

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: РОЗРОБКА ІНСТРУМЕНТІВ ТА МЕТОДІВ ПІДВИЩЕННЯ
УПРАВЛІНСЬКОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕНЕДЖЕРІВ**

(на прикладі ДУ «Інститут серця МОЗ України»)

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

В'ячеслав Тимошенко

Науковий керівник,
науковий ступінь
вчене звання

Володимир Журавель
д.м.н, професор

Керівник освітньо-
професійної програми,
науковий ступінь
вчене звання

Ганна Матукова
д.п.н, професор

Завідувач кафедри,
науковий ступінь
вчене звання

Валентин Парій
д.м.н., професор

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

Освітньо-кваліфікаційний рівень – магістр
Спеціальність – 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Завідувач кафедри менеджменту
охорони здоров'я
_____ 202 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА**

В'ячеслава Тимошенко

1. Тема роботи: Розробка інструментів та методів підвищення управлінської ефективності менеджерів *(на прикладі ДУ «Інститут серця МОЗ України»)*

керівник роботи Володимир Журавель Іванович, д.м.н., професор
затвержені наказом вищого навчального закладу від "28" вересня 2023 р. № 832

2. Строк подання студентом роботи 02.01.2023 р.

3. Вихідні дані до роботи: форми звітності, статистичні матеріали, анкета-програма, опитувальники, літературні джерела.

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи:

Мета кваліфікаційної роботи – розробити пропозиції щодо удосконалення управлінської діяльності керівника-менеджера, його самоменеджменту.

Об'єкт дослідження: управлінська складова в діяльності 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: табл. 14, рис. 20.

6. Дата видачі завдання – 29 вересня 2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

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

Студент

_____ В'ячеслав Тимошенко
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ Володимир Журавель
(підпис) (прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Текст 76 сторінок, таблиць 12, рисунків 10.

Ключові слова: управління, система медичної допомоги, системи/схеми-моделі управління, системність, системний підхід, SWOT-аналіз, самоменеджмент, технології самоменеджменту, конкурентні переваги, модель самоменеджменту персоналу, медична установа, інститут серця.

У кваліфікаційній роботі досліджені науково-практичні підходи до розробки інструментів та методів підвищення управлінської ефективності менеджерів. Дається характеристика різноманітних заходів, що спрямовані на розвиток навичок, управлінських здібностей та підвищення продуктивності роботи керівників. Розкрита сутність та особливості самоменеджменту, як одного з перспективних напрямів і методів підвищення управлінської праці, а також факторів, що обумовлюють необхідність його впровадження на рівні медичної установи.

Конкуренція в діяльності медичних організацій/підприємстві спонукає, з метою отримання стабільного прибутку, до удосконалення й підвищення управлінської ефективності керівників-менеджерів, посадових осіб і персоналу, в першу чергу, з позиції сучасного менеджменту. Не винятком є самоменеджмент персоналу. З цією метою було проаналізована та оцінена чинна модель управління об'єкту дослідження та сучасний стан управління, управлінської діяльності на рівні посадовців, їх самоменеджменту, організаційної культури в ДУ "Інститут серця МОЗ України" медичному закладі.

Обґрунтована доцільність впровадження технологій менеджменту, самоменеджменту та організаційної культури.

Окреслені основні напрями, шляхи та етапи впровадження в діяльність медичної установи оптимізованих схем-моделей управління, управлінської праці й організаційної культури, які будуть сприяти динамічності, результативності управління, зростанню потенціалу організованої системи, підвищенню професіоналізму в прийнятті рішень, особистої зацікавленості в організаційно-управлінських процесах тощо.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ МЕХАНІЗМІВ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КЕРІВНИКІВ-МЕНЕДЖЕРІВ ТА ЇХ САМОМЕНЕДЖМЕНТУ	
1.1. Роль і професійні якості керівника-менеджера в управлінській діяльності	
1.2. Механізми ефективності самоменеджменту посадових осіб	
Висновки до першого розділу	
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»	
2.1. Характеристика та аналіз основних показників діяльності	
2.2. Дослідження поточного стану управлінської діяльності	
2.3. Аналіз організаційної культури впливу її механізмів на управлінську діяльність	
Висновки до розділу 2	
РОЗДІЛ 3. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»	
3.1. Підходи оптимізації управлінської діяльності менеджерів	
3.2. Напрямки вдосконалення організаційної культури	
3.3. Мотиваційний механізм розвитку самоменеджменту працівників та підвищення ефективності управлінської діяльності	
Висновки до розділу 3	
ВИСНОВКИ	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	
ДОДАТКИ: Додаток 1 Додаток 2	

ВСТУП

Актуальність теми визначається періодом невизначеності, фінансово-економічною та медико-організаційною нестабільністю в системі медичної допомоги населенню України. У цьому контексті виникають трансформаційні процеси в модернізації управлінської моделі, підвищенні професіоналізму та позитивних особистих якостей керівників-менеджерів, а також формуванні в співробітників медичних організацій ключових категорій, таких як готовність до змін, активна участь в управлінській діяльності, впевненість та творча наснага, тобто самоменеджмент.

Це обґрунтовує необхідність дослідження кваліфікаційної роботи з питань оцінки та впровадження механізмів управлінської ефективності для менеджерів медичних організацій та їх самоменеджменту як актуального напрямку сучасного науково-практичного менеджменту.

Хоча поняття управління та управлінської діяльності є багатоаспектними, поняття самоменеджменту є містким, неоднозначним та недостатньо дослідженим. Однак усі вони передбачають вміння людини керувати собою у просторі та часі, ефективно використовуючи методи роботи як у повсякденному житті, так і в будь-якій діяльності.

Дослідження аспектів самоменеджменту людини та його впливу на управлінську ефективність у медичних організаціях знаходиться у центрі уваги вчених, таких як Альбуханов К.А., Леонтьев А.Н., Лукашевич Н.П., Штепа О.С., Резник С.Д., Іванов В.Н., Кузьменко І.І., Оллок Д., Зайверт Л. та інші. Автори також звертають увагу на ефективність менеджменту та організації праці персоналу на підприємствах. Відсутність науково-практичного обґрунтування аспектів управлінської діяльності в медичній галузі залишає їх відкритими для емпіричного дослідження.

Мета та завдання дослідження. Метою дослідження є аналіз та оцінка рівня самоменеджменту співробітників медичної установи та його впливу на готовність до змін у впровадженні кардіологічної допомоги.

Для досягнення цієї мети в роботі були поставлені завдання: провести аналіз проблем впровадження інструментів для підвищення управлінської ефективності, здійснити вибіркоче дослідження основних показників діяльності медичної установи, обґрунтувати методичні підходи та розробити рекомендації для впровадження самоменеджменту та обґрунтувати систему управління на засадах сучасного менеджменту.

Об'єктом дослідження є управлінська складова в діяльності Державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», як суб'єкт господарювання.

Предметом дослідження є управлінська складова діяльності та самоменеджмент співробітників медичної установи.

Методи досліджень. Для досягнення мети та завдань кваліфікаційної роботи було використано різноманітні методи дослідження, що доповнюють один одного.

Застосування загальнонаукових методів дозволило глибше дослідити особливості організації управлінської діяльності в СГ.

Використання порівняльно-аналітичного методу забезпечило можливість здійснити порівняльний аналіз предмету дослідження відповідно до теми роботи.

Прогностичний метод визначив основні тенденції, шляхи розвитку та вдосконалення механізмів управління, включаючи розробку схем-моделей, показників, індикаторів і критеріїв у сфері медико-управління.

Використання методу формалізації застосовувалося при обробці основних термінів і понять, а також при аналізі звітів.

Метод емпіричного аналізу використовувався для оцінки доцільності впровадження технологій і методичних підходів управлінської діяльності та організаційної культури в медичній сфері.

Застосування методів логічного аналізу та узагальнення використовувалося при аналізі та систематизації теоретичного матеріалу, а також при формуванні підсумків та висновків.

Використання психодіагностичних методів застосовувалося при тестуванні співробітників.

Методи анкетування та експертної оцінки використовувалися для збору та оцінки отриманих первинних даних.

Статистичні, математичні та графічні методи використовувалися для аналізу отриманих даних, виявлення та обґрунтування виявлених закономірностей та графічного подання матеріалів дослідження.

Елементи наукової новизни. У роботі представлено концептуальну методологічну розробку основних принципів та практичних етапів удосконалення управлінської діяльності та праці менеджера.

Практична значущість. Детально розглянуті методи та механізми впровадження самоменеджменту та організаційної культури в медичній установі. Отримані результати можуть внести вагомий внесок у покращення управлінської діяльності, підвищення ефективності праці менеджерів та самоменеджменту співробітників медичної установи, а також підготувати їх до змін на особистісному рівні і розвитку самоорганізації.

Результати дослідження можуть бути використані в національному медичному менеджменті та професійно-особистісному розвитку працівників у медичних організаціях. Зважаючи на медико-профілактичний характер ДУ «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», отримані науково-практичні здобутки можуть мати широкий спектр впроваджень у цій сфері діяльності

Результати роботи викладені і опубліковані у двох статтях: «Планування реалізації управлінських рішень, яка технологічно-функціональна фаза процесу управління у медичній сфері» на Міжнародній науково-практичній конференції «PROGRESSIVE RESEARCH IN THE MODERN WORLD», 1-3.12.2022, Бостон, США. «Напрями методологічних підходів та критерії оцінювання ефективності управління в медичних організаціях» на Міжнародній науково-практичній конференції «SCIENTIFIC RESEARCH IN THE MODERN WORLD», 7-9.12.2022, Торонто, Канада.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ МЕХАНІЗМІВ
ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
КЕРІВНИКІВ-МЕНЕДЖЕРІВ ТА ЇХ САМОМЕНЕДЖМЕНТУ

1.1. Роль і значущість керівника-менеджера в управлінській діяльності

Стан і досягнення медичних організацій та їх функціонально-структурних підрозділів, а також зміни оточуючого середовища, динамічні ринкові процеси та сучасні управлінські механізми стають все більш вимогливими до професійної компетентності, якостей та властивостей кадрів і фахівців, а також до керівників, які включають менеджерів і управлінський персонал. Вимагається не лише відповідність певним особистісним якостям, але й готовність до змін, систематична робота щодо підвищення самоменеджменту серед співробітників.

У цьому контексті важливо вирішувати питання визначеності пріоритетних напрямів та тактико-стратегічних завдань конкретних закладів охорони здоров'я. Це включає раціональний розподіл та ефективне використання обмежених ресурсів, зміни управлінської парадигми, відмову від застарілих методів, формування управлінського апарату за принципами компетентності, кваліфікації, професіоналізму та стійкості. Важливо підкреслити, що ці підходи мають бути спрямовані на підвищення рівня самоменеджменту як серед посадових осіб, так і серед працівників загалом.

Ключовою постаттю у формуванні, становленні та діяльності колективу, а також у професійно-кар'єрному зростанні його співробітників є керівник-менеджер та його команда. Важливість їхньої особистості та професійності схожа на важливість правильно спроектованого та побудованого фундаменту для будівлі. Від їхньої ефективності залежить стан і перспективи розвитку будь-якої організованої управлінської системи, включаючи медичні структури. Тому підготовка та залучення менеджерів до управління на засадах сучасного менеджменту системами охорони здоров'я (СОЗ) чи системи медичної допомо-

ги населенню (СМДН), підвищення ефективності механізмів управління їх закладами, установами, службами чи центрами стає наразі вкрай злободенними й проблемними [1-3].

За теорією і практиці менеджменту, який “... як явище та особлива сфера діяльності, виник з 9-7 тисяч років до нашої ери (*стародавні племена, Сократ, Платон, О. Македонський*) по XIII століття нашої ери...” [4. С. 8], а як наука – на початку XX ст (*Ф. Тейлор*) [2] – архіважливою і незамінною фігурою у системі є керівник. Але він окрім базової освіти за фахом, повинен мати й спеціальну відповідно до займаної управлінської посади. Нажаль тут є проблеми, і проблеми суттєві, нагальні.

Недостатній рівень управлінських знань, переконань і навичок, а також відсутність власної позиції у сфері менеджменту, ускладнює впровадження сучасних підходів до управління в національному медичному середовищі.

На сучасному етапі історії медичної галузі, керівникам доводилося та й доводиться надмірно покладатися на удачу, особистий життєвий та практичний досвід, а також на власну інтуїцію, при відсутності чіткого дотримання чинних нормативно-правових актів, які визначають діяльність медичних організацій згідно з відомчим етатизмом [5]. Таким чином, серед керівників у сфері охорони здоров'я, а також серед посадових осіб, які займаються управлінською сферою в медичних закладах і установах, переважали особистості, часто амбітні та харизматичні, з медичною освітою та дійсною атестаційною категорією з організації та управління.

Ці особистості були, і в окремих випадках залишаються, фахівцями з різноманітним досвідом, які об'єднували службову посаду з медичною спеціальністю, а їхній стиль управління базувався на особистих якостях та впливі «зверху». Проте з появою ринкових відносин у галузі охорони здоров'я наприкінці XX століття, до менеджменту системи медичної допомоги наймали як українських, так і іноземних експатріантів (наймані управлінці) на вищі посади, нерідко без медичної освіти. Це експеримент виявився не дуже успішним, оскільки експатріанти, в порівнянні з українськими керівниками,

виявили більшу вразливість до узусько-функціонального мислення та адаптації до нового середовища [5].

