

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

Кваліфікаційна робота магістра

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

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

Максим Зарецький

Науковий керівник,
науковий ступінь,
вчене звання

Володимир Журавель
д.мед.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

Київ, 2024

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

Зарецький Максим Миколайович

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи

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

керівник роботи Володимир Журавель, д.мед.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, менеджер, управління, процес управління, управлінська діяльність, управлінська праця, механізми/інструменти, методи управління, кадрова політика.

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи

Мета кваліфікаційної роботи

Обґрунтування системно-комплексної методології моделювання процесу управління в ДУ «Інституті серця МОЗ України.

Об'єкт дослідження

В якості об'єкта дослідження обрано управлінську складову 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 - 15, 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)

Максим Зарецький

(прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Володимир Журавель

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Текст 73 стор., табл. 15, рис. 6.

Ключові слова: менеджмент, управління, система медичної допомоги, системний підхід, процес управління, технолого-функціональні фази, SWOT-аналіз, моделювання, система управління, медична установа, інститут серця.

Зміст роботи: У кваліфікаційній роботі досліджені науково-практичні підходи до організаційних моделей процесу управління. Дається загальна характеристика процесу управління та його складових, які найбільш притаманні практиці медичних організацій при всіх видах управління – оперативному, тактичному, стратегічному і ситуаційному. Розкрита сутність, особливості, переваги та недоліки принципів і методичних аспектів на кожній технолого-функціональній фазі, їх значущість і перспективність для теорії та практики медичної галузі. Виділені ключові аспекти процесу управління. Здійснена порівняльна характеристика тотожності медичних і менеджерських підходів і технологій.

Наразі реальний стан діяльності медичних організацій/підприємств, які перебувають в умовах «фінансового бюджетного голодування» і жорстокої конкуренції, вимагає відходу від практики традиційного адміністрування та оптимізації управлінської діяльності та управлінської праці завдяки удосконаленню процесу управління. З цією метою і були проаналізовані та оцінені задіяні схеми-модель процесу управління об'єкта дослідження. Обґрунтована доцільність впровадження 5-ти технолого-функціональних фаз. Окреслені основні напрями, шляхи та етапи удосконалення процесу управління на засадах наукових основ управління за вимогами сучасного менеджменту, які орієнтовані на забезпеченості цілісності, інверсійності, емерджентності, результативності управління, зростанню потенціалу організованої системи, підвищенню професіоналізму в прийнятті рішень тощо. Обґрунтовані окремі підходи до оцінки ефективності процесу управління.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ПРОЦЕС УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ: ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ	10
1.1. Сутність управління, управлінської діяльності та управлінської праці	10
1.2. Особливості функціонування кардіохірургічних центрів України та удосконалення процесу управління	21
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»	26
2.1. Характеристика та аналіз основних показників діяльності	26
2.2. Дослідження організаційного моделювання процесу управління	39
2.3. Експертна оцінка процесу управління	50
Висновки до розділу 2	52
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ В ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»	53
3.1. Концептуальні підходи оптимізації процесу управління	53
3.2. Методологічні підходи та критерії оцінювання ефективності управління	59
3.3. Пропозиції щодо удосконалення процесу управління	62
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	79
Додаток А	79

ВСТУП

Актуальність теми. Особливу роль у посиленні значення менеджменту або наукових основ управління сучасною організацією, якою є об'єкт цього дослідження, відіграють швидкі зміни внутрішньо-зовнішнього середовища та адаптування до них, правильного визначення пріоритетності розвитку, досягнення стійкості функціонування з одночасним відслідковуванням нових можливостей для служби за довгостроковими цілями, новими управлінськими-моделями, впровадженням інноваційних підходів, що й будуть формувати реалії майбутнього розвитку Державної установи «Інститут серця МОЗ України» (надалі «Інститут серця»).

На сьогодні в чинній системі охорони здоров'я задіяні переважно підходи, методи й технології адміністрування, які в умовах нецивілізованих ринкових механізмів господарювання, недостатнього професіоналізму в управлінсько-організаційних діях посадовців, а як наслідок, – нестабільність службово-функціональних процесів у медичних організаціях і стали однією з причиною екстенсивного їх розвитку. Але й за таких умов у здравоохоронній галузі незалучені на практиці сучасні управлінські та фінансово-економічні механізми, не затверджені виважені й гнучкі показники, динамічні стандарти й критерії як і стимули переходу на нові схеми-моделі, типи, системи управління, процес управління на засадах менеджменту, впровадження методик і технологій альтернативних форм надання методичної допомоги/послуг населенню.

Незалежно від профілю, рівню медичної установи в системі медичної допомоги населенню (СМДН), обов'язковою умовою її подальшої діяльності стає цілеспрямоване, професійне й творче використання на практиці комплексного підходу до удосконалення управлінських складових і процесів на системно-функціональній основі, але з обов'язковою умовою – адаптації їх до особливостей і специфіки галузі як об'єкта соціального, відомчого, економічного та правового регулювання за законами й принципами менеджменту.

Особлива увага приділяється безпечним, якісним умовам праці медичного персоналу у зв'язку зі специфічними шкідливими чинниками (*шум, радіація, перебування фізіологічних функцій організму у зв'язку із добовими чергуваннями та нічними*

змiнами, значне нервово-емоційне напруження при роботi в операційних та вiддiленнях iнтенсивної терапiї з тяжкими пацiєнтами, емоційне вигорання та iн.).

Теоретико-методологiчнi й практико-технологiчнi позицiї з залучення i удосконалення, з метою пiдвищення ефективностi управлiння, управлiнської дiяльностi та управлiнської працi в медичних органiзацiях наведенi у наукових працях як вiтчизняних, так i зарубiжних вчених, наприклад, у роботах: В. А. Грабовського, О. В. Дмитрука, Т.В. Кожем'якиної, В. М. Лехан, О. А. Мартинюка, Л. А. Мельника, Г.І. Матукова, В.Д. Парiя, Г. О. Слабкого, С. О. Смирнова, Л. С. Стефанишина, Л. І. Федулової, З. В. Юринця, Т. М. Ямненка, Rudd Olivia, Koestler Arthur, Buck John, Villines Sharon, Michelle James та iн.

Однак, не зважаючи певнi науково-практичнi напрацювання за цим напрямом дiяльностi, на наш погляд, ще недостатньо активнi пошуки за аспектами ефективної управлiнської дiяльностi в межах медичних закладiв/установами в середовищi високого рiвня нестабiльностi на мiкрорiвнi за українською, нацiональною адаптованою до СМДН моделлю менеджменту. А тому актуальнiсть даної теми квалiфiкацiйної роботи, яка передбачає теоретико-прикладну характеристику та оцiнку дiяльностi «iнститута серця», як об'єкта дослiдження, на засадах сучасного менеджменту є вкрай своєчасним i важливим.

Мета дослiдження полягає в обґрунтуваннi системно-комплексної методологiї моделювання процесу управлiння в «iнститутi серця».

Для досягнення мети дослiдження в роботi були поставленi й надалi розв'язанi наступнi завдання:

1. На основi доступної лiтератури проаналiзувати стан органiзацiйно управлiнської дiяльностi медичних органiзацiй, визначити наявнi проблеми, у тому числi й стосовно процесу управлiння.

2. Дослiдити нормативно-правову базу України з органiзацiйно-управлiнських питань i здiйснити порiвняння її з локальними правовими актами.

3. Дослiдити залученi механiзми (*медико-органiзацiйнi, фiнансовi, iнформацiйнi, кадровi, психологiчнi*) i модель процесу управлiння в «iнститутi серця», її особливостi, позитивнi та негативнi аспекти, оцiнити результати управлiнської дiяльностi.

4. Запропонувати концептуальні положення та методичний інструментарій для реалізації моделі процесу управління на засадах сучасного менеджменту в «Інституті серця».

Об'єкт дослідження. В якості об'єкта дослідження обрано управлінську складову «Інституту 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 управління, процес управління, управлінська діяльність;

- *порівняльний метод* – надав можливість здійснити порівняльний аналіз підходів і технології управлінської й лікарської (кардіологічної) діяльності за темою дослідження;

- *системного підходу* – визначені організаційні закономірності й логіка побудови процесу управління й управлінської діяльності/праці в роботі СГ;

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

- *метод емпіричного аналізу* – оцінка можливості впровадження у кардіологічну службу новітніх систем процесу управління;

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

- *метод сценаріїв* – обґрунтувати етапи оптимізації процесу 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 наукової новизни. У роботі були обґрунтовані організаційні підходи діагностики та оцінки концептуальної схеми-моделі процесу управління на рівні медичної установи, а також деталізовані окремі її методичні прийоми й механізми з переліком основних функцій суб'єкту управління «Інститут серця».

За темою роботи її результати викладені й опубліковані у 4 статтях:

1. Журавель В.І., Алексійчук О.Ю., Журавель В.В., Зарецький М.М., Тимошенко В.В. Планування реалізації управлінських рішень, яка технологічно-функціональна фаза процесу управління у медичній сфері//III Міжнародна науково-практична конференція “PROGRESSIVE RESEARCH IN THE MODERN WORLD”, 1-3.12.2022 Бостон, США. – С. 81-91.

2. Журавель В.І., Журавель В.В., Зарецький М.М., Момотюк О.Я. Доорганізація системи як III-а технологічно-функціональна фаза процесу управління й умова запуску на реалізацію управлінського рішення в медичній галузі // III Міжнародна науково-практична конференція «SCIENCE AND TECHNOLOGY: PROBLEMS, PROSPECTS AND INNOVATIONS» 14-16.12.2022 Осака, Японія. – С. 109-117.

3. Журавель В.І., Журавель В.В., Журавель В.В., Зарецький М.М. Організація управлінської діяльності з функціональних позицій (на прикладі системи медичної допомоги населенню)/The XXII International Scientific and Practical Conference «Multidisciplinary academic research, innovation and results», June 07 – 10, 2022, Prague, Czech Republic. – С. 331-339.

4. 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.

Практична значущість. Одержані результати з дослідження, а також теоретичні висновки та практичні рекомендації можуть бути використані з метою удосконалення управлінської діяльності «Інституту серця» та його функціонально-структурних підрозділів (*філіалів*), процесів кардіологічної/кардіохірургічної служби на засадах сучасного менеджменту, підвищення ефективності суб'єктів управління і посадових осіб.

РОЗДІЛ 1. ПРОЦЕС УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ: ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ

1.1. Сутність управління, управлінської діяльності та управлінської праці

Соціальна важливість і зростання підприємницької активності підвищують вимоги до забезпечення високої ефективності діяльності медичних підприємств та установ. У зв'язку з цим в Україні, особливо в системі медичної допомоги населенню (СМДН), виникає потреба в формуванні сучасної моделі та дієвих механізмів управління в умовах започаткованої реформи у сфері охорони здоров'я. СМДН складається з набору об'єктів, видів діяльності та процесів, що включають широке коло учасників, кожен з яких привносить в систему особливий набір потреб, пріоритетів і критеріїв оцінки [1-3].

Хороший менеджмент вимагає вірогідної та своєчасної інформації про факти для прийняття рішень. Незважаючи на безсумнівну істину цього твердження, в медицині переважає тенденція покладатися на інтуїцію і думки, а також припускати, що організація «робить правильні речі правильно» без будь-якого підтвердження з боку фактів [4]. Оцінка ефективності забезпечує адміністрацію медичних організацій та установ твердими доказами про практику, що існує, значеннях, думках і припущеннях, і дозволяє їй розробити системні засоби виявлення недоліків і поліпшення ефективності роботи установи.

В українській системі охорони здоров'я застосовуються Методичні рекомендації «Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги», розроблені Українським інститутом стратегічних досліджень МОЗ України у 2011 р. [5]. Вони містять 47 основних індикаторів за наступними напрямками: доступність медичної допомоги; орієнтація на пацієнта; співпраця та координація медичної допомоги; профілактика; рішення медичних потреб пацієнтів; повнота володіння кваліфікаційними компетенціями; розвиток медичної допомоги.

Незважаючи на різну кількість індикаторів і різне призначення, методичні

рекомендації МОЗ України використовують метод бальних оцінок, який має виключно медико-соціальну спрямованість, що не враховує економічну ефективність медичних підприємств та установ.

У сучасній закордонній економічній теорії можна виділити три основні підходи до оцінки ефективності організації.

Перший підхід – управлінський, передбачає, що оцінка ефективності повинна бути інтегрована в процес планування і бюджетування організацій [5].

Другий підхід – операційний, який би розглядав процес оцінки ефективності як «набір показників, які використовуються для кількісного визначення ефективності та результативності дій» [6]. З операційної точки зору, оцінка ефективності розглядається як процес, в якому є зворотний зв'язок, що доставляє інформацію про результати дій членам організації [7].

Третій підхід – стратегічний, пов'язаний зі стратегічним менеджментом, у якому велике значення приділяється взаємозв'язку між вищим керівництвом і операціями. Визначення цілей і пов'язані з ними вимірювання пов'язують стратегічні ініціативи з поточною ефективністю [8]. Менеджменту також може бути надана оцінна інформація, пов'язана з поточною стратегією.

Більшості з наявних систем вимірювання ефективності, використовуваних в організаціях, не вистачає гнучкості, тобто здатності змінюватися, тому що як вони зосереджені на минулому, а не на майбутньому. У сучасному динамічному середовищі, при прискорених інформаційних потоках недоречно розглядати розробку і впровадження системи вимірювання ефективності управлінської діяльності як послідовний процес. І, перш за все, це стосується керівника й посадових осіб суб'єкту/апарату управління.

Одна з «заповідей» управління – чим вище посадовий рівень керівника, тим більші повинні бути витрати часу на вирішення завдань проблемно-перспективного характеру. Конкретизація виду, обсягів, пріоритетність, специфічні особливості й характер управлінської діяльності, як і управлінської праці, доцільно визначати, а точніше визначати, з диференціацією відповідно до посадового статусу, адміністративного рівня, основу яких формують функції

управління, а не інфраструктура [3].

Нажаль більшість керівників органів, закладів і установ у СМДН суттєву частину своєї професійної діяльності, не дивлячись ні на які заклики займатися перспективними питаннями, витрачає на розв'язання оперативних завдань, тобто проблем, що виникають у процесі діяльності управлінської системи. Такий стиль управління протирічить принципам самоменеджменту керівника/особистості. Більш того подібна практика суперечить теорії й практики менеджменту (*порушуються принципи Парето, делегування та ін.*) [3].

В якості основних причин недостатньо виваженого та ефективного планування й організації своєї службово-посадової праці управлінського персоналу в системі медичної допомоги населенню на засадах функціонального підходу, можна вказати [1, 3]:

1. *Значна складність управлінської праці.* Посадові особи, як і співробітники, систематично проводять стикування медико-організаційних процесів у функціонально-структурних підрозділах, що вимагає оперативно-тактичного розв'язання низки завдань, проблем і питань – лікувально-діагностичних, фінансово-економічних, кадрових, інформаційних, технологічних, комунально-технічних та інших. Також треба враховувати те, що у залежності від ієрархічного управлінського рівня посадової особи, залученого типу управління в апараті управління медичної організації, професіоналізму і досвіду керівника, системи підпорядкованості за посадовим й інфраструктурним принципом, число проблем, службових комунікацій, не прогнозованих ситуацій, як показала практика, суттєво можуть збільшуватися або зменшуватися. Одна вони також потребують свого розв'язання.

2. *Недосконалі або відсутні в апараті управління процеси інтеграції й кооперації праці, як й інструменти делегування службово-професійних обов'язків і владних/правових повноважень.*

3. *Низька професійна обізнаність з організаційно-управлінської діяльності, недостатня компетентність і кваліфікація співробітників СУ за цим напрямом службової праці, як і з правових, фінансово-економічних і соціально-*

психологічних питань.

