістул.
21. Закриття постінфарктного дефекту міжшлуночкової перетинки.
22. Зондування порожнин серця.
23. Імплантація/видалення постійного або тимчасового қава-фільтра.
24. Коронарографія.
25. Перфорація та РЕД атрезії клапана легеневої артерії.
26. Процедура Рашкінда.
27. Пункція перикарда (*перикардіоцентез*).
28. Реканалізація оклюзій артерій гомілки та стопи.
29. Реканалізація хронічної оклюзії коронарної артерії.
30. Стентування брахіоцефальних артерій.
31. Стентування вихідного тракту правого шлуночка при Тетрадї Фалло.
32. Стентування відкритої артеріальної протоки.
33. Стентування коарктації аорти.
34. Стентування ниркових артерій.
35. Стентування периферичних стенозів легеневої артерії.

У таблиці 2.1 представлені узагальнені показники загальної кількості активних оперативних втручань за 2021 і 2022 роки.

Таблиця 2.1

Загальна кількість оперативних втручань за 2021 і 2022 роки

«Інститут серця»

	Кількість операцій за:		З них діти:	
	2021	2022	2021	2022
Операції зі ШК	1182	1744	86	154
Операції без ШК	398	312	24	36
Аритмологія	589	904	-	-
Ангіографія	2338	2732	63	-
Разом:	4507	5692	173	190

Відповідно до таблиці 2.1. кожного місяця в кардіохірургічному центрі проводиться близько 500 операцій різної складності. Загальний об'єм оперативних втручань дещо зменшився у 2022 році в порівнянні із 2021 роком, що можна пояснити подіями, які зараз відбуваються в нашій країні. У грудні 2019 року колектив медичних фахівців з «Інституту серця» успішно провів першу трансплантацію серця в Україні, і на даний момент здійснено вже 36 подібних операцій. Кардіохірургічний напрямок сучасної медичної практики, що є об'єктом нашого дослідження, відображає прогрес лікарської та наукової думки країни та сприяє її інтеграції у світовий медичний співтовариство. Забезпечення фізичної та фінансової доступності кардіохірургічної допомоги є ключовим для зменшення загального рівня серцево-судинної летальності в Україні.

Професіонали «Інституту серця» активно долучаються до роботи фахових асоціацій України та Європи, регулярно беруть участь у щорічних конгресах кардіологів в Європі, Америці та національних заходах.

Крім того, вони отримують практичний досвід у провідних клініках Європи, таких як Польща, Хорватія, Латвія, Литва, Німеччина та Франція. Прикладом продуктивної діяльності є консультативно-діагностичне поліклінічне відділення для дорослих, яке щорічно надає понад 25 000 консультацій пацієнтам з серцево-судинною патологією та проводить понад 115 000 діагностичних обстежень.

Консультації фахівців відбуваються в різних регіонах України (понад 12 000) та у медичних закладах Києва та Київської області (понад 6 000), маючи на меті консультування та відбір хворих для кардіохірургічного лікування [36].

Потужність установи складає 150 ліжок, включаючи 110 ліжок для дорослих та 40 для дітей, розподілених між профільними функціонально-структурних підрозділів, які представлені підрозділами медико-діагностичного, кардіологічного та кардіохірургічного спрямування [36]:

- 3 відділами;
- 22 відділеннями;
- кафедрою функціональної діагностики (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Найменування функціонально-структурних підрозділів «Інститута серця»
(абс. чис.)

№ з/п	Показник	Характеристика
1	Перелік відділень та їх стисла характеристика	
1. Відділи:		
1.1.	Відділ діагностики патології серця та магістральних судин.	<p style="text-align: right;">Штат:</p> 1. Завідувач відділу д.мед.н, професор, лікар-кардіолог. Функції: 1. Консультування пацієнтів з різною серцево-судинною патологією: - складні порушення ритму серця на фоні резистентної артеріальної гіпертензії, в тому числі – симптоматичної (<i>вторинної</i>) артеріальної гіпертензії, застійної серцевої недостатності, ІХС, кардіоміопатій; - поєднані та комбіновані вади серця, патологія аорти; - хронічна серцева недостатність III-IV NYHA; - тромбоемболія легеневої артерії; - патологія ССС у поєднанні з коморідними станами – цукровим діабетом, патологією щитовидної залози, захворюванням дихальної системи, шлунково-кишкового тракту, хвороб нирок, онкологічних захворювань.
1.2	Відділ хірургічних та малоінвазивних методів лікування	Штат: 1. Завідувач, к.м.н. 2. Лікар-анестезіолог. 3. Лікар-хірург серцево-судинний Функції: Оперативне втручання на серці
<i>Продовження табл 2.2</i>		
1.3	Відділ анестезіології та екстракорпоральних методів лікування	Штат: 1. Завідувач, доктор філософії. 2. Лікар-анестезіолог – 3. 3. Лікар з ФД та ехокардіографії. 4. Лікар-нефролог. <p style="text-align: right;">Функції:</p> Анестезіологічне супроводження оперативних втручань, функціональна діагностика, ехокардіографія, консультування і лікування пацієнтів з нефрологічною патологією.
2. Відділення		
2.1	Консультативно-діагностичне поліклінічне відділення для дорослих	Штат: завідувач відділенням, д.мед.н., лікар-кардіолог; 38 лікарів за спеціалізацією кардіологія, серцево-судинна хірургія, ендокринологія, УЗД, функціональна діагностика, ендоскопія, неврологія, офтальмо-

		логія, ретинологія, стоматологія, імунологія, гінекологія, ФД та ехокардіографія; урологія, оториноларингологія.
2.2.	Відділення хірургії та трансплантації органів черевної порожнини	Штат: завідувач відділенням, к.мед.н., лікар-хірург судинний; 9 лікарів за спеціалізацією хірургія судинна, хірургія, гастроентерологія, нефрологія, ультразвукової діагностики.
2.3	Відділення патології міокарду та трансплантації органів і тканин	Штат: завідувач лікар-хірург серцево-судинний, лікар-трансплантолог, вища кваліфікаційна категорія, к. мед. н.; 5 лікарів за спеціалізацією кардіологія і серцево-судинна хірургія
2.4	Відділення ендова-скулярної хірургії та ангиографії	Штат: завідувач лікар-хірург серцево-судинний, вища кваліфікаційна категорія, кандидат медичних наук; 5 лікарів за спеціалізацією анестезіологія, кардіохірургія, серцево-судинна хірургія
2.5	Відділення для лікування ішемічної хвороби серця	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 13 лікарів за спеціалізацією кардіологія та серцево-судинна хірургія.
2.6	Відділення порушень ритму серця	Штат: завідувач відділенням, к.м.н.; 5 лікарів за спеціалізацією кардіологія та серцево-судинна хірургія.
2.7	Відділення набутих вад серця	Штат: завідувач, к.м.н., магістр; 10 лікарів за спеціалізацією кардіологія та серцево-судинна хірургія.
2.8	Відділення лікування гострого коронарного синдрому та інфаркту міокарда	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 4 лікарів за спеціалізацією кардіологія та анестезіологія.
2.9	Відділення інтенсивної терапії для дорослих	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 7 лікарів за спеціалізацією анестезіолог-реаніматолог.
2.10	Відділення кардіоневрології	Штат: завідувач, д.м.н., професор; 3 лікарів за спеціалізацією кардіологія і неврологія
2.11	Анестезіологічне відділення	Штат: завідувач, к.м.н.; 5 лікарів за спеціалізацією анестезіологія
2.12	Відділення штучного кровообігу та екстракорпоральних методів лікування	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 5 лікарів за спеціалізацією анестезіологія і хірургія
2.13	Відділення клініко-діагностичної лабораторії	Штат: завідувач, лікар-лаборант першої категорії; 10 посад за клінічної лабораторно діагностики, біотехнології, біохімії, імунології, біології,
2.14	Відділення рентгенівської та комп'ютерної діагностики	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 4 лікарів за спеціалізацією рентгенологія
2.15	Відділення радіонуклідної діагностики	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 1 лікар за спеціалізацією з радіонуклідної діагностики
2.16	Відділення переливання крові	Штат: завідувач; 1 лікар-лаборант
2.17	Консультативно-діагностичне поліклінічне відділення для дітей	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 5 лікарів за спеціалізацією педіатрія, дитячої кардіоревматології, психології і УЗД

<i>Продовження табл 2.2</i>		
2.18	Відділення інтенсивної терапії для дітей	Штат: завідувач, лікар анестезіолог-реаніматолог; 4 лікарів за спеціалізацією анестезіологія-реаніматологія
2.19	Дитяче відділення	Штат: завідувач, к.м.н., лікар вищої категорії; 5 лікарів за спеціалізацією кардіологія, кардіоревматологія, серцево-судинна хірургія
2.20	Кафедра функціональної діагностики	Штат: завідувач, д.м.н, професор; 6 лікарів за спеціалізацією кардіологія і ФД

Характеристика складу персоналу «Інституту серця» представлена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Характеристика складу персоналу «Інституту серця»

№ з/п	Показник	Всього	
		абс. ч.	%
1	Кількість штатних посад лікарів за спеціалізацією кардіологія, кардіохірургія, анестезіологія, серцево-судинна хірургія, хірургія судинна, ендокринологія, УЗД, функціональна діагностика, ендоскопія, невропатологія, офтальмологія, стоматологія, імунологія, гастроентерологія, хірургія, нефрологія, гінекологія, ФД та ехокардіографія; урологія, отоларінгологія.	190	26,4
2	Кількість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою (<i>медична сестра</i>)	400	55,6
3	Кількість штатних посад адміністративно-управлінського персоналу (<i>генеральний директор, заступники генерального директора</i>)	9	1,3
4	Кількість штатних посад господарсько-обслуговуючого персоналу	120	16,7
Разом		719	100,0

Безпосередня організація роботи з кадрами/персоналом здійснюється відділом кадрів у відповідності до затвердженого документаційного супроводжування (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Документарне наповнення роботи з кадрами/персоналом

№ з/п	Документ	Стисла характеристика
1	Штатний розклад	Визначає структуру, штатну чисельність і посадові оклади працівників медичної установи. Затверджується керівником медичної установи
2	Колективний договір	Це угода між роботодавцем і працівниками, яка визначає основні умови праці та соціальної захищеності працівників. Колективний договір укладається на строк не більше трьох років
3	Посадові інструкції	Визначають права, обов'язки та відповідальність працівників медичної установи. Посадові інструкції розробляються для кожної посади в медичній установі
4	Правила внутрішнього трудового розпорядку	Встановлюють порядок і умови праці в медичному закладі. Правила внутрішнього трудового розпорядку затверджуються керівником медичної установи
5	Документи про прийом, переведення, звільнення працівників	Документи про прийом, переведення, звільнення працівників – це накази, контракти, трудові книжки тощо. Ці документи засвідчують факт прийому, переведення, звільнення працівника на роботу.

Станом на 01.01.2023 року в штатному розкладі «Інституту серця» зареєстровано 190 посад, але фактично зайняті 166 одиниць (табл. 2.5). Відсоток укомплектованості – 87,4% [36].

Таблиця 2.5

Структура штатного розкладу посад і лікарського складу
«Інституту серця» (у % до суми)

№ з/п	Категорія посад	Абс. чис.	%
1	Генеральний директор	1	0,6
2	Заступники генерального директора	8	4,8
3	Головний бухгалтер	1	0,6
4	Головна медична сестра	1	0,6
5	Завідувачі відділами	3	1,8
6	Завідувачі функціонально-структурних підрозділів	22	13,3
7	Лікарі лікувально-діагностичного профілю	117	70,5
8	Лікарі допоміжного профілю (<i>епідеміологи, бактеріолог, методисти, лаборанти, статистик</i>)	6	3,6
9	Кафедра функціональної діагностики	7	4,2
Разом		166	100,0

Лікарями «Інституту серця» за останні роки захищені докторські, кандидатські дисертації, кваліфікаційна (*магістерська*) робота (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Структура наукового складу «Інституту серця» (у % до суми)

№ з/п	Категорія посад	Абс. ч.	%
1	Чл-кореспонденти АМН України, професори	1	6,25
2	Доктора медичних наук	4/3 – професори	25,0
3	Кандидати медичних наук	10	62,5
4	Магістри	1	6,25
Разом		16	100,0

Співробітники активно приймають участь у наукових форумах (*з'їзди, конференції, симпозиуми, круглі столи та ін.*), які проводяться як на базі «Інституту серця», так поза його меж. Співробітниками опубліковано понад 300 статей

й тез у журналі «Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія», який видається Інститутом серця, та інших наукових фахових виданнях України та Європи.

Ефективність функціонування «Інституту серця» залежить від фінансового та матеріально-технічного забезпечення (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Характеристика фінансових ресурсів «Інституту серця»

№ з/п	Показник	Характеристика
1	Загальна вартість активів	1065526396
2	Загальна вартість необоротних активів	966510216
3	Загальна вартість оборотних активів	19796558
4	Загальна вартість власного капіталу	1021868050
5	Загальна вартість запозичених та залучених коштів	-
	З них:	
6	Загальна вартість довгострокових позик	-
7	Загальна вартість короткострокових позик	108248736
8	Чистий дохід від реалізації медичних послуг	22836324
9	Собівартість наданих медичних послуг	13452266
10	Фінансовий результат до оподаткування (<i>прибуток/збиток</i>)	343047021
11	Чистий фінансовий результат (<i>прибуток/збиток</i>)	41607659

Таблиця 2.8

Відповідність матеріально-технічного оснащення «Інституту серця» таблицю матеріально-технічного оснащення (МТО)

№з/п	Назва обладнання відповідно до таблицю МТО	Необхідна кількість по таблицю МТО	Наявна кількість	% оснащення по таблицю МТО
Загальне обладнання палати				
1	Термометр настінний	30	25	83,3
2	Ліжко функціональне	180	200	111,1
3	Тумбочка для особистих речей	180	190	105,6
4	Холодильник	90	100	111,1
5	Стільці	250	300	120,0
6	Вішалка або шафа для одягу	190	190	100,0
7	Телевізор	80	90	112,5
8	Шафа для білизни	90	130	144,4
9	Мікрохвильова піч	30	30	100,0
10	Стіл столовий	100	100	100,0
Кардіологічне обладнання				
11	Апарат для вимірювання артеріального тиску	50	70	140,0
12	Стетофонендоскоп	50	70	140,0
13	Термометр медичний	50	50	100,0
14	Кушетка медична для огляду	40	40	100,0
15	Шафа медична для медикаментів	60	60	100,0
16	Штатив для крапельних інфузій	180	250	138,9
17	Джгут механічний	30	30	100,0
18	Штатив для пробірок	25	40	160,0
19	Сейф для медикаментів	25	25	100,0
20	Інфузомат	150	200	133,3
21	Маніпуляційний столик	30	30	100,0
22	Лоток ниркоподібний	100	150	150,0
23	Лоток прямокутний	50	74	148,0
24	Ехо апарат	12	15	125,0
25	ЕКГ апарат	25	30	120,0
26	Апарат для холтерівського моніторингу	40	40	100,0
27	Пристрій для виклику медичного персоналу	180	180	100,0
28	Каталка зі знімними ношами	40	42	105,0

<i>Продовження табл 2.8</i>				
Обладнання для медичних працівників				
29	Крісло	700	1000	142,9
30	Комп'ютер	300	412	137,3
31	Принтер	100	105	105,0
32	Лампа настільна	40	57	142,5
33	Стіл письмовий	300	412	137,3
34	Шафа для документів	250	311	124,4
35	Шафа для одягу	125	170	136,0

Матеріали таблиці свідчать, що «Інститут серця» на сьогодні є не тільки прибутковою медичною установою, а й добросовісним платником податків. При цьому найбільш вагомий напрямок мінімізації операційних витрат установи є зниження, перш за все матеріальних витрат в складі собівартості послуги.