Зокрема, українські керівники проявили вищий рівень здатності до навчання, рішучості та здатності приймати рішення в умовах непередбачуваних ситуацій чи ризиків. Вони відрізнялися гнучкістю в пристосуванні медичної практики, а також вмінням налагоджувати відомчі й особисті службово-ділові зв'язки [2, 5].

З цього погляду, зараз залучення сучасних управлінських підходів і технологій у медичній сфері не є просто амбіційною вимогою, але є належним викликом для керівників, які мають базову чи спеціальну освіту в галузі організаційного управління, публічного адміністрування, фінансів, інформаційної технології, юридичних питань та соціально-психологічної підготовки. Отже, на сучасному етапі розвитку медичної сфери важливо розуміти, що впровадження новітніх управлінських підходів і технологій не представляє собою простої вимоги влади чи тимчасових змін у фаховій спеціалізації, але є важливим покликанням для вдосконалення та отримання нової професії.

Таким чином, висунення вимог до управлінських кадрів в медичних організаціях, згідно з дослідженнями І.І. Яремка (2021), В.І. Журавля, Т.В. Кожемякіної, О.В. Короткого, В.Д. Парія, Г.І. Матукової та ін. (2023), вбачає необхідність надання менеджерам, які мають базову чи спеціальну освіту в організаційно-управлінській, публічно-адміністративній, фінансово-економічній, інформаційно-комп'ютерній, юридично-правовій і соціально-психологічній сферах, відповідно до їх вольових та характерологічних властивостей, які можуть ефективно працювати в умовах невизначеності та конкурентного середовища. Це, в свою чергу, вимагає перегляду вимог до компетенцій та навичок управлінських кадрів в медичних структурах, створення можливостей для їх практичного використання на демократичних засадах, врахування ціннісно-цільового та компетентнісного підходів як необхідних складових успішного управління змінами тощо [1, 6].

Практичний досвід високоорганізованих і успішних систем, як у медич-

ній, так і в інших галузях, переконливо підтверджує, що результативність управління на основі системності і сучасного менеджменту в умовах змін значуща передусім через:

1. Чітко визначені мети, цільова місія та прийняті норми і правила, які складають основу діяльності медичної організації.

2. Управлінські та керівництва, які здійснюють організаційне моделювання, визначають стратегічні цілі та завдання, встановлюють правила, операції та процедури управлінської та лікувально-діагностичної діяльності співробітників.

3. Створення умов для роботи. Особливо важливою є практична реалізація керівником-менеджером СМДН нагальних питань та відомчих підходів до публічного адміністрування і управління в галузі публічної політики, зокрема СОЗ. Це відбувається з метою впровадження механізмів публічного узгодження цінностей, досягнення професійно-суспільно значущих цілей, вирішення завдань та проблем.

Особливо значущим є реалізація керівником-менеджером СМДН на практиці нагальних проблем і відомчих підходів й до публічного адміністрування і управління у сфері публічної політики (*public policy*), до якої належить СОЗ, з метою реалізації механізмів публічного узгодження цінностей, досягнення професійно-суспільно значущих цілей, завдань, проблем і розв'язання важливих проблем.

Ключовим для успіху і досягнення бажаних результатів є здатність системи до динамічних, системно-функціональних перетворень, потенційних змін і постійного розвитку. Важливою є також самодосконалення системи, адаптація на основі накопиченого практичного досвіду керівництва, управлінських кадрів і персоналу, новітніх знань, а також пристосування до змінюючогося навколишнього середовища.

Щодо критеріїв оцінки ефективності управлінської діяльності керівника-менеджера в СМДН, на наш погляд, вони повинні включати такі показники, як здійснення трансформаційних процесів і функціонування нової системи охоро-

ни здоров'я України, незалежно від рівнів, і враховувати: залучення та постійне удосконалення практичного управління, його моделей, типів і механізмів є ключовими елементами системостабілізуючих чинників.

Це включає розвиток особистих і професійних якостей керівника, а також підходів до організаційного моделювання на системних принципах, таких як:

- лідерство, переконливість, рішучість, латеральне мислення, стратегічне бачення, творче натхнення, моральність, справедливість та чесність;
- використання адаптивних сценаріїв розробки пакетних схем-моделей управлінської діяльності відповідно до різних видів управління;
- залучення та використання творчості у службовій діяльності, орієнтація на новаторські ідеї та інновації;
- відношення до кадрів як до «золотого» резерву;
- людяно-толерантний підхід до пацієнтів;
- підтримка професіоналізму, кар'єрного зростання співробітників, розкриття їх талантів;
- побудова системи управління на демократичних засадах, різних типах і стилях;
- сприяння самоорганізації, переконання та розвиток професійної майстерності, зацікавленості в реалізації власних можливостей;
- орієнтація на досягнення тактико-стратегічних результатів;
- інтеграція та систематичне вдосконалення змін за технологічними підходами та відповідальність кожного члена колективу з активною участю та фокусуванням на очікуваних перевагах;
- постійне покращення професійного середовища та соціально-побутових умов.

Для ефективності керівника-менеджера в медичній організації наразі ключовим фактором є його особиста готовність до змін, яка є предметом його управлінської роботи. У зв'язку з цим вивчення готовності управлінських кадрів і медичного персоналу до змін, спричинених трансформаційними процесами, які відбуваються в системі охорони здоров'я та в умовах військового стану з

російським вторгненням, стає дуже актуальним і важливим. Таке врахування готовності та здатності керівників і фахівців будь-якої управлінської системи до змін та адекватної дії в умовах, що склалися, стає невід'ємною частиною кадрової політики відомства.

Для менеджменту в медичній галузі важливим стає «розуміння готовності до змін як процесу особистісного розвитку та підвищення адаптивних можливостей у професії, пов'язані зі стресом, негативними психологічними та емоційними станами, а також необхідністю в поведінковій гнучкості» [7, с. 216]. Тобто, ці терміни та «толерантність до невизначеності» виступають факторами стабільності управлінської діяльності через зниження рівня прокрастинації як при забезпеченні процесу управління загалом, так і при прийнятті та реалізації управлінських рішень [8-9].

Результати нашого дослідження свідчать, що в літературі, доступній нам, не існує чіткого визначення поняття особистісної готовності до змін. Різні автори використовують власні підходи, такі як готовність до ризику та стійкість до нього, прагнення до нового досвіду, здатність діяти в невизначеному середовищі, сприяння раціональному розташуванню чи диспозиції, цільова установка особистості тощо.

Так, З.В. Юринець (2012) підкреслює, що готовність до роботи в умовах змін можна розглядати як стан особистості, яка володіє необхідними знаннями, уміннями і має визначену спрямованість. Взаємини, які формують структуру готовності керівника та працівників до роботи в умовах змін, ґрунтуються на емоційно-пізнавальному ставленні до професії (інтересу), яке перетворюється в спрямованість особистості на новий вид діяльності. Структура спрямованості особистості є базою для формування готовності до роботи в умовах змін [9, С. 162].

З медико-філософської точки зору будь-які зміни в особистому та професійному житті людини відбуваються відповідно до теорії менеджменту про циклічність процесів в управлінській системі, які визначаються періодами життя від народження до смерті.

Таким чином, знайомство з вищенаведеними науковими публікаціями

загального характеру стосовно особистісної готовності до змін визначило авторський інтерес дослідити професійні ознаки невизначеності та непередбачуваності в взаємозв'язках із показниками толерантності до невизначеності у ризико небезпечних професіях, наприклад, діяльності медичних співробітників.

Таким чином, важливо вивчати інформацію про особистісні зміни, рівень самоменеджменту, кваліфікацію та прагнення співробітників, щоб розуміти їхні особливості та взаємодію з управлінською діяльністю [10].

Деякі дослідники, такі як Г.Солдатова (2008), Є. Валіулліна (2019), О. Наумцева (2016), вважають, що емоції у готовності особистості прийняття змін в її житті, професійній, політичній чи громадській діяльності є визначальним фактором, який спрямовує цілеспрямовані та стимулюючо-мотиваційні дії для досягнення певних результатів у різних аспектах їхнього життя [11]. Однак психологічна готовність до змін виступає ключовим фактором, що визначає цей намір сприйняття змін [12].

У сучасних умовах неможливо уникнути змін у повсякденні керівників, управлінського персоналу, фахівців та просто осіб. В цьому контексті цікава думка висловлюється О. Мітрошкіною (2018), яка стверджує, що готовність співробітника до змін, трансформаційних процесів і реформ відображається в його поведінці, сприйнятті подій і стає ключовою характеристикою, що визначає службову і життєву позицію, самоствердження, світосприйняття і самоорганізацію [13]. Для керівників-менеджерів СМДН та інших систем, а також спеціалістів і працівників ризикованих професій, важливою є позиція З. Кісі (2017), яка вказує на необхідність віртуозного поєднання особистих здібностей посадовців, особливо на вищих управлінських рівнях, для досягнення результативної професійної діяльності [14].

Менеджер постійно взаємодіє та впливає на своїх підлеглих за різними формами, методами і інструментами, але найважливішим є його стиль особистої комунікації та взаємодії. Відношення керівника до роботи, виконання службових обов'язків та ставлення до пацієнтів із родичами мають велике значення. Практика підтверджує, що демократичне, людяно-толерантне ставлення до ко-

лег часто є більш доцільним та ефективним, ніж офіційні вказівки або розпорядження. Застосування авторитарного стилю може демотивувати підлеглих. Слабкий керівник може стати загрозою для системи через свої недоцільні дії та позиції [15].

У різних сценаріях, таких як занадто ліберальний підхід або боязкість ставати слабким, виникають проблеми, такі як управлінська залежність та внутрішнє конфліктне середовище системи. Сучасні умови в СМДН вимагають від керівного складу нових управлінських компетенцій, кваліфікації та професіоналізму [1].

Хто такий менеджер і чому для СМДН настільки важливі кваліфіковані фахівці, для яких широкий спектр загальної підготовки поєднується з глибоким розумінням особливостей та специфіки управління у медичній сфері?

Менеджер, що походить від англійського «manager» (управляти), – це особа, що займає посаду та виконує різні управлінські функції, пов'язані з розробкою, прийняттям і реалізацією нормативно-правових актів, а також забезпечує певні організаційно-комунікативні аспекти управлінських систем. Термін «менеджер» може застосовуватися до [1]:

1. Організатора конкретної роботи у певній сфері, в межах окремого підрозділу системи або програмно-цільової групи.
2. Керівника системи/організації або її підрозділу (АУ, відділу, відділення).
3. Керівника відносно своїх підлеглих.
4. Адміністратора певного ієрархічного рівня управління.
5. Фахівця з управління.
6. Члена керівного складу, який має виконавчу владу і виконує визначені йому обов'язки.

Менеджери, як ключові фігури в управлінні системою чи конкретною організацією [1]:

1. Займають певні посади в управлінських структурах.
2. Забезпечують вирішення делегованих завдань.

3. Виконують свої функціональні обов'язки відповідно до посади.
4. Мають певні посадові повноваження.
5. Несуть особисту відповідальність за результати діяльності системи.

Отже, менеджери можуть обирати ефективні схеми та моделі управління, спрямовані на досягнення планованих результатів в рамках завдань і висвітлення медичної допомоги для всіх категорій населення. Також вони можуть обирати методики оцінки та вдосконалення системи управління, враховуючи показники ефективності, критерії, індикатори та ознаки.

Це дозволяє сформулювати характеристики та визначити елементи, що складають схему-модель або систему управління та впливають на їх ефективність, такі як рівень організації управлінської структури, процес управління від ухвалення до реалізації управлінських рішень, професіоналізм управлінських кадрів, ресурсно-інформаційне забезпечення. Враховуючи це, можна впроваджувати комплексний підхід до удосконалення управління медичною структурою, забезпечуючи її більш високий рівень ефективності і відповідність сучасним вимогам.

Вищенаведене дозволяє рахувати, що управління медичною структурою за сьогоднішніх умов її функціонування пред'являє нові, значно вищі й якісно толерантніші до умов управлінської праці менеджерів медичної сфери. Так, за переконаннями окремих науковців [16] наразі посадові особи стратегіко-тактичних шаблів управління здравоохранної медичної галузі повинен мати знання та навички щодо: самостійного прийняття і цілеспрямованого забезпечення їх реалізацію відповідно до своїх повноважень; відповідальності за свої результати діяльності та діяльності посадовців суб'єкту управління; особистого лідерства та професіоналізму тощо.

Забезпечення результативного та ефективного управління медичними організаціями може бути реалізоване шляхом критичного аналізу оцінки роботи керівників, відповідно до конкретного набору критеріїв, показників або індикаторів, який використовує як національний, так і відомчий досвід чи досвід на рівні медичної установи, а також іноземний досвід визначення цих критеріїв [17].

До таких критеріїв для діагностування та оцінки управлінської складової керівників-менеджерів деякі автори включають такі аспекти як стиль життя, особисті якості особистості, тип мислення (логічний чи латеральний), професійна компетентність і кваліфікація, форма, тип, вид і характер службово-управлінських відносин, організація процесу управління, ритм та особливості медично-управлінської діяльності, вирішення ділових конфліктів, спосіб впровадження інновацій тощо [17-18].

Важливо дотримуватися сформульованих параметрів та використовувати результативні методики при оцінці управлінської ефективності керівників-менеджерів в структурах СМДН. Це означає використання системного, цільового, процесного, прагматично-реалістичного, комплексного, технологічно-структурного та інтеграційного підходів [17, 19].

Тому в органи управління, особливо на тактично-стратегічному рівні, мають вступати досвідчені фахівці, які мають високий статус самоорганізації, почуття особистої гідності та здібності чітко та реалістично оцінювати теперішній стан системи, якою вони управляють. Також до цих органів повинні входити ті, хто прагне до компромісу, узгодженості, демократизму, колегіальності та командної роботи [20].