4. *Практика відомчого етатизму з боку вище стоячих управлінських структур.*

5. *Використання в управлінській практиці застарілого «радянсько-комуністично стилю менеджменту».*

6. *Залучення в кадрові роботі морально застарілих посадових документів на штатт посадових інструкцій, функціональних обов'язків, професіограм.*

7. *Превалювання в діяльності «вузько-відомчі» підходи та орієнтири.*

У безпосередній управлінській практиці, як керівники, так співробітники структур СМДН найчастіше мають справу з чотирма категоріями чи видами завдань: *поточними* чи *оперативними*, *тактичними*, *стратегічними* й *ситуаційними*. Якщо перші три види завдань відносно стабільні, визначаються чинною організацією і диференціацією праці посадових осіб, рівня й степені системної організації, наприклад, медичних структур, залученими в роботі типу, стилю і процесу управління. *Ситуаційні завдання*, які виникають або в результаті системної розбалансованості управлінської структури, або банальними недоречностями в управлінській діяльності. Отже, слід говорити про *оперативне, тактичне, стратегічне та ситуаційне управління* [1-3].

З практичного погляду ці *види управління*, разом зі *стратегічним*, становлять основу тактики раціонального управління. Так, організовуючи взаємини (*тобто типи управління*), розподіляючи обов'язки, функції та відповідальність між співробітниками або функціонально-структурними підрозділами в апараті управління СМДН, керівник повинен забезпечувати управління системою, орієнтоване як на ознаки оперативної спеціалізації, так і на проблемний чи ситуаційний характер.

В управлінській практиці доцільно враховувати й таку позицію – незалежно від моделі, системи, виду, типу й стилю управління до змістовна складова управлінської праці та її механізмів базується на двох принципових, взаємозв'язаних *аспектах* [1, 3]:

а) *технологічний*, де схеми, принципи, підходи, розпорядження,

методичні чи особисті рекомендації мають різну ступінь і форму регламентації, які передбачають *алгоритмічний процес*;

б) *змістовний або функціональний*, де визначальним, ключовим компонентом стають управлінські функції

Таким чином, у підґрунті змістовної частини як моделі чи системи управління, так і його процесу, вмонтований певний набір й обсяг функцій управління, що й визначає зумовлену організаційну інфраструктуру, напрями й особливості діяльності СМДН. Тобто, змістовну частину управління взагалі, чи його процесів є можливим схарактеризувати на засадах *функціонального підходу*. Більш того, певна сукупність і конкретизація функцій складових організованих систем забезпечують процеси організаційного моделювання, збереження, удосконалення їх певної інфраструктури, функціональних підрозділів, підтримку оптимально-раціонального ритму діяльності, реалізацію визначених цілей, завдань і проблем. А тому можна стверджувати, що управління це не тільки й не стільки наука, технологічний процес на практиці, але суто змістовна за функціями діяльність [1].

Управлінські функції або функції управління у менеджменті стали предметом дослідження і впровадження при розв'язанні завдань спеціалізації та розподілу праці в організованих управлінських системах, які й конкретизують зміст її діяльності. Саме змістовна, функціональна суть управлінської та інших видів діяльності визначає цю категорію менеджменту.

Є всі підстави для ствердження, що *функції управління* визначають:

а) специфіку, особливості, вид і систему управлінської діяльності, як і процес диференціації управлінської праці;

б) форми управлінських дій/впливів, які визначають напрями й шляхи діяльності системи, співробітників у визначенні й реалізації її цілей;

в) змістовну частину службово-ділових стосунків [1, 3].

Відповідно до наведеного вище можна стверджувати, що [1, 3]:

- функції управління доцільно розглядати стосовно складових, змістовних і процесних аспектів управління чи управлінської діяльності організованої

системи, як і її предмета, етапності, спрямованості та результативності;

- безпосередньо управлінську діяльність супроводжують такі 14 функції, як: *цілевизначення; організація; координація; прийняття управлінського рішення; планування; доорганізація системи; регулювання; контроль/моніторинг; робота з кадрами й персоналом; мотивація; лідерство; представництво; адміністрування (керівництво)* [1].

Будь-яка функція управління містить перелік необхідних знань і навичок, що забезпечують їх успішну реалізацію в практичній діяльності. Звідси, *функція і навичка, як операція й процедура*, – це єдина ланка конкретного виду управлінської діяльності і складові частини службово-посадового документа.

Отже, реалізуючи на практиці механізми управління та його процесу посадові особи, які виконують головні управлінські функції, як і працівниками апарату управління у сфері медичної допомоги, використовують технологічний і функціональний аспекти управління системою, оскільки між ними існує тісний взаємозв'язок. А це означає, що ПУ складається з технолого-функціональних фаз, де на кожній фазі ПУ є конкретно-специфічний набір функцій, які виконують провідні або допоміжні ролі [3].

Наприклад, для I-ої технологічної фази ПУ (*розробка і прийняття управлінського рішення*) провідною буде функція розроблення та прийняття рішення, а допоміжними – такі функції, як формування цілей, організації процесу та діяльності, координація, планування, робота з кадрами. Водночас функція розробки та прийняття рішень може бути успішно реалізованою тільки при дотриманні певної технології [1, 3].

Розглянемо і доповнимо (*відповідно до теми кваліфікаційної роботи*) сутність окремих управлінських функцій [1-3, 5].

Організація – це функція управління, завданням якої є формування структури керованої системи, а також забезпечення всім необхідним для її нормальної роботи – персоналом, матеріалами, устаткуванням, будівлями, фінансами, технологіями тощо. У будь-якому плані роботи завжди є стадія організації, тобто створення реальних умов для досягнення запланованих цілей.

Організація, як функція управління, припускає дію на свідомість і поведінку індивідів, соціальних груп з боку суб'єктів управління з метою підтримання та поліпшення діяльності керованих систем. Змістом дії зазвичай є сукупність прийомів, способів, направлених на створення і вдосконалення взаємозв'язків між елементами системи як по вертикалі, так і по горизонталі.

Координація – це одна з основних функцій управління системою, що забезпечує досягнення узгодженості в роботі всіх її ланок шляхом встановлення раціональних зв'язків (*комунікацій*) між ними та з навколишнім середовищем. Характер цих зв'язків може бути різним, оскільки залежить від координованих процесів.

Планування – це функція управління, за допомогою якої визначаються цілі діяльності, необхідні для цього засоби, а також розробляються методи, найбільш ефективні в конкретних умовах. Але планування, як функція управління, в менеджменті слід розглядати за двома напрямками:

- а) планування безпосередньої діяльності системи на певний період для розв'язання поточних медико-професійних завдань чи обов'язків;
- б) планування реалізації управлінських рішень, як технологічно-функціональної фази процесу управління.

Початковим елементом планування діяльності є складання прогнозів, які передбачають можливі напрями майбутнього розвитку системи в тісній взаємодії з навколишнім її середовищем. За допомогою прогнозів на майбутнє і стратегічних планів організовується робота системи в цілому та її підсистем, окремих співробітників [1, 3, 5-6].

Поняття й зміст функції *регулювання* характеризують моніторинг можливих відхилень, їх причин у процесі реалізації управлінського рішення, а також передбачає нівелювання відхилень у діяльності системи за її параметрами, показниками чи індикаторами. Тобто, регулювання діяльності системи у процесі реалізації прийнятого управлінського рішення визначає заданий ритм і програму відповідно до затверджених характеристик.

Мотивація – це функція управління, що має на меті активізувати

працівників і спонукати їх ефективно трудитися для виконання цілей, поставлених завдань. Для цього здійснюється матеріальне і моральне стимулювання, збагачується і сам зміст праці та створюються умови для прояву творчого потенціалу працівників і їх розвитку.

Контроль – це функція управління, моніторинг виконання затвердженої програми завдань, результатів роботи. Головні інструменти виконання цієї функції – спостереження, перевірка всіх сторін діяльності, облік та аналіз. А тому серед функцій управління контроль виступає як елемент зворотного зв'язку, оскільки за його даними проводиться коректування раніше прийнятих рішень, планів, а також норм і нормативів.

В залежно від таких управлінських складових, як виду управління, особливостей виникнення і характеру ситуації, значущості і специфіки розв'язання завдання, питання чи проблеми, характеру медико-службової діяльності тощо, функції управління підлягають декомпозиції за ієрархічним принципом.

Функції управління в менеджменті організованої на основі системного підходу медичній системі доцільно поділити основні або загальні (*притаманні всім управлінським процесам*) й спеціальні чи додаткові, конкретні (за допомогою яких здійснюються певні управлінські або організаційні медико-службові процеси (*рис. 1.1*) [3]:

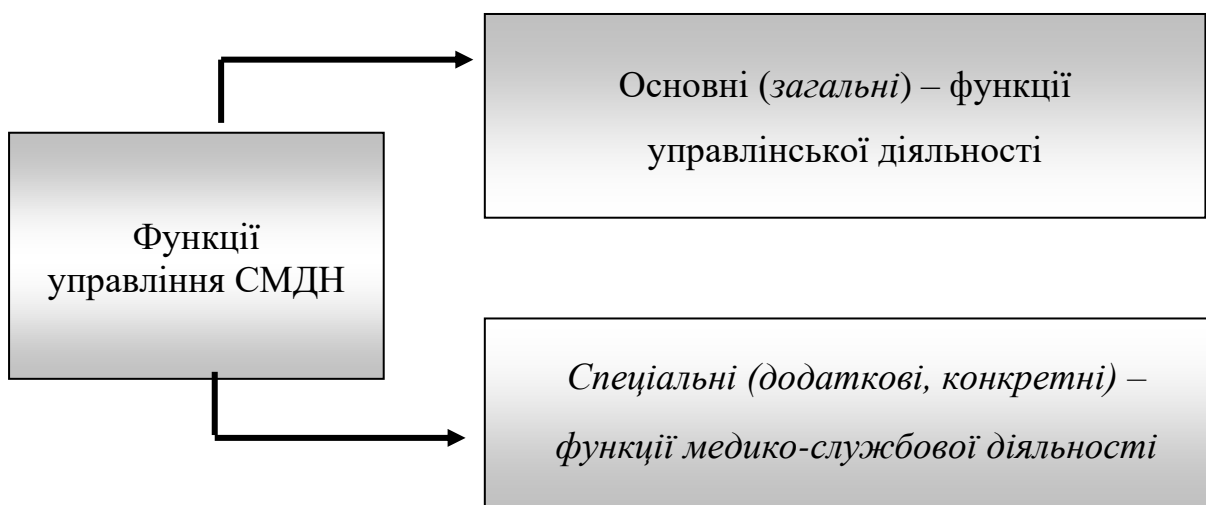


Рис. 1.1. Взаємодія функцій управління та управлінської діяльності в системі медичної допомоги населенню

До групи *основних або загальних* управлінських функцій у менеджменті медичної структури, як і системи в цілому, відносять (з *вищезгаданих 14*) формування мети та цілевизначення, організації, координації, розробка й прийняття управлінських рішень, а як самостійні чи в складі технологічної фази процесу управління – планування, регулювання і контроль діяльності системи.

До складу спеціальних або додаткових управлінських функцій, відносяться ті, котрі розробляє кожна медична організація відповідно до рівня розвитку і виду діяльності, стилю керівництва, делегованих повноважень і відповідальності керівника і спеціалістів [1].

До складу медико-службової діяльності належать функції основного, допоміжного та обслуговувального персоналу або підрозділів з виконання певних завдань стосовно реалізації конкретних управлінських рішень з організації діяльності щодо надання, наприклад, кардіологічної допомоги населенню, формування системи інформаційного забезпечення, обліку та статистико-аналітичної звітності, здійснення фінансових операцій та документаційного супроводження управлінських процесів тощо.

За авторським підходом [3] у залежності від чисельності штатних посад співробітників, обсягів роботи й ієрархічності управлінської системи топ-менеджери та менеджери середнього рівня реалізують у своїй практиці різні функції, групи котрих представлено в Таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Розподіл функцій серед працівників управлінської системи

Категорії працівників	Функції:		
	загальні функції управління	функції управлінської діяльності	медико-службові функції
Керівники, топ-менеджери	+	+ ?	- ?
Менеджери середнього рівня	-	+	+?
Фахівці	-	-	+

Функції управління реалізуються набором навичок, операцій і процедур управлінської діяльності, які конкретизують її алгоритм і змістовну частину. А тому при виконанні тих чи інших функцій управління потрібно [1, 3, 7]:

- отримати завдання або його сформулювати;
- провести інформаційну роботу;
- підготувати варіанти рішень;
- прийняти, погодити та затвердити рішення;
- організувати та контролювати виконання рішення.

Відсутність яких-небудь операцій або процедур може призвести до низької ефективності виконання функцій або до їх невиконання. Так, відсутність проведення цілеспрямованої інформаційно-аналітичної роботи (*аналіз вірогідної інформації за її чотирма каналами – нормативно-правова, наукова, передового досвіду та власних джерел*) подальша робота буде утруднена.

Усі функції управління й окремі види роботи виконує кожен керівник на своєму ієрархічному рівні системи управління. Різниця тільки в обсязі виконуваних робіт. Найбільше від рівня управління залежать обсяги робіт з організації й координації: чим ближче керівник до управління системою, тим більше часу він вимушений приділяти уваги питанням організації процесів оперативно-тактичній діяльності, координації дій підлеглих. І навпаки, чим вище його ієрархічний рівень, тим більше уваги й часу приділяє стратегіко-ситуаційній діяльності [1, 3].

Для того, щоб оцінити ефективність роботи з пацієнтом, тобто ступінь досягнення конкретних результатів, лікуючий лікар і завідувач відділенням у кожному конкретному випадку планує реально досяжний результат. Еталони або стандарти конкретних результатів повинні розробляти головні фахівці для кожної установи з урахуванням матеріально-технічної бази, кадрових ресурсів, їх кваліфікації.

Розрахунок показників ефективності в охороні здоров'я може здійснюватися за такими напрямками [1]:

- за видом ефективності – медична, соціальна, економічна;

- за рівнем – рівень роботи лікаря, рівень роботи підрозділів, рівень роботи медичних установ, рівень роботи СМДН;
- за етапами або розділами роботи – на етапі попередження захворювання, на етапі лікування захворювання, на етапі реабілітації;
- за обсягом роботи – ефективність лікувально-профілактичних заходів, ефективність медико-соціальних програм;
- за витратами – за витратами суспільної праці, сумарний показник за витратами живої та суспільної праці [6];
- за способом вимірювання результатів – через зниження втрат ресурсів, через економію ресурсів, через додатково отриманий результат, інтегрований показник, який враховує всі результати [7];
- за формою показників – нормативні показники здоров'я населення, показники трудових витрат, вартісні показники [9-10].

Управління ефективністю має забезпечувати використання як зовнішніх, так і внутрішніх стимулів для успішної роботи медперсоналу та менеджерів медичних підприємств та установ, а також поліпшення видимості пацієнтів медперсоналом і видимості менеджерами результатів роботи медперсоналу.

Причому, якщо технічний персонал медичних підприємств та установ досить стимулювати, використовуючи лише зовнішні мотиватори, то для медперсоналу і менеджерів необхідні як зовнішні, так і внутрішні мотиватори.

Реформування медичного сектору є досить складним процесом, оскільки лікарняні заклади залишаються досить консервативним елементом системи охорони здоров'я, попри нові виклики й зміни в самих системах.

Функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести: використання нових моделей управління; нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою; вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ; професіоналізацію кадрового забезпечення медичних закладів; інноватизацію інформаційно-

аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (*E-Health*); диференціацію джерел фінансового забезпечення надання послуг; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг, здійснення аудиту якості медичної допомоги й постійного моніторингу конкурентоспроможності медичних послуг.

Таким чином, оцінка організаційно-медичної діяльності об'єкта дослідження повинно здійснюватися на сучасних організаційно-практичних і теоретико-медологічних засадах наукових основ управління, тобто менеджменту, з врахуванням особливостей функціонування установи охорони здоров'я.

1.2. Особливості функціонування кардіохірургічних центрів України та удосконалення процесу управління

Українська кардіохірургія має славетну історію. Перші операції на серці Микола Амосов проводив вже у 50-ті роки ХХ ст. Сьогодні це міцна галузь із широкою мережею кардіохірургічних закладів по всій країні. Смертність від серцево-судинної патології в Україні за останні роки досягла 66,0%. Невпинно зростає захворюваність на ішемічну хворобу серця: у 50 тис. осіб щороку розвивається гострий інфаркт міокарда, при цьому кожен третій пацієнт помирає.