З урахуванням зростання мінімальної заробітної плати, відповідного підвищення оплати праці працівникам і підвищення цін на енергоносії, витрати на комунальні послуг єдиним перспективним напрямком зниження витрат на надання кардіологічної/кардіохірургічної допомоги дорослому і дитячому населенню (*пацієнтам*) є зниження витрат на сировину, обладнання, технології, фармацевтичні препарати та розхідні матеріали.

Критеріями мінімізації витрат може виступати рентабельність послуги.

Таким чином, наведені матеріали-відомості переконливо свідчать, що на сьогодні «Інститут серця» є сучасною, високотехнологічною медичною установою з надання висококваліфікованої спеціалізованої стаціонарної та консультативно-діагностичної допомоги кардіохірургічного та кардіологічного профілю як дорослому, так дитячому населенню України й пацієнтам інших країн.

2.2. Дослідження системи управління

Для збору матеріалу, вивчення та оцінки залученої на практиці системи управління нами була розроблена «Програма-анкета вивчення та експертної оцінки якості організації та ефективності системи управління медичною організацією» (*додаток А*), яка була апробована під час переддипломної практики й погоджена з керівництвом «Інституту серця».

Згідно з отриманими даними з'ясовано, що:

- у першого керівника, як і його 4 заступників, базова освіта медична;
- після призначення на посаду перший керівник мав фрагментарну підготовку з наукових основ управління на короткострокових курсах поза меж України, тоді як заступники не мали спеціальної підготовки з організації управлінської діяльності, управлінської праці;
- атестаційних категорій з організації та управлінню керівний склад і співробітники апарату управління, як і лінійні керівники, не мають.

Відсутність спеціальної підготовки з менеджменту при призначенні та в процесі діяльності керівників, особливо на тактичному та оперативному, рівнях об'єкта дослідження позначилось на недотримання певних умов сучасного менеджменту стосовно медичної галузі.

Це проявилось у відсутності таких визначальних і обов'язкових службово-нормативних документів, як: наказу про організацію суб'єкту управління та системи управління; положень про систему управління та штатні й позаштатні функціонально-структурні підрозділи (ФСП); форми залучення до управлінської діяльності громадських організацій; використання в роботі застарілих службово-посадових документів; неповноцінності інформаційного забезпечення, особливо за каналом науково-управлінської інформації; інструктивно-методичних вказівок з організаційно-управлінської діяльності та наявності технологічних карт з виконання окремих управлінських функцій, операцій та процедур; документа про розподіл обов'язків і делегування певних управлінських функцій, прав і відповідальності; документів, що забезпечують взаємодію між ФСП та змістовну частину управлінської діяльності, з урахуванням виду управління (*стратегічного, ситуаційного, проблемно-тактичного, оперативного*) й ін.

З позицій менеджменту є певні недоречності й при використанні службово-посадових документів, як посадової інструкції чи функціональних обов'язків. Так, у кожній посадовій інструкції визначені тільки конкретні обов'язки, певні права й повна відповідальність працівника (*тобто, що співробітник повинен робити*), який займає ту чи іншу посаду.

Проте з позицій сьогодення, досвіду закордонних управлінських структур – це практика адміністрування, а управління на засадах менеджменту вимагають іншого службово-посадового документа. І таким документом є професійно-посадові вимоги, в якому передбачена відповідь на два питання – що робити і як це робити.

Інші службово-посадові документи як професіограми, моделі спеціалістів в об'єкті дослідження не виявлено.

Системою управління «Інститутом серця» передбачена сукупність організаційних елементів і зв'язки між ними, які й визначають процеси й функції взаємовпливу, розподілу і делегування обов'язків, відповідальності за виконану роботу й видання нормативно-правових актів.

Такими є розпорядження і накази. В межах організаційної структури управління та адміністрування здійснюються основні медико-професійні й службово-посадові інформаційні зв'язки. Тому, саме для оцінки ефективності управління необхідно проводити оцінку інфраструктури, розуміти управлінські та функціональні зв'язки в ній і те, як можуть виконуватись при цьому моніторинго-контрольні заходи та процедури.

У процесі вивчення та оцінки з'ясовано, що «Інститут серця» має організаційну структуру, яка містить у собі відповідні служби, відділи та відділення на чолі яких стоять керівники, які звітуються і знаходяться у безпосередньому підпорядкуванні генеральному директору, як топ-менеджеру (рис. 2.1).

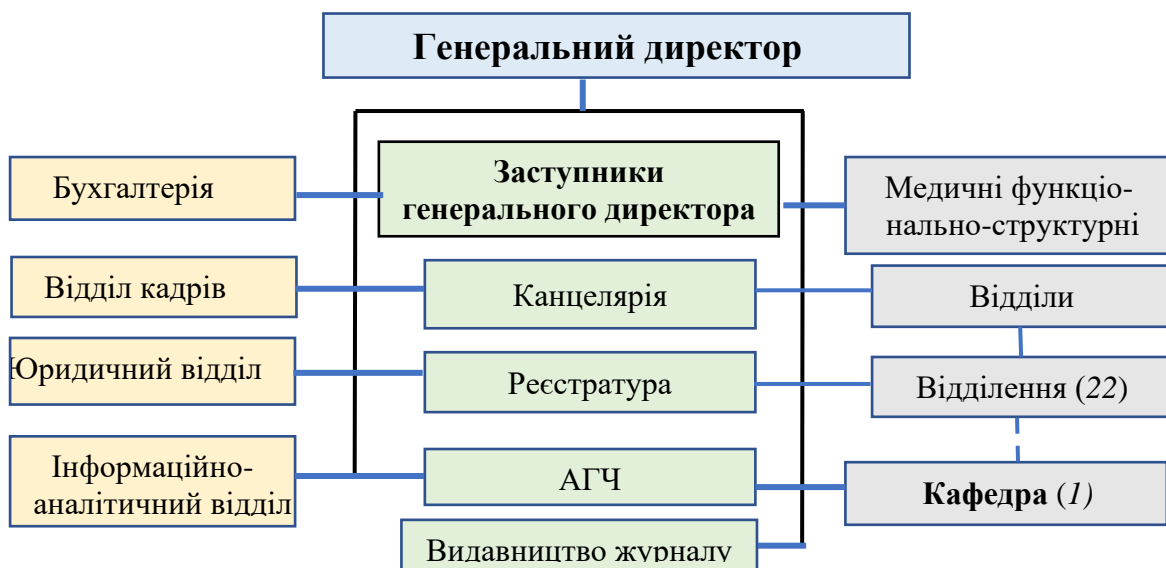


Рис. 2.1. Організаційно-управлінська структура «Інституту серця»

З рисунка 2.1 видно, що система управління у структурному відношенні побудована за лінійно-функціональним типом. А відповідно до вимог і рекомендацій загального сучасного менеджменту, в тому числі й у системі медичної допомоги населенню, така структура типу системи/моделі управління не вважається доцільною і раціональною. Однак, де-факто й де-юре, залучена на практиці схема-модель відповідає специфіці діяльності даній медичній установі, його потребами та перспективам розвитку.

Так, у кожному підрозділі є як спеціалісти, які виконують основні свої функції, так і керівники, які координують, направляють і допомагають їм виконувати свої функції, свою роботу. Усі працівники та підрозділи даної медичної організації, як самостійного суб'єкта господарювання діють, у межах визначеної статуту мети діяльності.

Зі схеми також слідує, що функціонально-структурні підрозділи та їх керівники (*лінійні*) й спеціалісти підпорядковані стратегічному і тактичним керівникам (*заступникам*) за напрямом діяльності служб. Водночас управлінцям середньої ланки (*на рівні служб, відділів*) безпосередньо підпорядковуються керівники функціонально-структурних підрозділів.

Головним недоліком даної системи/моделі управління є недостатній рівень комунікації між лінійними підрозділами, які є на нижньому рівні, та вищими керівниками. Як вбачаємо, ці комунікації відбуваються через функціональні відділи. Таким чином, для оперативного отримання інформації та прийняття тактичних рішень керівникам необхідно постійно налагоджувати обмін управлінською інформацією. Основа системи управління «Інститутом серця» ґрунтується на його організаційній структурі, переважно, лінійно-функціонального типу (адміністративного). Проте цей тип визначається як інтелігентно-демократичний, виважено-доцільний, примусово-коректний, толерантно-мотиваційний за формою і змістом.

Цей тип можна визначити як змішаний, гібридний або сегрегативний в контексті досліджуваної системи. Іншими словами, у системі дослідження ви-

користується система/схема-модель відповідно до ідеології, принципів та філософії функціонування та розвитку медичної організації та моделі командної роботи.

Такий підхід є найбільш ефективним, раціональним та властивим добре організованій системі в контексті системності, високопрофесійного та сплоченого колективу, його спрямованій та творчій діяльності для досягнення результатів (див. розділ 2.1).

Структура та чисельність підрозділів визначаються функціями об'єкта дослідження та штатним розкладом, затвердженим генеральним директором і регулярно переглядається відповідно до обсягу та специфіки робіт підрозділів у наданні кардіологічної/кардіохірургічної допомоги населенню.

У підрозділах розставляювання кадрів і персоналу виконано таким чином, щоб забезпечити реалізацію необхідних завдань для досягнення поставлених цілей та завдань.

Організаційний механізм в «Інституті серця» характеризується децентралізованою відповідальністю за здійснення службово-професійних функцій. Модель управління, що застосовується, має кілька особливостей: повільний процес ухвалення рішень, ієрархічний порядок взаємовідносин, інколи наявність взаєморозуміння між представниками спеціалізованих служб, слабкі горизонтальні зв'язки та розвинена система вертикальних взаємодій.

Впроваджений на практиці функціональний підхід адміністративної моделі управління призвів до створення окремих спеціалізованих відділів за системно-структурним, а не системно-функціональним принципом, що порушує принцип первинності функції перед структурою. Це призводить до їх взаємодії переважно через вертикальне та оперативно-тактичне управління, з ухваленням та реалізацією рішень відповідно до завдань або ситуацій. У цій моделі загальні завдання розчленовуються на їхні складові, але, як показують результати дослідження, вона володіє механізмами та способами їх захисту від руйнування.

Лінійно-функціональна організація управління за вертикальним (прямим) шляхом не завжди забезпечує досягнення мети через керування «зверху» і ви-

користання адміністративних методів впливу. Розв'язати це протиріччя можливо, впроваджуючи концепції, методології та підходи сучасного менеджменту, з адаптацією їх під особливості та специфіку медичної галузі та залучаючи на практиці організаційно-управлінський механізм саморегулювання, який спрямований на розвиток інтеграційних процесів і вирішення більшості протиріч «знизу».

Однак за останні три роки суттєвих реорганізаційних процесів стосовно системи управління чи використання форм, моделей, нових методик і технологій наукових основ управління/менеджменту в безпосередній управлінській діяльності не були впроваджені на практиці.

Лінійним керівникам в даному об'єкті дослідження, тобто на рівні завідувача відділів/відділеннями, не надано право та повноваження затвердження нормативно-правових документів (*розпоряджень і вказівок*) з формуванням діловодства на своєму ієрархічному рівні. Тому лінійні керівники, за службово-професійної необхідності, проводять свої оперативно-поточні рішення (*тобто орієнтовані тільки на проблему!*) через вище керівництво і вже після затвердження доводять їх до виконавців нижчого рівня. Але затверджені рішення будуть орієнтовані за розв'язання тільки ситуацій проблемного рівня. Це входить у протиріччя до демократизації управління і окремих принципів менеджменту (*Парето, делегування, пріоритетності виконання завдань*).

Аналогічна практика відстежується і на тактичному рівні – рівні заступників генерального директора. На тактичному рівні мають затверджуватися рішення, орієнтовані на завдання, а на рівні генерального директора – на мету.

При розробці відповідних проектів рішень, програм, планів лінійному керівнику допомагають його підлеглі співробітники. Їх роль значна, оскільки вони здійснюють рутинну організаційно-технічну підготовку діяльності, опрацьовують первинні дані, аналізують і переводять їх у статус інформації, розробляють варіанти розв'язання питань, пов'язаних з управлінсько-організаційної діяльності, звільняючи при цьому генерального директора та його заступників від рутинних фінансово-економічних і статистичних розрахунків, математичної обробки інформації, матеріально-технічного забезпечення та ін.

Таким чином, з позицій класичного й сучасного менеджменту наявна управлінська діяльність в об'єкті дослідження не є доцільною і є такою, що не використовує теорію раціональних рішень, і порушує технологію їх розробки та вибору оптимальних управлінських рішень.

Причина – відсутність у суб'єкті управління «Інституті серця» відповідної службово-посадової підготовки на засадах науково-практичних основ управління, диференціації посадових осіб за 4-ма службово-посадовими групами, переважання в адміністративно-управлінській діяльності ієрархічної моделі за лінійною та лінійно-функціональною схемою; не залучення на практиці демократичних типів і систем/моделей управління (*соціократичних, холакратичних і селф-менеджменту або самоменеджменту*) з визначеними функціями стратегічного, ситуаційного, тактичного та оперативного управління.

Генеральний директор «Інституту серця», відповідно до повноважень, наданих Статутом, має право на укладання угод від імені «Інституту серця», видачу доручень, відкриття рахунків у банках, затвердження поточних планів діяльності для вирішення статутних завдань, а також затвердження нормативно-правових актів, регулюючих відносини між підрозділами й філіями, та проведення прийому на роботу і звільнення працівників.

Керівник «Інституту серця» відповідає за відбір та розміщення керівників функціонально-структурних підрозділів, їх спеціалістів і затвердження їх посадових інструкцій, тим самим формуючи ієрархію управлінської влади у структурі системи управління.