1.2. Механізми ефективності самоменеджменту посадових осіб

Аналізуючи літературні джерела, ми встановили, що Л. Зайверт є основоположником та автором наукових праць з самоменеджменту, який переконував, що поліпшення якості життя починається з самого себе. Це має сенс, оскільки самоменеджмент, або селф-менеджмент, сприяє самостійній роботі людини над своїм саморозвитком, самовихованням, самоорганізацією, самоствердженням, самоконтролем, самодисципліною, самоаналізом, само-оцінкою, самоамбіцією, саморегулюванням і самокритичністю – так званими «11 С».

Ці аспекти й дозволяють людині бути самим собою, формують особистість та визначають її ставлення до навколишнього середовища, сприйняття минулого, планування майбутнього, ефективного використання часу

та виконання професійних завдань. З цього випливає, що самоменеджмент, його рівень і характер, є необхідною частиною для тих, хто претендує на управлінські чи медичні посади.

Такий підхід до кар'єри робить управлінську, організаційно-службову чи медико-профілактичну, лікувальну-діагностичну роботу обдуманною, цілеспрямованою і усвідомленою діяльністю. Це також визначає її особливості, такі як натхнення, творчість, колегіальність, корпоративно-відомча культура, етичні ділові та побутові комунікації тощо. Зрозуміло, що праця керівника-менеджера та лікаря в закладі СМДН ґрунтується на самоорганізації, самореалізації та самодисципліні, що призводить до конкретних і передбачуваних результатів в управлінні об'єктом. Таким чином, свідомо та самоцентрична мотиваційна позиція співробітника дозволяє йому усвідомити значущість своєї праці, зробивши її передбачуваною і досить ефективною. Застосування методів і інструментів самоврядування свідчить про змістовну роль саморегулювання у закладі, розгляданому як складної соціальної управлінської системи [1].

Відповідно до теорії та практики самоменеджменту, керівники-менеджери або співробітники самостійно обирають стратегії, методи та засоби досягнення своїх особистих цілей, визначають форму і різновиди своєї участі в непрямому процесі управління, забезпеченні управлінської діяльності чи особистої праці, наприклад, участь у підготовці та процедурі затвердження конкретних рішень [8]. Однак самоврядування, залежно від рівня самоорганізації, самоамбіцій та самосвідомості, передбачає участь не лише у виборі та самостійному прийнятті рішень, а й їх обов'язкове виконання [1, 9]. Таким чином, самоменеджмент, завдяки самоуправлінню та командній співпраці у реалізації організаційно-медичних процесів, може бути розглянутий як основа та принципи потенційного підвищення ефективності управління чи управлінської діяльності менеджера закладу/установи СМДН.

Отже, наразі розумно розглядати самоменеджмент як унікальний вид діяльності, що базується на «11 само». Однак для точного, глибокого розуміння сутності та специфіки використаної моделі управління взагалі, а також у галузі

системи медичної допомоги зокрема, важливо розглядати та вивчати не лише оціночний аналіз управління не тільки індивідуальною діяльністю конкретної посадової особи, а й управління/керування спільною діяльністю людей та колективом [7, 15].

У наявній літературі через різноманіття тлумачень терміну «самоменеджмент» деякі автори розглядають його як [10, 21-28]: мистецтво самокерування і управління власним життям; свідомість у формуванні кар'єри через самооцінку, самовизначення, самомотивацію, саморозвиток, самоконтроль і, відповідно, самореалізацію в обраній сфері діяльності; особистою організованістю; розвиток навичок концентрації на головному, пріоритетному, ключовому; уміння цінувати та ефективно використовувати свій час; уміння керувати своєю поведінкою та комунікацією; самоконтроль життєдіяльності; збірність раціональних методів та організаційних ручок управління власною працею менеджера; систематичне та цілеспрямоване використання перевірених методів в щоденній практиці для оптимального та вмотивованого використання часу.

З урахуванням зміни управлінських парадигм, механізмів та соціально-суспільних пріоритетів управлінської діяльності висувається актуальна потреба в підвищенні рівня самоменеджменту як для посадових осіб, так і для співробітників. На сьогодні самоменеджмент розглядається як унікальний вид діяльності, пов'язаний з необхідністю самоорганізації та раціонального використання наявних ресурсів. Проте для повного розуміння сутності управління загалом і в контексті системи медичної допомоги зокрема, важливим є аналіз не лише управління індивідуальною діяльністю, але й управління спільною діяльністю людей [1].

Самоменеджмент, розгляданий як функція особистості та напрямок у розвитку наукових основ управління, включає в себе впровадження управлінських процесів, що спрямовані на керування людиною самою собою та власною діяльністю, а також на керування персоналом, колективом та командою. Отже, самоменеджмент в контексті роботи менеджера чи медичного працівника може

бути розгляданий як процес самовизначення, самопізнання, самоствердження, систематичної та різносторонньої роботи над собою для досягнення особистих планів і цілей, професійного та кар'єрного розвитку та удосконалення [29].

Самоменеджмент дозволяє вирішувати питання самовдосконалення менеджера чи працівника, виконувати обов'язки та завдання, забезпечуючи ефективну організацію праці, при цьому отримуючи більш позитивні особисті та професійно-корпоративні (відомчі) досягнення при значному зменшенні особистого та службового навантаження та нейтралізації ризикованих, стресових та поспішних дій [30]. Крім того, деякі автори, зокрема В.В. Нетепчук (2013), розглядають самоменеджмент як «міждисциплінарну сферу знань» [31, С.9].

Отже, самоменеджмент для менеджера чи медичного працівника є процесом самовизначення, самопізнання, самоствердження, систематичної та різнобічної роботи над собою для досягнення особистих планів і задумів, професійного, фахового розвитку, кар'єрного зростання та удосконалення [23]. Більше того, самоменеджмент відкриває можливість вирішувати питання самовдосконалення, виконувати обов'язки та завдання, забезпечуючи ефективну організацію роботи та отримання позитивних результатів [29].

Самоменеджмент виявляється у ретельно продуманих і прозоро усвідомлених особистих цінностях людиною як посадовця чи фахівця, конкретному і реалістичному сприйнятті та формулюванні ними своїх цілей, завдань, а також розумінні своїх нагальних проблем і меж можливостей [32]. Подібна тактика дозволяє ефективно використовувати власні морально-вольові, психологічні та енергетичні ресурси, набуті за десятиліття досвід і знання, що надалі створює позитивний, толерантний, доброзичливий, здоровий психологічний клімат у колективі, демократичні організаційно-управлінські й службово-професійні відносини, становлення відомчо-ділової етики та організаційної культури. Це також напрям, орієнтир і доле визначальний шлях щодо сприяння особистого творчо-професійному розвитку людини та ефективності управлінню [33-36].

На сьогоднішній день самоменеджмент є не лише частиною успішної діяльності керівників підприємств, але й необхідною умінням для будь-якої

особи, яка бажає ефективно використовувати свій час, досягати мети та отримувати задоволення від своїх зусиль. Однією з головних цілей самоменеджменту є максимальне використання наявних ресурсів за раціональної організації часу для виконання різноманітних завдань [37].

Таким чином, розумно розглядати самоменеджмент як самоорганізацію особистості, посадовця або співробітника, і на сьогодні це: новий напрямок у сучасному менеджменті; частина управлінської компетенції, що безпосередньо вивчає особистість управлінця чи співробітника; виник у зв'язку з потребами суспільства, соціальних інститутів, а також індивіда як особистості та відомчих служб.

Еволюція самоменеджменту, що пройшов певні періоди (латентний, інкубаційний, інституційний), етапи та взаємозв'язки з іншими науками та науковими положеннями про людину, її діяльність [8, 33-34], визначається як спроба максимально використовувати наявні ресурси, ефективно організовуючи час для виконання різноманітних завдань [7]. Це відбувається в контексті людиноцентричних аспектів і технологій наукових основ управління класичного й сучасного менеджменту [11].

З позицій науково-практичного підходу слід усвідомлювати, що метою самоменеджменту є максимальне задоволення своїх потреб і можливостей, свідомо керуючи своїм життям і подоланням зовнішніх та внутрішніх перешкод. Це визначається на рівні життєвого досвіду та компетентного професійного управління [12, 38-40].

Проблеми практичного самоменеджменту та ділової кар'єри досліджувались німецькими дослідниками Бербелем і Хайнцем Швальбе (2005), які визнали, що вміння керувати собою є гарантом успіху. Згідно з концепцією Бербеля і Швальбе, самоменеджмент – це мріяна ідея та виважена тактика досягнення ділового успіху на особисто-амбітному рівні.

Протягом останніх десятиліть зросла зацікавленість управлінських структур приватного і державно-відомчого сектору у концептуальних підходах впровадження самоменеджменту в свої системи [41-45].

Зокрема, ця тенденція проявляється в умовах нестабільного економічного оточення та вимагає ретельного вивчення стану і можливих перспектив розвитку на регіональному і місцевому рівнях. У цьому контексті, управління саморозвитком персоналу стає однією з ключових функцій управлінської системи [13, 37, 46-48].

Інші причини, що стимулюють інтерес до розвитку самоменеджменту, включають значні навантаження та високу напруженість серед працівників, збереження та накопичення кадрового капіталу, мотивацію працівників, а також динаміку у розвитку управлінських систем і розширення обсягів надання медичної допомоги/послуг на різних рівнях [1].

Поняття самоменеджменту також асоціюється із успіхом, визначаючи його через досягнення у різних сферах життя. Це може бути загальне професійне або суспільне визнання, стабільні та позитивні результати у професійній діяльності, навчанні або на рівні сімейно-побутового функціонування [1, 48].

Сучасні науковці і дослідники підтверджують отримання суттєвих переваг використання методів і технологій самоменеджменту (рис. 1.2) [1, 33, 49].



Рис. 1.1. Переваги застосування самоменеджменту

Основна загальна мета та похідні цілі самоменеджменту визначаються як розумне, раціональне та максимально ефективно управління власним життям через самовизначення та використання особистих якостей та можливостей з метою свідомого подолання труднощів як на роботі, так і в особистому житті. В здоровоохоронній сфері науковим фундаментом самоменеджменту є функції та методи/прийоми [33-37, 50]: планування діяльності та вирішення завдань; комунікація з оточуючим середовищем; неперервне навчання та саморозвиток; створення умов праці на наукових принципах та принципах організації праці; моніторинг термінів виконання завдань; самодисципліна та відповідність сучасним вимогам менеджменту; мотивація та стимулювання власної професійної та управлінської діяльності.

Згідно із концепцією Л. Зайверта, який є класиком менеджменту та піонером самоменеджменту [24], його функціональна складова може бути представлена як особливе «коло правил-функцій», яке систематично дозволяє вирішувати широкий спектр оперативних та тактичних завдань, проблем та питань, з якими стикається менеджер (рис. 1.2):



Рис. 1.2. «Коло правил» менеджера/функції самоменеджменту

Система та процес самоменеджменту, за послідовністю та процедурою виконання управлінських чи професійних функцій та обов'язків, фактично включають шість взаємопов'язаних етапів: аналіз та формування цілей чи завдань; планування при розробці планів, програм або можливих варіантів особистої праці; ухвалення управлінських рішень у конкретних ситуаціях, завданнях чи проблемах; організація та реалізація власного трудового процесу відповідно до обов'язків; регулювання чи внесення корекцій до діяльності; самоконтроль та самооцінка за підсумками роботи; інформаційне забезпечення через його чотири канали (див. розділ 2.2); вдосконалення системи комунікації в залежності від ділового середовища, владних структур, схеми-моделі управління, колегіальності в роботі, а також специфіки роботи, психологічного клімату, принципу командної роботи та іншого.

Вміння керувати собою полягає в адекватній оцінці самого себе та власного самоменеджменту. Людині досить важко об'єктивно оцінити себе, свою діяльність та створення планів. Для цього слід ставитися самокритично до оцінки власних сильних та слабких сторін, типу нервової системи, оточуючого середовища і т. д. При оцінці велике значення має розуміння доцільності використання оціночних висловлень оточуючих (члени родини, колеги, знайомі та інші) та порівняння їхніх думок із власною оцінкою.

За Бертраном Расселом, однією з похідних характеристик сучасності є те, що ті, хто завжди відчуває впевненість і отримує задоволення від себе, не мають чіткої уяви та розуміння, сумнівів та нерішучості [1]. Найважливіші та найоб'єктивніші характеристики сучасного керівника-менеджера щодо його професійних та лідерських якостей, навичок та вмінь у роботі в команді, використання сучасних систем управління, створення позитивного ділового та психологічного клімату, можливостей самовдосконалення та самоменеджменту, подаються на рис. 1.3 і трактуються у науці як феномен Даннінга-Крюгера або як феномен профана [1].

Найважливіші, най об'єктивніші характеристики сучасного керівника-менеджера стосовно його професійних і лідерських якостей, навичок і вмін-

ня працювати в команді, залучати сучасні системи управління, створити позитивний діловий і психологічний клімат, можливості самовдосконалення, самоменеджменту. Загальні та спеціальні принципи самоменеджменту, що надані на рис. 1.3, у науці трактуються як феномен Даннінга-Крюгера або феномен профана [1].