Такі дані, без сумніву, викликають тривогу і привертають увагу до якості надання медичної допомоги лікарями кардіологічного напрямку. Його перспективною гілкою є кардіохірургія, що в останні роки почала активно розвиватися. На сьогодні в Україні існує 44 кардіохірургічні центри, в яких виконують понад 20 тис. операцій на рік. При цьому лише 60,0% пацієнтів з тих, які нагально потребують оперативного втручання, отримують необхідну допомогу. Висока смертність від гострих коронарних подій віддзеркалює актуальний стан галузі.

Найбільш прогресивними центрами зазначеного профілю в межах України, крім «Інститут серця», є Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова та Науково-практичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії. Ці заклади володіють потужними базами діагностичного та лікувального устаткування і величезним науковим потенціалом, що отримав визнання

на 40 світовому рівні. Летальність при оперативних втручаннях у пацієнтів з інфекційним ендокардитом та пухлинами серця в цих закладах наближається до нуля.

Проте, низька активність частини кардіологів, неправильна діагностика захворювань або несвоєчасне направлення ними пацієнтів до центрів – найбільш поширені причини високої смертності населення від серцево-судинної патології, що потребує екстреного втручання.

Так, летальність (у %) від захворювань серцево-судинної системи в стаціонарах м. Києва за 9 місяців 2023 року (*не включаючи хворих, яким була надана допомога в післягострому періоді*) склала: гострий інфаркт міокарда – 18,8; інфаркт міокарда з елевацією зубців ST – 9,5; інфаркт міокарда без елевації зубців ST – 12,4; інсульт – 18,4; внутрішньочерепний крововилив – 43,8; інфаркт головного мозку – 14,9 [11, С.40-41].

Можна з упевненістю зазначити, що кардіохірургічний напрямок сучасної медичної практики відображає розвиток лікарської та наукової думки країни та визначає її інтеграцію у світову спільноту. Ішемічна хвороба серця, складні порушення ритму, набуті та вроджені вади серця потребують хірургічного втручання.

Кардіохірургічний напрямок сучасної медичної практики відображає розвиток лікарської та наукової думки країни й визначає її інтеграцію у світову спільноту. Основними напрямками розвитку є кардіохірургія, інтервенційна кардіологія, електрофізіологія, консервативна кардіологія та реабілітація.

Саме забезпечення фізичної та фінансової доступності необхідної кардіохірургічної допомоги при захворюваннях допоможе знизити загальний показник серцево-судинної летальності по всій країні.

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 процесу управління в залежності від виду управління. Тому подальші успіхи в удосконаленні управлінської діяльності в практиці органів і закладів медичної допомоги будуть залежати від єдиних підходів

та єдиного розуміння всім управлінським персоналом того, за якою схемою, фазами необхідно забезпечувати ПУ.

Складовими службово-виробничих відносин у медичних організаціях є управління і безпосередня управлінська діяльність/праця, що й обумовлено характером діяльності. Остання представляє складний, специфічний вид роботи, який вимагає відповідної загально-професійної чи посадової підготовки та використання на практиці загально-прийняті чи відомчі результативні методи, підходи, технології чи механізми й правила в роботі. Необхідно розглядати такі компоненти управлінської діяльності як функцію, процес, специфіку стосовно конкретної організації, котрі потребують своїх технолого-функціональних аспектів і управлінських механізмів залежно від виду і типу управління, а також характеру та особливостей управлінських ситуацій [1]. Тому виникають певні труднощі, як суб'єктивного, так і об'єктивного порядку. Одним з таких чинників є відсутність чіткості у визначенні понять і категорій.

Серед літературних джерел можна знайти багато різноманітних варіантів визначення поняття управління як:

- планомірна діяльність системи, направлену на функціонування та розвиток об'єкта управління [6];
- цілеспрямований вплив, необхідний для погодження сумісної діяльності людей [10, 13];
- процес планування, організації, мотивації та контролю, необхідний для того, щоб сформулювати та досягти цілей організації” [14];
- це перетворення інформації про стан об'єкта в командну інформацію від суб'єкта [15].

Але спільною думкою більшості є твердження, що початковою основою управління є дія (*наказ, розпорядження, вказівка, план, зауваження, побажання, прохання та ін.*). Тому під управлінням у медичній сфері ми розуміємо організацію і реалізацію цілеспрямованих, регламентованих та адекватних управлінській ситуації дій, що забезпечують максимально раціональне, оперативне та ефективне функціонування управлінської системи, досягненню поставлених цілей

та завдань [1].

Немає єдності серед науковців у визначенні й поняття “процес управління” (ПУ). Так, на думку окремих науковців процес управління – це:

- окремі управлінські цикли, кожний з яких можна розділити на ряд самостійних операцій (Г.В. Осовська, О.А. Осовський, 2008);

- сукупність дій людини, яка забезпечує досягнення бажаного результату, кінцевої мети (В.П. Черних, 2012);

- вплив на об’єкт з метою зміни його стану або форми (В.В. Томах 2014);

- сукупність логічно пов’язаних між собою управлінських дій, здійснюваних менеджерами в певній послідовності й комбінації та спрямованих на досягнення мети (В.Д. Грибов, 2016);

- послідовність, реалізація безперервних взаємопов’язаних дій, тобто управлінських функцій (З.Н. Мнушко, 2017) тощо.

А враховуючи специфічні особливості системи медичної допомоги (СМДН) можна стверджувати, що під процесом управління у медичній галузі слід розуміти “...сукупність послідовних цілеспрямованих дій і взаємозв’язаних операцій, здійснюваних за певною технологією керівниками, фахівцями та службовцями вручну або за допомогою різних заходів, методів, механізмів, прийомів, машинних систем та окремих технічних засобів з надання медичної допомоги населенню в конкретній медичній структурі” [1, С. 423].

З цього визначення слідує, «процес управління» передбачає забезпечення конкретних вимог і певну динаміку в управлінській діяльності, як і управлінській праці посадовців, сутність яких конкретизується комплексом управлінських операцій, що направлені на послідовність розв’язання певних завдань. На наше переконання управлінська операція є складовою управлінської навички, а тому й представляє закінчену, доцільну і конкретну дію або низку дій [1].

Загалом процес управління є творчим процесом й окремим видом мистецтва, окремо виділяють поняття «мистецтво управління» – це вміння менеджера використовувати досягнення сучасного менеджменту, враховуючи особливості власного характеру, особливостей підлеглих та особливості сфери управління.

Висновки до розділу 1

В умовах інноваційно-інвестиційного розвитку економіки найбільший шанс на отримання достатніх конкурентних переваг мають лише ті медичні підприємства, які займаються розробкою та впровадженням систем управління та процесом управління відповідно до умов сучасного менеджменту.

Аналіз наукових праць, присвячених питанню управління на вітчизняних медичних організаціях/підприємств свідчить, що незважаючи на достатню кількість наукових праць, присвячених управлінській тематиці, системам і схемам-моделям управління, визначенню їх складових та етапів впровадження на сьогодні їх у практиці медичних закладів/установ є недостатньо, що й визначає актуальність і перспективність подальших досліджень за цим напрямом на засадах сучасного менеджменту.

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»

2.1. Характеристика та аналіз основних показників діяльності

Українська кардіохірургія має славетну історію. Перші операції на серці Микола Амосов проводив вже у 50-ті роки ХХ ст. Сьогодні це міцна галузь із широкою мережею кардіохірургічних закладів по всій країні. Смертність від серцево-судинної патології в Україні за останні роки досягла 66,0%. Невпинно зростає захворюваність на ішемічну хворобу серця: у 50 тис. осіб щороку розвивається гострий інфаркт міокарда, при цьому кожен третій пацієнт помирає. Такі дані, без сумніву, викликають тривогу і привертають увагу до якості надання медичної допомоги лікарями кардіологічного напрямку.

«Інститут серця» будувався за європейськими стандартами й був відкритий у Києві у 2007 році по вулиці Братиславська, 5-а. Електронна адреса: сайту – <https://heart.kyiv.ua>; сторінки на Facebook – <https://www.facebook.com/Heart.Institute.Kyiv>.

«Інститут серця» це державна медична установа з державною формою власності, підпорядкований Головному управлінню охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації. «Інститут серця» має філії – м. Київ та м. Ірпінь.

Метою діяльності «Інституту серця» є забезпечення надання висококваліфікованої спеціалізованої стаціонарної та консультативно-діагностичної допомоги кардіохірургічного та кардіологічного профілю дорослому та дитячому населенню Київської області, м. Києва, а також мешканцям інших областей та іноземцям. Контракти з НСЗУ не уклалися. Фінансується «Інститут серця» з обласного та державного бюджету.

«Інститут серця» користується правом для завершення діагностичного процесу і проведення спеціалізованого лікування, забезпечує організаційно-методичну та консультативну допомогу лікувально-профілактичним установам області.

Очолує «Інститут серця» Заслужений лікар України, професор – Тодуров Борис Михайлович.

«Інститут серця» розташований у парковій зоні серед соснового лісу за прикладом кращих світових клінік, адже природа – є частиною терапії та сприяє швидкому одужанню пацієнтів. На сьогодні ця медична установа – флагман української кардіології та кардіохірургії, яка оснащена найсучаснішою технікою і де найдосвідченіші лікарі, надають допомогу своїм пацієнтам на високому медико-технологічному та організаційно-управлінському рівнях, борються щодня, щогодини за якісне та довге їх життя.

Клініка одразу набула статусу одного з найкращих кардіохірургічних закладів країни. Вперше в Україні в стінах однієї клініки зібралися експерти в галузі запобігання захворювань і вад серця, діагностики, терапії, хірургії, анестезіології та реабілітації як у дорослого, так і дитячого населення.

Основними напрямками розвитку «Інституту серця» є: кардіохірургія, інтервенційна кардіологія, електрофізіологія та консервативна кардіологія та реабілітація. «Інститут серця» забезпечує організаційно-методичну та консультативну допомогу лікувально-профілактичним установам області, співпрацює з медичними товариствами, науковими та науково-дослідними установами охорони здоров'я, організовує та проводить науково-практичні семінари, конференції для кардіохірургів, лікарів-кардіологів, неврологів та лікарів інших спеціальностей, а також проводить 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 вдосконалюють свій професіоналізм, проходять стажування та навчання у вітчизняних й закордонних клініках.

Багаторічний досвід, неординарність, височайший професіоналізм і колегіальність у роботі посадових осіб і фаховість команди лікарів, людяно-толерантний і творчий індивідуальний підхід до кожного пацієнта у поєднанні з найсучаснішими технологіями й методиками лікування серцево-судинних захворювань широкого спектру і будь-якої складності у дорослих і дітей (*аневризма аорти, інфаркти, ішемічна хвороба серця, стенокардія, гіпертонія, вроджені та набуті вади серця*) надали медичній установі признання й визнання на

міжнародному рівні. Ось чому пацієнти з України та з-за кордону обирають «Інститут серця».

Лікарями «Інститут серця» застосовуються найновітніші технології та найсучасніші дослідження, що дозволило суттєво розширити увесь діапазон класичних і мініінвазивних технік і технологій, лікувати в дружній атмосфері й комфортних умовах на всіх етапах надання кардіологічної й кардіохірургічної допомоги: стенозування коронарних артерій, аорто-коронарне шунтування, протезування клапанів, протезування аорти, імплантація механічного серця, імплантація кардіостимуляторів, трансплантації та ін. Щороку в «Інституті серця» проводяться і виконується [16]:

- понад 100 000 діагностичних досліджень серцево-судинної системи;
- у п'яти сучасних операційних і чотирьох лабораторіях ангіографії понад 6000 операцій на серці як відкритим шляхом, так і мініінвазивно (*більше ніж 2000 з яких – зі штучним кровообігом*). Так, назви оперативних втручань (*26 та ендovasкулярні операції – 35*) наведені (*в алфавітному порядку*):

A. Операції

1. Bentall procedure (*корекція аневризми висхідного відділу та дуги аорти*).
2. David procedure (*клапанзберігаючі операції 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 міксому.
8. Видалення тератоми.
9. Декальцинація (*патологія аортального клапана*).
10. Заміна електрокардіостимулятора (*ЕКС*).
12. Інфекційний ендокардит.
13. Кардіостимулятор.
14. Комбіновані оперативні втручання (*2х-3х клапанне, АКШ + корекція клапанної патології*).

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. Дилятація 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 кава-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.

В грудні 2019 року командою медичних працівників «Інституту серця» була успішно виконана перша трансплантація серця в Україні, а наразі вже здійснено 36 таких оперативних втручань.

Кардіохірургічний напрямок сучасної медичної практики, до якого відноситься досліджувана нами державна установа, відображає розвиток лікарської та наукової думки країни й визначає її інтеграцію у світову спільноту. Саме забезпечення фізичної та фінансової доступності необхідної кардіохірургічної допомоги при захворюваннях дозволить знизити загальний показник серцево-судинної летальності по всій країні.

Співробітники «Інституту серця» є дійсними членами фахових Асоціацій України та Європи, беруть активну участь в щорічних Національних, Європейських та Американських конгресах кардіологів, а також проходять стажування у провідних клініках Європи (*Польща, Хорватія, Латвія, Литва, Німеччина, Франція*).

Співробітники, наприклад, консультативно-діагностичного поліклінічного відділення для дорослих щорічно проводять близько 25 000 консультацій пацієнтів зі патологією серцево-судинної системи й понад 115 000 діагностичних досліджень. Консультації фахівців здійснюється в різних регіонах України (*більш як 12 000*) та клініках м. Києва та Київської області (*понад 6 000*) з метою консультативної допомоги та відбору хворих для кардіохірургічного лікування [16].

Потужність установи складає 150 ліжок, у тому числі 110 ліжок для дорослих і 40 – для дітей, які розподілені серед профільних функціонально-структурних підрозділів, які представлені підрозділами медико-діагностичного, кардіологічного та кардіохірургічного спрямування [16]:

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

Таблиця 2.2

Найменування функціонально-структурних підрозділів «Інституту 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.	Штат: 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 (вторинної) 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
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. Функції: 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, офтальмологія, 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, ультразвукова діагностика.

<i>Продовження табл 2.2</i>		
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 ангіографії	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
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, оториноларингологія.	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% [16].

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

<i>Продовження табл 2.5</i>			
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 інтвенційна 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»

табелю 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

<i>Продовження табл 2.8</i>				
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 холтеровського моніторингу	40	40	100,0
27	Пристрій для виклику медичного персоналу	180	180	100,0
28	Каталка зі знімними ношами	40	42	105,0
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.

При умові зростання мінімальної заробітної плати та відповідного підвищення заробітної платні працівникам, а також збільшення цін на енергоносії, витрат 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 організаційного моделювання процесу управління

Для збору матеріалу, вивчення та аналізу системи управління ми використовували «Програму-анкету вивчення та експертної оцінки якості організації й ефективності процесу управління в системі медичної допомоги» (*додаток А*).

З'ясовано, що:

- базова освіта керівника медичного закладу – медична;
- призначенню на посаду керівника передувала спеціальна, додаткова – курсова підготовка за міжнародною програмою з наукових основ управління (*менеджменту*);
- атестаційної категорії з організації та управління керівник не має.
- запроваджена переважно ієрархічна чи адміністративна система управління, в якій можна виділити наступні переваги та недоліки. До переваг ієрархічної системи управління можна віднести:

1. Чітка структура: дозволяє чітко роз поділити відповідальність та обов'язки між працівниками, що сприяє ефективному адмініструванню.

2. Швидке прийняття рішень: керівництво може швидко реагувати на зміни та приймати необхідні рішення (*а точніше нормативні акти*), що

особливо важливо в медичній сфері.

3. Прозорість: дозволяє чітко визначити ланцюг командування та зрозуміти до кого необхідно звертатися в разі потреби.

Недоліки ієрархічної системи управління:

1. Бюрократія: може призвести до зайвої бюрократії та ускладнити процеси прийняття управлінських рішень, а точніше нормативних актів.

2. Вертикальне мислення може пригнічувати творчий підхід та ініціативу працівників, оскільки всі рішення приймаються згори.

3. Труднощі у взаємодії можуть створити бар'єри для взаємодії між різними рівнями адміністрування та ускладнити комунікацію між працівниками.