Дослідження визначило, що до повноважень генерального директора «Інституту серця» включаються: затвердження та організація виконання управлінських рішень; систематичний аналіз та розгляд результатів медичної, науково-методичної, фінансово-економічної, інформаційної та господарської діяльності за звітний період; розгляд результатів роботи окремих підрозділів та їх керівництва з прийняттям відповідних рішень; забезпечення роботи з кадрами та управління персоналом; представництво перед третіми особами, державними органами, судовими інстанціями без довіреності; укладання будь-яких договорів

щодо розпорядження майном та набуття зобов'язань; розв'язання питань щодо розподілу прибутку і компенсації збитків в рамках організаційного одиниці; розгляд і затвердження службово-функціональних документів, що регламентують діяльність організації; затвердження посадових інструкцій співробітників.

У дослідженні не виявлено перетину сфер влади та повноважень, а також дублювання управлінських функцій, що дозволяє уникнути зниження відповідальності, протиріч та інших негативних явищ в управлінні.

Виявлена під час дослідження певна декоративність та ілюзорність оперативно-календарних планів на рівні відділень та їх працівників в значній мірі пояснюється неузгодженістю окремих комунікаційних процесів.

Однією з ключових та динамічних частин системи управління персоналом (СУП) є кадрове забезпечення та організаційно-мотиваційні аспекти у роботі з кадрами та персоналом. За сучасних умов, ефективність функціонування та рівень розвитку конкретного об'єкта дослідження, яким є «Інститут серця», значною мірою визначаються саме персоналом медичної організації. Тому у сучасному менеджменті співробітники розглядаються не як просто елемент, який потрібно зменшувати або скорочувати, а як ресурс та потенціал, який потрібно розвивати.

Відповідно до цього, застосовуються такі підходи, як коучинг, E-learning, самонавчання, тренінг та Case-study для навчання та розвитку персоналу. Необхідною частиною управління персоналом є систематичний, цілеспрямований та адаптований вплив, що включає у себе різноманітні засоби та методи, такі як накази, команди, прийоми, механізми, методи, прохання, зауваження, побажання, рекомендації і т.д. Ці інструменти використовуються для того, щоб впливати на працівників, забезпечуючи необхідні зміни у їх професійно-фаховому, соціально-побутовому та особисто-моральному або психологічному стані.

У своїй діяльності під кадровою роботою/управління персоналом ми розуміємо [2] один з науково-практичних напрямків сучасного менеджменту, що акцентується на розвиток та ефективне використання потенціалу персоналу системи; цілеспрямований вплив на колектив/співробітників з метою забезпечення оптимальних умов для ініціативної їх праці з досягнення цілей організації.

Отже, визнанням мети та завдань кадрової роботи є проведення оцінки професійної діяльності співробітників, забезпечення їхньої компетентності, включаючи глибину та ширину знань і досвіду, зацікавлення у їхньому успіху і психологічне сприйняття змін у системі, відповідність наявній в системі культурі праці та управління, мотивація персоналу, ефективне використання майстерності та здібностей, присутність сприятливого робочого оточення, стратегічне планування професійного росту та можливості горизонтального або вертикального руху в організації та удосконалення методів оцінки персоналу.

Дослідженням було встановлено, що в «Інституті серця» відсутній визначальний, самостійний документ щодо роботи з кадрами та управління персоналом, який передбачав би комплексний підхід до реалізації 14 заходів (загально-організаційні, інформаційне забезпечення, кваліфікований процес управління персоналом і роботи з кадрами, підбір та оцінювання персоналу, підвищення кваліфікації, упровадження передового досвіду, організація праці, ідейне виховання, робота з новими фахівцями, формування трудового колективу, соціальне планування, стимулювання праці, службово-медична адаптація, психологічні аспекти та робота з резервом).

Кадрові питання регламентовані в Статуті, штатному розписі, низці положень, планах роботи та програмах діяльності, а також окремих нормативно-правових і службово-посадових документах.

В «Інституті серця» управлінськими структурами реалізований на достатньому рівні дуже важливий при роботі кадрами та управління персоналом – зворотний зв'язок взаємовідносин між АУ і співробітниками колективу. Зворотний зв'язок здійснюється за процедурою обміну комплексною прозорою інформацією з оцінювальними показниками працівників (*на основі звітів, експертного заключення, термінів і результатів лікувально-діагностичного процесу, вибіркового моніторингових заходів, колегіального обговорення службово-професійних питань, висновків партнерів при комунікації, відгуків пацієнтів та їх близьких і т.п.*).

Це дозволяє відслідковувати, як співробітник сприймає і реагує на інформацію,

вирає шляхи корегування своєї діяльності та поведінки, орієнтуючись на інших працівників чи осіб. Такий підхід до оцінки та стимулювання необхідний як психологічний фактор, що підтримує підвищення ефективності діяльності. Тому важливо, щоб конкретний керівник чітко розумів вибір виду, форми та способу застосування цього оцінювального фактору, його професійного та соціально-психологічного впливу, а також механізмів надання й сприйняття зворотного зв'язку.

Рекомендується здійснювати трудове оцінювання працівників систематично та постійно, виражаючи характеристику за визначеними критеріями кількісно (у балах) відносно їхнього рівня (високий, середній, низький). При такому підході результати оцінювання трудової діяльності під час офіційної атестації не спричинять непорозумінь [4].

Кожен працівник, починаючи з моменту прийняття на роботу (на основі вивчення вимог службово-посадових документів, інструктажу, бесід тощо) та протягом трудової діяльності, повинен відмінно знати критерії, за якими здійснюється його оцінювання, і ці критерії повинні бути однаковими для всіх, хто виконує однакову роботу. Вони зображені на рисунку 2.2 [4].

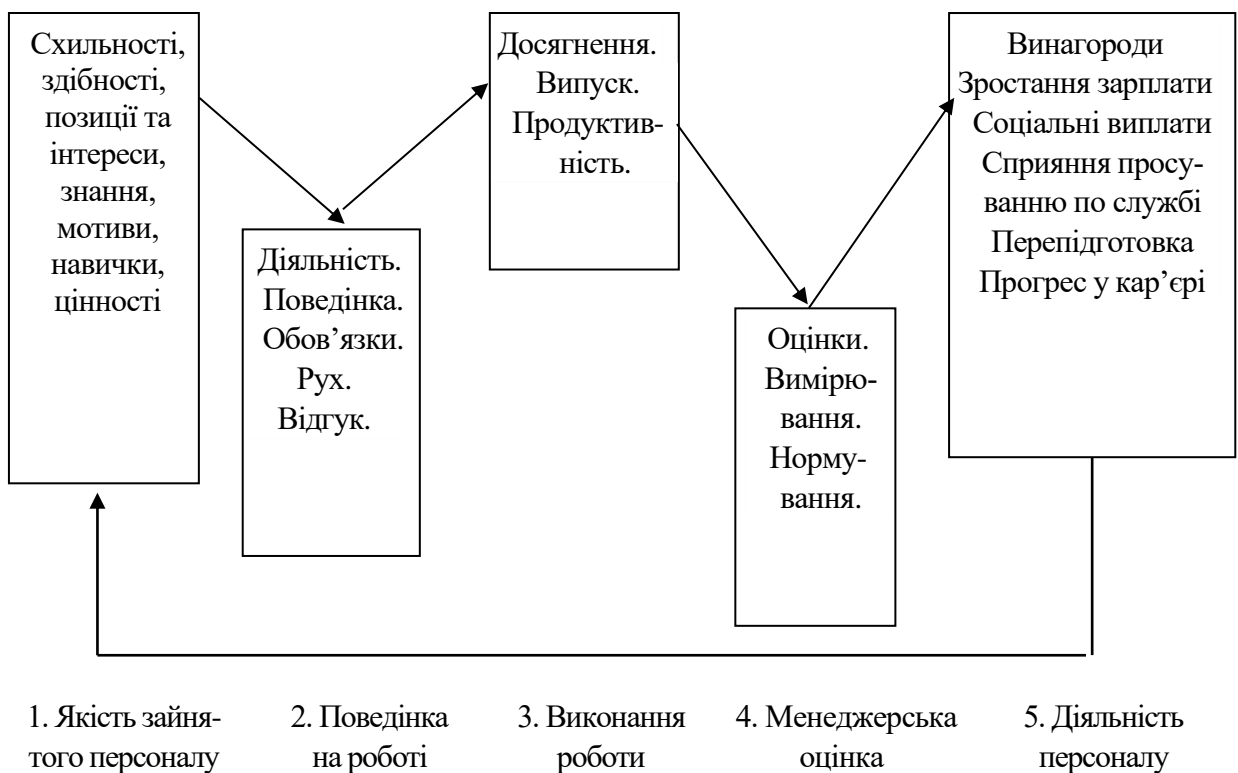


Рис. 2.2. Процедура оцінювання персоналу

В сучасних умовах кожному учаснику господарювання важливо забезпечити належний рівень управління не лише внутрішніми, але й зовнішніми комунікаційними процесами.

З використанням сучасних маркетингових та інформаційних технологій, концепцій менеджменту відбувається ефективно керівництво відносинами з органами влади, управлінськими структурами, громадськими організаціями, пацієнтами та іншими зацікавленими сторонами.

Іншими словами, в медичних установах необхідно розвивати пацієнт-орієнтовані процеси, встановлювати маркетингові відносини, просувати бренд через Інтернет та застосовувати CRM-технології (аналізуючи поведінку пацієнта як споживача кардіологічної допомоги), а також моделювати рекламно-просвітницькі процеси.

За допомогою таких стратегій «Інститут серця» отримує можливість максимально здобувати інформацію щодо департаменту, суспільства, пацієнтів, населення, працівників та їхніх потреб, формуючи обширну інформаційну базу за напрямками діяльності та організуючи управлінську діяльність на засадах сучасного менеджменту.

Впровадження нових підходів та інновацій в управлінській діяльності є основою для підвищення ефективності не тільки систем управління, але й професійної діяльності загалом.

2.3. Експертна оцінка якості організації управління

Враховуючи, що досліджувані системи управління, процес управління, а також інструменти та методи підвищення ефективності особистої управлінської праці (*самоменджменту*) керівників і співробітників є одними зі складових загальної моделі управління конкретною медичною організацією, як соціальною системою, то експертна оцінка якості організації управління/управлінської діяльності в «Інституті серця» проводилась за методом колективної дискусії студентами, які проходили на цій базі переддипломну практику.

Експертне заключення з процесу управління формувалося за схемою (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Схема експертної оцінки стану процесу управління

№ з/п	Розділ роботи	Наявність та якість: (описати або поставити знак «+» чи «-»)						Примітка
		інформації	власного управлінського рішення	ПРУР	дорогання системи	регулювання системи	контроль діяльності системи	
1	2	3	4	5	6	7	8	10

В якості критеріїв-індикаторів при формуванні експертного висновку були взяті 15 ознак-питань, як були передбачені «Програмами-анкетами вивчення та експертної оцінки якості організації та ефективності системи управління (*процесу управління та самоменджменту*) медичною організацією».

Узагальнені результати експертної оцінки представлені в таблиці 2.10 (додаток Б).

Наведені ознаки-питання, що досліджувалися за офіційними даними/показниками, спостереженням й оцінкою управлінської діяльності керівників всіх ієрархічних рівнів і цілеспрямованого опитування керівників і співробітників, свідчать про умовну задовільність залученої моделі управління, організації діяльності апарату управління за звичними й типовими процедурами практики адміністративної системи, використання нормативно-правових і службово-посадових документів які не відповідають вимогами та рекомендаціям сучасного менеджменту.

Причини зазначених недоліків чинної моделі управління в «Інституті серця» –

відсутність базової та посадової підготовки з наукових основ управління або менеджменту (*не володіння законами й принципами, методами, функціями, теорією систем, принципом системності, комплексним підходом забезпечення процесу управління за 5-ю технологічно-функціональними фазами при оперативному, тактичному і стратегічному управлінні, а також роботою з кадрами й управління персоналом та ін.*).

Висновки до розділу 2

З'ясовано, що «Інститут серця» на сьогоднішня ця медична установа – флагман української кардіології та кардіохірургії, яка оснащена найсучаснішою технікою, що дозволило суттєво розширити увесь діапазон класичних і мініінвазивних технік і технологій, і де найдосвідченіші лікарі надають допомогу своїм пацієнтам на високому медико-технологічному та організаційно-управлінському рівнях, забезпечують лікування в дружній атмосфері й комфортних умовах на всіх етапах надання кардіологічної й кардіохірургічної допомоги.

Встановлено, що залучена система управління є за формою моделлю адміністрування, з використанням лінійно-функціонального типу, і демократичною, толерантно-коректною за змістом, яка на сьогоднішня де-факто й де-юре у певному відношенні відповідає практиці й специфіці діяльності даній медичній установі, її потребами та перспективам розвитку за умов подальшого удосконалення на засадах сучасного менеджменту і підвищення управлінського професіоналізму співробітників апарату суб'єкту управління.

Доведено, що при оцінці ефективності моделі, системи та процес управління, а також й інструментів і методи підвищення ефективності особистої управлінської праці (*самоменеджменту*) керівників і співробітників, як є одними зі складових загальної моделі управління конкретною медичною організацією, можна здійснювати за методами колегіальної дискусії та голосування “за-проти” на основі експертизи аналітичних показників і критеріїв відповідно досліджених вихідних індикаторів за схемою програми-анкети (див. додаток А).

Встановлено, що в «Інституті серця» через невизначеність і неопрацю-

вання визначальної кадрової політики, відсутність наказу, як самостійного нормативно-правового документа щодо роботи з кадрами та управління персоналом, остання не передбачає системний і комплексний підхід за цим розділом управлінської діяльності, а відповідно й цілеспрямованої роботи.

РОЗДІЛ 3.

ПЕРСПЕКТИВНЕ МОДЕЛЮВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»

3.1. Концептуальні підходи оптимізації системи управління

Система управління в медичній установі повинна складатися з взаємопов'язаних елементів і уважно розроблених дій, які утворюють основу для функціонування та розвитку цілісного об'єкта управління.

При впровадженні конкретної схеми або моделі управління, керівник враховує особливості організаційної діяльності і розподілу менеджерських процесів для виконання визначених завдань.