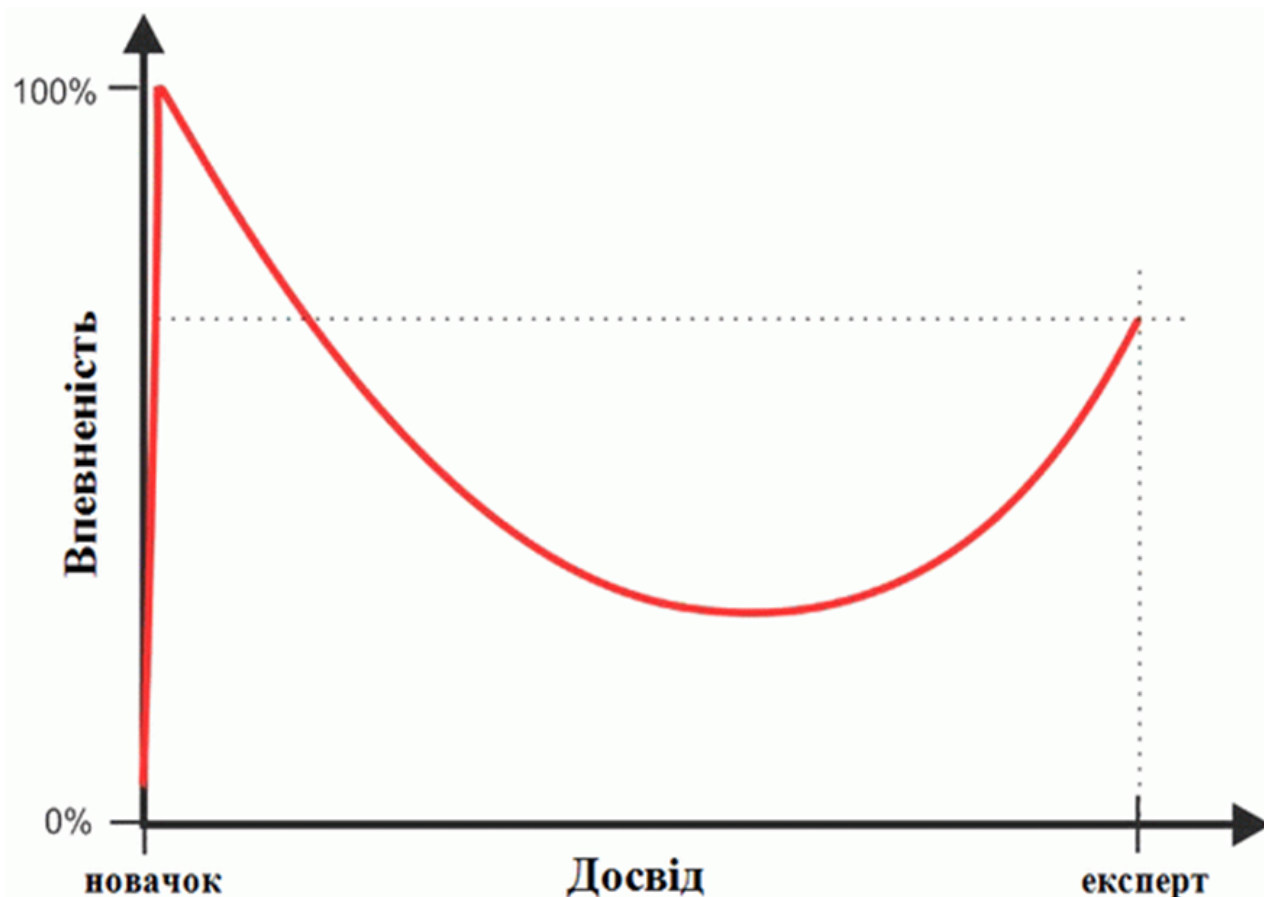


Рис. 1.3. Феномен Даннінга-Крюгера (*феномен профана*)

Зробивши підсумок розділу 1.2, можна відзначити, що при намаганні зайти в управлінські посади та мати контроль над чимось або керувати кимось, насамперед, важливо визначити свою здатність і тверде бажання ефективно керувати власним життям.

Українські дослідники Г.З. Леськів (2021) і О.Г. Ратушняк (2021) рекомендують, що при необхідності опанування системи самоменеджменту слід використовувати п'ять стратегій Пітера Ф. Друкера, який підтримує концептуальний підхід до лідерства, базований на різновекторних властивостях людини: розуміти свої і чужі сильні сторони; визначити, як ви виконуєте свою

роботу та аналізувати умови, при яких це відбувається; розуміти свої цінності і робити все можливе для уникнення конфліктів; не планувати кар'єру, а розвивати її; виконувати роботу, яка приносить задоволення та процвітає.

Отже, особливості сучасного керівника-менеджера, його бачення та підтвердження лідерських якостей визначаються його вмінням самоменеджменту та інноваційною організаційною культурою. Ці фактори є основними в управлінні ініціативами стосовно потенційних змін і трансформацій у медичних структурах – органах управління, закладах, установах, службах тощо.

Підсумовуючи, можна зазначити, що рівень сучасного самоменеджменту має значущий вплив на розвиток і становлення керівника-менеджера в структурах сучасного управління в сфері охорони здоров'я. Основне завдання полягає в раціональному використанні власних ресурсів, організації праці та створенні ефективної системи управління, яка б досягала максимальних результатів при мінімальних витратах. Крім того, необхідно виділяти час для неперервної професійної самоосвіти, творчого розвитку та дозвілля.

Висновки до розділу 1

1. Підтверджено, що управління в медичній галузі її керівники-менеджери та управлінський персонал мають право і зобов'язані гарантувати виконання видів діяльності, які формують і призводять до надзвичайних результатів в управлінській діяльності з організації/надання медичної допомоги певним категоріям населення, а також максимально сприяти і нейтралізувати негативні процеси.

2. Встановлено, що керівник-менеджер, так само як і менеджмент у сфері СМДН в цілому, повинен сприяти підвищенню своєї управлінської діяльності через: залучення більш гнучких, сучасних, ліберально-демократичних, мобільних схем-моделей, систем і типів управління медичними організаціями; використання ефективних видів, типів, методів, механізмів і шляхів управління на практиці; систематичного перегляду і корекції стилів управління чи керівницт-

ва; організаційного моделювання управлінських структур та їх складових на системно-комплексних позиціях; затвердження оптимальних варіантів управлінських рішень і їх цілеспрямованої реалізації; організації єдності колективу, командної роботи та формування здорового психологічного клімату.

3. Підтверджено, що самоменеджмент дозволяє сучасному медичному менеджеру володіти мистецтвом управління за «11 само» (саморозвиток, самовиховання, самоорганізація, самовтвердження, самоконтроль, самодисципліна, самоаналіз, самооцінка, самоамбітність, саморегулювання і самокритичність). Це стає визначальним при постановці перед собою чітких та реальних цілей і завдань, умінні спілкуватися з людьми, мотивувати, включаючи себе, здатності до саморозвитку і самоконтролю, плануванні власного часу, виконанні функцій лідера в колективі, створенні інноваційної організаційної культури, виконанні функцій ініціатора можливих і послідовних змін в ЗОЗ та ін.

4. З'ясовано, що готовності до змін формується за вдома поляризованими тенденціями – демонстрацією усвідомленості та імпліцитивністю (відношення до неоднозначності).

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ “ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ”

2.1. Характеристика та аналіз основних показників діяльності

Українська кардіохірургія може пишатися вражаючою історією. У 50-ті роки ХХ століття Микола Амосов провів перші операції на серці. Нині це вже сильно розвинена галузь з широкою мережею кардіохірургічних закладів по всій країні.

Смертність від серцево-судинних захворювань в Україні за останні роки досягла 66,0%. Захворюваність на ішемічну хворобу серця постійно зростає: кожен рік гострий інфаркт міокарда виникає у 50 тисяч осіб, і кожен третій пацієнт не виживає.

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

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

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

Інститут фінансується з обласного та державного бюджету і не має контрактів з Національною службою здоров'я. Розташований серед соснового лісу в парковій зоні, Інститут серця використовує природні ландшафти як частину терапії для сприяння швидкому одужанню пацієнтів.

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

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

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

Основними напрямками розвитку «Інститута 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.

Медичні працівники Інституту серця постійно підвищують свій рівень професіоналізму, беручи участь в стажуваннях та навчаннях у вітчизняних та закордонних клініках.

Завдяки довгому стажу, нестандартному підходу, великому професіоналізму, спільній роботі персоналу та високій кваліфікації медичної команди, що поєднується з людяно-толерантним та творчим індивідуальним підходом до кожного пацієнта, застосуванням передових технологій та методик лікування широкого спектру серцево-судинних захворювань будь-якої складності у дорослих і дітей (таких як аневризма аорти, інфаркти, ішемічна хвороба серця, стенокардія, гіпертонія, вроджені та набуті вади серця), Інститут серця здобув міжнародне визнання та популярність. Саме через це пацієнти з України та інших країн вибирають Інститут серця.

Лікарі Інституту серця використовують передові технології та проводять

новітні дослідження, що значно розширило арсенал класичних та мініінвазивних технік і технологій для надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги в дружній атмосфері та комфортних умовах.

Це включає стенозування коронарних артерій, аорто-коронарне шунтування, протезування клапанів, протезування аорти, імплантацію механічного серця, імплантацію кардіостимуляторів, трансплантації тощо. Кожен день в Інституті серця проводиться понад 100 000 діагностичних досліджень серцево-судинної системи та більше 6000 операцій на серці, включаючи відкритий та мініінвазивний доступ, з більше ніж 2000 операцій із штучним кровообігом. Тут реалізується широкий спектр оперативних втручань, включаючи 26 відкритих та 35 ендоваскулярних операцій, які перераховані в алфавітному порядку.

A. Операції

1. Bentall procedure (*корекція аневризми висхідного відділу та дуги аорти*).
2. David procedure (*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. Оперативні втручання, які включають комбінацію процедур, таких як двоклапанна або трьохклапанна хірургія, аортокоронарне шунтування, а також корекцію патології клапанів.
15. Корекція аномалії Ебштейна (*патологія тристулкового клапана*).

16. Корекція гострого розшарування аневризми аорти.
17. Механічне серце (*імплантація пристрою підтримки лівого шлуночка*).
18. Операція Озакі (*патологія аортального клапана*).
19. Патологія аортального клапана (*пластика, протезування*).
20. Патологія мітрального клапана (*пластика, протезування, репротезування*).
21. Патологія тристулкового клапана (*пластика, протезування*).
22. Перикардектомія.
23. Трансплантація серця.
24. Тромбоемболія легеневої артерії.
25. Флебектомія.
26. Хірургія порушень ритму.

Б. Ендоваскулярні операції

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

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

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

Таблиця 2.1

Загальна кількість оперативних втручань за 2021 і 2022 роки

ДУ «Інститут серця МОЗ України»

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

Відповідно до таблиці 2.1. кожного місяця в кардіохірургічному центрі проводиться близько 500 операцій різної складності.

Загальний об'єм оперативних втручань дещо зменшився у 2022 році в порівнянні із 2021 роком, що можна пояснити подіями, які зараз відбуваються в нашій країні.

У грудні 2019 року колектив медичних фахівців з «Інституту серця» успішно провів першу трансплантацію серця в Україні, і на даний момент здійснено вже 36 подібних операцій.

Кардіохірургічний напрямок сучасної медичної практики, що є об'єктом нашого дослідження, відображає прогрес лікарської та наукової думки країни та сприяє її інтеграції у світовий медичний співтовариство. Забезпечення фізичної та фінансової доступності кардіохірургічної допомоги є ключовим для зменшення загального рівня серцево-судинної летальності в Україні.

Професіонали «Інституту серця» активно долучаються до роботи фахових асоціацій України та Європи, регулярно беруть участь у щорічних конгресах кардіологів в Європі, Америці та національних заходах. Крім того, вони отримують практичний досвід у провідних клініках Європи, таких як Польща, Хорватія, Латвія, Литва, Німеччина та Франція.

Прикладом продуктивної діяльності є консультативно-діагностичне поліклінічне відділення для дорослих, яке щорічно надає понад 25 000 консультацій пацієнтам з серцево-судинною патологією та проводить понад 115 000 діагностичних обстежень.

Консультації фахівців відбуваються в різних регіонах України (понад 12 000) та у медичних закладах Києва та Київської області (понад 6 000), маючи на меті консультування та відбір хворих для кардіохірургічного лікування [53].

Потужність установи складає 150 ліжок, включаючи 110 ліжок для дорослих та 40 для дітей, розподілених між профільними функціонально-структурних підрозділів, які представлені підрозділами медико-діагностичного, кардіологічного та кардіохірургічного спрямування [53]: 3 відділами; 22 відділеннями; кафедрою функціональної діагностики (табл. 2.2).

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

№ з/п	Показник	Характеристика
1	Перелік відділень та їх стисла характеристика	
1. Відділи:		
1.1.	Відділ діагностики патології серця та магістральних судин.	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.