Проте незалежно від залученої на практиці система управління (*ієрархічна чи демократична*), остання має систематично удосконалюватися за комплексним підходом за його п'яти основних проблем: організація системи; методи управління; функції управління, культура управління і техніка управління.

У процесі дослідження з'ясовано, що всі вищеназвані проблеми з удосконалення системи управління мають місце в організаційно-адміністративній практиці «Інститут серця», але носять не системний, фрагментарний і спонтанний характер.

Схема-модель управління «Інститут серця» передбачає 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.

При більш цілеспрямованому дослідженні залученої на практиці моделі управління з'ясовано, що в об'єкті дослідження у межах його управлінської структури (*апарату управління*) та функції адміністрування здійснюються основні медико-професійні й службово-посадові відносин субординації й координації, а також як комунікаційні, так й інформаційні зв'язки. Тому для оцінювання особливостей та ефективності управлінської практики стало за необхідним провести аналіз організаційної інфраструктури, уточнити управлінські та службово-функціональні зв'язки в ній, виконання моніторинго-контрольних заходів за певними процедурами та ін.

У процесі вивчення, аналізу та оцінювання 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).

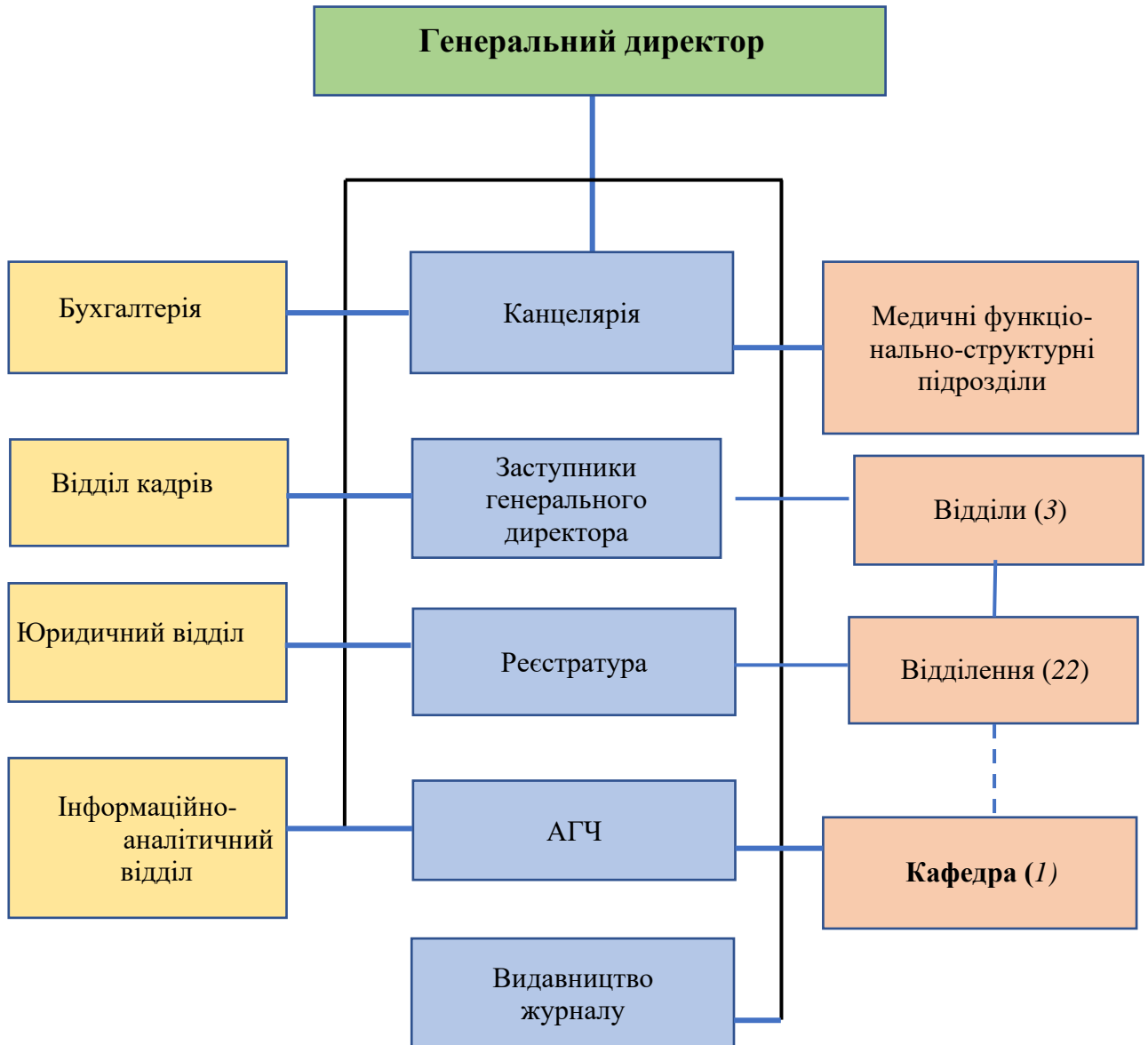


Рис. 2.1. Організаційно-управлінська структура «Інститут серця»

З рисунка 2.1 видно, що модель управління у структурному відношенні побудована за вертикальним лінійно-функціональним типом схеми адміністрування. Відносини субординації як між керівниками та виконавцями, так і між керівниками різних рівнів у рамках офіційних (формальних) структур є відносинами розпорядництва та адміністрування, з одного боку, та виконання, підлеглості – з

іншого. Ці відносини характеризуються тим, що керівник на основі наявного правового статусу та нормативних актів зобов'язує виконавця чітко виконувати розпорядження керівництва

При цьому 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.

Відповідно до вимог і рекомендацій загального й 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 є достатньо результативною (*про що свідчать показники діяльності й службово-психологічний стан колективу*) відносно специфіки діяльності даній медичній установі, її потребами та перспективам розвитку.

Лінійним керівникам в 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 через вище керівництво і вже після затвердження доводять їх до виконавців нижчого рівня. Але затверджені рішення будуть орієнтовані на ситуаційно-проблемний рівня. Це входить у протиріччя до окремих принципів менеджменту (*демократизації управління Парето, делегування, пріоритетності виконання завдань*).

Лінійно-функціональна організація управління за вертикальним (*прямим*) шляхом не завжди забезпечує досягнення мети шляхом керування «зверху» та використання адміністративних методів впливу. Вирішити це протиріччя можливо реалізуючи концепцію, методологію і підходи сучасного менеджменту, з адаптацією останнього під особливості та специфіку медичної галузі, та залучення на практиці організаційно-управлінський механізм саморегулювання,

який орієнтує на розвиток інтеграційних процесів і при якому більшість протиріч вирішується «знизу».

У межах допуску до службової інформації, ділової комунікації, візуального спостереження та аналізу є за можливість стверджувати, що в об'єкті дослідження ключові складові та функції управління мають місце в управлінській діяльності, але носять фрагментарний, а не системний характер. А тому ми не маємо можливості зробити висновок про повноцінне використання комплексного підходу в удосконаленні залученої моделі-системи управління.

Аналогічний висновок сформовано нами і стосовно організації «Інститут серця» як організованої управлінської системи за принципом системності й на основі системного підходу з її складовими (*суб'єкт управління, об'єкт управління та блок наукового регулювання*) на засадах системності (рис. 2.2) [1-2].

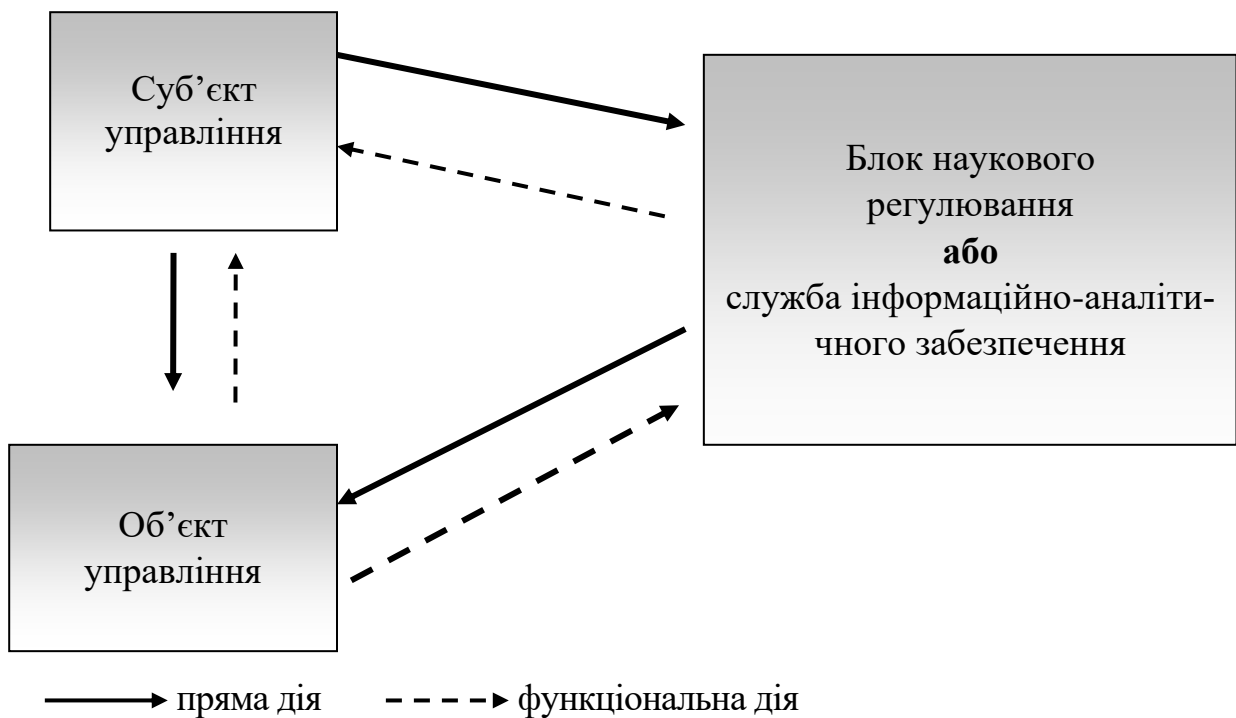


Рис. 2.2. Структурно-функціональні частини управлінської системи

Не відслідковувалося й диференціація суб'єкту управління на 4 службово-посадові групи (*особи які виконують переважно головні, додаткові та допоміжні управлінські функції, а також ті, які опосередковано приймають участь в управлінській діяльності*). Так, управляючий орган змодельований за статусом апарату управління з чіткою ієрархічною структурою і визначеними обов'язками та з

централізованим підпорядкуванням і децентралізованою відповідальністю, незначними повноваженнями.

Основним предметом і продуктом в «Інститут серця» стає інформація, характер якої за останні роки істотно змінився. Значно розширилися службово-особисті зв'язки з працівниками функціонально-структурних підрозділів завдяки залученим на практиці сучасних інформаційних систем управління [17]. Шляхом отримання якісної, вірогідної й повної за обсягом інформації зростає її комфортність. Це дає можливість керівнику/ам вибирати найбільш кращі варіанти рішення при зменшенні обсягу своєї роботи на цей вид діяльності – підготовка та затвердження управлінських рішень відповідно до мети, завдання, проблеми чи ситуації.

Безпосередньо в «Інституті серця» адміністрування забезпечувалося прийняттям відповідних нормативно-правових актів (*наказів, розпоряджень і вказівок*), моніторингом і сумлінним і відповідальним їх виконанням. Тобто, адміністративно-управлінська діяльність не передбачала її здійснення за концепцією й алгоритмом процесу управління, який передбачає 5 технолого-функціональних фаз – розробка й прийняття управлінського рішення (*УР*) та умови його запуску, а також цілеспрямовану, комплексну діяльність суб'єкту управління щодо його виконання наступними фазами – планування, доорганізація системи, її регулювання і контроль з метою реалізації прийнятих рішень (*рис. 2.3*) [1, 3].

Збору матеріалу, вивчення та оцінки залученого на практиці процесу управління здійснювався, окрім знайомства з офіційними формами звітності, за розробленою нами спеціальною програмою-анкетною, яка була вибірково апробована під час переддипломної практики, доопрацьована й погоджена з керівництвом «Інституту серця».

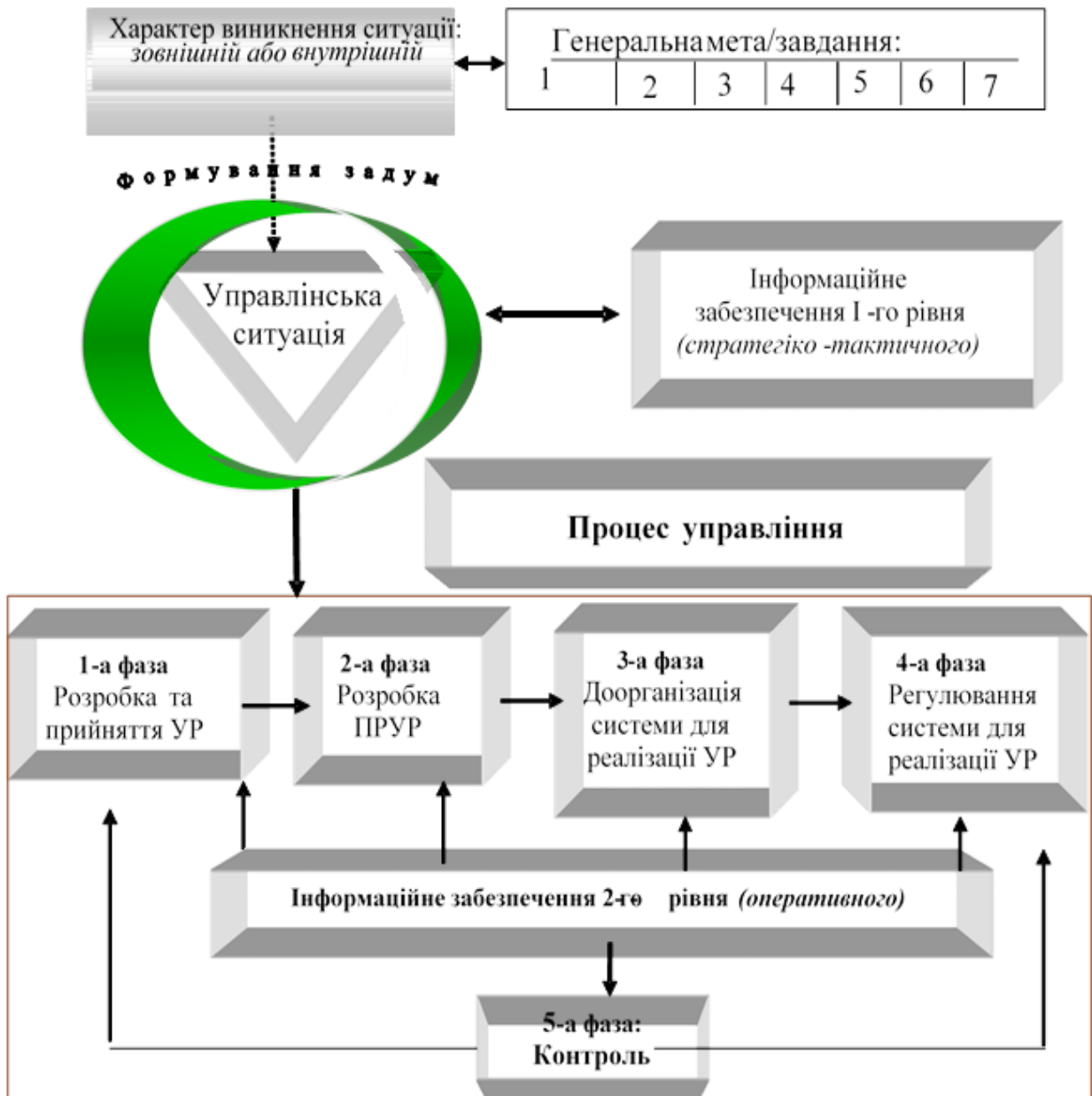


Рис. 2.3. Принципова схема процесу управління та його технологічно-функціональних фаз

У своєму дослідженні ми виходили з принципової позиції – запуском того чи іншого варіанту процесу управління є прийняття рішень, як впливу (див. розділ 1) та перша його фаза.