Для визначення та створення оптимальної та ефективної системи управління медичною установою важливо керуватися такими принципами, які, за думкою деяких авторів, можна зведені до наступних [37, С.18]: відповідність організаційної структури стратегії функціонування і розвитку управляючого об'єкта; чітке визначення відповідальності та повноважень працівників і керівників, встановлення їх ролі в системі/моделі управління та формування вертикальних і горизонтальних зв'язків згідно з системно-функціональним і комплексно-процесним підходами; оптимальний поділ праці між працівниками та функціональними структурами управляючого суб'єкта, зі збереженням творчості, нормативного навантаження та відповідності спеціалізації працівників; відповідність сформованої системи управління принципам соціальної відповідальності та культурним нормам, що впливає на відношення працівників до роботи, розподіл повноважень і відповідальності, рівень самостійності виконання завдань управлінськими кадрами та персоналом і межі та види контролю з боку посадових осіб, як менеджерів; підтримка балансу між повноваженнями, відповідальністю, функціями та обов'язками керівників для уникнення загальної дисфункції системи управління та ентропії в діяльності медичної установи.

У процесі удосконалення системи управління в межах конкретного суб'єкта господарювання важливу роль відіграють його функція, розмір, особливо

сті організаційно-планувальної архітектури та життєвий цикл.

Отже, при моделюванні організаційної структури управління в «Інституті серця» рекомендується дотримуватися основних вимог і рекомендацій, таких як: визначення мети, цілей, завдань і можливих проблем; максимальна спрощеність структури, яка повинна бути чіткою і недублюючою, де кожен співробітник розуміє свою роль і участь в роботі медичної установи; забезпечення збору, обробки, аналізу, передачі та збереження повноцінної і достовірної інформації, з чітко узгодженими зворотніми зв'язками в інформаційних потоках; максимально можливе встановлення єдиної підпорядкованості для наказів, розпоряджень і вказівок, щоб вони надходили до окремого працівника тільки від одного керівника-менеджера; обмеження кількості підлеглих для одного менеджера відповідно до нормативів управління та контролю конкретного виду діяльності (число Мюллера); чітке координування і розмежування функцій тактичних і лінійних керівників за принципами делегування повноважень і Парето (20:80).

Враховуючи той факт, що сучасна медична організація або підприємство є «відкритою, самокерованою, соціально-економічною системою, яка володіє функцією управління і забезпечує збереження чи розвиток основних властивостей системи відповідно до визначеної мети. Управління залежності від особливостей конкретних організацій і цілей управління дозволяє стабілізувати діяльність підприємства, зберегти її якісну визначеність, підтримувати динамічну рівновагу та створити умови для поліпшення функціонування компанії для досягнення конкретного корисного результату» [39, С. 239], схема-модель управління повинна бути створена так, щоб швидко і адекватно адаптуватися до змін як у внутрішньому, так і у зовнішньому середовищі, не втрачаючи при цьому її цілісності, динамічності, а також здатності до управління і керування.

Це передбачає систематичний моніторинг змін цих факторів, розробку та впровадження системи управління подіями для передбачення ситуацій та вирішення проблем, запобігання управлінським неспроможностям, викривленням роботи окремих підрозділів, можливих конфліктів та забезпечення психологічного та морального клімату в колективі.

До таких факторів зовнішнього порядку можна віднести наступне: Постачальники, які забезпечують компоненти кардіологічної або кардіохірургічної допомоги населенню (*медичні препарати, електроенергія, комунальні послуги, сировина, матеріали, комплектуючі тощо*), і які співпрацюють з функціонально-структурними підрозділами чи службами; Відомчі та місцеві органи влади, які взаємодіють з керівництвом щодо реалізації різних проектів; Державні структури та організації, яким подаються відповідні звіти обліковими структурними підрозділами; Партнери й конкуренти, з якими підтримуються службово-професійні та медико-діагностичні зв'язки; Економічне, екологічне, правове та міжнародне середовище; Пацієнти та їх родичі/близькі, вподобання яких потребують дослідження на систематичних засадах; Суспільство та громада, різноманітні громадські та інші організації тощо.

Основними внутрішніми факторами, що впливають на формування як системи управління, так і організаційної структури, можуть бути медико-діагностичні процеси. Ці процеси є основою функціональної складової та визначають ієрархічний рівень управління, горизонтальний і вертикальний поділ управлінської праці.

До інших внутрішніх факторів, які впливають на управлінську діяльність та організаційно-функціональну структуру, можна віднести обсяги та масштаби професійної діяльності. Зі збільшенням обсягів може інтенсивно збільшуватися перехід від універсальних підрозділів до спеціалізованих, а збільшення масштабів може супроводжуватися розширенням територіального розташування, створенням додаткових підрозділів чи філій.

Головною метою поліпшення організаційної структури системи управління є підготовка, прийняття і реалізація управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності роботи системи та досягнення її медичного, економічного і соціального розвитку.

Для досягнення цієї мети необхідно забезпечити реалізацію наступних завдань [40]: Розподіл та закріплення права розпорядження різними видами ресу-

рсів в межах функціонально-організаційної структури з метою визначення відповідальності за їх раціональне використання. Оптимізація кількості посадових осіб, які приймають рішення щодо конкретних проблем, для підвищення ефективності управління. Визначення відповідальності конкретного суб'єкта управління за своєчасність та якість прийнятих рішень. Забезпечення концентрації та координації управлінської діяльності, уникання дублювання та виконання однакових функцій різними менеджерами. Передача повноважень прийняття певних рішень і забезпечення їх виконання відповідно до ієрархічного статусу та займаної посади. Визначення рівня спеціалізації функціонально-структурних підрозділів. Налагодження комунікаційних процесів для досягнення єдності цілей та діяльності у межах службово-посадових груп апарату управління.

Забезпечення сучасного методичного підходу та послідовності організаційного моделювання системи управління та управлінської діяльності, враховуючи особливості сучасного менеджменту в медичних установах, на основі вдосконаленого авторського підходу до схеми послідовності організаційного проектування системи управління [38], яка представлена на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Організаційне проектування системи управління у медичній установі

При обранні та удосконаленні організаційної моделі системи управління важливо визначати й брати до уваги ті чинники, які мають вплив на її якість. До них відносять: цілі розвитку медичної структури, обсяги її діяльності, потен-

ційні можливості розвитку на основі його технологічного й ресурсного забезпечення, особливості організації суб'єкту та об'єкту управління, а також служби інформаційно-аналітичного забезпечення, специфіки існуючої управлінської діяльності, власного нормативно-правового забезпечення розділів роботи за принципом єдиного документа, планування, систематичної доорганізації, регулювання та моніторингу виконання управлінських рішень тощо.

При вдосконаленні організаційної структури слід усвідомлювати, що це вплине на всі аспекти поточних процесів у сфері кардіологічної допомоги, фінансового забезпечення, управління персоналом та інші, а також на прийняття стратегічних рішень. Успішне функціонування ОУ на базі ефективною структури управління можливе лише при урахуванні етапу розвитку системи, рівня професіоналізму та технологічного розвитку. Якщо керівництво «Інституту серця» вирішить оптимізувати систему управління (ОСУ), важливо виконувати наступні дії чи етапи за методом сценаріїв [38]] (рис. 3.2).

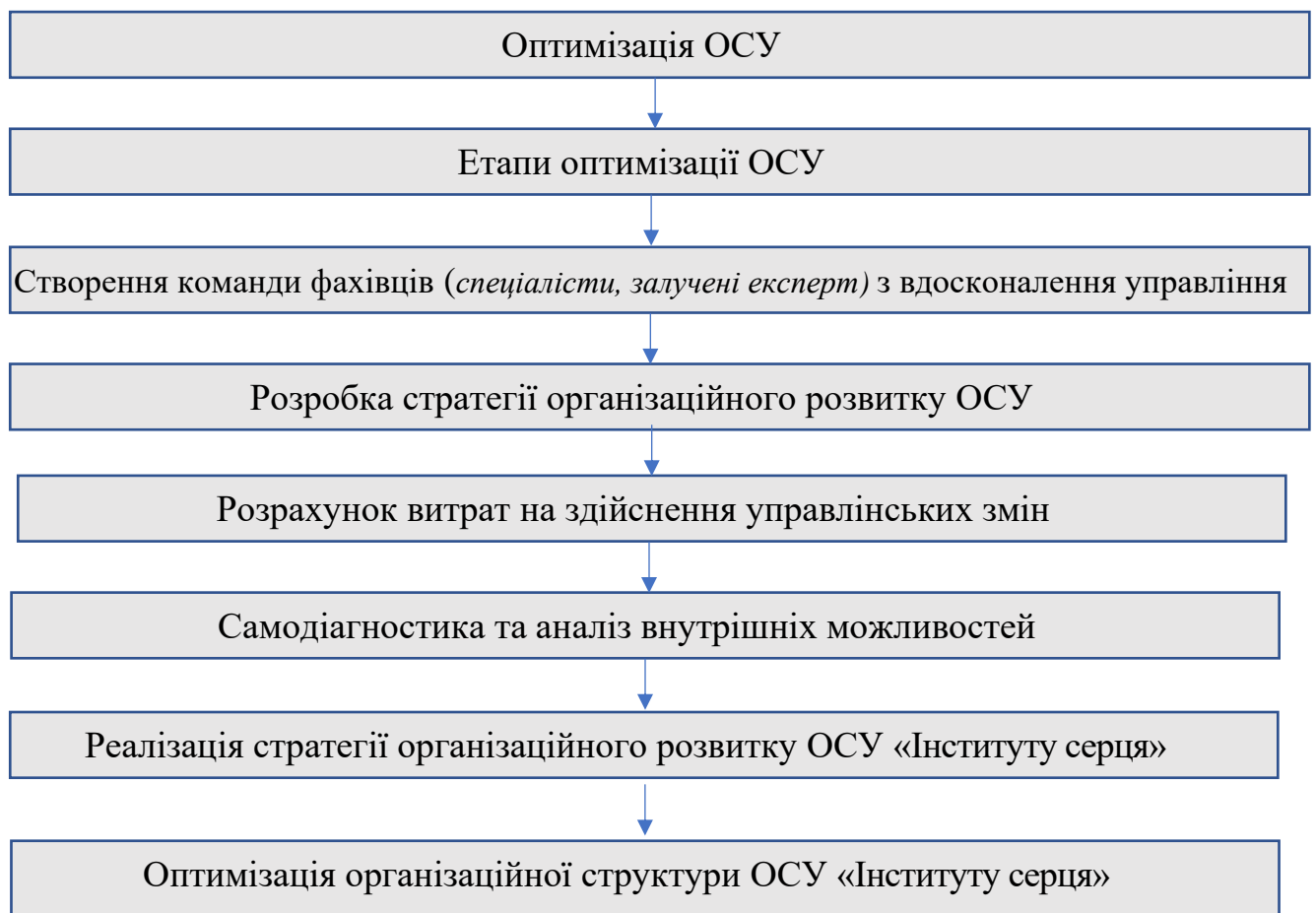


Рис. 3.2. Оптимізація організаційної системи управління

З рисунка 3.2. слідує, що для розробки та реалізації стратегії організаційного моделювання «Інституту серця», як ОУ, до мінливого зовнішнього середовища й здатності пристосовуватися до зміни внутрішніх і зовнішніх умов господарювання, та вдосконалення системи управління, доцільно залучати не тільки внутрішніх фахівців, а й запрошувати зовнішніх консультантів, експертів і спеціалістів.

Проте, впровадження організаційних змін не завжди призводить до позитивних наслідків для персоналу. Для працівників конкретної медичної установи це може мати як психологічні, так і матеріальні наслідки.

Тому важливо своєчасно проводити заходи, враховуючи закони (опір і супротив), а основним чинником має бути системний підхід (системно-інтегративний, системно-комунікаційний і системно-історичний) у підготовці колективу та вирішенні негативних наслідків організаційних змін [4].

У зв'язку із переходом до інформаційного суспільства в останні роки виникають нові вимоги до внутрішньої структури медичних установ та взаємодії з зовнішнім середовищем, такі як [4]: творення потреби в більш гнучких формах взаємодії між системою управління та структурними підрозділами; зменшення бюрократизації процесів; уникнення надмірної формалізації; зменшення числа ієрархічних рівнів при одночасному зміцненні горизонтальної інтеграції між персоналом тощо.

Цей тип системи управління називають демократичним або органічним управлінням [40]. Його ключовою рисою є індивідуальна та колективна відповідальність за кінцевий результат роботи для кожного працівника.

Учасники діють на добровільних засадах, враховуючи характер проблеми, що вимагає вирішення, та взаємодіють на рівні активної позиції, а не ієрархічного рівня своєї посади, що відзначено у розділі 3.2.

Отже, в сучасних медичних установах для розв'язання службово-професійних завдань рекомендується впроваджувати проблемно-орієнтовані команди (кола), нові віртуальні організаційні моделі управління, що передбачають широке мережеве партнерство.

Це обумовлено необхідністю об'єднання різноманітних видів діяльності та завдань учасників управлінського процесу, при цьому управління характеризується неієрархічністю та лінійністю, які обмежують реалізацію інтелектуального потенціалу працівників.

Сучасний аналіз особливостей систем управління в медичних установах дозволяє визначити, що система управління має базуватися на стратегічних цілях, зокрема «Інститут серця». Удосконалення системи управління та організаційної структури повинно враховувати обране співвідношення принципів менеджменту, таких як централізація і децентралізація, а також оптимальний розподіл функцій, прав та відповідальності між підрозділами та керівниками.

3.2. Холакратична система управління: особливості, переваги, недоліки

Холакратія – представляє собою соціальну технологію або систему організації управління, де функції управлінських структур, влади та посадових осіб розподіляються між самоорганізованими командами, які діють автономно та самодостатньо, але не самоврядуванням, і не реалізуються в межах управлінської ієрархії [40]. І враховуючи, що холакратія використовує більш ефективні принципи та методи роботи, ця модель управління розглядається як більш прогресивна порівняно з холархією (ієрархією саморегулюючих холонів, які діють як автономні цілісні одиниці та як залежні компоненти) [41].

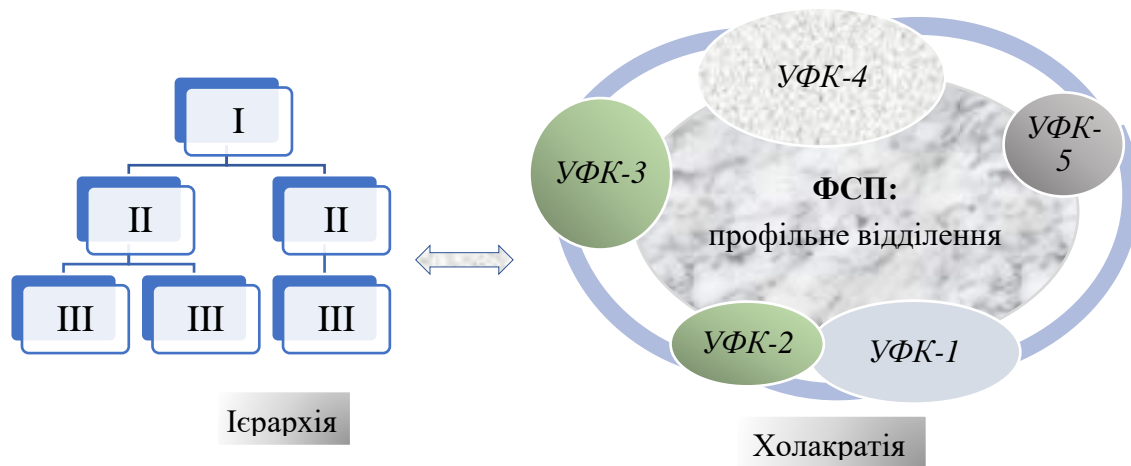
Однією з особливостей холакратії є використання соціократичного методу кругової структури системи управління організації, що представляє собою кола (зовнішні та внутрішні) [42-43], які виконують різні ролі та мають горизонтальну ієрархію за цільовими орієнтаціями.