<i>№ з/п</i>	<i>Показник</i>	<i>Характеристика</i>
2.2.	Відділення хірургії та трансплантації органів черевної порожнини	Штат: завідувач відділенням, к.мед.н., лікархірург судинний; 9 лікарів за спеціалізацією хірургія судинна, хірургія, гастроентерологія, нефрологія, ультразвукової діагностики.
2.3	Відділення патології міокарду та трансплантації органів і тканин	Штат: завідувач лікар-хірург серцево-судинний, лікар-трансплантолог, вища кваліфікаційна категорія, к. мед. н.; 5 лікарів за спеціалізацією кардіологія і серцево-судинна хірургія
2.4	Відділення ендovasкулярної хірургії та ангиографії	Штат: завідувач лікар-хірург серцево-судинний, вища кваліфікаційна категорія, кандидат медичних наук; 5 лікарів за спеціалізацією анестезіологія, кардіохірургія, серцево-судинна хірургія
2.5	Відділення для лікування ішемічної хвороби серця	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 13 лікарів за спеціалізацією кардіологія та серцево-судинна хірургія.
2.6	Відділення порушень ритму серця	Штат: завідувач відділенням, к.м.н.; 5 лікарів за спеціалізацією кардіологія та серцево-судинна хірургія.
2.7	Відділення набутих вад серця	Штат: завідувач, к.м.н., магістр; 10 лікарів за спеціалізацією кардіологія та серцево-судинна хірургія.
2.8	Відділення лікування гострого коронарного синдрому та інфаркту міокарда	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 4 лікарів за спеціалізацією кардіологія та анестезіологія.
2.9	Відділення інтенсивної терапії для дорослих	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 7 лікарів за спеціалізацією анестезіолог-реаніматолог.
2.10	Відділення кардіоневрології	Штат: завідувач, д.м.н., професор; 3 лікарів за спеціалізацією кардіологія і неврологія
2.11	Анестезіологічне відділення	Штат: завідувач, к.м.н.; 5 лікарів за спеціалізацією анестезіологія
2.12	Відділення штучного кровообігу та екстракорпоральних методів лікування	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 5 лікарів за спеціалізацією анестезіологія і хірургія
2.13	Відділення клініко-діагностичної лабораторії	Штат: завідувач, лікар-лаборант першої категорії; 10 посад за клінічної лабораторно діагностики, біотехнології, біохімії, імунології, біології,
2.14	Відділення рентгенівської та комп'ютерної	Штат: завідувач, лікар вищої категорії; 4 лікарів за спеціалізацією рентгенологія

№ з/п	Показник	Характеристика
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 «Інститута серця» представлена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Характеристика складу персоналу «Інститут серця»

з/п	Показник	Всього	
		абс. ч.	%
	Кількість штатних посад лікарів за спеціалізацією кардіологія, кардіохірургія, анестезіологія, серцево-судинна хірургія, хірургія судинна, ендокринологія, УЗД, функціональна діагностика, ендоскопія, невропатологія, офтальмологія, стоматологія, імунологія, гастроентерологія, хірургія, нефрологія, гінекологія, ФД та ехокардіографія; урологія, отоларінгологія.	190	26,4
	Кількість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою (<i>медична сестра</i>)	400	55,6
	Кількість штатних посад адміністративно-управлінського персоналу (<i>генеральний директор, заступники генерального директора</i>)	9	1,3
	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 супроводження, виконання службово-функціональних обов'язків та інформаційного забезпечення (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 Державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України» зареєстровано 190 посад, але фактично зайняті 166 одиниць (табл. 2.5). Відсоток укомплектованості – 87,4% [36].

Таблиця 2.5

Структура штатного розкладу посад і лікарського складу Державної Установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України»
(у % до суми)

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

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

Таблиця 2.6

Структура наукового складу Державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України» (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, симпозіуми, круглі столи та ін.*), які проводяться як на базі Інституту серця, так поза його меж. Співробітниками опубліковано понад 300 статей й тез у журналі «Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія», який видається Інститутом серця, та інших наукових фахових виданнях України та Європи. Ефективність функціонування «Інститута серця» залежить від фінансового та матеріально-технічного забезпечення (*табл. 2.7*).

№ з/п	Назва обладнання відповідно до таблиці МТО	Необхідна кількість по таблиці МТО	Наявна кількість	% оснащення по таблиці МТО
Загальне обладнання палати				
1	Термометр настінний	30	25	83,3
2	Ліжко функціональне	180	200	111,1
Продовження табл. 2.8				
3	Тумбочка для особистих речей	180	190	105,6
4	Холодильник	90	100	111,1
5	Стільці	250	300	120,0
7	Вішалка або шафа для одягу	190	190	100,0
8	Телевізор	80	90	112,5
9	Шафа для білизни	90	130	144,4
10	Мікрохвильова піч	30	30	100,0
11	Стіл столовий	100	100	100,0
Кардіологічне обладнання				
12	Апарат для вимірювання артеріального тиску	50	70	140,0
13	Стетофонендоскоп	50	70	140,0
14	Термометр медичний	50	50	100,0
15	Кушетка медична для огляду	40	40	100,0
16	Шафа медична для медикаментів	60	60	100,0
17	Штатив для крапельних інфузій	180	250	138,9
18	Джгут механічний	30	30	100,0
19	Штатив для пробірок	25	40	160,0
20	Сейф для медикаментів	25	25	100,0
21	Інфузомат	150	200	133,3
22	Маніпуляційний столик	30	30	100,0
23	Лоток ниркоподібний	100	150	150,0
24	Лоток прямокутний	50	74	148,0
25	Ехо апарат	12	15	125,0
26	ЕКГ апарат	25	30	120,0
27	Апарат для холтеровського моніторингу	40	40	100,0
31	Пристрій для виклику медичного персоналу	180	180	100,0
32	Каталка зі знімними ношами	40	42	105,0
Обладнання для медичних працівників				
33	Крісло	700	1000	142,9
34	Комп'ютер	300	412	137,3
35	Принтер	100	105	105,0

36	Лампа настільна	40	57	142,5
37	Стіл письмовий	300	412	137,3
38	Шафа для документів	250	311	124,4
39	Шафа для одягу	125	170	136,0

Таблиця 2.7

Характеристика фінансових ресурсів «Інститут 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 (прибуток/збиток)	343047021
11	Чистий фінансовий результат (прибуток/збиток)	41607659

Таблиця 2.8

Відповідність матеріально-технічного оснащення ДУ «Інститут серця МОЗ України таблицею 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
7	Вішалка або шафа для одягу	190	190	100,0
8	Телевізор	80	90	112,5
9	Шафа для білизни	90	130	144,4
10	Мікрохвильова піч	30	30	100,0
11	Стіл столовий	100	100	100,0
Кардіологічне обладнання				
12	Апарат для вимірювання артеріального тиску	50	70	140,0
13	Стетофонендоскоп	50	70	140,0
14	Термометр медичний	50	50	100,0
15	Кушетка медична для огляду	40	40	100,0
16	Шафа медична для медикаментів	60	60	100,0
17	Штатив для крапельних інфузій	180	250	138,9
18	Джгут механічний	30	30	100,0
19	Штатив для пробірок	25	40	160,0
20	Сейф для медикаментів	25	25	100,0
21	Інфузомат	150	200	133,3
22	Маніпуляційний столик	30	30	100,0
23	Лоток ниркоподібний	100	150	150,0
24	Лоток прямокутний	50	74	148,0
25	Ехо апарат	12	15	125,0
26	ЕКГ апарат	25	30	120,0
27	Апарат для холтеровського моніторингу	40	40	100,0
31	Пристрій для виклику медичного персоналу	180	180	100,0
32	Каталка зі знімними ношами	40	42	105,0
Обладнання для медичних працівників				
33	Крісло	700	1000	142,9
34	Комп'ютер	300	412	137,3
35	Принтер	100	105	105,0
36	Лампа настільна	40	57	142,5
37	Стіл письмовий	300	412	137,3
38	Шафа для документів	250	311	124,4
39	Шафа для одягу	125	170	136,0

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

З урахуванням зростання мінімальної заробітної плати, відповідного підвищення оплати праці працівникам і підвищення цін на енергоносії, витрати на комунальні послуги 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 ДУ «Інститут серця МОЗ України» 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 поточного стану управлінської діяльності

Для збору і аналізу матеріалу щодо системи самоменеджменту, що використовується на практиці, та її впливу на готовність співробітників медичної організації до змін, ми розробили «Програму-анкету дослідження розвитку та впливу самоменеджменту на готовність до змін у співробітників медичної організації» (додаток 1).

Ця програма-анкета була узгоджена з керівництвом Державного установи «Інститут серця» під час переддипломної практики, і ми отримали згоду на збір необхідних даних серед працівників закладу. Заповнення анкети було заплановане здійснити методом самоанкетування. Однак обрана для дослідження вибірка обмежувалася лише 3 працівниками.

Відмова співробітників від участі в програмі дослідження в цьому управлінському напрямку може бути пояснена тим, що:

- більшість співробітників не мають достатнього розуміння про менеджмент, самоменеджмент, методи та механізми управління та управлінської праці;

- на робочому місці спостерігається підвищений рівень стресу; співробітники не оцінюють свої власні здібності та можливості для управлінської діяльності належним чином;

- слабо виражені кар'єрні амбіції серед співробітників стосовно управлінських посад та відсутність планів кар'єрного росту в управлінській діяльності.

Тому нами була обрана програма дослідження залученої на практиці управлінської діяльності керівного складу, а на основі використання аналітико-діагностичних методик (*«Діагностики особливостей самоорганізації»* або ДОС, досліджені окремі оціночні критерії особистості (*рішучість, сміливість, наполегливість, оптимізм, амбітність, пристрастність, цілеспрямованість, винахідливість, тактовність, підприємливість, адаптивність, творчість, впевненість, толерантність*)) та її культури безпосередньо в ДУ «Інститута серця», які характеризують менеджмент установи, показники управлінської діяльності, підходи до моделювання та експертної оцінки.

Вибірку дослідження склали співробітники ДУ «Інститута серця». Кількість респондентів, що взяли участь в дослідженні – 30 осіб віком від 27 до 57 років, з яких 10 жінки та 20 чоловіків. Групові результати їх опитування нами за спеціально розробленою анкетною (*додаток 1*) були оброблені та інтерпретовані.

Так, групові результати вивчення здатності співробітника до самоменеджменту за методикою *«Діагностики особливостей самоорганізації (ДОС)»* представлені в таблиці 2.9.

Тож, на основі таблиці 2.9. ми можемо зробити висновок про те, що жоден з респондентів не характеризується низькими показниками за усіма шкалами. Більш того, значна частина вибірки проявляє підвищені або високі

Таблиця 2.9

Групові результати за методикою
«Діагностики особливостей самоорганізації»
(абс. чис. та %)

Показник	Низький показник		Понижений показник		Середній показник		Підвищений показник		Високий показник	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Цілепокладання	0	0	4	13,3	2	6,7	10	33,3	14	46,7
Аналіз ситуації	0	0	4	13,3	2	6,7	12	40,0	12	40,0
Планування	0	0	2	6,7	2	6,7	10	33,3	16	53,3
Самоконтроль	0	0	4	13,3	2	6,7	8	26,7	16	53,3
Корекція	0	0	4	13,3	6	20,0	14	46,7	6	20,0
Вольові зусилля	0	0	6	20,0	2	6,7	16	53,3	6	20,0
Загальний показник самоорганізації	0	0	2	6,7	2	6,7	14	46,7	12	40,0

результати за визначеними показниками. Виключення можна назвати тільки шкалу «Вольових зусиль», згідно з якою більшості досліджуваних властиві підвищені показники, але також по 20,0% респондентів отримали результати як високі результати, так і середні. Для наочного відображення результатів ми представили їх на стовпчиковій діаграмі 2.1:

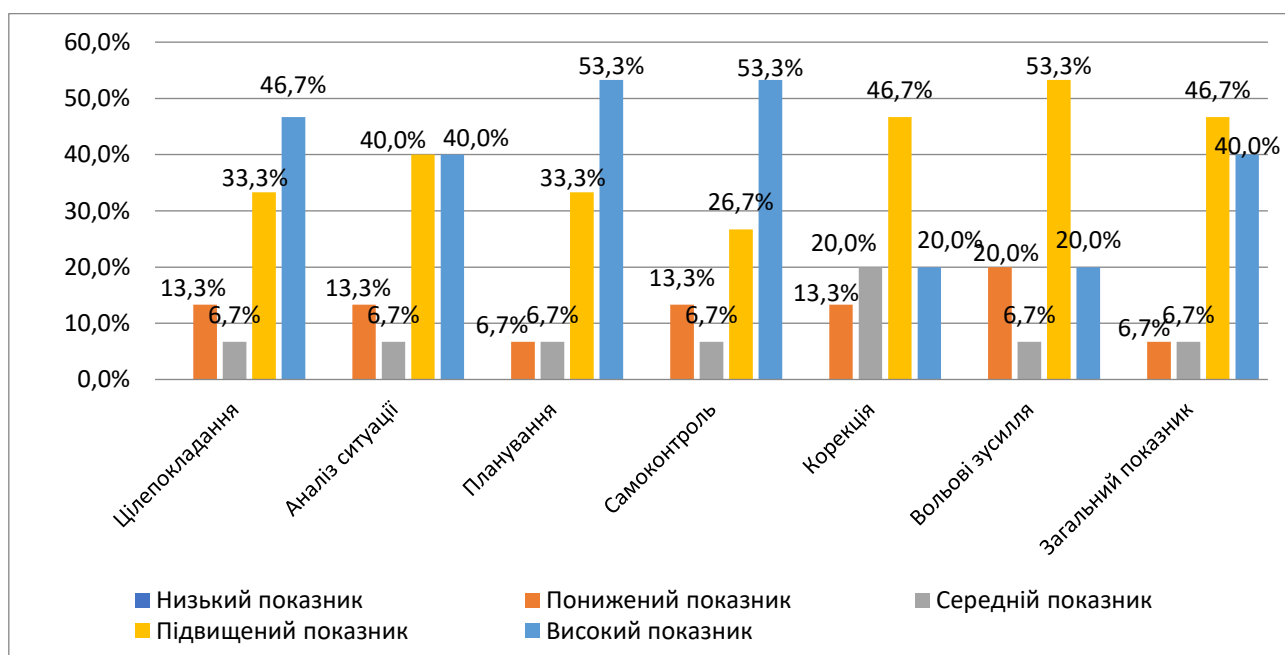


Рис. 2.1. Групові результати за методикою «Діагностика особливостей самоорганізації» (%)

За допомогою рисунка 2.1 було з'ясовано, що 13,3% респондентів мають понижений рівень за шкалою «Цілепокладання». Це означає, що такі досліджувані не характеризуються вмінням ставити перед собою адекватні цілі, у них є труднощі з їх визначенням та втіленням у життя.