Згідно з дослідження в медичній установі, нормативно-правові акти, які приймалися за 2018-2023 рр., мали відмінності за: формою (*переважно письмові – накази, розпорядження, вказівки; незначні усні – доручення, прохання та ін.*);

видом (*переважно тактичні та оперативні*); повноважністю (*від першого керівника та посадових осіб*); способом та умовами запуску (*використовувався не тільки адміністративні – реєстрація й негайне направлення до виконання*). Не значну кількість за проаналізований період (28,6%) займали колегіальні рішення – рішення медичної/вченої Ради. Прийняті управлінські рішення, разом з виробничими чи іншими питаннями, містили мотиваційну й стимулюючу творчу активність виконавців, колективу, і сприяли розвитку особистих якостей, ділової обстановки для роботи психологічному клімату.

Але підготовлене й затверджене УР потребує реалізації за допомогою чотирьох технологічно-функціональних фаз. А тому в процесі управління велике значення має фаза планування реалізації управлінських рішень (*друга фаза процесу управління*), у межах якої визначаються способи, шляхи, форми роботи, вибір виконавців, конкретизація завдань та інше. Документом, що забезпечує організаційно-правову сторону і механізм виконання системою управлінських рішень є план реалізації (*ПРУР*) [1, 3].

Прийняте управлінське рішення перед запуском, крім плану реалізації (*перша умова запуску рішення*), потребує дотримання другої умови – доорганізації системи з урахуванням специфіки його розв'язання. У цьому і полягає зміст 3-ої технологічно-функціональної фази процесу управління. Доорганізація системи, як і її організація, потребує застосування аналогічних шести аспектів методики системного підходу.

Забезпечивши умови «запуску» рішення на виконання (*розробку плану і доорганізацію системи*), апарат управління і колектив приступають до безпосередньої реалізації 4-ої та 5-ої технологічно-функціональних фаз процесу управління, що передбачають виконання таких функцій, як регулювання та контроль.

За матеріалами дослідження слідує, що вищенаведений алгоритм здійснення на практиці процесу управління в об'єкті дослідження представлений тільки частково – управлінські рішення у вигляді наказів, розпоряджень чи вказівок, які приймалися в даній медичній установі, не супроводжувалися системністю їх реалізації (*ПРУР, як додаток до УР, функції регулювання й контролю*

здійснювалися за сценарієм адміністрування).

Недостатній рівень знань у сфері теорії та практики управління до впровадження і розвитку менеджменту в вітчизняному медичному середовищі змушує керівників покладатися виключно на власний авторитет і практичний досвід та обмежуватися тільки дотримання законодавства, нормативно-правових актів, що визнають діяльність медичної організацій.

При логіко-аналітичній роботі над узагальненням цього дослідження, дискусії з науково-педагогічними співробітниками кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ ім. О.О. Богомольця, ми звернули увагу на певну тотожність окремих підходів і технологій менеджменту і лікарської практики. Такий феномен має місце й в наукових працях наших вчителів [18].

Так, схематичне порівняння процедур етапності технології прийняття УР в менеджменті й постановки діагнозу в медичній практиці (наприклад, лікаря кардіолога/кардіохірурга) виявляють їх абсолютну тотожність (табл. 2.9) [18].

Відповідно до порівняльної характеристики (див. табл. 2.9) процедури прийняття управлінського рішення в менеджменті та постановки діагнозу в кардіологічній практиці процедурно передбачено 12-ти взаємозалежних етапів або дій – від формулювання мети до отримання певних кінцевих результатів.

Так *мета* (рівень стратегічний) конкретизуються керівником переліком *завдань*, як напрямками діяльності системи чи виконавця, і які є нагальними стосовно тактики її розв'язання. Це тактичний, функціональний рівень виконання – рівень заступників.

Для більш чіткого скерування діяльності/роботи виконавця кожне завдання уточняється керівником актуальними *проблемами* (рівень оперативний – лінійні керівники: завідувачі відділами, відділеннями, центрами тощо), які є або ті, що можуть бути прогнозованими. А наявність *мети, завдань і проблем* за ними – це розкриття задуму керівництва, це визначений шлях їх розв'язання.

Тому ці три позиції технології розробки й прийняття рішень і є обов'язковими складовими резолюції керівника відповідно до ієрархії його управлінської посади. Тобто, резолюції типу «до виконання», «забезпечити й доповісти», «забезпечити реалізацію...»,

«ознайомитися й розробити програму...», як і просто зверху зліва проставлені підпис і дата, є непрофесійними, службово-методично недолугими, абсурдними, не конкретними, не коректними й образливими як за формою, так і змістом. Вони виконавцю не зрозумілі щодо задуму керівника та напрямів/шляхів досягнення тих чи інших результатів [1, 18]. Після отримання завдання з чітко визначеною програмою дій співробітник-виконавець приступає до вивчення **причин** за певною проблемою, аналіз їх появи та розробки **проектів варіантів** розв'язання проблеми, які погоджуються на оперативному рівні (з *лінійними керівниками*). Таким чином, на цьому рівні виконавцями формуються варіанти УР. Якщо пошук оптимального рішення зводиться до розв'язання **проблеми**, то з 6-ти його варіантів (*по два на кожну проблему*) лінійним керівником затверджується певне рішення.

У разі потреби пошуку оптимального УР на рівні *завдання*, то з 6-ти його варіантів (*по два на кожне завдання*) заступником/ами керівника затверджується певне рішення тактико-функціонального типу (*при комплексному підході до розв'язання завдання, координації дій та комунікаційних процесів*). Відповідно при виборі УР, орієнтованого на розв'язання **мети** (*стратегічний рівень*) першим керівником з 6-ти варіантів УР (*по два на кожне завдання*) обирається і затверджується (*одноосібно чи за методом мозкового "штурму", колегіальної дискусії, 6 капелюхів*) оптимальний варіант УР/діагнозу.

З затвердженням УР/діагнозу і запускається процес управління за його технологічно-функціональними фазами/лікувально-діагностичними процедурними схемами, конкретизується зміст управлінської/медичної діяльності, управлінської/лікарської праці.

Обраний оптимальний варіант рішення/діагнозу того чи іншого ієрархічного рівня надалі проходить наступні 6-ти процедурні етапи технології їх розробки та прийняття (*див. табл. 2.9*).

Таблиця 2.9

Порівняльна характеристика процедури прийняття управлінського рішення в менеджменті та постановки діагнозу в кардіологічній практиці

<i>№ з/п</i>	<i>У менеджменті</i>			<i>У медичній практиці (кардіологія/кардіохірургія)</i>		
1	Мета <i>(оптимальні результати діяльності)</i>			Мета <i>(здоров'я пацієнта)</i>		
2	<i>Завдання 1</i>	<i>Завдання 2</i>	<i>Завдання 3</i>	Збір анамнезу	Обстеження	Консультація
3	Проблема 1.1	Проблема 1.2	Проблема 1.3	Проблема 1.1	Проблема 1.2	Проблема 1.3
4	<i>Причина проблеми 1.1</i>	<i>Причина проблеми 1.2</i>	<i>Причина проблеми 1.3</i>	З'ясування умов праці, проживання, харчування, емоційного стану, типу нервової системи, спадкових й супутніх захворювань тощо. <i>Уточнення причин захворювань ССЗ</i>	Виявлення генетичної залежності, відхилень у функціонування органів і систем, кризові явища тощо. <i>Уточнення причин захворювань ССЗ</i>	Уточнення/підтвердження клініко-діагностичних позицій попереднє діагностування стану пацієнта тощо. <i>Уточнення причин захворювань ССЗ</i>
5	Підготовка варіантів УР <i>(мінімум 2)</i>			Формування варіантів попереднього діагнозу		
6	Вибір оптимального УР <i>(за проблемою, завданням, метою)</i>			Постановка остаточного діагнозу <i>(за основним і супутнім захворюванням, функціональним станом)</i>		
7	Оформлення тексту УР			Запис в історію хвороби/амбулаторну картку		
8	Затвердження УР			Погодження діагнозу		
9	Підготовка запуску УР до виконання			Підготовка до здійснення лікувального процесу		
10	Реалізація УР			Протокол лікування пацієнта		
11	Моніторинг виконання УР			Моніторинг реалізації лікувального процесу		
12	Підсумки, мотивація співробітників			Виписка пацієнта, мотивація медичного персоналу		

Такий підхід до процесу управління в «Інституті серця» повною мірою відповідав би основним вимогам і розкривав би суть управлінської діяльності та праці, а також механізмів при управлінні системою, її структурами, конкретними розділами роботи чи при розв'язанні тих, чи інших проблем при оперативному, тактичному або стратегічному видах управління.

2.3. Експертна оцінка процесу управління

Враховуючи, що досліджувані схеми-моделі, системи управління, процес управління, управлінської діяльності, а також інструменти та методи підвищення ефективності особистої управлінської праці (*самоменджменту*) керівників і співробітників є одними зі складових загальної моделі управління конкретно медичною організацією, як соціальною системою, то експертна оцінка якості організації управління/управлінської діяльності в «Інституті серця» проводилась за методом колективної дискусії студентами (*Журавель Володимир Володимирович; Зарецький Максим Миколайович і Тимошенко В'ячеслав Володимирович*), які проходили на цій базі переддипломну практику. Експертне заключення з процесу управління формувалося за схемою (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Схема експертної оцінки стану процесу управління

№ з/п	Розділ роботи	Наявність та якість: (описати або поставити знак «+» чи «-»)						Примітка
		інформації	власного управлінського рішення	ПРУР	дорога-нізації 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».

Таким чином, згідно з отриманими даними з'ясовано, що в «Інституті серця»:

1. Управлінські рішення приймаються на інтуїтивно-емпіричному рівні, основних внутрішніх регламентуючих документів та нормативно-правових актів (*наказів, розпоряджень і вказівок*) вищих органів управління, але без

врахування вимог сучасного менеджменту.

2. Прийняті рішення в процесі своєї реалізації комплексно не враховують 4 технологічно-функціональних фаз, а виконуються за рахунок потужного авторитету генерального директора та злагодженій роботі колективу, що об'єднані спільною метою та цілю.

3. Керівники всіх ієрархічних рівнів (*стратегічного, тактичного й оперативного*) і співробітники апарату управління не володіють основними положеннями наукових основ управління, а також вимог до процесу управління, технології прийняття управлінських рішень відповідно до принципів і механізмів сучасного менеджменту.

4. Керівні посадові особи АУ в процесі управління рідко суміщають функції висококваліфікованих фахівців (*завідувачів відділень, головних спеціалістів, методистів, економістів і т.д.*), тобто безпосередніх організаторів-виконавців, з особистим втручанням в процес розв'язання рутинних службово-управлінських питань, дрібної опіки. Це істотно зменшує мобільність і дублювання управлінської праці.

5. У роботі першого керівника не відмічається тенденція до кабінетного стилю роботи.

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

1. «Інститут серця» на сьогоднішній день 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.

2. Залучена модель управління є формою адміністрування з використанням лінійно-функціонального типу системи управління, але з демократичною, толерантно-коректною за змістом, яка на сьогоднішній день де-факто й де-юре у певному відношенні відповідає практиці й специфіці діяльності даній медичній установі, її потребам та перспективам розвитку за умов подальшого удосконалення на засадах сучасного менеджменту і підвищення управлінського професіоналізму співробітників апарату управління.

РОЗДІЛ 3.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ В ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»

3.1. Концептуальні підходи оптимізації процесу управління

Процес управління в медичній організації повинна бути представлена сукупністю певних видів діяльності, елементів і виважених дій, взаємопов'язаних між собою, які спрямовані на координацію і впорядкування в функціонуванні та розвитку організації і її елементів для досягнення цілей, що стоять перед нею. У процесі управління вирішуються завдання [19]:

- *тактичні*: підтримку стійкості, гармонійної взаємодії і працездатності всієї сукупності елементів об'єкта управління;
- *стратегічні*: забезпечення розвитку і вдосконалення, переклад в якісно і кількісно інший стан;
- *системно-процесні*: організацій процес на засадах принципу системності.

Зазвичай, процеси управління організацією досить різноманітні і багатовимірні, характеризуються складною структурою. Процес управління в загальному сенсі складається із загальних функцій управління, об'єднані в фази або цикли управління [1, 19], які представлені у розділі 2.2 (див. рис. 2.3).

Як видно з рис. 2.3, даний процес можна охарактеризувати як безперервний, з циклічним повторенням 5-ти технологічних фаз та окремих циклів (*збору, обробки, аналізу, зберігання, контролю інформації; прийняття рішень та організації виконання їх*), експромтний, виважений, нерівномірний, інерційний, з деяким запізненням управлінських дій, та ін.

На практиці слід диференціювати поняття “процес управління” та “управлінський процес”. Так, сутність управління, як діяльність, реалізується в сукупності управлінських процесів, тобто цілеспрямованих рішень і дій, здійснюваних менеджерами в певній послідовності та комбінації [20].

Ці процеси розвиваються й удосконалюються разом з організацією. Вони

бувають первинними й похідними; одноступінчасті й багатоступінчастими; швидкоплинним і тривалими; повними і неповними; регулярними і нерегулярними; своєчасними і запізнюється і т. п. Управлінські процеси містять як жорсткі (*формальні*) елементи, наприклад правила, процедури, офіційні повноваження, так і м'які, такі, як стиль керівництва, організаційні цінності та ін. [20].

Особливості управлінських процесів стосовно «Інституту серця» можуть визначаються як об'єктивними (*характер і сфера діяльності організації або підрозділу, їх структура та ін.*), так і суб'єктивними (*інтереси керівництва та персоналу, неформальні зв'язки і т. п.*) факторами.

У сукупності такі процеси утворюють цикл, що складається з взаємозв'язаних фаз: прийняття рішення (*визначення мети та програми дій*); виконання (*вплив на елементи організації*); збір, обробка, аналіз і контроль інформації, необхідна коригування (*зворотній зв'язок*) [1, 3, 20].

Метою конкретного управлінського процесу є зміна або, навпаки, збереження управлінської ситуації, тобто такої сукупності обставин, які роблять (*можуть надати в майбутньому*) позитивне або негативне вплив на організацію. Ситуація характеризується кількісними та якісними показниками (*тривалістю, гостротою, місцем і причинами виникнення, змістом, колом учасників, важливістю, складністю, перспективами розвитку і т.п.*) [20].

В управлінському процесі об'єднані такі моменти як управлінська діяльність, управлінська праця, предмет і засоби, методики й технології, компетентність і кваліфікація, професіоналізм, і кінцевий результат його реалізації – певний продукт (*своєчасність і якість кардіологічної/кардіохірургічної допомоги пацієнтам*).

З залученням на практиці тієї чи іншої схеми-моделі управління керівник визначає й затверджує як систему розподілу і кооперації управлінської праці за певними розділами роботи, так і схему внутрішньої комунікації.

Для визначення і побудови оптимальної та ефективної системи управління медичної установи необхідно дотримуватися наступних принципів, які на думку окремих авторів зводяться до [21, С.18]:

- повна відповідність стратегії функціонування і розвитку об'єкта управління;
- відповідальність кожного працівника у межах його повноважень і ролі в системі/моделі управління, а також формування між ними вертикальних і горизонтальних зв'язків за системно-функціональним і комплексно-процесним підходами;
- раціональність розподілу праці між співробітниками і функціональними структурами суб'єкту управління за принципами креативності роботи, доцільного нормативного навантаження і спеціалізації роботи;
- відповідність сформованої системи управління цілям і завданням медичної організації, професійності управлінських кадрів і персоналом, рамкам і виду контролю з боку посадових осіб, як менеджерів;
- виключення відомчої ентропії в діяльності медичної установи.