У принципах кругової структури системи управління визначено гармонізацію інтересів під час ухвалення рішень, а не більшості голосів, і прийняття управлінських рішень після обговорення між особами, які взаємно довіряють одна одній. Можна припустити, що принцип «кола» в управлінні, який виступає як елемент організаційно-функціональної структури управлінських відносин, може бути узятий з давнини, з часів волхвів серед древньослов'янських племен. Наприклад, при проведенні загально-племінних ритуальних дій, таких як «собори», волхви вибирали чи перевибирали правлячого князя общини, ставлячись у коло, де в центрі знаходилася кам'яна споруда (*затрадиціями – езотерична*).

Більшість відомих комунальних медичних установ, включаючи СМДН,

можуть використовувати такий підхід до управління, але він особливо доцільний для структур, які орієнтовані на конкуренцію. Однак на практиці для досягнення мети надання доступної, високотехнологічної та якісної допомоги пацієнтам конкурентно-орієнтованим структурам необхідні маркетинг, сучасне обладнання, останні професійні розробки, висококваліфікований персонал, достатня кількість спеціалізованого персоналу, рекламні заходи та інше.

Наприклад, для холакратичної системи, як у «Інституті серця», у порівнянні з ієрархічною системою ці принципи реалізуються через управлінські функціональні кола (УФК), які включають зовнішні та внутрішні аспекти (див. рис. 3.3) [4, 17-18].



Умовні позначення:

I-III – ієрархічні рівні управління; ФСП – функціонально-структурний підрозділ;
УФК-1-5 – організаційно-управлінські проблеми, завдання, ситуації

Рис. 3.3. Принципова схема ієрархічної та холакратичної систем управління медичної установи (на прикладі «Інституту серця»)

Залежно від масштабів, специфіки та характеру завдань і проблем/ситуацій, кількість та склад УФК в СМДН можуть варіюватися на рівні закладу, регіону, відомства чи галузі. У межах управлінського функціонального кола проводяться внутрішні збори правління, на яких визначаються співробітники для заповнення ролей та відповідальних за виконання робіт згідно з встановленою сферою повноважень. Зв'язок між УФК реалізується через чотири обов'язкові

ролі: Lead Link (в середині свого кола представляє зовнішній «Варяг»), Rep Link (в середині зовнішнього кола представляє внутрішній «Козачок»), Secretary (координує зустрічі, аналізує їх результати – «Своячок») і Facilitator (лідер кола, обраний іншими учасниками – «Модератор») [4].

Учасники, що виконують ці ролі, мають брати участь у зборах обох УФК для координації дій місії та стратегії організації.

Члени кола, крім управлінських повноважень, також мають функціональні ролі, де вони можуть виконувати практично все, що не заборонено, і жоден посадовець не може вказувати їм, коли і як робити щось. Лише працівник має можливість встановлювати пріоритети в межах своєї функціональної ролі.

Однак Lead Link («Варяг») має право вилучити співробітника з кола, якщо він не впорався зі своєю роллю або перешкоджає іншим учасникам виконувати свої обов'язки. У холакратії рекомендується, щоб кожне УФК проводило збори регулярно, принаймні один раз на тиждень [4].

На цих зборах проводиться надання відповідних даних, відкриті обговорення, на яких учасники можуть пропонувати питання для обговорення та вирішення проблем. Збори акцентують увагу на обговоренні конкретних кроків, щоб уникнути масштабних та неефективних дискусій.

Важливо зазначити, що участь співробітників у холакратичній схемі-моделі повинна здійснюватися в чітких правових межах, процедурах та механізмах реальної участі та впливу на процеси управління. Головне – уникати тенденцій до охлократії, анархізму або відомчого етатизму. При цьому значущою стає особиста відповідальність співробітника, оскільки він може самостійно приймати важливі рішення та регулярно звітувати за свою роботу перед колегами на тактичних зустрічах. Це підвищує довіру та інтеграцію рішень в колективі, а також сприяє зменшенню недовіри.

В залежності від розміру, характеру та специфіки завдань і проблем/ситуацій кількість та склад УФК у СМДН можуть відрізнятися на рівні закладу, регіону, відомства чи галузі. У межах управлінського функціонального кола проводяться внутрішні збори правління, на яких визначаються співробітники для

виконання ролей та визначаються відповідальні за роботу відповідно до сфери повноважень.

Зв'язок між УФК реалізується через чотири обов'язкові ролі: Lead Link (*діє в межах зовнішнього кола від імені внутрішнього – «Варяг»*), Rep Link (*працює в середині зовнішнього кола від імені внутрішнього «Козачок»*), Secretary (*координує зустрічі, аналізує їх результати – «Своячок»*) і Facilitator (*лідер кола, якого обирають інші учасники – «Модератор»*) [4].

Співробітники, що виконують ці ролі, зобов'язані, з метою координації дій місії та стратегії організації, беруть участь у зборах обох УФК. Члени кола, крім управлінських повноважень, також мають функціональні ролі, де вони можуть робити практично все, що не заборонено, і жоден посадовець не може вказувати їм, коли і як робити щось.

Тільки сам співробітник може визначати пріоритети як частину його функціональної ролі. Однак Lead Link («Варяг») має право видалити з кола співробітника, якщо той не впорався з роллю або заважає іншим учасникам виконувати свої ролі [4].

У холакратії доцільно, щоб кожне УФК проводило збори регулярно, принаймні один раз на тиждень. На зборах учасників УФК передбачається процес надання відповідних даних, ведення відкритих обговорень, на яких учасники кола можуть запропонувати питання для обговорення та розв'язання своїх проблем. Особливістю зборів є акцентування уваги на обговоренні конкретних подальших кроків, щоб уникнути масштабних та неефективних дискусій.

Однак участь співробітників у організаційно-управлінській діяльності за сценарієм холакратичної схеми-моделі може та повинна здійснюватися в чітких правових межах, процедурах і механізмах реальної участі та можливостей впливу співробітників на процеси управління. Головне – уникати тенденцій відходу від охлократії, анархізму або відомчого етатизму (*активному втручанні відомчих владних структур у сфері діяльності колективу*) [4, 17].

При даному типі управління спостерігається збільшення особистої відповідальності співробітника. Відповідно до цього підходу, працівник може

самостійно приймати важливі рішення, проте у випадку помилки він особисто несе за них відповідальність, не перекладаючи це на керівництво. Крім того, співробітник регулярно відповідає за свою роботу перед колегами під час тактичних зустрічей.

Це сприяє утриманню членів УФК в курсі справ, а також надає можливість отримувати зворотний зв'язок щодо власних дій для прийняття більш інтегративного рішення та мінімізації недовіри в колективі. Важливою складовою такої моделі управління є довіра та процес/петля зворотного зв'язку [4, 17].

Отже, при обговоренні холакратичної системи управління ми маємо справу із більш складними процесами її впровадження, такими як єдність мети, цілей, завдань/проблем та зусиль, відбір кадрів за професійними якостями, порядок, дисципліна та корпоративний дух. Це вже є гарантією створення здорової організації, що працює на засадах системності.

Холакратична система управління в певному розумінні нагадує теорію зацікавлених осіб, оскільки моделювання функцій та структури апарату управління за його 4-ма службово-посадовими групами допускає присутність представників громадських структур та їх лідерів, що не підпорядковані посадовцям – наприклад, професійні спілки, Ради наставників, Ради медичних сестер, поза штатний відділ кадрів, організації, що захищають інтереси пацієнтів, молельні кімнати тощо [4].

Присутність представників зацікавлених сторін у складі апарату управління забезпечує зв'язок між всіма елементами організованої системи та врахування загальних інтересів в управлінській діяльності.

Серед переваг холакратії можна виділити [16, 44]: підвищення гнучкості, ефективності, прозорості та інноваційності системи управління, а також рівень відповідальності в організації; збільшення кількості внутрішніх ініціатив та мотивація учасників команди брати на себе ініціативу, надаючи їм технологічний процес для вирішення проблем та втілення власних ідей; розподілення повноважень, що зменшує тягар на керівників та підвищує відповідальність працівників за свої дії та рішення; об'єктивніше рішення конфліктних ситуацій;

запобігання традиційним гендерним моделям.

Отже, чим менший рівень (коло) суб'єкта управління, тим менше у нього уявлення про загальну картину стосовно реального стану справ конкретної організованої системи, її цільові принципи, орієнтири на кінцеві результати, порівняно з попереднім рівнем (колом) управління. І таким чином, холакратична модель управління не передбачає остаточного виключення ієрархії [4, 17].

Між недоліків варто відзначити певну складність побудови організаційної моделі за УФК, зміну стереотипів управлінсько-функціональних взаємовідносин, значну кількість правил, нових підходів, термінів і незвичності процедур прийняття рішень і вирішення можливих конфліктів. Це вимагає зусиль і часу для адаптації, іноді великих. Деякі співробітники також можуть почувати себе некомфортно в такому управлінсько-організаційному середовищі, де ніхто не вказує, що, коли і як робити. Нарешті, у моделі холакратії, особливо в контексті СМДН, голос пацієнта може мати проблематичний характер.

3.3. Напрями та шляхи вдосконалення і оцінки ефективності системи управління

Залежно від масштабу діяльності структур СМДН системи управління будуть характеризуватися або комплексом дій (у випадку невеликих масштабів, таких як підрозділ університету/інституту, кафедри, служби і т. д.), або у вигляді сукупності взаємозв'язаних ланок (у випадку середніх і великих масштабів, таких як відділ, відділення, інститут, заклад, установа і т. д.).

Якщо комплекс дій (перший варіант) визначає зв'язок, цілісність і статичну основу діяльності менеджера (що забезпечує єдність організаційної системи та безпосередній вплив на об'єкт управління), то ланки (другий варіант) вимагають розділення управлінської діяльності між посадовими особами або спеціалізованими підрозділами.

Це дозволяє виконувати дії відповідно до специфіки функцій управління, обсягу і масштабу повноважень, трудомісткості роботи, рівномірності розподілу навантаження серед персоналу відповідно до їх професійно-посадових або кваліфікаційних

вимог тощо. Однак обидва варіанти виражають сенс у формуванні системи управління як цілісної сукупності взаємопов'язаних ланок управління. Утворення системи управління визначається управлінськими проблемами, які надають конкретному комплексу та ієрархії (*лінійній, функціональній, дивізійній, штабній і т. д.*) системи управління певний характер. Зазначені типи систем управління можуть бути лінійними, функціональними, дивізійними, штабними та іншими [4].

Система управління повинна бути об'єктом спеціального проектування, яке слід проводити на основі глибокого аналізу з використанням показників її стану і функціонування.

Структурно система управління, а, отже, і її вдосконалення, включає п'ять основних аспектів: організацію системи, методи управління, функції управління, культуру управління і техніку управління (*рис. 3.4*) [4].

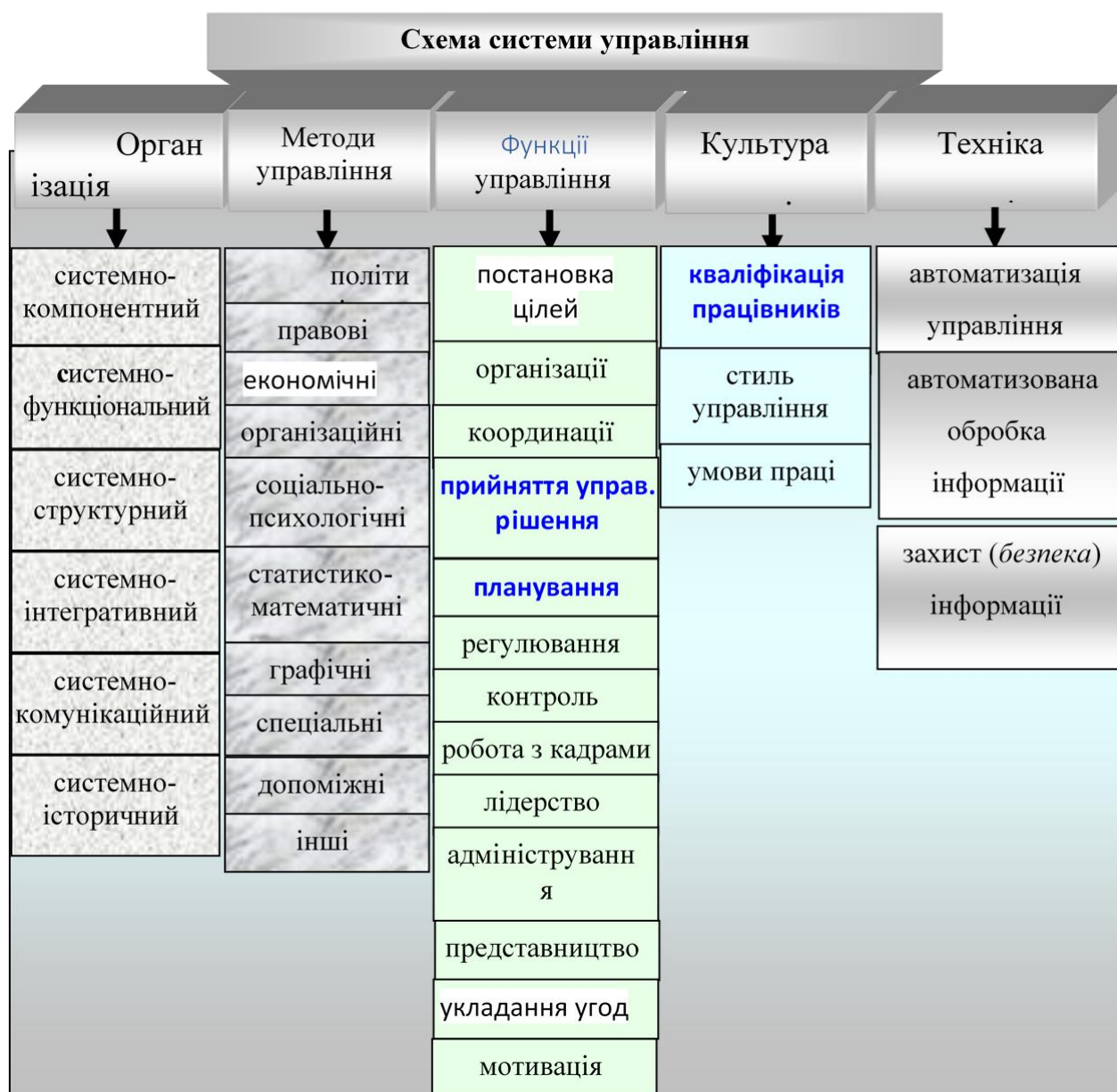


Рис. 3.4. Комплексний підхід до вдосконалення системи управління

Як вказано на рисунку 3.4, кожна з управлінських проблем містить комплекс напрямків або підпроблем, які не лише розкривають їхній зміст, але й конкретизують діяльність управлінських органів для вдосконалення обраної моделі системи управління [4].