6,7% вибірки отримали середній рівень за даною шкалою, що говорить про їх помірну здатність ставити перед собою цілі. Можливо труднощі у них виникають на етапі утримання цілей або ж вони ставлять перед собою мету, яка на даний момент не є реалістичною.

33,3% і 46,7% респондентів характеризуються підвищеним та високим рівнями відповідно. Тож, такі особистості вміють обирати прийнятні для себе цілі, а також створюють ефективну стратегію для їх досягнення.

За шкалою «Аналіз ситуації» 13,3% вибірки властиві понижені показники. Це означає, що такі особистості не вміють або взагалі не намагаються аналізувати обставини, які виникають в процесі досягнення цілей. Це може значно перешкоджати втіленню цілі у реальність, адже такі індивіди не можуть вчасно скоректувати свою поведінку в залежності від змін ситуації.

Для 6,7% характерний середній рівень здатності до аналізу ситуації. Тож, вони намагаються враховувати різні чинники, що можуть перешкоджати досягненню цілей, проте або їх прогнозування не завжди виявляється вдалим, або вони не намагаються проаналізувати ситуацію з усіх сторін.

По 40% досліджуваних отримали підвищений та високий рівень здатності до аналізування ситуації. Тобто, такі індивіди враховують усі аспекти можливого розвитку подій у процесі досягнення мети та змінюють план дій при виникненні непередбачуваних труднощів, вони аналізують причини виникнення ситуації, яка заважає втілити ціль у життя та намагаються створити умови, що дозволяють добитися цілі з мінімальними витратами часу та зусиль.

Показники за шкалою «здатності до самоуправління» «рівня самоорганізації», «самокорекції», «особистісної готовності до змін» (*PCRS*) та інші представлені у додатку Б.

Таким чином, ми вирішили зосередити наше дослідження на програмі,

спрямованій на аналіз управлінської діяльності керівного складу та організаційної культури в Державній установі «Інститут серця». Це було здійснено з використанням аналітико-діагностичних методик, оціночних критеріїв, які визначають характеристики управління в установі, підходи до моделювання та експертної оцінки.

Управління, управлінська діяльність, процес управління, управлінська праця – це творчі професійні дії та окремий вид мистецтва, що вимагає від керівника використання сучасних підходів до менеджменту, зважаючи на специфіку та особливості сфери управління, а також особистість керівника та його підлеглих.

За результатами дослідження було визначено, що в керівника медичної установи: базова освіта медична з наявністю післядипломної освіти на тематичних кур-сах за управлінською тематикою; спеціальна підготовка перед призначенням на не передувала; відсутня атестаційна категорія з організації та управління чи нау-кових основ управління (*менеджменту*); високий авторитет і повага серед фахівців і пацієнтів; творча наснага; амбітність за НОВО-ХАО; інтелігентність; людяність; комунікаційна етичність та ін.

У ДУ «Інститут серця» залучена переважно сегрегативна система управління – адміністративна (*ієрархічна*), з елементами демократично-ліберальних відносин, яка має свої позитивні й негативні сторони. Так, до позитивних складових сегрегативної системи управління можна віднести її переваги:

1. Достатньо логічно відпрацьована інфраструктура, де чітко визначені й розподілені між працівниками їх функції чи обов'язки та відповідальність.
2. Традиційна процедура прийняття рішень рішення, переважно нормативно-правові акти, яка прийнята в державних владних і комунальних структурах, відповідно до стану і змін у об'єкті управління або характеру ситуації, що склалася.
3. Звичний та зрозумілий ієрархічний командний ланцюг.

До негативних складових сегрегативної системи управління
можна віднести:

1. Бюрократизація процесу, який орієнтований на тактику затримки прийняття нормативних актів, прикрашення реального стану, практику замилювання очей, перекладання відповідальності на посадовців нижчого рівня, ускладнення службо-посадових стосунків

2. Переважно логічне мислення з визначальною для підлеглих точкою зору керівника, вертикальний поділ влади та прав пригнічує, а не сприяє творчій ініціативі, службовому натхненню, самобутності співробітників, оскільки всі рішення носять суто кабінетний характер, приймаються згори з ігноруванням колективного розуму.

3. Наявні труднощі та суб'єктивні бар'єри в внутрішніх комунікаціях посадовцями різних рівнів ускладнюють ділові стосунки.

Незважаючи на модель або систему управління, як і типи й механізми управління, що залучені в практичній діяльності (*адміністративна чи ліберально-демократична*), мають систематично удосконалюватися. Рекомендації та вимоги сучасного менеджменту зводяться до комплексного підходу, котрий передбачає акцентування уваги й розв'язання на практиці таких проблем, як організація системи, методи, функції, культура й техніка управління.

З метою проведення порівняльної складена таблиця за методом колективної дискусії за участю студентів-магістрів, які проходили переддипломну практику в Державній Установі "Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України (*табл. 2.10*).

Таблиця 2.10

Порівняльна характеристика моделей управління за організаційно-аналітичними критеріями

Адміністрування	Модель	Менеджменту
Адміністративно-командний	Стиль	Демократично-ліберальний
Прямий	Шлях управління	Опосередкований
Лінійний, прямого підпорядкування	Тип управління	Змішаний, функціональний
Ієрархічна	Система управління	Сегрегативна
Бюрократичний	Управлінська діяльність	Процесний

Продовження табл. 2.10		
Визначається нормативно	Структура МЗ/МУ	Організовується на засадах системності
Об'єкт впливу	МЗ/МУ	Об'єкт управління
Фрагмента, формальна	Робота з кадрами	Комплексна, системна
Не застосовується	Системний підхід	Застосовується
Обмежене	Пакетне управління	Розповсюджене
Нормативне	Залучення до управління співробітників	Демократичне
Обмежено	Сприяння кар'єрі	Поширено
Призначають	Керівника	Обирають
Поширений	Відомчий етатизм	Відсутній
Нормативні акти	Накази/розпорядження	Управлінські рішення
Ситуаційний	Термін на посаді	Визначений
Розподіл за посадами, ієрархією	Диференціація співробітників АУ на службово-посадові групи	Диференційований на чотири групи
Відсутній	Наказ по управлінню кадрами/персоналом	Обов'язковий
Підрозділи за функцією	Блок наукового регулювання	Система інформаційного забезпечення
Обмежене	Делегування повноважень, влади	Широке
Службово-посадовими документами	Визначення обов'язків	Статутом, Положенням про СУ, делегованими функціями
Ігнорується	Підлеглисть за числом Мюлера	Дотримуються
Ні, процедура візування	Дотримання технології прийняття рішень теорією раціональності	Так
Виключено	Використання методів колегіальності при прийнятті рішень	Застосовується за методами "мозкового штурму", "шести капелюх", "ділової гри"

Відповідно до матеріалів таблиці 2.10 різниця у принципах і підходах забезпечення діяльності за моделями "Адміністрування" і "Менеджмент" принципів. Такі поняття сучасного менеджменту як система, системний підхід, процес управління, холократія, комплексний і функціональний підхід, делегування повноважень, "мозкового штурму", "шести капелюх", "ділової гри" та інші за адміністративною практикою не зустрічаються.

До проблеми «організація системи» входять наступні напрямки:

- набір компонентів, необхідних для функціонування;
- функціональний зв'язок і взаємодія між системними компонентами;
- визначення внутрішньої інфраструктури;
- розв'язання питань стосовно динамічності діяльності системи (*нові методики і методи, реорганізація структури*);
- забезпечення комунікацій;
- використання та примноження накопиченого досвіду роботи за новими умовами функціонування системи [1].

Друга управлінська проблема (*методи управління*) передбачає удосконалення всього спектру залучених практиці управлінських методів.

Функції управління – це управлінська проблема, яка визначає змістовність діяльності системи і включає в себе: цілевизначення, організацію, координацію, ухвалення управлінського рішення, планування, регулювання, доорганізацію, контроль, роботу з кадрами, мотивацію, лідерство, адміністрування, представництво й заключення міждержавних угод.

До управлінських проблем відносяться культура й техніка управління, які визначають вимоги відповідно до кваліфікації, стилю керівництва, умовам праці, автоматизації діяльності та забезпечення управлінської конфіденційності тощо [1].

В управлінській практиці Державної установи «Інститут серця» існують різні проблеми, але вони є фрагментарними за своєю суттю.

Медична установа, розглядаючи її як динамічну і цілісну соціальну систему, повинна дотримуватися принципів організованості на основі методології теорії управлінських систем та принципу системності, використовуючи системний підхід за шістьма аспектами. Як управлінська система, медична установа включає в себе різні функціонально-структурні компоненти:

1. Апарат управління: це включає посадових осіб і управлінський персонал, які відповідають за рішення, планування та координацію всіх функціональних підрозділів та контролюють фінансову діяльність установи.

2. Об'єкт управління, колектив: це сама медична установа, включаючи інфраструктуру, персонал, фінанси, матеріально-технічне забезпечення та процеси надання кардіологічних послуг.

3. Інформаційно-аналітичний відділ, як блок наукового регулювання: це відділи та служби, що ведуть збір, обробку та аналіз інформації, розробляють нові методики лікування та забезпечують впровадження клінічних досліджень для покращення кардіологічних послуг.

Аналіз документальних форм та звітів показав, що ці компоненти взаємодіють для забезпечення управлінської діяльності, а систематичний моніторинг всіх медико-організаційних процесів спрямований на покращення кардіологічних послуг та досягнення цілей медичної організації. Суб'єкт управління або апарат управління в структурному відношенні передбачає диференціацію за чотирма функціонально-посадовими групами, що виконують різні управлінські функції та операції для забезпечення ефективної діяльності установи.

Суб'єкт управління/апарат управління у структурному відношенні передбачає диференціацію його за чотирма функціонально-посадовими групами група (*формальна*) – особи, які виконують: головні управлінські функції й операції; допоміжні управлінські функції та операції; додаткові управлінські функції та операції; опосередковані функції управлінській діяльності [1, С.338; 19].

Слід відзначити, що в обраному медичному закладі відсутня диференціація апарату управління на групи. При аналізі якості та ефективності управлінської діяльності Державного установи «Інститут серця», пов'язаної з прийняттям та впровадженням управлінських рішень (УР), виявлено наступне:

- УР, які приймаються в медичному закладі, є різноманітними за своєю природою;
- теорія раціональних рішень не використовується під час підготовки УР;
- зазвичай колектив не бере участь у обговоренні проекту УР;
- при розробці УР найбільше використовується інформація передового досвіду, а найменше – наукова та директивно-відомча інформація;

- при розробці УР формулюються завдання, але вони не диференціюються на проблеми;

- підготовча робота перед виконанням УР зазвичай проводиться на ділових нарадах;

- проект УР готує і затверджує апарат управління, а керівник затверджує;

- УР в структурному відношенні містить всі необхідні компоненти.

Під час дослідження II технологічно-функціональної фази управлінського процесу виявлено відсутність загального та особистого плану реалізації УР.

У ході дослідження III та IV технологічно-функціональних фаз управлінського процесу виявлено, що:

- проводиться певна реструктуризація системи з урахуванням специфіки прийняття рішень на етапі підготовки до виконання;

- при реструктуризації системи використовується адміністративний підхід;

- планові регулюючі заходи частково включаються до плану реалізації УР;

- збори та ділові наради використовуються як види регулюючих заходів;

- процедура виконання рішень колегіальних органів або ділової наради здійснюється за допомогою наказу або розпорядження.

У V технологічно-управлінській фазі для Державної установи «Інститут серця» характерні такі риси:

- використання направляючого та фільтруючого контролю;

- дотримання окремих вимог під час застосування всіх видів контролю;

- відсутність програм перевірки виконання робіт за розділами;

- відсутність інструктивно-методичних рекомендацій щодо методів та технології планування та проведення контролю виконання;

- відсутність регламентації контролюючих заходів.

Узагальнено можна сказати, що управління та управлінська діяльність персоналу ДУ «Інститут серця» виробляються на підставі емпіричних методів, дотримуючись сучасних стандартів менеджменту.

2.3. Аналіз організаційної культури впливу її механізмів на управлінську діяльність

Оцінка організаційної культури (ОК) здійснювалася відповідно до розробленої методології кафедрою менеджменту охорони Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, а також з використанням формування «культурної мережі» за методологією Gerry Johnson, Kevan Scholes, Richard Whittington [54]. Цей підхід включав аналіз місії організації, визначення стратегії, основних цілей і цінностей (пріоритетів, принципів, підходів, норм і бажаних зразків поведінки, а також символів, систем контролю, управлінської та владної структури, структури організації).

Також застосовувалась методологія визначення типів культури за Р. Акоффа, згідно з якою в об'єкті дослідження виявлений консультативний тип культури, що характеризується високою залученістю працівників до встановлення цілей, але низькою залученістю до вибору методів для досягнення поставлених цілей [55].

За класифікацією М. Бурке, організаційна культура ДУ «Інститут серця» може бути описана як «велика плантація», що поєднує в собі ієрархічні рівні та централізовану координацію з децентралізованим управлінням. Значущою особливістю є адаптація до змін довкілля, досягнута завдяки наявності горизонтальних зв'язків і гнучкості персоналу [55], представленій у вигляді горизонтальних колін, описаних у розділі 2.