У процесі удосконалення процесу управління у межах конкретного суб'єкта господарювання (СГ) суттєву роль відіграє його функція, розмір, особливості організаційно-планувальної архітектури та його життєвий цикл. А тому при організаційному моделюванні потенційної процесу управління в «Інституті серця» доцільно дотримуватися наступних основних вимог і рекомендацій [1-2, 22]:

- визначення мети, цілей, завдань і можливих проблем;
- скорочення проміжних управлінських і функціональних з метою уникнення та виключення дублювання в роботі, розуміння кожним співробітником своєї ролі, функції та співпраці в межах даної медичної установи;
- забезпечення збору, обробку, аналізу, передачі та збереження повноцінної (чотирьох каналної – директивно-відомчої, наукової, передового досвіду і власних джерел) й вірогідної й своєчасної інформації, з чітко налагодженими зворотними зв'язками;
- визначення єдиної системи підпорядкованості, щоб нормативно-правові акти були адресними й повноважними (число Мюлера – 7 ± 2 і показник Грейкунаса – $N = n(n-1)$, делегування повноважень і Парето – 20:80).

Враховуючи той факт, що сучасна медична організація або підприємство – це «...відкрита, самокерована, соціально-економічна система, яка володіє функцією управління, що забезпечує збереження чи розвиток основних властивостей системи згідно з визначеною метою.

Управління залежності від особливостей конкретних організацій і цілей дає змогу стабілізувати діяльність підприємства зберегти її якісну визначеність, підтримувати динамічну рівновагу із середовищем, забезпечити вдосконалення підприємства і досягнення того чи іншого корисного ефекту» [23, С. 239].

Ось чому саме схема-модель і процес управління має бути сформовані так, щоб швидко й адекватно, прямо чи опосередковано реагувати на зміни як внутрішнього, так і зовнішнього середовища, не втрачаючи при цьому її цілісності, динамічності, а також управління і керованості. Це передбачає, своєю чергою, систематичний моніторинг змін цих факторів, розробку і введення в дію пакетного управління під ймовірні ситуації/проблеми для запобігання фактів управлінської неспроможності, збоїв у роботі окремих підрозділів, можливих конфліктів між ними та системою, психологічного та морального клімату в колективі.

До таких чинників, наприклад, зовнішнього порядку можуть належати:

- постачальники складових кардіологічної чи кардіохірургічної допомоги населенню (*медичні препарати, електроенергія, комунальні послуги, сировини, матеріали, комплектуючі та ін.*), які співпрацюють з функціонально-структурними підрозділами чи службами;
- органи влади, з якими система комунікує з реалізації різноманітних проєктів;
- партнери й конкуренти, з якими підтримуються службово-професійні та медико-діагностичні зв'язки;
- внутрішнє й зовнішнє середовище;
- пацієнти та їх родичі/близькі, вподобання яких потребує дослідження на систематичних засадах;
- громадські та інші організації тощо.

Факторами впливу на формування процесу управління, як функції й технології, можуть виступати медико-діагностичні та лікувально-організаційні заходи.

До факторів впливу на управлінську діяльність можна віднести й особливості професійної діяльності, створенням додаткових підрозділів, зростання територіальне розташування чи організацію філій, забезпечення сучасного методичного і послідовності організаційного моделювання системи управління, управлінської діяльності.

Нами доопрацьований авторський підхід (сумісно з *В.В. Журавлем*) стосовно схеми послідовності організаційного проектування системи та процесу управління [22] відповідно до особливостей сучасного менеджменту в медичній установі, яка представлена на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Організаційне проектування системи та процесу управління у медичній установі

При обранні та удосконаленні організаційної моделі системи/процесу управління важливо визначати цілі розвитку медичної структури, обсяги її діяльності, потенційні 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, планування, систематичної доорганізації, регулювання та моніторингу виконання управлінських рішень тощо [2].

При моделюванні інфраструктури необхідно розуміти й враховувати всі можливі впливи на службово-функціональні процеси надання кардіологічної допомоги населенню (*рівень професіоналізму медичного персоналу, технологічний та технічний розвиток, фінансування, робота з кадрами та інше*). Якщо керівництво «Інституту серця» поставить за мету оптимізувати процес управління (ПУ), то важливо проводити наступні виражені дії чи етапи за методом сценаріїв [22] (рис. 3.2).

З рисунка 3.2. слідує, як за тактико-стратегічним підходом до організаційного моделювання «Інституту серця», як ОУ, до мінливого зовнішнього середовища й здатності пристосовуватися до сучасних ринкових, так і за вдосконаленням

процесу управління, стає з а доцільним підвищення кваліфікації посадових



Рис. 3.2. Оптимізація процесу управління

осіб з наукових основ управління, тобто менеджменту. Можлива й практика запрошення консультантів із зовні.

Ефективність процесу управління у менеджменті медичної організації/галузі залежить від повноцінності початкових організаційних заходів і дій як керівника, так й апарату управління. Ключовою позицією суб'єктів управління, керівників-менеджерів за даною ситуацією – це доорганізація управлінської системи, тобто створення умов для успішного виконання визначальних рішень, які вводяться в організовану систему [25].

При задіянні на практиці третьої технологічно-функціональної фази процесу управління – доорганізації системи, як функції та умови запуску управлінського рішення до виконання, – необхідно щоб відповідні заходи були зорієнтовані по відношенню СУ, ОУ та БіАЗ. Тому доорганізація припускає [1, 26-27]:

- уточнення обсягів і напрямів діяльності суб'єкта управління відповідно до УР, яке вводиться, та його плану реалізації;
- відпрацюванні адаптованих до стану управлінської системи схем, методів і механізмів діяльності;
- уточнення каналів інформаційного забезпечення в апараті управління;
- здійснення (за потребою і можливістю) цільових досліджень за предметом та напрямом діяльності;
- забезпечення виконання плану і програми відповідно до визначених УР термінів та ін.

Таким чином, у процес управління при доорганізації системи для реалізації УР, що вводяться, змушує посадових осіб апарату управління необхідності проведення активних дій, аналізу і координації зусиль за різними напрямками [25].

Сьогодні, аналізуючи особливості процесу управління певних ОУ медичного спрямування, оцінюючи їх здобутки й недоліки можна ґрунтовно стверджувати, що ПУ має здійснюватися на тактико-стратегічних цілях, наприклад, «Інститут серця», а удосконалення системи/схеми-моделі чи процесу управління, управлінської діяльності/праці, як й організаційної структури медичної установи повинно включати вибір обґрунтованого співвідношення принципів, функцій, методів, стилів, механізмів управління, а також оцінку реального стану системи та підходів на засадах сучасного менеджменту.

3.2. Методологічні підходи та критерії оцінювання ефективності управління

Доцільність залучення моделей процесу управління та пов'язаними з ним управлінської діяльності/праці та функціональних процесів визначається компетенцією посадових осіб, і в першу чергу керівника, чіткістю визначення і конкретизації функцій, праці співробітників. А це дозволяє оцінити власне управлінську працю посадових осіб «Інституту серця» результативністю діяльності за низкою кількісних та якісних показників, які зображується в різних оцінних критеріях.

Так, аналіз та оцінку ефективності менеджменту в «Інституті серця», як і СМДН

взагалі, рекомендується проводити за такими методиками/методами [28-29]:

а) логіко-управлінськими – орієнтованість на раціоналізацію, доцільність та оптимальність управлінських дій;

б) статистико-математичними – пошук і підтвердження закономірностей на основі різноманітних розрахунків і поглибленого аналізу;

в) фінансово-економічними – економічне й фінансове обґрунтування витрат і показників діяльності;

г) соціально-психологічний – створення та облік соціально-психологічних умов праці, одноосібно-колективних ознак і чинників праці, взаємин і клімату;

д) службово-медичними – професійно-цільові особливості діяльності управлінської системи.

Таким чином, як свідчать дані дослідження, стосовно СМДН необхідно застосувати комплексний підхід до вибору критеріїв-ознак з урахуванням їх диференціації за певним методологічним напрямом оцінювання ефективності, які, своєю чергою, можуть бути визначені відповідно до цілей та завдань, вибраної філософії/стратегії управління.

Одним із ключових, пріоритетних завдань в управлінській практиці медичної сфери є оцінювання її функціонально-організаційної структури управління. Діагностика та аналіз функціонально-організаційної структури управління (ФОСУ) медичної організації дозволяє [1, 28, 30]:

- визначити тип управління або підпорядкованості: лінійний; функціональний; штабний та ін.;

- провести графічний аналіз ФОСУ з метою визначення кількісних характеристик: числа рівнів управління, управлінських працівників; показника керованості; номенклатури посад; чисельності функціонально-структурних підрозділів (ФСП); наявної норми керованості;

- описати основні ланки управління;

- побудувати агреговану функціонально-організаційну модель управління і порівняти її зі структурною схемою ФОСУ;

- визначити якісні характеристики за допомогою експертних оцінок і з

використанням кількісних показників ФОСУ (табл. 3.1) [30].

Таблиця 3.1

Формальні кількісні оцінки функціонально-організаційної
структури управління в медичній сфері

1	2	3
Структурний коефіцієнт централізації	$K_{сц} = N_{цц} / N_{оп}$	$N_{цц}$ – кількість ФСП, які управляються з одного центру; $N_{оп}$ – загальне число ФСП одного рівня.
Кількісний коефіцієнт централізації	$K_{кц} = N_{цч} / N_{оч}$	$N_{цч}$ – кількість працівників ФСП, які управляються з одного центру; $N_{оч}$ – загальна кількість працівників.
Об'ємний коефіцієнт централізації	$K_{ок} = O_{ц} / O_{о}$	$O_{ц}$ – обсяг робіт, який виконується централізованим підрозділом; $O_{о}$ – загальний обсяг робіт МО.
Коефіцієнт централізації управління	$K_{цу} = N_{уц} / N_{уо}$	$N_{уц}$ – кількість працівників центрального управління; $N_{уо}$ – загальна кількість працівників управління.
Коефіцієнт централізації функції	$K_{цф} = Ч_{цц} / (Ч_{цц} + Ч_{цп})$	$Ч_{цц}$ – число працівників з централізованими управлінськими функціями в центральному АУ; $Ч_{цп}$ – теж, в АУ ФСП, філіалів.
Коефіцієнт централізації окремих управлінських функцій	$K_{ц} = T_{т} / (T_{т} + T_{ц})$	$T_{т}$ – затрати праці співробітників АУ централізованими управлінськими функціями (чол.-днів); $T_{ц}$ – сумарні затрати праці.
Рівень спеціалізації управління	$Y_{спец} = N_{спец} / N$	$N_{спец}$ – число спеціалізованих ФСП; N – загальне число ФСП.
Рівень формалізації підпорядкованості та процесів делегування повноважень	$K_{ф} = Ч_{до} / Ч_{о}$	$Ч_{до}$ – кількість формалізованих посад (наявні посадові обов'язки, які регламентують питання підпорядкованості, розподілу праці та обов'язків); $Ч_{о}$ – загальна кількість посад за штатним розкладом.
Коефіцієнт складності управління	$K_{сл} = Ч_{с} / Ч$	$Ч_{с}$ – кількість посад; $Ч$ – загальна кількість працівників МО.
Коефіцієнт функціонально-структурного напруження	$K_{сн} = N / d$	N – загальна кількість ФСП, які знаходяться у підпорядкуванні даному апарату управління; d - питома вага співробітників АУ у % від загальної чисельності працівників.
Коефіцієнт дотримання норм управління/керування (число Мюллера)	$K_{упр} = Ч_{ф} / Ч_{н}$	$Ч_{ф}$ – фактична чисельність працівників, підпорядкованих одному керівнику; $Ч_{н}$ – нормативна чисельність працівників, підпорядкованих одному керівнику.
Коефіцієнт функціонально-структурного напруження	$K_{сн} = N / d$	N – загальна кількість ФСП, які знаходяться у підпорядкуванні даному апарату управління; d - питома вага співробітників АУ у % від загальної чисельності працівників.
Коефіцієнт дотримання норм управління/керування (число Мюллера)	$K_{упр} = Ч_{ф} / Ч_{н}$	$Ч_{ф}$ – фактична чисельність працівників, підпорядкованих одному керівнику; $Ч_{н}$ – нормативна чисельність працівників, підпорядкованих одному керівнику.

<i>Продовження табл. 3.1</i>		
Показник службово-посадових комунікацій (<i>показник Грайкунаса</i>)	$N=X(X-1)$	N – показник службово-посадових комунікацій; X – число підпорядкованих посадових осіб/розділів роботи

У межах аналізу функціонально-організаційної структури управління доцільно виявити й проблемні зони та вузькі її місця, оцінити відповідність схеми-моделі управління, наприклад, медичним закладом як організованою управлінською системою, а також її цілей, завдань, залучених технологій, механізмів, прийомів тощо.

Таким чином, менеджери мають можливість обрати:

- ефективні/доцільні схеми-моделі чи процесу управління, які дозволяють досягти запланованих результатів стосовно завдань/питань організації й надання кардіологічної допомоги/послуги всім категоріям населення;

- методичний напрям і метод оцінювання та подальшого удосконалення системи управління керованою структурою, що є доцільним для отримання певних результатів за показниками, критеріями, індикаторами й ознаками.

Це, своєю чергою, дозволяє сформулювати характеристики та визначити елементи, які складають схему-модель або систему управління та безпосередньо впливають на їх ефективність (*рівень організації управлінської структури, процес управління з ухваленням та реалізацією управлінських рішень, професіоналізм управлінських кадрів, ресурсно-інформаційне забезпечення*), а також залучити управлінські методи, функції й техніку, як і технологію та культуру управління. Тобто долучити комплексний підхід щодо їх удосконалення.

3.3. Пропозиції щодо удосконалення процесу управління

Вищенаведені результати дослідження у межах кваліфікаційної роботи студента за спеціалізацією «Менеджмент охорони здоров'я», освітньо-кваліфікаційним рівнем «магістр» дозволили запропонувати певні пропозиції для удосконалення управлінської схеми-моделі та процесу управління стосовно діяльності «Інституту серця» з врахуванням професійно-функціональних

особливостей та специфіки його функціонування.

Процесу формування цих пропозицій сприяли дані, отримані нами на основі ABC-аналізу (табл. 3.2) і SWOT-аналізу (табл. 3.3) [1, 31-34] і [1] та за методами колегіальної дискусії, «6 капелюх» і голосування «за-проти».

Таблиця 3.2

ABC-аналіз «Інституту серця»

№ з/п	Показник	Характеристика
1	<i>Дуже важливі завдання (А)</i>	
1.1.	Підвищення конкурентоспроможності закладу	Використання новітніх матеріалів та технологій
1.2.	Підвищення ділової репутації – Гудвілу	Підтримання якості та комплексності послуг
2	<i>Важливі завдання (Б)</i>	
2.1.	Формування корпоративної політики	Проведення корпоративної політики, активної маркетингової політики, формування системи мотивації та навчання персоналу, ефективного використання всіх видів ресурсів
2.2.	Оновлення фондів.	Систематичний аналіз використання основних засобів.
3	<i>Менш важливі завдання (В)</i>	
3.1.	Аналіз витрат на комунальні послуги	Може привести к збільшенню витрат
3.2.	Транспортні витрати	Може привести к збільшенню витрат

Таблиця 3.3

SWOT-аналіз діяльності «Інституту серця»

№ з/п	Показник	Характеристика
1	<i>Сильні сторони (S)</i>	
1.1.	Технологічні засоби, обладнання, прилади.	Використання при надаванні послуг інноваційних приладів та обладнання, що підвищує гудвіл установи (<i>її імідж</i>)
1.2.	Новітні технології. Кадрова політика.	Формування ефективної кадрової політики сприяє зниженню плинності кадрів, формуванню корпоративної культури, підвищенню якості медичної допомоги/послуг.