Наприклад, проблема «організація системи» вимагає вирішення шести напрямків [4]: формування необхідних компонентів для її функціонування; встановлення функціональних зв'язків між компонентами для забезпечення їхнього статусу та взаємодії; визначення внутрішньої структури; впровадження динамі-

зму в систему, наприклад, через нові знання, досвід, методи та техніки, обладнання або реорганізацію функцій та структури; забезпечення зовнішньої взаємодії та встановлення ефективних комунікацій як по вертикалі, так і горизонталі; узагальнення накопиченого досвіду та його оптимальне використання в нових умовах функціонування системи.

Організація системи, яка є управлінською проблемою, включає три взаємопов'язані підпроблеми (*організацію структурно-функціональних частин системи – суб'єкта управління, об'єкту управління та блоку наукового регулювання*) або системи інформаційного забезпечення; організацію процесу управління; ви значення та розподіл функцій управління під час діяльності), які також вимагають свого методологічного та методичного обґрунтування при їх моделюванні [4].

Друга управлінська проблема включає методи, що використовуються в управлінській практиці: політичні, правові, економічні, соціально-психологічні, організаційні, статистико-математичні, графічні, спеціальні та інші [4].

Функції управління, як одна із значущих проблем системи управління (*оскільки вони визначають суттєву частину роботи працівників управлінського апарату та службово-посадових взаємин*), конкретизуються 13 видами – визначення цілей (цілей), організації, координації, ухвалення управлінських рішень, планування, регулювання, контролю, управління кадрами, лідерства, адміністрування, представництва, укладання угод і мотивації [4].

Культура управління, розглядана як аспект управлінської проблеми, представлена кваліфікацією управлінського персоналу, стилем керівництва та умовами праці [4].

Зрештою, техніка управління охоплює автоматизацію системи управління, автоматизовану обробку та захист (безпеку) управлінської інформації [4].

Справді, у науковій літературі існує інший підхід до визначення структури системи управління. Деякі автори розглядають цільовизначення і принципи як самостійні проблеми системи управління [4].

У нашому розумінні, це не є повністю обґрунтованим, оскільки кожна з

вищезазначених проблем включає необхідність обґрунтування та формування цілей, подібно до системи управління в цілому.

Принципи управління становлять пріоритет для теорії та практики управління як предмету, дисципліни вивчення і пізнання, а не окрему проблему. Неможливо погодитися з думкою Г.В. Щокіна та інших авторів, які стверджують, що майбутнє науки та предмету управління залежить від техніки, особливо в період широкого впровадження обчислювально-технічних засобів у діяльність управлінського персоналу [8].

Незважаючи на важливість цього чинника для удосконалення систем управління, слід висловлювати серйозні застереження щодо переоцінки його значення та недостатньої уваги до інших аспектів, зокрема людського фактора. Уже в 2002 році М.Х. Мескон вказував, що «...людина поступово опанує всі можливості сучасної електронно-обчислювальної техніки, змусить її служити собі, але управління є перш за все економічною, соціальною, ідеологічною, а не кібернетичною, природничо-науковою, технічною ... проблемою» [9, С. 379].

Удосконалювання системи управління на науковій основі може бути успішно почата та завершена тільки за умови комплексного вирішення ряду завдань, як: розвиток управлінського кадрового потенціалу (*навчання, підвищення кваліфікації, розставляння, оцінка й стимулювання*); розвиток якісно нової інформаційно-технічної бази, із використанням комп'ютерних технологій; адекватна організація праці та створення належних умов для трудової діяльності; розробка найбільше прийнятних, доцільних схем-моделей управлінських функцій і структури; удосконалювання стилю керівництва; розробка під нові умови функціонування системи нормативно-правових бази та науково обґрунтованих методичні й технологічні документи; сучасних посадові документи (*наприклад, професійно-посадових вимог*), бізнес-планів; використання кредитів й інвестицій та інші [4].

В остаточному підсумку, завдання з удосконалювання системи управління можна зводити до [4]:

- а) компетентності управління;

- б) оперативності управління;
- в) ефективності управління.

Так, ефективність залученої системи управління медичною організацією можна визначати з використанням одного з підходів її оцінки. До такого підходу можна віднести цілеспрямоване вивчення певних складових ОСУ та окремих оцінці їхньої ефективності. Наприклад, проводити оцінювання ефективності управлінських кадрів і персоналу, технології, типу і стилю управління тощо. При цьому можна чітко визначити результативність окремих елементів ОСУ, але часто виникають труднощі з комплексною характеристикою ефективності. Тому є за доцільне застосування комплексного експертного оцінювання загальної ефективності ОСУ, яке, часто, дає можливість визначити що саме відіграло позитивну роль у досягненні результатів, а що було слабкою ланкою, яку необхідно удосконалювати, розвивати чи вилучати [45].

Отже, для поліпшення ефективності ОСУ необхідно застосовувати комплекс методів, які б дали можливість провести оцінку результативності функціонування як окремих складових СУО, так і загальну ефективність.

Для того, щоб коректно обрати метод оцінки, відповідно до ситуації, слід врахувати вплив таких чинників як: характеристики об'єкта дослідження, його динамічні особливості; сутність вирішуваної проблеми; мета й глибина аналізу; вид і джерела інформації, що є у доступі; рівень фаховості аналітиків, що проводять оцінку [46].

Для проведення експертної оцінки ефективності ОСУ та визначення шляхів її подальшого удосконалення, на нашу думку, найважливіше визначити складові елементи, які безпосередньо впливають на результативність, наприклад, «Інституту серця» та для кожного його окремого функціонально-структурного підрозділу. Адже, кожен суб'єкт господарювання має свої особливості та ключові елементи системи управління [47].

Розглядаючи «Інститут серця» як організовану управлінську систему, можна стверджувати, що ефективність його системи управління досягається, перш за все, ефективною та оптимальною організацією СУ. Саме суб'єкт управління

визначає мету діяльності та встановлює взаємозв'язки між цілями, ресурсним забезпеченням, персоналом, процесом і результатом діяльності. Водночас, мають бути налагоджені зворотні зв'язки між СУ та ОУ як управлінськими підсистемами. Отже, що оцінити ОСУ необхідно чітко виокремити керуючу та керовану підсистеми та взаємозв'язки між ними.

Також, при врахуванні системного підходу до управління, багато вчених і фахівців, що досліджують конкретні організаційні одиниці, визначають та аналізують такі підсистеми, як методології управління, типи управління, функції управління, процес та техніки управління. Методологія і процес управління формують діяльність управління, в той час як система, функції і техніка управління виступають як механізм управління. «Стан компонентів системи управління... безпосередньо впливає на ефективність її функціонування в цілому» [47, С.251].

Деякі дослідники ефективності організаційних систем використовують процесний підхід. У цьому випадку складовими системи є методи управління, персонал, структурно-функціональне забезпечення, інформація, техніка і технологія. Основу ефективності управління складає забезпечення всіма ресурсами (кадровими, технологічними, енергетичними, інформаційними тощо) процесів та робіт на всіх етапах прийняття рішень [4, 13, 48].

Для підвищення ефективності організаційної системи, на наш погляд, необхідно проводити оцінку складових системи суб'єкта господарювання за етапами [4, 49-50]: Вивчення об'єкта управління. Постановка проблеми. Діагностика впливів зовнішнього середовища. Розробка та вивчення всіх альтернативних варіантів вирішення проблеми. Вибір єдиного рішення з числа представлених альтернатив. Реалізація обраного рішення. Оцінка, корегування та контроль отриманих результатів.

Комплексна взаємодія всіх компонентів організаційної системи та прийняття рішень за наведеною вище послідовністю забезпечать продуктивне функціонування суб'єкта господарювання. Можна виділити та рекомендувати

для «Інституту серця» наступні напрями та ключові шляхи удосконалення системи управління (рис. 3.5).



Рис. 3.5. Основні шляхи вдосконалення системи управління

Оскільки ключовим критерієм ефективності є результат, який в значній мірі залежить від витрат, то управління витратами виступає як один із основних методів удосконалення організаційної системи управління. У «Інституті серця» вартість (витрати) кардіологічної/кардіохірургічної продукції становить дві треті чистого доходу від надання медичних послуг.

Таким чином, управління собівартістю стає значущим фактором для підвищення ефективності управлінської та медичної діяльності. Для удосконалення управління витратами рекомендується [13, 50]: чітко визначати та систематизувати основні терміни і процеси в системі управління витратами; вибрати оптимальні моделі управління витратами, враховуючи особливості ринку медичних послуг і галузі; моніторити поточний стан та виявляти проблеми та потенційні слабкі місця в формуванні та обліку витрат; створювати на організаційній одиниці відповідне інформаційне забезпечення для формування та обліку витрат; налагоджувати документообіг, узгоджувати електронні та фак-

тичні процеси документообігу; розробляти та заохочувати впровадження різноманітних механізмів для удосконалення системи управління витратами.

Також доцільно застосовувати сучасні підходи до управління собівартістю, такі як «Директ-костінг», «стандарткостінг», «системи ABC, FVA та SWOT-аналіз» [4, 13, 51].

Метод «Директ-костінг» ґрунтується на класифікації витрат на постійні та змінні, розрахунку частки собівартості, а також визначенні граничної вигоди для конкретної медичної послуги, що є основою для формування довгострокових цілей та прийняття відповідних управлінських рішень у сфері ціноутворення. Однак цей метод має деякі недоліки, зокрема, ускладнення поділу постійних і змінних витрат, а також відсутність відповіді щодо загальної собівартості послуг/продукції. Тому необхідно використовувати інші розрахунки для визначення готової послуги або продукту [4, 13].

В теорії та практиці функціонально-вартісного аналізу (ФВА) виправдане, коли співвідношення між витратами та функцією дорівнює або наближене до 1. При значенні менше 1 воно вважається сприятливим, а при значенні більше 1 необхідно зменшувати витрати за допомогою ранжування, експертних оцінок або колективної дискусії, використовуючи різні види мислення фахівців, такі як логічне, латеральне, індуктивне та дедуктивне.

Метод ФВА включає послідовні етапи: підготовчий, інформаційний, творчий, дослідницький, аналітичний, рекомендаційний та впровадження. Його переваги полягають у такому: Об'єднує дослідження, розробку методико-технологічних аспектів, підготовку та узгодження при впровадженні різних методик або підходів до організації системи, управління процесами та вдосконалення діяльності. Оптимізує відношення між пацієнтами та витратами на медичну допомогу. Взаємодіє з діяльністю медичного персоналу та пацієнтів, об'єднуючи їх як надавачів і споживачів лікувально-діагностичних послуг. Сприяє мобілізації та координації роботи різних фахівців, колективів і підрозділів для досягнення спільної мети. Розвиває у керівників і фахівців навички організаційно-економі-

чного підходу до справи, яких може бракувати багатьом працівникам і які є необхідними для забезпечення діяльності системи медичної допомоги на ринку. Демонструє високу ефективність, де кожен інвестований американський долар у забезпечення ФВА призводить до економії від 8 до 10 доларів, іноді навіть більше 20 доларів [4].

Таким чином, менеджерам медичної галузі слід надавати увагу підготовці фахівців із функціонально-вартісного аналізу та вносити зміни до програм навчання персоналу. SWOT-аналіз, який базується на аналізі переваг і недоліків, можливостей і загроз управлінської системи, дозволяє розробити стратегію розвитку та зміцнення конкурентних переваг. На практиці він виконується за три етапи: комплексне вивчення внутрішньої ситуації в управлінській системі, дослідження зовнішнього середовища та аналізу переваг і недоліків, можливостей і загроз за допомогою матриці [4].

Отже, для оптимізації управління витратами у сучасних системах охорони здоров'я необхідно впроваджувати комплексну систему управління собівартістю послуги/продукції, яка б охоплювала весь процес їх створення – від концепції до використання пацієнтом. Це стане основою для оптимізації як стандартної, так і інноваційної діяльності, використовуючи всі функції управління – від аналізу цілей і організації до реалізації (планування, координації, регулювання, контролю, лідерства, представництва, роботи з персоналом та ін.).

Ще одним напрямком вдосконалення системи охорони здоров'я є прийняття та реалізація управлінських рішень, де планування діяльності є однією з основних функцій управління.

На сьогодні одним із сучасних методів планування є «сценарний» метод, який розглядається як засіб раціонального розгляду можливих варіантів ситуацій у майбутньому, в яких будуть реалізовуватися прийняті рішення організацією. Це не передбачення майбутнього стану, а розгляд можливих ситуацій та адаптація системи охорони здоров'я до них.

Метод сценаріїв включає такі етапи [4]:

- визначення факторів зовнішнього середовища, що мають найбільший

вплив протягом заданого часового періоду, на основі аналізу макросередовища;

- формування сценаріїв, що передбачає визначення факторів, що лежать в основі різних сценаріїв, та їхню інтеграцію.

Використовуючи результати оцінки зовнішнього середовища, об'єднайте окремі частини сценаріїв у кілька загальних. Застосовуються методи, такі як матриці взаємодії, узгоджена думка, повторювана процедура незалежних сценаріїв та інші. Розробка стратегії на основі розроблених сценаріїв. Найбільш вдалим вважається стратегія, яка ефективна при втіленні будь-якого із створених сценаріїв розвитку ситуації.

Сценарне планування має позитивний ефект у тому, що сформовані сценарії стають основою для розробки розумних альтернативних стратегій, які враховують різноманітні ринкові ситуації та сприяють досягненню оптимальних результатів діяльності фірми. Варто відзначити, що формування стратегії на основі сценаріїв сприяє досягненню синергетичного ефекту, оскільки комбіноване використання кількох взаємодіючих стратегій є ефективнішим, ніж окреме застосування кожної з них [4].