За класифікацією Ч. Хенді [56], це «рольова культура», де функціональні обов'язки та посади взаємодіють в ієрархічній системі. Діяльність закладу базується на системі правил, процедур і стандартів, що забезпечує її ефективність.

Специфіка організаційної культури ДУ «Інститут серця» описується наступним чином:

1. Місія: надання спеціалізованої кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню з урахуванням доступності для кожного та з концепцією «клініка повного циклу».

2. Цінності: прозорість ціноутворення, доступність, якість, інноваційність, професіоналізм.

Цінності та відповідні дії, відображені через їх застосування, проймають всі рівні організації, включаючи як генерального директора, так і молодший медичний персонал. У ДУ «Інститут серця» ключовими катализаторами розвитку нових стратегій є нові працівники, інноватори та співробітники підрозділу зовнішньоекономічної діяльності.

Під час аналізу організаційної культури медичної установи виявлено ряд проблем, таких як дублювання функціональних обов'язків кількома менеджерами середнього рівня в різних підрозділах, відсутність стандартів відповіді на листи та телефонні дзвінки, мікроменеджмент та відсутність системного контролю зі сторони керівників підрозділів. Цікавою рисою є різна адаптивність до змін у різних підрозділах. Загалом, згідно із проведеним аналізом, більшість співробітників та їх підрозділів позитивно ставляться до нововведень, особливо якщо ці зміни сприймаються як однозначні.

Важливо відзначити, що у ДУ «Інститут серця» у всіх підрозділах спостерігається позитивне ставлення до диджиталізації, зменшення паперового документообігу, електронної звітності та можливостей дистанційної роботи.

Медична установа визначає свою ідентичність через ряд символів, включаючи квітку зеленого кольору, специфічний дизайн сайту та маркетингових матеріалів, сині медичні халати персоналу, галстуки адміністраторів та касирів, простий зовнішній дизайн клініки, використання електричних машин для службових перевезень, гендерна рівність на керівних посадах, різні логотипи та веб-сайти для зовнішньоекономічної діяльності тощо.

Ці символи віддзеркалюють місію та цінності установи, а також вказують на доступність медичних послуг для середнього рівня населення та оптимальний вибір для всієї сім'ї, зокрема через розташування філій у спальних районах Києва та передмістях. Це також свідчить про високий рівень компетентності у стратегічному плануванні роботи керівництва та колективу медичної установи на зовнішніх ринках медичного туризму.

У ДУ «Інститут серця» також існують традиції та правила, такі як чітке дотримання робочого часу, підкреслення субординації, ініціативність та погодження нових видів діяльності, листування замість особистих зустрічей чи телефонних дзвінків, відсутність демонстративних ритуалів висловлення подяки та низький рівень визнання.

Системи контролю, що використовуються в ДУ «Інститут серця», включають посадові інструкції, внутрішні регулюючі документи, стандарти оперативної процедури (СОП), та операційні мануали. У деяких підрозділах застосовується система ключових показників ефективності (KPIs), визначених термінів виконання завдань та конкретних цілей.

Висловлення опитаних працівників свідчить, що присутність статуту, місії та цінностей допомагає їм у прийнятті важливих рішень в умовах невизначеності. Це важливо, оскільки не завжди оголошені цінності та місія відображають реальний підхід організацій, включаючи заклади сфери соціального медичного обслуговування (СМДН). Регулярні внутрішні аудити допомагають оцінити ефективність роботи систем та вносити корективи за необхідності.

Серед інформаційних систем контролю в ДУ «Інститут серця» використовують ЕСОЗ через МІС і окрему CRM для відслідковування маркетингових ініціатив та ефективності відділу продажів, включаючи зовнішньоекономічний сектор та клінічні дослідження.

Підсумовуючи результати дослідження, виділено ключові аспекти організаційної структури, які є важливими в контексті аналізу культури.

У ДУ «Інститут серця» існує комплексна ієрархічна структура діяльності, комбінована схема управління, включаючи елементи соціократії та холократії. Хоча існує культура толерантності до ініціатив та відкритості до ідей у керівництві та серед співробітників, інші аспекти віддані законам субординації в рамках стратегічних завдань та щоденної практики.

Дослідження виявило наявність субкультур, що формуються в СМДН, особливо в межах одного підрозділу. Формальні лідери мають домінуючий

вплив на поведінку співробітників та визначають характер поведінки персоналу та їх реакції. Розглядаючи вплив формальної влади, можна визначити, що в ДУ «Інститут серця» посада та місце в ієрархічній системі визначають ступінь впливу. Чим вище посада, тим сильніший вплив, незважаючи на рівень професійності.

Позитивною рисою є те, що в установі інформація та знання вважаються високоцінними і служать елементом управління. Взаємодія з неформальними групами та командами підтверджує, що командний дух та уміння працювати в команді є значущим фактором впливу на різних рівнях організації, зокрема у сфері СМДН. У ДУ «Інститут серця» діє комплексна ієрархічна структура управління, що об'єднує елементи соціократії та холократії.

Загалом спостерігається культура, сприйнятлива до ініціатив і відкрита до ідей, як у вищих керівників, так і серед персоналу. Однак інші аспекти діяльності установи чітко підпорядковані принципам субординації в процесі вирішення стратегічних завдань та щоденних практик. Цікавим відкриттям під час дослідження є існування субкультур, що формуються в СМДН, переважно в межах одного підрозділу. Однак формальні лідери мають визначальний вплив на поведінку співробітників та формують характер їх реакцій.

Аналізуючи поведінку команд та фактори впливу, можна зробити висновок, що формальна влада в ДУ «Інститута серця» служить запорукою впливу та його масштабу. Посада та місце в ієрархічній системі визначають ступінь впливу, при чому чим вище посада, тим сильніший вплив, незалежно від рівня професіоналізму.

Слід відзначити, що бюрократизація процесів є внутрішньою ініціативою та не викликає відторгнення серед працівників, проте вона може стати перешкодою під час стратегічних змін. Нерівномірний рівень доступності до інформації та обмежена можливість отримання регулярного фідбеку є областями, які вимагають уваги та вдосконалення.

Отже, узагальнюючи вищезазначені аспекти, можна виокремити парадигму ДУ «Інститут серця»:

- різноманітність груп виступає як позитивний фактор готовності до змін; експертність є цінним ресурсом медичної установи та підґрунтям для впровадження нових стратегій;

- рівень готовності до ризику та активних змін різноманітний у різних підрозділах, з високою мірою ригідності в деяких випадках;

- ієрархічність та бюрократизація процесів проявляють високий рівень толерантності та можуть стримувати готовність працівників до ініціативи;

- мікроменеджмент та перші зміни в системі контролю визначають точки росту організації на шляху до стратегічних змін.

Висновки до розділу

1. Встановлено, що управлінська система ДУ «Інститут серця» знаходиться у процесі трансформації. Застосована комбінована ієрархічна система управління, що базується головним чином на лінійних відносинах управління, не відповідає сучасним стандартам управління та може лише частково відповідати вимогам ефективного управління медичною установою в умовах великої невизначеності оточуючого середовища. Тому розглядається доцільність впровадження ліберально-демократичних методів управління з розробкою пакетів заходів, які враховують специфіку завдань, проблем чи ситуацій.

2. Виявлено, що в ДУ «Інститут серця» існують необхідні умови та можливості для розширення спектру медичних послуг з метою привертання більше пацієнтів, і детальна працювання маркетингової стратегії медичного закладу є доречною.

3. Слід відзначити, що нові методи та схеми управління, що впроваджуються в ДУ «Інститут серця», відображаються у фінансових показниках, зокрема в чистому фінансовому результаті, який збільшився на 21,3 рази порівняно з 2021 роком. Це є суттєвим покращенням порівняно з попереднім роком, свідчачи про стабільний та прибутковий розвиток установи.

4. З'ясовано, що операційна діяльність ДУ «Інститут серця» керується комбінованою схемою управління, яка містить елементи демократичного стилю, проте сучасні методи та механізми управління не завжди адаптовані

належним чином та не відповідають стандартам світової практики, перевіреним досвідом передових медичних систем світу.

5. З'ясовано, що за аналітично-діагностичними методиками «Діагностики особливостей самоорганізації» більша частина респондентів характеризуються підвищеними або високими результатами за усіма шкалами, тоді як жоден член вибірки не проявляє низьких показників.

6. Встановлено, що виявлення впливу здатності до самоменеджменту на особистісну готовність до змін працівників ДУ «Інституту серця» був встановлений нормальний тип розподілу за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова, а зв'язки кореляційно значимі, що дозволило сформулювати моделі регресії за 6 моделями з такими залежними змінними готовності до змін – «Пристрасність», «Винахідливість», «Оптимізм», «Сміливість», «Адаптивність» та «Впевненість».

7. Організаційна культура в ДУ «Інститут серця» сформована на основі цінностей та місії, визначених організацією, але в ній спостерігається виражена бюрократизація процесів та акцент на процесах, а не на результатах. Згідно з типологією, можна віднести її до консультативного, рольового типів та за класифікацією М. Бурке – «великих плантацій». Для ефективної реалізації стратегічних цілей необхідно, щоб організаційна культура та управлінський апарат були гнучкими та вміли адаптуватись до змін у бізнес-середовищі, враховуючи не лише ринкові відносини, але й зміни, які відбуваються в ході медичної реформи та умовах воєнного стану.

РОЗДІЛ 3

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ДУ «ІНСТИТУТ СЕРЦЯ МОЗ УКРАЇНИ»

3.1. Підходи оптимізації управлінській діяльності менеджерів

Системне забезпечення зростаючих потреб населення в якійсній та доступній кардіологічній та кардіохірургічній допомозі вимагає й системного на постійній основі вдосконалення механізмів і методів управління медичною установою, оптимізація управлінської діяльності на всіх ієрархічних рівнях, постійного оновлення процесу управління за умов трансформаційних процесів, які відбуваються в СМДН. Цьому сприяють і наростаючі вимоги до якості та безпеки медичної допомоги, що супроводжується постійним контролем та оптимізацією управлінських процесів/праці посадових осіб щодо забезпечення високих стандартів надання/отримання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги чи послуги. Звідси слідує, що удосконалення управлінської складової в роботі менеджерів в СМНД стає вкрай надзвичайно актуальним завданням, яке вимагає постійної уваги, зусиль, знань і навичок сучасного менеджмента.

Процес управління у менеджменті конкретної організованої системи здійснюється з прийняттям управлінського рішення за конкретною ситуацією з метою її розв'язання. Це ключова, визначальна управлінська операція [57].

Процесом управління за технолого-функціональним підходом в медичній галузі передбачається використання сукупності принципів, функцій, методів і механізмів з орієнтацією їх використання на оптимізацію технологічних процесів та функціональних завдань у системі. Цей підхід передбачає цілеспрямовану діяльність керівника та апарату управління на постійній основі, аналіз ситуації і стану справ, прийняття і реалізацію управлінських рішень, професійного системного організаційного моделювання, а також планування, моніторинг виконання завдань, впровадження та контроль за впровадженням нових технологій та методів управління та інше.

Такий підхід дозволяє забезпечити постійне удосконалення управління на

рівні медичної установи, наприклад, ДУ “Інститут серця”, за технологічними й функціональними складовими чи фазами [1], їх особливостей і можливості залучення на практиці. Так, 1 технолого-функціональна фаза – це підготовка, затвердження управлінського рішення.

Управлінське рішення виступає у вигляді нормативно-правового акту за посадовим статусом, або колегіальної, узгодженої дії [1].

Розробка та ухвалення управлінських рішень є не тільки ключовою функцією керівника, яка визначає у подальшому весь хід процесу управління, а складний процес, який включає в себе декілька особливостей:

1. Повноцінного інформаційного забезпечення з відповідним аналізом зібраної та обробленої інформації. Це може включати в себе аналіз ринку, конкурентів, внутрішніх процесів медичної організації та інші аспекти, які можуть вплинути на вид і характер рішення.

2. Врахування ризиків: при ухваленні управлінських рішень необхідно враховувати потенційні ризики та негативні наслідки, які можуть виникнути в результаті прийнятого рішення. Це допомагає зменшити ймовірність негативних наслідків та підготувати план дій для їх уникнення або зменшення.

3. Залучення зацікавлених сторін: при ухваленні управлінських рішень важливо враховувати інтереси всіх зацікавлених сторін, таких як стейкхолдери, пацієнти, співробітники та інші. Це допомагає позитивно сприймати рішення та забезпечує підтримку з боку всіх зацікавлених сторін.

4. Гнучкість: управлінські рішення повинні бути гнучкими та адаптивними до змін у зовнішньому середовищі. Це означає, що медичний заклад повинен бути готовим до швидких змін та коригувань у прийнятих рішеннях та ін.

Врахування цих особливостей допомагає забезпечити. Визначено, що управлінська система ДУ «Інститут серця» перебуває у процесі трансформації. Застосована комбінована ієрархічна система управління, заснована переважно на лінійних відносинах управління, не відповідає актуальним стандартам управління та може лише частково задовольняти вимоги ефективного

управління медичною установою в умовах високого ступеня невизначеності навколишнього середовища. Тому розглядається можливість впровадження ліберально-демократичних методів управління з розробкою пакетів заходів, що враховують специфіку завдань, проблем чи ситуацій.