<i>Продовження табл. 3.3</i>		
1.3.	Кардіологічна/кардіохірургічна допомога/послуга.	Систематичне оновлення комплексу медичної допомоги/послуг, сприяє підвищенню її якості, попиту з боку пацієнта.
2	<i>Слабкі сторони (W)</i>	
2.1.	Обладнання	Впровадження новітнього обладнання приведе к збільшенню витрат структури
2.2.	Нові технології	Впровадження новітнього обладнання, технологій приведе до збільшення витрат на навчання персоналу, його перекваліфікацію
2.3.	Комунікація зі сторонніми організаціями для проведення досліджень	Залучення сторонніх організацій, приведе до збільшення витрат.
3	<i>Можливості (O)</i>	
3.1.	Перспективне зростання попиту на медичні послуги та діагностичне обстеження	Збільшить прибутки установи
3.2.	Вихід на нові ринки, укладання договорів із партнерами інших медичних закладів та лабораторій, фахівців Європейських країн, використання консультацій телемедицини тощо	Підвищить конкурентоспроможність установи
3.3.	Послаблення позицій конкурентів шляхом надання послуг високої якості та комплексності, формування пацієнтам чітких «карт крокування до одужання». Запровадження новітніх технологій.	Послаблення позицій конкурентів дасть можливість збільшити кількість послуг та споживачів
4	<i>Загрози (T)</i>	
4.1.	Коливання темпів інфляції	Буде сприяти недоотриманню коштів
4.2.	Нестабільний валютний курс	Буде сприяти недоотриманню коштів
4.3.	Нестабільна політична ситуація, воєнний стан	Сприяє дестабілізації ринку кардіологічної/кардіохірургічної допомоги/послуги

Невід’ємною складовою в управлінні персоналом є організований, цілеспрямований та адаптований ВПЛИВ (*комплекс наказів, засобів, команд, прийомів, методів, механізмів, прохань, зауважень, побажань, рекомендацій та ін.*), які здійснюють на працівника для забезпечення і досягнення необхідних змін у його професійно-фаховому, соціально-побутовому та особисто-моральному чи психологічному стані чи становищі.

У своїй діяльності під кадровою роботою/управління персоналом ми розуміємо [1, 33, 35] один з науково-практичних напрямків сучасного

менеджменту, який орієнтований на розвиток та ефективне використання кадрового потенціалу системи; професійно-важливих якостей керівника [36], а також цілеспрямований, системно-комплексний вплив на колективи та окремих співробітників з метою забезпечення оптимальних умов для творчої, ініціативної їх праці з досягнення цілей організації.

А тому в якості мети й завдання кадрової роботи доцільно визнавати: оцінка професійної діяльності співробітників; забезпечення компетентності співробітників (*глибина та широта їх знань і досвіду*); зацікавлення співробітників у здобутках і психологічного сприйняття ними змін у системі; відповідність співробітників наявній в системі культури праці, управління; мотивація в роботі персоналу; ефективне використання майстерства та здібностей персоналу; наявність позитивного мікроклімату в колективі; планування кар'єри, горизонтальне та вертикальне просування по службі; удосконалення методів оцінки персоналу.

Матеріалами дослідження доведено, що визначального, самостійного наказу по роботі з кадрами та управління з персоналом, яким би передбачався комплексний підхід [1, 33] реалізації 14 заходів (*загально-організаційні заходи; інформаційне забезпечення розділу роботи та напряму діяльності; забезпечення кваліфікованого процесу управління персоналом і роботи з кадрами; підбір, розставлявання та оцінювання персоналу й кадрів; систематичне та безперервне підвищення кваліфікації та формування наукового стилю роботи; упровадження передового досвіду робот; організація праці; ідейне виховання, що визначається кадровою політикою медичної організації; робота з молодими чи новими фахівцями; формування трудового колектив; соціальне планування його розвитку і розв'язання соціально-психологічних проблем; стимулювання праці; службово-медична адаптація; психологічні аспекти; робота з резервом*) в «Інституті серця» відсутній.

Кадрові питання передбачені в Статуті, штатному розписі, низки положень, планах роботи, програмах діяльності 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 апаратом управління 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 дає змогу відстежувати сприйняття і реакцією на інформацію співробітника, вибір шляхів корегування своєю діяльністю і поведінку орієнтуючись на інших працівників чи осіб.

Отже, розуміння суті, особливостей поняття «процесу управління», «управлінська діяльність», застосування комплексного підходу до моделювання системи управління й інших методико-технологічних прийомів дозволяє цілеспрямовано прискорити процеси досягнення поставлених цілей і завдань, а також забезпечити професійно-компетентний розвиток тієї або іншої системи.

Таким напрямом може стати не тільки удосконалення процесу управління, а й діяльність посадових осіб і співробітників стосовно самоорганізації, організаційної культури та підвищення особистої управлінської праці завдяки системі самоменеджменту.

Організаційна культура (ОК) сучасного менеджменту являє собою систему цінностей, етичних і деонтологічних правил, традицій, типів мислення, стилів управління/керування, норм і рекомендацій поведінки, вірувань, які культивуються, наприклад, в медичній організації [39].

Тому в сучасному менеджменті об'єктом управлінської діяльності вважаються не окремі процеси, технології, структури, люди та їх діяльність, а організаційна культура та її особливості.

Основними компонентами організаційної культури прийнято виділяти:

культуру управління, культуру виробництва, культуру зовнішніх стосунків, підприємницьку культуру, екологічну культуру та ін. [40, С.9].

Враховуючи багатогранність та складність поняття “організаційна культура” на сьогоднішній день немає єдиного трактування, яке б повністю розкрило істинне тлумачення даного явища. Наприклад, О.В. Харчишина (2007) у своїй праці розглядає організаційну культуру через призму управлінського та соціально-психологічного підходів [41].

За управлінським підходом організаційна культура може бути визначена як сукупність норм, цінностей, правил вирішення проблем, що поділяються більшістю членів організації і сприяють досягненню поставленої перед нею мети [41].

За соціально-психологічним підходом, ОГ може бути визначена як атмосфера, психологічний клімат організації, неформальна і невидима свідомість організації, яка впливає на поведінку її членів і сама формується під їхнім впливом [42, С.206].

Наведену думку також описує у своїй роботі Драган О.І, (2010) зазначаючи, що унікальність організаційної культури полягає в тому, що вона є досягненням системи внутрішніх ціннісних установок і правил, які панують на підприємстві (*організації*). Ці цінності знаходять своє втілення у символах, легендах, героях, девізах, церемоніях тощо [43, С.5].

Згідно наведених даних, ОК має двонаправлений напрям впливу, і формується не тільки як наслідок управлінських рішень відповідно до визначених мети та цілей організації, а й внаслідок внутрішніх процесів роботи команд та особистісних якостей працівників.

Саме тому, так важливо не просто оцінювати та аналізувати стан ОК, а й активно працювати над покращенням та реорганізацією внутрішніх правил та норм відповідно до умов, що визначаються середовищем, а також регулярно проводить аудит кадрової політики та направляти ресурси на оцінку як психологічного стану працівників, так і на матеріально-технічне забезпечення, умови праці, інформаційно-телекомунікаційні маршрути, тощо.

В системі надання медичної допомоги населенню питання активного управління та впливу на формування та функціонування організаційної культури також відіграє суттєве значення в рамках стратегічного планування та ризик-менеджменту [1, 35, 37]. Так, В.І. Борщ (2020) у своєму дослідженні проблем стратегічного менеджменту в медичній сфері доводить, що стратегічне мислення (*проактивне та критичне*) є необхідною умовою керівника МЗ, оскільки він є інтелектуальним та інноваційним лідером усіх змін, що відбуваються в закладах СМДН [44].

Саме визначення головної мети, візії, цінностей компанії стають вирішальними об'єднуючими факторами, що здатні поєднати працівників, як лідерів та менеджерів, так і лінійних працівників в єдину команду, яка має спільні цілі та мотивацію до побудови найкращого пацієнтського сервісу та закласти високі якості надання медичної допомоги населенню.

G. Johnson (2019) у своїй праці висловив ідею, що умови досягнення конкурентоспроможності підприємства потребують не лише економічних зрушень, але і розвитку та, за необхідності, зміни його організаційної культури як унікального управлінського та соціально-психологічного явища [45].

У медичній сфері надання послуг, основні принципи культури, почуття духовної спільності працівників медичних структур часто впливають на результати діяльності в значно більшій мірі, ніж технологічні чи фінансово-економічні ресурси, функціонально-організаційна структура, інновації чи нормування часу. На конкурентному ринку саме корпоративна культура, як індивідуальна «аура» медичного закладу, стає вирішальним аргументом для пацієнта при виборі медичної організації та лікаря [1, С.1113]

Структура організаційної культури має два виміри: горизонтальний і вертикальний. Горизонтальний включає в себе економічну, соціально-психологічну, політичну та правову культури. Кожна із категорій визначених структур характеризується різноманітністю форм. Вертикальний вимір включає 3 рівні: поверхневий (*зовнішні прояви культури*), підповерхневий (*цінності і вірування, які сприймаються свідомо*) та глибинний (*базові безсвідомі припущення,*

артефакти, самоідентифікація) [46].

Проте для розуміння суті, особливостей і специфіки управління взагалі та у сфері СМДН зокрема, має значення й аналіз і удосконалення індивідуальної управлінської діяльності/праці, управління спільною діяльністю людей [1, 2]. А тому важливим для «Інституту серця» у подальшому самоорганізація, перш за все, посадових осіб і фахівців, тобто самоменеджмент. Самоменеджмент – це особливий і специфічний вид діяльності, пов'язаної з необхідністю та раціонального використання наявних ресурсів [1].

У доступних нам літературних джерелах трактування поняття самоменеджменту різнобічне. Так, на думку В.М. Колпакова (2008) й М.П. Лукашевича (2010) це сучасний напрям менеджменту [47-48].

Самоменеджмент можна та доцільно розглядати й як функцію особистості й напрям діяльності, які й забезпечують управління людиною собою, власною діяльністю, а також керування персоналом, колективом, командою.

Тобто, самоменеджмент стосовно менеджера чи медичного працівника доцільно розглядати як процес самовизначеності, самопізнання, самостверженості, систематичної й різнобічної праці над самим собою для досягнення особистих планів і задумів, професійного, фахового розвитку, кар'єрного зростання та удосконалення [49].

Самоменеджмент, більш того, надає можливість розв'язувати питання й самовдосконалення менеджера чи працівника, виконувати обов'язки й завдання, за рахунок ефективнішої організації своєї праці та при цьому отримувати більш позитивні результати [50].

Окремі автори (В.В. Нетечук, 2013) розглядають самоменеджмент як «... міждисциплінарну сферу знань...» [51, С. 29].

На сьогодні самоменеджмент це один з відносно нових напрямів сучасного менеджменту і належить до галузі управлінської компетенції (*знань*) і безпосередньо досліджує особистість управлінця чи співробітника.

Необхідність й актуальність його виникнення, становлення та розвиток обумовлені потребами не тільки суспільства, соціальних інститутів та людини,

як особистості, а відомчих служб.

Самоменеджмент проявляється й у вивірених, ґрунтовно продуманих особистих цінностях працівника, чіткому формуванню ним цілей, пізнанні меж своїх реальних можливостей, що надає змогу ефективного використання енергії, досвіду й знань, здатності забезпечувати позитивний, доброзичливий службово-організаційний та психологічний клімат, відомчо-корпоративну ділову етику і культуру. Це також сприяє особистому творчо-професійному розвитку, повноцінному й ефективному управлінню.

Наразі самоменеджмент є невід'ємною складовою успішної роботи не лише керівників підприємств, але також і для будь-якої людини, яка планує ефективно використовувати свій час, досягати поставлених цілей та отримувати від цього задоволення. Похідною метою самоменеджменту є можливість максимального використання наявних ресурсів за умови економії часу на виконання різного роду робіт [35]. Ось чому, на нашу думку, логічно тлумачити самоменеджмент як самоорганізацію людини, посадовця або співробітника.

Такий оцінювально-стимуляційний підхід необхідний як психологічний фактор, що стимулює підвищення ефективності діяльності [37-38]. Тому важливим є чітке розуміння конкретного керівника в виборі виду, форми та способу застосування цього оцінювального фактору, його фахово-професійного та соціально-психологічного впливу, а також механізмів подачі й сприйняття зв'язку.

Пропозиції:

Для удосконалення та підвищення ефективності управлінської діяльності слід запропонувати керівникам всіх ієрархічних рівнів (*стратегічного, тактичного і оперативного*) та співробітникам апарату управління «Інституту серця» опанувати основними положеннями наукових основ управління, а також вимогами до процесу управління, технології прийняття управлінських рішень, організаційної культури й самоменеджменту відповідно до вимог, принципів і механізмів сучасного менеджменту.

Висновки до розділу 3

1. З'ясовано, що адміністративно-управлінською діяльністю в «Інституті серця» не передбачено за концепцією й алгоритмом процесу управління, який включає 5 технолого-функціональних фаз, а саме: 1) розробка й прийняття УР. 2) планування реалізації УР. 3) доорганізація системи для її реалізації УР. 4) регулювання системи для реалізації УР. 5) контроль системи для реалізації УР.

2. Доведено, що основою для забезпечення ефективної діяльності «Інституту серця» мають стати організаційно-управлінські механізми, у поєднанні з фінансово-економічними критеріями, що можливе за умов подальшого вдосконалення управлінської складової на науково-практичних засадах щодо вирішення вищенаведених завдань, з приведення управління у відповідність з нормами та принципами менеджменту, чіткої й скоординованої взаємодії усіх гілок на основі вміння керівників прогнозувати та моделювати можливі зміни ділового й професійного середовища та створювати стратегії розвитку діяльності даної медичної установи.

ВИСНОВКИ

1. З'ясовано, що кардіохірургічний напрямок сучасної медичної практики, до якого відноситься досліджувана нами державна установа, відображає розвиток лікарської та наукової думки країни й визначає її інтеграцію у світову спільноту. Саме забезпечення фізичної та фінансової доступності необхідної кардіохірургічної допомоги при захворюваннях допоможе знизити загальний показник серцево-судинної летальності по всій країні.

2. Встановлено, що «Інститут серця» на сьогоднішній день – це 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.

2. Визначено, що діяльність «Інституту серця» відбувається за моделлю адміністрування з елементами ліберально-демократичного стилю й інтуїтивного використання окремих підходів і механізмів наукових основ управління (*менеджмент*).

3. Встановлено, що в адміністративно-управлінській діяльності в «Інституті серця» не передбачені концепція й алгоритм процесу управління за 5-ю технологічно-функціональними фазами (*розробка й прийняття УР, планування, до-організація системи, регулювання і контроль системи для реалізації УР*) при оперативному, тактичному і стратегічному управлінні відповідно до вимог класичного й сучасного менеджменту та принципу системності, як і не затверджені пакети управлінської діяльності під вірогідні управлінські ситуації, тобто при ситуаційному управлінні.

4. Доведено, що основою для забезпечення ефективної діяльності «Інституту серця» мають стати організаційно-управлінські механізми, у поєднанні з фінансово-економічними критеріями, що можливе за умов подальшого

вдосконалення управлінської складової на науково-практичних засадах щодо розв'язання вищенаведених завдань, з приведення управління у відповідність з принципами й функціями менеджменту, чіткої й скоординованої взаємодії усіх функціонально-структурних підрозділів на основі вміння керівників прогнозувати та моделювати можливі зміни ділового й професійного середовища та створювати стратегії розвитку діяльності медичної установи, як відкритої управлінської системи та її складових.