Отже, стратегія вдосконалення системи управління концентрується на [54]:Спрямованості на цілі розвитку та порядку удосконалення комплексної системи управління системою охорони здоров'я та його складовими для досягнення ефективних рішень, взаємного узгодження потоків інформації та процесів ухвалення рішень, а також аспектів організаційні, кадрових і технічних рішень. Впровадженні сучасних інструментів і методів управління в рамках обраної комплексної концепції організаційного управління.

Вдосконаленні організаційної структури управління, використовуючи сучасні гнучкі форми (адаптивні, програмно-цільові та інші структури). Поліпшенні інформаційної системи для управління системою охорони здоров'я з метою підвищення якості інформаційного навантаження і розширення можливостей його швидкого використання. Використанні засобів автоматизації та обчислювальної техніки для поліпшення техніко-економічного рівня і якості управлінської роботи. Використанні світового досвіду та співпраці в межах

країни з іноземними партнерами для забезпечення необхідного рівня якості розвитку системи управління [4].

Стратегія вдосконалення системи управління також повинна враховувати аспект синергії. Вірно розміщені акценти в стратегічному наборі – це запорука максимізації синергетичного ефекту. Управління та економіка пов'язують синергетичний ефект, оскільки комбіноване використання кількох взаємозалежних стратегій виявляється кориснішим, ніж ізольоване застосування кожної з них. Різні фактори взаємодіють так, що спільно вони здатні досягти більших результатів, ніж окремо.

Сучасні напрями в удосконаленні та підвищенні ефективності системи управління, включаючи управління персоналом МО з урахуванням стійкості факторів [26], зміни підходу до управлінської посади/діяльності як професії, особистої самоорганізації, раціонального використання часу [56] і інші, стають визначальними для досягнення цілей удосконалення систем управління.

Висновки до розділу 3

Визначено, що особливістю сучасних демократичних (холакратичних), органічних (проблемно-орієнтованих), гібридних або синергетичних систем управління є те, що керівник не виконує роль управлінця процесом, а стає представником (головою) команди, а сама структура набуває рис горизонтальної організаційно-системної управлінської структури за демократичною формою і змістом.

Доведено, що менеджер у демократичній системі управління здійснює управлінську діяльність з підбору і тренування учасників команди, формування і розподіл обов'язків між ними, організації і координації спільної роботи.

Доведено, що додатковими засадами для оптимізації та забезпечення ефективності організаційно-управлінської діяльності «Інститут серця» можуть стати й сучасні організаційно-управлінські технології, методи та механізми, а також їх поєднання з економічними критеріями-індикаторами та впливом на організаційну культуру.

Визначено основні складові організаційної культури «Інституту серця» та визначено, що удосконалення потребують система контролю показників ефективності, система збору зворотнього зв'язку, структура управління та імплементації змін, система інформаційного забезпечення співробітників та обміну інформації між департаментами, система мотивації, яка орієнтована на процес, а не на результат, відсутність правил та норм ділового етикету та бюрократизація процесів.

Враховуючи, що ключовим критерієм ефективності є результат, який в значній мірі в «Інституті серця» залежить від витрат на надання кардіологічної/кардіохірургічної допомоги населення і становить дві треті чистого доходу, то управління витратами виступає як один із основних методів удосконалення організаційної системи управління. Запропоновано механізм оцінки впливу організаційної культури на розробку стратегії та наведено практичні рекомендації, які можуть бути застосовані керівництвом клініки для забезпечення виконання стратегічних цілей ЗОЗ, що досліджувався.

Запропоновано, що для оптимізації управління витратами необхідно впроваджувати комплексну систему управління собівартістю послуги/продукції, яка б охоплювала весь процес їх створення – від концепції до використання пацієнтом що й стане основою як стандартної, так і інноваційної діяльності, використовуючи всі функції управління – від аналізу цілей і організації до реалізації (планування, координації, регулювання, контролю, лідерства, представництва, роботи з персоналом та ін.).

Важливість попередніх пропозицій за матеріалами цього дослідження полягає в тому, що вони сприяють покращенню робочого процесу та досягненню кращих результатів для функціонування «Інституту серця» та надання якісної та ефективної кардіологічної допомоги населенню.

Залучення різноманітних поглядів дозволяє знайти більш креативні та інноваційні рішення, а покращення комунікації сприяє більш ефективному обміну інформацією та координації дій, уникненню негативних наслідків, залучення співробітників до вирішення питань, що підвищить їхню власну важливість та відповідальність.

ВИСНОВКИ

У ході процесі моделювання системи управління суб'єктів господарювання було визначено, що важливо дотримуватися таких принципів: відповідність мети, цілей і завдань стратегії функціонування і розвитку організації; своєчасний та об'єктивний обмін інформацією; максимальна спрощеність структури менеджменту; встановлення єдиної підлеглості з оптимальною кількістю ланок управління; обмеження кількості підлеглих в одного менеджера відповідно до числа Мюлера та показника Грейкунаса; оптимальний поділ праці між працівниками з чітким координаційним і розмежувальним виконанням функцій лінійних керівників та функціональних служб; чітке визначення відповідальності та повноважень кожного працівника та керівника; відповідність соціальної відповідальності та культурним нормам.

Установлено, що «Інститут серця» є відкритою системою з використанням адміністративно-демократичної схеми управління, що є перспективним для даної медичної установи.

Доведено, що формування системи управління має бути оперативним та ефективно реагувати на зміни зовнішнього середовища, при цьому зберігаючи управлінську послідовність і створюючи людяно-толерантні службово-професійні відносини в установі.

В сучасних умовах такими системами управління є доцільне впровадження холакратичної системи в комбінації з сегрегаційною або гібридною, які є демократичними та проблемно-орієнтованими, де керівник-менеджер виступає представником (очільником) команди за горизонтальним типом.

Рахуємо, що засадами для забезпечення ефективності діяльності «Інститут серця» є також сучасні організаційно-управлінські механізми, у поєднанні з економічними критеріями та впливом на організаційну культуру.

Варто зазначити, що нові методи та схеми управління впроваджуються у «Інституті серця» та знаходять відображення, наприклад, на фінансових показниках, а саме у чистому фінансовому результаті, а саме збільшення прибутку приблизно в 20 рази відносно 2020 року, що є істотним фактором стабільності

та рентабельності в діяльності медичної установи.

Обґрунтовані основні напрями оптимізації системи управління суб'єктом господарювання, які стають актуальними в умовах ринкового середовища. До таких напрямів входить удосконалення управління витратами (собівартістю), системне моделювання складових, поліпшення організаційної структури, забезпечення належного рівня управління з прийняттям своєчасних та обґрунтованих рішень, координація внутрішніх та зовнішніх процесів, комплексний підхід до роботи з кадрами та управління персоналом тощо.

Визначено, що для підвищення ефективності системи управління суб'єктом господарювання необхідно застосовувати комплекс методів, які дозволять провести оцінку результативності функціонування як окремих складових системи управління, так і загальної ефективності діяльності організованої медичної установи.

Підтверджено, що сучасне управління медичною установою, як самостійним суб'єктом господарювання, потребує дослідного підходу, який сприятиме динаміці, перспективності управління, можливості для розвитку, підвищення професійних навичок у прийнятті керівницьких рішень та впровадження наукових підходів у сфері управління на засадах сучасного менеджменту.

Обґрунтовано, що концептуальний підхід розробки стратегії вдосконалення системи управління «Інституту серця» повинен концентрується на: спрямованості на цілі розвитку та порядку удосконалення комплексної системи управління системою охорони здоров'я та його складовими для досягнення ефективних рішень, взаємного узгодження інформаційних потоків і процесів прийняття рішень, а також організаційних, кадрових і технічних рішень; впровадженні сучасних інструментів і методів управління в рамках обраної комплексної концепції організаційного управління.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Журавель В.І. Актуалізація менеджменту в системі медичної допомоги населенню України //Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2018, Т.2, № 4. – С. 20-25.
2. Вежновець Т. А. Професійно-важливі якості керівника закладу охорони здоров'я / Т.А. Вежновець, О.П. Гульчій // Східноєвропейський журнал громадсь-кого здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 101-102.
3. Матукова Г.І., Кожемякіна Т.В., Матукова-Ярига Д.Г. Менеджмент: Навчальний посібник/Києво-Могилянська Академія.– Київ, 2020. – 557 с.
4. Менеджмент у системі медичної допомоги населенню [Текст]: [Навч. посібник] Вишнівецький І.І., Гур'янов В.Г., Жила А.В., Журавель В.І., Кожемякіна Т.В., Короткий О.В., Парій В.Д., Матукова Г.І., Матукова-Ярига Д.Г., Юнгер В.І./ За заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В.Д. і д. мед. н., проф. Журавля В.І.; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – Київ: [Електронний посібник], 2023. – 1289 с.
5. Вежновець Т.А. Вплив досвіду керівної роботи на стиль ухвалення управлінського рішення керівником закладу охорони здоров'я. – Лікарська справа, 2013 (8). – С. 116-120. <https://doi.org/10.31640/LS-2013-8-16>.
6. Вирішальний вплив на управління / А.Г. Чубенко, М.В. Лошицький, Д.М. Павлов, С.С. Бичкова, О.С. Юнін.– Київ: Ваіте, 2018. –154 с.
7. Кремень В.Г. Філософія управління: Підруч. для студ вищ. навч. закл. / В.Г. Кремень, С.М. Пазиніч, О.С. Пономарьов. – К.: Знання України, 2007. – 360 с.
8. Менеджмент: навч. посібник для студ. вищих навч. закладів / ред. Г.В. Щокін [та ін.]; Міжрегіональна академія управління персоналом. – К.: МАУП, 2007. – 816 с.
9. Завадський Й.С. Менеджмент (у 3-х т.): Підруч. / Й.С. Завадський. – К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2002. – 640 с.
10. <https://uk.wikipedia.org/wiki>.
11. Федоренко В.Г. Менеджмент: Підручник/ В.Г. Федоренко. – К.: Алер-

та, 2015. – 625 с.

12. Основи менеджменту: навч. посіб. / Т.В. Лазоренко, С.О. Пермінова. – Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського. – 2021. – 166 с.

13. Економіка охорони здоров'я: [Підручник]/За заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В.Д.; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – Житомир, ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк»» 2021. – 288 с.

14. Матукова Г., Багашова Н., Матукова-Ярига Д. Антикризовий менеджмент: алгоритм підвищення конкурентоспроможності підприємства/Економіка та суспільство – 2021 (32). <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-32-89>

15. <https://www.google.com/url?self.wikireading.ua>.

16. Щербина О.В. Від ієрархії до холакратії: еволюційна чи революційна зміна принципів управління // Вчені записки. Збірник наукових праць. Випуск

17. Журавель В.І., Журавель В.В. Холакратична система управління – запорука трансформаційним змінам у медичній галузі/ Сучасні тенденції розвитку освіти й науки: проблеми та перспективи: зб. наук. праць. – Київ-Львів-Бережани-Гомель, 2020. Вип. 6. – С. 373-383.

18. Журавель В.І., Котуза А.С., Журавель В.В., Борковський Д.С., Палій С.Р. Холакратія в медичній галузі як демократична система управління: сутність, переваги, недоліки //Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2020. Т.4, № 1. – С.5-14.

19. Електронний ресурс: Режим доступу: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki>.

20. Сердюк А. Як розв'язувати проблеми без менеджерів // OPEN'2017: Інтелект-проект Києво-Могилянської бізнес-школи – 2017. – С.84-87.

21. Гринів Л.В. Особливості формування і зміни організаційної культури підприємства// Збірник тез доповідей наукових читань «Стратегічні детермінанти соціально-економічного розвитку в умовах трансформаційних перетворень», присвячених пам'яті В.П.Череваня. ВНЗ «Київський університет ринкових відносин». – Київ, 2018. – 47-50 с.

22. Гайдученко С. О. Організаційна культура: конспект лекцій для студентів бакалавріату всіх форм навчання спеціальності 281 – Публічне управління

та адміністрування/С.О. Гайдученко; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О.М. Бекетова. – Харків: ХНУМГ ім. Бекетова, 2020. – 75 с.

23. Харчишина О.В. Концепція організаційної культури підприємств: ретроспективний аналіз та перспективи практичного застосування//Вісник ДАУ. –Економіка. – 2007, №2 (20). – С.202-208.

24. Хміль Ф. І. Практикум з менеджменту організацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Ф.І. Хміль. – Львів: Видавництво «Магнолія-2006» – 2019. – 332 с.

25. Драган О.І. Організаційна культура підприємства (організації): теоретичний підхід/ Економіка і менеджмент культури. – 2012., № 1-2. – С. 25-28.

26. Матукова Г.І., Управління персоналом підприємства з урахуванням факторів його стійкості/ Науковий вісник Херсонського державного університету, 2015. – С. 42-45. Режим доступу: http://www.ej.kherson.ua/journal/economic_11/176.pdf.

27. Борщ В.І. Управління закладами охорони здоров'я: монографія / В. І. Борщ. – Херсон: Олди-плюс, 2020. – 391 с.

28. G. Johnson, Strategic Change and the Management Process, – Lancaster University. – 2019.

29. Ринкевич Н.С. Організаційна культура підприємств: виклики, загрози та тенденції/ Інститут економіки промисловості НАН України: Економічний вісник Донбасу. – 2019, 3(57). С. 54-61.

30. Колпаков В.М. Самоменеджмент / В.М. Колпаков. – К.: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2008. – 528 с.

31. Лукашевич М.П. Теорія і практика самоменеджменту. – К.: МАУП, 2010. – 225 с.

32. Головнюова І. Індивідуальне планування кар'єри працівників / І. Головнюова //Кадровик України. – 2008. – №5. – С.109-116.

33. Хоронжий А.Г. Самоменеджмент: текст лекцій / А.Г. Хоронжий. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2010. – 120 с.

34. Нетепчук В.В. Самоменеджмент: навчальний посібник. – Рівне:

НУВГП. – 2013. – 354 с.

35. Лисенко В.В., Приходько І.А. Вплив функцій та технологій самоменеджменту на розвиток персоналу підприємства // Економіка та управління підприємствами. – 2018, вип.19. – С. 251-256.

36. <https://heart.kyiv.ua>.

37. Продиус І.П, Приступа М.П. Удосконалення організаційної структури управління промислового підприємства [Електронний ресурс]: Економіка: реалії часу: Науковий журнал. – 2012. № 3-4 (4-5). – С. 17-22.

38. Бебешко О.В. Удосконалення системи управління на підприємстві. Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут» (економічні науки). – Х.: НТУ «ХПИ». – 2017, № 24 (1246). – С. 44-47.

39. Селезньова Г. О., Іпполітова І. Я. Ефективність системи управління підприємством. Інфраструктура ринку. – 2020. №38. – С. 238-244. URL: <http://www.market-infr. od.ua/uk/2020>.

40. Rudd, Olivia (2009-04-24). Business Intelligence Success Factors: Tools for Aligning Your Business in the Global Economy. John Wiley & Sons.

41. Koestler, Arthur (1967). The Ghost in the Machine. Penguin Group.

42. Buck, John; Villines, Sharon (2007). Sociocracy: A Deeper Democracy. Washington DC: Sociocracy.info Press. pp. 31-50.

43. Електронний ресурс – Режим доступу: <http://www.management.com.ua/notes/system-management-dies.html>.

44. Michelle James. Navigating the New Work Paradigm. Center for Creative Emergence. – 2012. – 96 p.

45. Борщ В.І. Аналітичний інструментарій оцінки ефективності систем управління підприємством в інноваційній економіці: Праці Одеського політехнічного університету. – 2019, № 2 (39). – С. 318-325.

46. Болтак О.Л. Шляхи удосконалення системи управління підприємством [Електронний ресурс] Відкритий міжнародний університет розвитку людини. – Режим доступу: <http://nauka.zinet.info/9/boltak.php>.

47. Лисецкий Ю.М. Система управління підприємством: Програмні продукти і системи. – 2018, Т. 31. № 2. – С. 246-252.
48. Олексюк, О. І. Економіка результативності діяльності підприємства: монографія. – К.: КНЕУ, 2018. – 362 с.
49. Журавель В.І., Журавель В.В., Журавель В.В. Удосконалення управління соціальними системами в умовах трансформаційних змін // The XIII International scientific-practical conference «Social function of science, teaching and learning», December 14-17, 2020, Bordeaux, France. – 226-231 pp. – ISBN - 978-1-63684-358-2 DOI - 10.46299/ISG.2020.II.XIII.
50. Журавель В.І., Алексійчук О.Ю., Журавель В.В., Зарецький М.М., Тимошенко В.В. Напрями методологічних підходів та критерії оцінювання ефективності управління в медичних організаціях/II Міжнародна науково-практична конференція «Scientific research in the modern world» 7-9.12.2022, Торонто, Канада. – С. 105-112.
51. Сіменко І.В. Якість систем управління підприємствами: методологія, організація, практика: монографія. – Донецьк: ДонНУЕТ, 2009. – 394 с.
52. SWOT-аналіз соціо-економіко-екологічного стану підприємств: кон-пект лекцій / укладач І. Ю. Аблеєва. – Суми: Сумський державний університет, 2020. – 233 с.
53. Гуменюк О.Г. Використання SWOT-аналізу як основного інструменту стратегічного управління/Глобальні та національні проблеми економіки. – 2017, 17. – С. 281-285.
54. Кабаков Ю. Напрямки удосконалювання систем управління: стандарти, методи або цілі підприємства?//Стандартизація. Сертифікація. Якість. – 2019. – № 2. – С. 39-42.
55. Ларка Л.С. Стратегія управління потенціалом підприємства як складова його стратегічного набору / Ларка Л.С., Донець Н.М., Сіренко М.О. // Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Збірник наукових праць. Тематичний випуск: Технічний прогрес і ефективність виробництва. – Харків: НТУ «ХПІ». – 2018. – № 20, (993). – С. 159-163.
56. Матукова Г.І., Макаренко В. О. Тайм-менеджмент у системі управління персоналом: теорія та практика впровадження. – Вісник Одеського національного університету. – 2018. Т. 23. Вип. 6 (71). – С. 58-63. Режим доступу: http://www.visnyk-onu.od.ua/journal/2018_23_6/12.pdf.

Кафедра менеджменту охорони здоров'я**НМУ ім. О.О. Богомольця**

Виконавець: студент Журавель В.В.

Програма-анкета**вивчення та експертної оцінки якості організації та ефективності системи управління медичною організацією**

Анкета розроблена з метою вивчення досвіду організації та реалізації на практиці системи/моделі управління (С/МУ) у конкретній медичній організації (МО) та її функціонально-структурних підрозділів (ФСП) для підготовки кваліфікаційної роботи за другим (магістерським) освітнім рівнем за спеціальністю 073 «Менеджмент» на кафедрі «Менеджмент охорони здоров'я» НМУ ім. О.О. Богомольця.

За результатами дослідження схем-моделей управління і механізмів управлінської діяльності будуть обґрунтовані концептуальні підходи щодо удосконалення системи управління на засадах сучасного менеджменту і можливості їх адаптації у медичній галузі.

Отримані відомості та матеріали вивчення є конфіденційними та службовими, а тому не підлягають публікації чи оприлюднення без згоди керівника/власника МО!

№ з/п	Ознака, що вивчається, та її градації (підкреслити або вписати: за відсутності відомостей поставити «0»)	Шифр
1	Управлінський статус АУ: 1 – Інститут; 2 – Управління (Департамент); 3 – ЛПЗ; 4 – АПЗ; 5 – Центри МДН; 6 – інші	
2	Форма власності: 1 – державна; 2 – комунальна; 3 – приватна; 4 – інша	
3	Стать керівника: 1 – чоловік; 2 – жінка	
4	Вік керівника: 1 – 20-29 р.; 2 – 30-39 р.; 3 – 40-49 р.; 4 – 50-59 р.; 5 – 60 р. і старший	
5	Стаж керівної роботи: 1 – до 3 р.; 2 – 4-5 р.; 3 – 6-9 р.; 4 – 10 р. та більш	
6	Скільки років керівник очолює даний апарат управління?: 1 – до 1 р.; 2 – до 3 р.; 3 – 4-5 р.; 4 – 6-10 р.; 5 – понад 10 р.	
7	Базова освіта першого керівника: 1 – медична; 2 – технічна; 3 – економічна; 4 – юридична; 5 – педагогічна; 6 – інша	
8	Чи передувала спеціальна підготовка керівника призначенню на посаду?: 1 – ні; якщо так, то вказати вид і форму: 2. _____	
9	Чи має керівник необхідну підготовку з наукових основ управління чи менеджменту?: 1 – немає; 2 – частково; 3 – так;	
10	Наявність атестаційної категорії по організації та управлінню: 1 – немає; 2 – II-а; 3 – I-а; 4 – вища	

Б. Організація системи/моделі управління	
11	Наявність власного наказу з організації СМУ: 1 – так; 2 – немає.
12	Укомплектованість апарату управління кадрами: 1 – до 75,0 %; 2 – понад 75,0 %
13	Склад функціонально-структурних підрозділів МО (<i>кількість, найменування</i>)_____
14	Переважає СМУ на рівні МО: 1 – адміністративна; 2 – соціократична; 3 – холакратична
15	Переважає СМУ на рівні ФСП МО: 1 – адміністративна; 2 – соціократична; 3 – холакратична
16	Чи беруть участь громадські організації й позаштатні структури в управлінському процесі?: 1 – ні; 2 – періодично; 3 – постійно
17	Форми залучення громадських організацій до управління: 1 – ні; 2 – участі в обговоренні окремих питань (<i>проблем</i>); 3 – участі в роботі колегіальних органів; 4 – узгодження чи сумісний підпис нормативно-правових актів; 5 – інші
18	Наявність положення про систему/модель управління: 1 – немає; 2 – так
19	Наявність положень про штатні й позаштатні ФСП: 1 – відсутні; 2 – наявні
20	Наявність службово-посадових документів: 1 – відсутні; 2 – частково; якщо є, то які: 3 – посадові інструкції; 4 – функціональні обов'язки (<i>посадові характеристики</i>); 5 – посадові обов'язки та характеристики; 6 – моделі фахівців; 7 – професорами; 8 – професійно-посадові вимоги; 9 – інші (<i>вказати</i>)_____
21	Чи сформований резерв кадрів на заміщення посад? 1 – так; 2 – не на всі посади; якщо ні, то вказати причину: 3 – не було службової необхідності; 4 – відсутність кандидатів; 5 – не було вимог; 6 – недостатня кваліфікація посадових осіб (<i>відсутність навичок і досвіду роботи з резервом</i>); 7 – поєднання вищезгаданих; 8 – інше (<i>вказати</i>)_____
22	Яка управлінська інформація використовується <i>найповніше</i> в управлінській практиці?: 1 – директивно-відомча; 2 – наукова; 3 – передового досвіду; 4 – з власних джерел
23	Яка управлінська інформація <i>найменше</i> використовується в управлінській практиці?: 1 – директивно-відомча; 2 – наукова; 3 – передового досвіду; 4 – з власних джерел
24	Наявність 4-х видів інформації на робочих місцях співробітників: 1 – так; 2 – частково; якщо немає, то якого: 3 – директивно-відомчого; 4 – наукового; 5 – передового досвіду; 6 – з власних джерел
25	Чи використовується сучасна офісна техніка та устаткування при забезпеченні управлінської діяльності?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні
26	Наявність інструктивно-методичних вказівок з організаційно-управлінської діяльності: 1 – немає; 2 – частково; 3 – так
27	Наявність технологічних карт з виконання окремих управлінських операцій: 1 – немає; 2 – частково; 3 – так
28	Наявність документа про розподіл обов'язків і делегування певних управлінських функцій, прав і відповідальності: 1 – немає; 2 – частково; 3 – так
29	Чи наділені заступники правом підпису наказів та інших нормативно-правових актів при загальному діловодстві за курируемими розділами роботи?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
30	Чи організована Рада головних/провідних фахівців?: 1 – ні; 2 – так
31	Чи організована Рада керівників ФСП?: 1 – ні; 2 – так

<i>Продовження додатку А</i>	
32	Чи наділені керівники функціонально-структурних підрозділів і служб правом підпису розпоряджень?: 1 – ні; 2 – так
33	Наявність документів, що забезпечують взаємодію між ФСП: 1 – немає; 2 – так
34	Наявність документів, що забезпечують змістовну частину управлінської діяльності, з урахуванням виду управління (<i>стратегічного, ситуаційного, проблемно-тактичного, оперативного</i>): 1 – немає; 2 – частково; 3 – так
35	Які види субординації (<i>типи управління</i>) застосовуються? 1 – не застосовуються; 2 – лінійна; 3 – функціональна; 4 – штабна; 5 – змішана
36	Які посадові особи знаходяться в прямому (<i>адміністративному</i>) підпорядкуванні в керівника?: 1 – всі співробітники; 2 – особи I-го та II-го управлінського рівня; 3 – тільки I-го управлінського рівня
37	Які посадові особи знаходяться в функціональному підпорядкуванні в керівника?: 1 – всі співробітники; 2 – особи I-го та II-го управлінського рівня; 3 – тільки I-го рівня
38	Яке число посадових осіб знаходяться в безпосередньому підпорядкуванні в керівника?: 1 – до 3-х; 2 – 4-5; 3 – 6-7; 4 – 8-10; 5 – 11-15; 6 – 16-20; 7 – 21-25; 8 – 26 та більше
39	Чи проводилася реорганізація системи управління за останні 3 роки?: 1 – ні; 2 – так
40	Чи використовуються в безпосередній діяльності наукові основи управління/ менеджменту?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так (<i>навести приклади</i>) _____
41	Які нові методики впроваджені в практичну управлінську діяльність за останні три роки? (<i>вказіть</i>) _____
42	Стимулювання співробітників: 1 – ні; 2 – рідко; 3 – систематично: (<i>вказати форми</i>) _____
43	Наявність документів, що показують зміст і форму зовнішньої взаємодії з іншими системами: 1 – немає; 2 – договори; 3 – угоди; 4 – протоколи; 5 – меморандуми; 6 – накази/рішення; 7 – програми; 8 – ухвали; 9 – інші (<i>вказати</i>) _____
44	Чи використовувався досвід роботи апарату управління минулих років при моделюванні системи управління?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так (<i>вказіть, що саме використане</i>) _____
45	Чи використовується досвід роботи інших й систем для раціоналізації системи управління?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так (<i>вказати, що саме використане</i>) _____
46	Чи розробляються перспективні напрями удосконалення систем управління?: 1 – ні; 2 – так (<i>вказіть, що саме</i>) _____
47	Використання засобів малої механізації управлінської праці: 1 – не використовуються; 2 – частково використовуються; якщо так, то яка (<i>вказати</i>) _____
48	Чи достатня кількість робочих кабінетів співробітників?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
<i>В. Експертна оцінка якості організації чинної системи управління</i>	
49	Відповідність чинної системи управління сучасним умовам функціонування МО: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
50	Відповідність наказу про систему управління теорії систем і принципу системності?: 1 – немає; 2 – частково; 3 – так
53	Повноцінність управлінської інформації в роботі: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так

<i>Продовження додатку А</i>	
54	Правильність делегування повноважень серед управлінського персоналу: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так (<i>якщо ні, то вказати за якими критеріями</i>) _____ _____
55	Ефективність використання в роботі посадових документів: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
56	Ефективність використання планів роботи управлінськими кадрами: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
57	Недоліки чинної системи управління: 1 – немає; якщо так, то їх причини: 2 – недостатня кваліфікація керівників; 3 – відсутність підготовки з менеджменту; 4 – недосконалість організації праці; 5 – недостатній самоменеджмент; 6 – відсутність «Положення про системи управління»; 8 – інші (<i>вказати</i>) _____ _____
Висновки:	
58	Ефективність системи управління: 1 – незадовільна; 2 – умовно задовільна; 3 – задовільна
59	Рекомендації щодо вдосконалення організації системи управління Вказати найбільш значущі рекомендації/пропозиції: _____ _____

Ознаки-питання та їх градації експертної оцінки управління
в «Інституті серця»

№ з/п	<i>Ознака, що досліджувалася</i>	<i>Градації ознаки, що досліджувалася</i>
1	2	3
1	Відповідність чинної системи управління сучасним умовам функціонування медичної організації	частково
2	Відповідність наказу про систему управління теорії систем і принципу системності	немає
3	Повноцінність управлінської інформації в роботі	частково
4	Правильність делегування повноважень серед управлінського персоналу	частково
5	Ефективність використання в роботі посадових документів	так, застарілі
6	Ефективність використання планів роботи управлінськими кадрами	частково
7	Забезпечення процесу управління за технологічно-функціональними фазами	ні
8	Відповідність наказів статусу управлінського рішення	ні, це нормативно-правові акти
9	Використання технологія прийняття управлінських рішень за теорію раціональних рішень	ні, за практикою адміністрування
10	Якість організації процесу управління	умовно задовільна
11	Ефективність процесу управління	умовно задовільна
12	Розуміння поняття самоменеджменту	відсутнє
13	Виділення головних/пріоритетних завдань у своїй діяльності	частково
14	Обізнаність застосування основних механізмів/інструментів самоорганізації праці, відпочинку	інтуїтивна
15	Обізнаність застосування основних принципів і методів самоорганізації праці, відпочинку	інтуїтивна