5. Обґрунтовані основні шляхи оптимізації моделі й процесу управління, управлінської діяльності стосовно об'єкта дослідження, які в умовах ринкового середовища стають актуальними.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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.
2. Журавель В.І. Актуалізація менеджменту в системі медичної допомоги населенню України //Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2018, Т.2, № 4. – С. 20-25.
3. Журавель В.І., Журавель В.В., Журавель В.В., Зарецький М.М. Організація управлінської діяльності з функціональних позицій (на прикладі системи медичної допомоги населенню) /The XXII International Scientific and Practical Conference «Multidisciplinary academic research, innovation and results», June 07 – 10, 2022, Prague, Czech Republic. – С. 331-339.
4. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я / В. А. Грабовський, П. М. Клименко // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2014. – № 3. – С. 136-142.
5. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах / О. А. Мартинюк, Н. Ф. Курдибанська // Причорноморські економічні студії. – 2016. – Вип. 6. – С. 75-79.
6. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. – URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336>.
7. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. № 1. – URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7574>.
8. Андрушків Б. Особливості формування термінологічного апарату менеджменту / Б. Андрушків, Н. Корж, Л. Кухній, О. Погайдак // Наукові праці

- Національного університету харчових технологій. – 2021. – № 45. – С. 155-163.
9. 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.
10. Вирішальний вплив на управління / А.Г. Чубенко, М.В. Лошицький, Д.М. Павлов, С.С. Бичкова, О.С. Юнін. – Київ: Ваіте, 2018. – 154 с.
11. Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я м. Києва за 9 місяців 2023 року/ Департамент ОЗ: КНП «Київський міський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики». – листопад, 2023. – 91 с.
12. Здоров'я для всіх: Статистично-інформаційна база даних Міністерства охорони здоров'я України 2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_publinfoaccess.
13. Завадський Й.С. Менеджмент (у 3-х т.): Підруч. / Й.С. Завадський. – К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2002. – 640 с.
14. Мескон М.Х. Основи менеджмента/Майкл Х. Мескон, Майкл Альберт, Франклин Хедоури [пер. з англ. О.Ш. Медведь]. – 3-є изд. – К.: Вільямс, 2009. – 665 с.
15. Основи менеджменту: навч. посіб. / Т.В. Лазоренко, С.О. Пермінова. – Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського. – 2021. – 166 с.
16. <https://heart.kyiv.ua>.
17. Інформаційні технології у сфері охорони здоров'я: монографія / Л.Б. Ліщинська, С.А. Яремко, К.В. Копняк, І.О. Гулівата, Л.П. Гусак; за заг. ред. Л.Б. Ліщинської. – Вінниця: видавничо-редакційний відділ ВТЕІ КНТЕУ, 2018. – 240 с.
18. Журавель В.І., Юнгер В.І., Ареф'єва О.Є., Журавель А.В. Тотожність медичних і менеджерських підходів і технологій// Proceedings of IV International Scientific and Practical Conference Liverpool, United Kingdom 1-3 December, 2023 – P.121-130.
19. Толочко В.М., Міщенко І.В., Зарічкова М.В. та ін.; за ред. В.М. Толочка; Нац. фармацевт. ун-т. – Харків: НФаУ: Золоті сторінки, 2016. – 495 с.
20. Перепадя Ф.Л. Конспект лекцій з дисципліни «основи менеджменту». – Маріуполь, 2012. – 97 с.
21. Продіус І.П., Пріступа М.П. Удосконалення організаційної структури

управління промислового підприємства [Електронний ресурс]: Економіка: реалії часу. Науковий журнал. – 2012. № 3-4 (4-5). – С. 17-22.

22. 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.

23. 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>.

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

25. Журавель В.І., Журавель В.В., Зарецький М.М., Момотюк О.Я. Доорганізація системи як III-а технологічно-функціональна фаза процесу управління і умова запуску на реалізацію управлінського рішення в медичній галузі // III Міжнародна науково-практична конференція «SCIENCE AND TECHNOLOGY: PROBLEMS, PROSPECTS AND INNOVATIONS» 14-16.12.2022 Осака, Японія. – С. 109-117.

26. Основи менеджменту: теорія і практика. Навчальний посібник/ заг. ред. Г.Є. Мошек. – Ліра-К, 2021. – 526 с.

27. Актуальні питання правового регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я: навч. посіб. / В.Ф. Москаленко, В.Д. Парій, В.І. Журавель, Т.Ю. Ткачук, Т.А. Вежновець, М.В. Москаленко. – Житомир: “Полісся”, 2015. – 148 с.

28. 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.

29. Шкільняк М.М. Менеджмент: навчальний посібник/ М.М. Шкільняк, О.Ф. Овсянюк-Бердадіна, Ж.Л. Крисько, І.О. Демків. – Тернопіль, 2017. – 251 с.

30. Ладико І.Ю. Загальний менеджмент: навч. посіб. – Луганськ: Вид-во Східноукраїнського університету імені Володимира Даля, 2020. – 282 с.

31. SWOT-аналіз соціо-економіко-екологічного стану підприємств:

конспект лекцій / укладач І. Ю. Аблєєва. – Суми: Сумський державний університет, 2020. – 233 с.

32. Гуменюк О.Г. Використання SWOT-аналізу як основного інструменту стратегічного управління/Глобальні та національні проблеми економіки. – 2017, № 17. – С. 281-285.

33. Матукова Г.І., Кожемякіна Т.В., Матукова-Ярига Д.Г. Менеджмент: Навчальний посібник/Києво-Могилянська Академія. – Київ, 2020. – 557 с.

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

35. 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.

36. Вежновець Т. А. Професійно-важливі якості керівника закладу охорони здоров'я / Т.А. Вежновець, О.П. Гульчій // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 101-102.

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

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

39. 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.

40. Гайдученко С. О. Організаційна культура: конспект лекцій для студентів бакалавріату всіх форм навчання спеціальності 281 – Публічне управління Бекетова. – Харків: ХНУМГ ім. Бекетова, 2020. – 75 с.

41. Харчишина О.В. Концепція організаційної культури підприємств: ретроспективний аналіз та перспективи практичного застосування//Вісник ДАУ. –Економіка. – 2007, №2 (20). – С.202-208.
42. Хміль Ф. І. Практикум з менеджменту організацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Ф.І. Хміль. – Львів: Видавництво «Магнолія-2006» – 2019. – 332 с.
43. Драган О.І. Організаційна культура підприємства (організації): теоретичний підхід/ Економіка і менеджмент культури. – 2012., № 1-2. – С. 25-28.
44. Борщ В.І. Управління закладами охорони здоров'я: монографія / В. І. Борщ. – Херсон: Олди-плюс, 2020. – 391 с.
45. G. Johnson, Strategic Change and the Management Process, – Lancaster University. – 2019.
46. Ринкевич Н.С. Організаційна культура підприємств: виклики, загрози та тенденції/ Інститут економіки промисловості НАН України: Економічний вісник Донбасу. – 2019, 3(57).– С. 54-61.
47. Колпаков В.М. Самоменеджмент / В.М. Колпаков. – К.: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2008. – 528 с.
48. Лукашевич М.П. Теорія і практика самоменеджменту. – К.: МАУП, 2010. – 225 с.
49. Головнєва І. Індивідуальне планування кар'єри працівників/І. Головнєва //Кадровик України. – 2008. – №5. – С.109-116.
50. Хоронжий А.Г. Самоменеджмент: текст лекцій / А.Г. Хоронжий. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2010. – 120 с.
51. Нетепчук В.В. Самоменеджмент: навчальний посібник. – Рівне: НУВГП. – 2013. – 354 с.
52. 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.

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

Виконавець: студент Зарецький М.М.

**Програма-анкета
вивчення та експертної оцінки якості організації й
ефективності процесу управління у системі медичної допомоги**

Анкета розроблена з метою вивчення досвіду організації та реалізації на практиці процесу управління 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 процесу управління і механізмів управлінської діяльності будуть обґрунтовані концептуальні підходи щодо удосконалення процесу управління та управлінської діяльності 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 оприлюдненню без згоди керівника/власника МО!

№ з/п	Ознака, що вивчається, та її градації (підкреслити або вписати: за відсутності відомостей поставити «0»)	Шифр
1	2	3
	А. Загальні відомості	
1	Управлінський статус АУ: 1 – Інститут; 2 – Управління (Департамент); 3 – ЛПЗ; 4 – АПЗ; 5 – Центр 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 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 з організації та управління: 1 – немає; 2 – II-а; 3 – I-а; 4 – вища	
11	Розділ роботи, що вивчається (вказати): _____	
12	Наявність власного наказу/розпорядження за цим розділом роботи: 1 – так; 2 – ні; 3 – передбачені заходи службовими документами	
13	Характер управлінської ситуації, що передувала запуску процесу управління: 1 – оперативна; 2 – тактична (проблемна); 3 – стратегічна; 4 – за управлінською ситуацією; 5 – інша (вказати)	
14	Місце формування управлінської ситуації, що передувала запуску процесу управління: 1 – безпосередньо в медичній організації (МО); 2 – із зовні (вказати управлінську систему) _____	
15	Умови формування управлінської ситуації, що передувала запуску процесу управління: 1 – у порядку адміністративного підходу; 2 – у порядку управлінської ініціативи; 3 – через обставини, що склалися; 4 – інше (вказати)	
16	Чи використовувався "колективний розум" при запуску процесу управління за розділом роботи?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
17	Чи використовувалась дескрипторна (освідомча) інформація при формуванні задуму за управлінською ситуацією: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	

Б. Відомості, що характеризують якість та ефективність процесу управління	
1.1. I-а технологічно-функціональна фаза «Розробка та ухвалення управлінського рішення»:	
18	До якого виду відноситься це управлінське рішення (УР)?: 1 – трудно визначити; 2 – організаційному; 3 – інформаційному; 4 – оперативному; 5 – тактичному; 6 – проблемному; 7 – стратегічному; 8 – змішаному; 9 – іншому (<i>вказати</i>)
19	За способом перероблювання інформації це УР відноситься до: 1 – алгоритмічного; 2 – евристичного; 3 – змішаного; 4 – визначення утруднене;
20	По жорсткості регламентації це УР відноситься до: 1 – контурного; 2 – структурованого; 3 – регламентованого; 4 – визначення утруднене
21	Тип завдань, що вирішуються цим УР: 1 – динамічний; 2 – статичний; 3 – завдань з ризиком; 4 – поєднання вказаних; 5 – визначення утруднене; 6 – інший (<i>вказати</i>)
22	Яка теорія була використана при підготовці цього УР?: 1 – не використовувалась; 2 – раціональних рішень; 3 – психологічна; 4 – поєднана; 5 – інша (<i>вказати</i>)
23	Чи обговорювалися варіанти проектів УР за розділом роботи, що вивчався?: 1 – ні; 2 – так Чи приймав колектив в обговоренні проекту цього УР?: 1 – ні; 2 – частково; якщо так, то чи вносилися корективи за наслідками обговорення: 3 – ні; 4 – частково; 5 – так
24	За способом розробки цього УР чи відноситься воно до колективного?: 1 – ні; 2 – частково; якщо так, то який метод був застосований: 3 – «мозкової атаки або штурму»; 4 – голосуванням за принципом «За-Проти»; 5 – громадського обговорення; 6 – експертних оцінок; 7 – ділової гри; 8 – поєднання вказаних; 9 – інші (<i>вказати</i>)
25	Які методичні прийоми використані при підготовці УР?: 1 – адміністративний; 2 – системного підходу/аналізу; 3 – статистико-математичний; 4 – проблемно-цільовий; 5 – функціонально-вартісний аналіз; 6 – аналітичний; 7 – інші (<i>вказати</i>)
26	Яка управлінська інформація використовувалася найповніше при розробці УР?: 1 – директивно-відомча; 2 – наукова; 3 – передового досвіду; 4 – з власних джерел
27	Яка управлінська інформація найменш використовувалася при розробці УР?: 1 – директивно-відомча; 2 – наукова; 3 – передового досвіду; 4 – з власних джерел
28	Чи правильно та обґрунтовано визначена мета УР?: 1 – так; 2 – частково; якщо ні, то чому: 3 – не конкретна; 4 – не відповідала характеру передуючої управлінської ситуації; 5 – не була адекватною управлінському рівню системи; 6 – інше (<i>вказати</i>)
29	Чи були визначені, виходячи з мети, завдання в УР?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так; 4 – інше (<i>вказати</i>)
30	Чи диференціювалися завдання на проблеми?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так; 4 – інше (<i>вказати</i>)
31	Чи розроблялися варіанти УР?: 1 – ні; якщо так, то на який рівень: 2 – на проблеми (<i>III-й рівень</i>); 3 – на завдання (<i>II-й рівень</i>); 4 – на мету (<i>I-й рівень</i>)
32	Чи узгоджувався вибраний варіант УР з зацікавленими посадовими особами?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
33	Чи узгоджувався вибраний варіант УР з зацікавленими громадськими організаціями?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
34	Чи проводилася підготовча робота до «запуску» УР на виконання?: 1 – ні; 2 – частково; якщо так, то в виді: 3 – інструктажу; 4 – обговорень у колективах підрозділів; 5 – на ділових нарадах або на колегіальному органі управління (<i>Ради, Колегії</i>); 6 – ділових бесід; 7 – інші (<i>вказати форми та способи</i>):
36	Хто готував проект цього УР?: 1 – керівник; 2 – заступники; 3 – співробітники апарату управління (<i>АУ</i>); 4 – керівник спільно з АУ; 5 – інше (<i>вказати</i>)
37	Хто затверджував УР?: 1 – керівник; 2 – один із заступників; 3 – колегіальний орган; 4 – керівник спільно з однією із громадських організацій, наприклад, профспілковою
38	У структурному відношенні УР містить всі необхідні частини?: 1 – так; 2 – частково; якщо ні, то які відсутні: 3 – констатуюча; 4 – аналітична; 5 – нормативна; 6 – додатки
39	Конкретність УР: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні.

Продовження додатку А

1.2. II-а технологічно-функціональна фаза «Планування реалізації управлінських рішень» (ПРУР):	
41	Наявність загального ПРУР, що вивчається: 1 – немає; 2 – так; 3 – інше (вказати) _____
42	Наявність особистих ПРУР, що вивчається, у співробітників: 1 – немає; 2 – так
43	Чи враховують заходи планів реалізації зміст рішення?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
44	Чи є ПРУР конкретними?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
45	Хто підписав загальний ПРУР?: 1 – керівник; 2 – один із заступників; 3 – інші посадові особи; 4 – інші особи (вказати) _____
45	Хто затверджував загальний ПРУР?: 1 – керівник; 2 – заступник; 3 – інші (вказати) _____
46	Чи використовується ПРУР при складанні комплексного плану діяльності на рік?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
47	Чи здійснюється систематичний контроль за ходом ПРУР?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
1.3. III- IV-а технологічно-функціональні фази – «Доорганізація та регулювання системи, з метою реалізації рішень»:	
48	Чи проводилася доорганізація системи з урахуванням специфіки цього рішення на етапі підготовки його до запуску?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
49	Чи використовувався цьому системний підхід при доорганізації системи?: 1 – так; 2 – частково; якщо ні, то які аспекти не знайшли свого розв'язання: 3 – системно-компонентний; 4 – системно-функціональний; 5 – системно-структурний; 6 – системно-інтеграційний; 7 – системно-комунікаційний; 8 – системно-історичний; 9 – поєднання вказаних
50	Чи внесені до плану реалізації рішення планові регулюючі заходи?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
51	Які види регулюючих заходів використовувалися при реалізації цього рішення?: 1 – не використовувалися; 2 – бесіди; 3 – збори; 4 – Колегії, Ради; 5 – ділові наради; 6 – обходи; 7 – виїзди на місце; 8 – поєднання вказаних; 9 – інші (вказати) _____
52	Порядок «запуску» до виконання рішень колегіальних органів або ділової наради: 1 – безпосередньо вводиться в систему (тобто самі рішення); 2 – за допомогою наказу або розпорядження; 3 – інше (вказати): _____
1.4. V-а технологічно-функціональна фаза «Контроль виконання рішень»	
53	Які види контролю застосовувалися в процесі реалізації цього рішення?: 1 – не застосовувалися; 2 – попередній; 3 – направляючий; 4 – фільтруючий; 5 – подальший; 6 – попередній та направляючий; 7 – попередній, направляючий та фільтруючий; 8 – попередній, направляючий, фільтруючий і подальший; 9 – фільтруючий та подальший
54	Чи дотримувалася безперервність при використанні всіх видів контролю?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так
55	Наявність програм з перевірки виконання за розділом роботи: 1 – немає; 2 – так
56	Чи є в АУ інструктивно-методичні рекомендації з методики й технології планування та проведення контролю виконання?: 1 – немає; 2 – частково; 3 – так
57	Чи регламентувалися контролюючі заходи?: 1 – ні; 2 – частково; 3 – так

Отримана необхідна інформація за даними анкети-програми та її аналізу, для підготовки текстової частини, візуалізації результатів та експертної оцінки стану процесу управління була заповнена таблиця.

Таблиця 1.

Схема експертної оцінки стану процесу управління

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

Висновок:	
58	Якість організації ПУ: 1 – незадовільна; 2 – умовно задовільне; 3 – задовільна
59	Ефективність ПУ: 1 – незадовільна; 2 – умовно задовільне; 3 – задовільне
Рекомендації з вдосконалення організації та ефективності процесу управління:	
60	Вказати найбільш значущі рекомендації-пропозиції (вказати)