Виявлено, що операційна діяльність ДУ «Інститут серця» керується комбінованою схемою управління, що включає елементи демократичного стилю, проте сучасні методи та механізми управління не завжди належним чином адаптовані та не відповідають стандартам світової практики, які підтверджені досвідом передових медичних систем світу.

Для успішної реалізації стратегічних цілей необхідно, щоб організаційна культура та управлінський апарат були гнучкими та вміли адаптуватись до змін у бізнес-середовищі, враховуючи не лише ринкові відносини, а й зміни, що відбуваються в ході медичної реформи та умовах воєнного стану.

Відомо, що вищезазначені моделі управлінського прийняття рішень не завжди є оптимальними для вирішення завдань, особливо в контексті проблемних чи нестандартних ситуацій. У таких випадках доцільно застосовувати колективний пошук рішень, що включає участь широкого кола учасників та дозволяє ознайомитися з різними точками зору.

Серед ефективних методів можна виділити «мозковий штурм», колективне обговорення, голосування «за-проти», ділову гру, групову динаміку та ситуаційний аналіз. Зокрема, метод колективного обговорення та дискусії визначається як найбільш демократичний, оскільки враховує колективну думку та протиставляється ієрархічним структурам управління. Також ефективним вважається метод «за-проти», де формується журі експертів.

Метод ділової гри виявляється корисним в складних ситуаціях, які потребують участі різних підрозділів та організацій, і полягає в груповій імітації конкретної ситуації для розробки управлінського рішення. Серед методів колективного творчого пошуку можна відзначити конференцію ідей та колективний блокнот.

Окрім цього, в процесі розробки та ухвалення УР можна використовувати

індивідуальний вибір альтернатив, активацію творчого пошуку та обґрунтування. Використовуючи системний підхід та знання про управлінський процес, можна побудувати модель і визначити оптимальну стратегію і тактику.

У сучасній управлінській практиці рекомендується дотримуватись дванадцяти етапів технології роботи над управлінськими рішеннями, аналогічних медичним технологічним процедурам, наприклад, лікаря (рис. 3.1, табл. 3.1) [5].

Відповідно до порівняльної характеристики (див. табл. 3.1) методики прийняття формулювання мети до отримання певних кінцевих результатів. А тому мета (рівень стратегічний) конкретизуються керівником переліком завдань, як напрямими діяльності системи чи виконавця, і які є нагальними стосовно тактики її розв'язання. Це тактичний рівень виконання – рівень заступників.



Рис. 3.1 Етапи технології роботи над управлінськими рішеннями

Таблиця 3.1

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

<i>№ з/п</i>	<i>У менеджменті</i>			<i>У медичній практиці</i>		
1	Мета (оптимальні результати діяльності)			Мета (здоров'я пацієнта)		
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</i> 1.1	<i>Причина проблеми</i> 1.2	<i>Причина проблеми</i> 1.3	З'ясування умов праці, проживання, харчування, емоційного стану, типу нервової системи, спадкових й супутніх захворювань тощо. Уточнення причин захворювання	Виявлення генетичної залежності, відхилень у функціонування органів і систем, кризові явища тощо. Уточнення причин захворювання	Уточнення/ підтвердження клініко-діагностичних позицій попереднє діагностування стану пацієнта тощо. Уточнення причин захворювання
5	Підготовка варіантів УР (<i>мінімум 2</i>)			Формування варіантів попереднього діагнозу		
6	Вибір оптимального УР (за проблемою, завданням, метою)			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		

Дослідження управлінської системи ДУ «Інститут серця» вказує на відсутність диференціації завдань на проблеми в рамках 12 етапів технологій роботи над управлінськими рішеннями.

Ключовою фігурою у прийнятті УР, звичайно, виступає того чи іншого ієрархічного рівня моделі управління. Але для лідерських ролей в управлінській діяльності посадовці, як і співробітники, мають відповідати формулі чи правилам-вимогам за «11 само-» (рис. 3. 2).



Рис. 3.2. Критерії-ознаки самоменеджменту керівника-менеджера

З рис. 3.2 слідує, що ось ці дванадцять критерії-ознаки керівника-менеджера визначають його людську властивість бути самим-собою, формують особисте «Я», власне “его”, тобто свій самоменеджмент, як одну з обов’язкових похідних і складова претендентства на управлінську або медичну посаду.



Рис. 3.3. Основні вимоги до сучасного керівника-менеджера

Аналіз управлінської проблеми надає відповіді, які визначають обмеження, що впливають на корекцію дій, та критерії, за якими слід оцінювати альтернативні варіанти управлінських рішень. Обмеження можна класифікувати за такими групами:

- ресурси, такі як фінанси, кадри, технології, обладнання, матеріали, час і т.д.; властивості ресурсів, такі як природні, технологічні, технічні, інформаційні і інші; чинники, такі як соціально-культурні, економічні, політичні, психологічні, етичні норми, закони та інше [1].

Для ефективного функціонування управлінської системи за принципами сучасного менеджменту важливим є етап диференціації завдань на проблеми.

Планування реалізації управлінських рішень (ПРУР), як друга фаза процесу управлінської діяльності, передбачає розробку механізмів їх виконання.

Один з таких механізмів – це розробка та затвердження плану реалізації управлінського рішення, що є основою другої технологічно-функціональної фази процесу управління, з управлінським плануванням у центрі уваги [1, 19, 57].

План реалізації управлінських рішень дозволяє розчленувати загальну програму дій на окремі групові та індивідуальні завдання виконавцям з урахуванням їхніх особисто-професійних якостей, можливостей, наявних ресурсів і засобів виконання, а також умов праці. У межах цієї фази реалізації управлінського рішення виконуються організаційні заходи, спрямовані на виконання визначених завдань у визначені терміни [1].

На практиці, загальний план реалізації рішень (ПРУР) складається з ряду компонентів, таких як пункт наказу та його зміст, заходи щодо виконання пунктів або вимог управлінських рішень (УР), відповідальна особа за їх виконання, терміни виконання, а також відмітки щодо повноти та вчасності виконання. Зазначимо, що ПРУР відрізняється від наказу, оскільки включає трудові та управлінські операції, необхідні для досягнення кінцевих результатів. Керівник вирішує питання, такі як хто, що, як, в якій послідовності виконує та взаємодіє з іншими, кому доповідає, хто контролює виконання роботи, узгоджує та затверджує терміни виконання та інші. Іншими словами, в ПРУР відображена технологія досягнення мети чи конкретних завдань [1, 57].

Для кращого контролю над виконанням завдань рекомендується, щоб всі виконавці, виходячи з загального ПРУР, розробляли особисті плани реалізації на конкретний період роботи. Подальший аналіз виконання кожного ПРУР проводився б на кінець року. В управлінській практиці ДУ «Інститут серця» існує аналогічний документ до загального ПРУР, що затверджується та підписується керівником, але особисті ПРУР відсутні як у керівника, так і у співробітників. З метою створення особистого плану керівника медичної

установи, ми пропонуємо загальну структуру плану (рис. 3.4), яку можна конкретизувати за допомогою конкретних заходів:

Структура особистого плану керівника структури

1. Аналіз стану справ, коректування та ухвалення рішень за розділами діяльності функціональних структур системи.
2. Керівництво та участь у плануванні роботи функціональних структур системи.
3. Регулювання діяльності структур системи.
4. Забезпечення заходів щодо контролю за діяльністю функціональних систем структури та особиста участь у ньому.
5. Робота з листами та заявами посадових осіб, співробітників, громадян.
6. Робота над постановочними питаннями перед вищими органами управління.
7. Преставництво й робота в виборних органах, громадських організаціях.
8. Робота над документами-інформацією зі "зворотним зв'язком".
9. Вивчення передового досвіду.
10. Науково-практична робота.

Рис. 3.4. Структура особистого плану керівника медичної установи

Діагностика процесу управління в ДУ «Інститут серця» дозволяє формулювати пропозиції та рекомендації з удосконалення інструментів та методів управління на рівні керівника медичної установи.

1. Пропонується впровадити колективні методи прийняття рішень, такі як метод колективного обговорення, дискусії, метод «ділової гри» та метод «мозкового штурму», які визначаються як найбільш актуальні та ефективні для даного медичного закладу.

2. Також пропонується включити етап диференціації завдань на проблеми для більшої конкретизації завдань за напрямками діяльності. Це диференціювання дозволяє досягти кількох переваг:

- ефективність – дозволяє керівникам зосереджуватися на конкретних проблемах та швидко знаходити оптимальні рішення для кожної з них;

- гнучкість – різноманітність завдань дозволяє керівникам використовувати різні методи та підходи у вирішенні проблем, що підвищує гнучкість управлінського процесу;

- оптимізація ресурсів – диференціювання дозволяє ефективно використовувати ресурси, оскільки кожне завдання може бути розподілене між різними командами або спеціалістами в залежності від їхньої експертизи та навичок;

- покращення результатів – зосередження на конкретних проблемах допомагає досягти кращих результатів у вирішенні цих проблем, оскільки управлінські рішення стають більш точними та обґрунтованими.

3. Запровадження особистого ПРУР для працівників АУ.

4. Проведення ділових нарад на основі принципів сучасного менеджменту.

5. Запровадження завершального контролю реалізації управлінських рішень. Завершальний контроль при реалізації управлінських рішень виявляється ключовим етапом у процесі управління, оскільки гарантує правильність управлінських рішень, їх відповідність поставленим цілям.

Завершальний контроль важливий за таких причин:

3.2. Напрямки вдосконалення організаційної культури

Організаційна культура грає важливу роль у реакції співробітників на зміни і може бути ключовим фактором для успішної імплементації нововведень або, навпаки, стати перешкодою. Тому важливо систематично оцінювати ефективність та контролювати швидкість впровадження нових рішень в медичній установі.

Організаційна культура виступає конкурентною перевагою об'єкту господарювання в тій мірі, наскільки вона є загальноприйнятною, узгодженою, цілісною системою сприйняття, цінностей, підходів і визначень колективом підприємства. Сьогодні медичні організації постійно перебувають у пошуку нових інструментів управління з метою забезпечення підвищеної конкурентоспроможності в наданні медичної допомоги/послуги населенню. У ринкових умовах динамічність цих процесів наростає через ускладнення успішної конкуренції в традиційний спосіб.

Організаційна культура є ефективним стратегічним інструментом управління та має вагомий вплив на складові організації. Забезпечення ефективної діяльності медичної структури, реалізації її місії, стратегії та досягнення цілей вимагає адекватного, своєчасного та ефективного оцінювання тих чи інших показників діяльності. Зважаючи на тісний взаємозв'язок між стратегією, місією та організаційною культурою, наприклад ДУ «Інститут серця», виникає необхідність оцінити показники, що характеризують рівень організаційної культури та міру їх впливу на медико-організаційні та економічні показники діяльності установи.

В сучасному світі організаційна культура є важливою складовою управлінських систем. Зарубіжна практика свідчить, що структури, які розглядають її як об'єкт стратегічного управління, функціонують більш ефективно. На жаль, вітчизняні медичні підприємства не приділяють необхідної уваги організаційній культурі. Ринкова економіка дає можливість всім її суб'єктам ефективно розвиватись, проте в одних це виходить краще, а в інших гірше.

Однією із причин цього є те, що менеджери не вміють оцінювати організаційну культуру та, відповідно, її вплив на діяльність медичного закладу

чи установи. Менеджери витрачають чимало зусиль на дослідження причин невдач. Як результат виявляють проблеми неефективного менеджменту, низького самоменеджменту, недоліки кадрової роботи, управління персоналом, не ефективний моніторинг діяльності. Саме тому необхідно приділити увагу організаційній культурі, яка на даний момент перебуває на стадії формування у більшості українських підприємств. Особливої ваги ця проблема набуває для підприємств медичного призначення, оскільки ці заклади чи установи мають свою специфіку функціонування та роботи.

Пропозиції, щодо оцінки впливу організаційної культури на управління та діяльність керівників-менеджерів сформульовані на основі порівняльного аналізу ключових показників їхньої діяльності, які враховують завдання, поставлені в ДУ «Інститут серця».

Для оцінки потенційного впливу відомчої організаційної культури на ефективність управлінської діяльності конкретної медичної структури пропонується враховувати крім аспектів організаційно-управлінської, лікувально-діагностичної роботи, досягнення фінансової та матеріально-технічної стабільності, забезпечення прозорості та доступності медичної допомоги шляхом розширеного спектру спеціалізацій, постійного вдосконалення системи якості надання кардіологічної допомоги населенню стає доцільним вивчення та аналіз задоволеності пацієнтів та систему зворотнього зв'язку.

В цьому нагодю може стати метод Net Promoter Score (NPS, опитувальник) для визначення індексу прихильності чи лояльності пацієнтів до конкретного ОУ. За допомогою цього методу можливо здійснити: вивчення причин та вибору і віддачі пацієнтами своїх переваг перед конкурентами на ринку медичних послуг; виявлення причин потенційного ризику відтоку пацієнтів; оцінка ефективності рекламних заходів та програм лояльності; виявлення недоліків у роботі з пацієнтами та порівняння з показниками конкурентів; отримання інформації для розробки стратегії розвитку та зростання.

Дослідження підтвердило, що організаційна культура медичної установи різниться за функціонально-структурними підрозділами, проте має міцно

сформовану парадигму та транслює ключові принципи, цінності та мету ДУ «Інститут серця».

З метою ефективного управління організаційною культурою ДУ «Інститут серця» необхідно вміти установити вид організаційної культури, а також основні фактори, які впливають на неї. Важлива роль при цьому відводиться саме оцінюванню факторів впливу на організаційну культуру, що дозволяє виявити недоліки у розвитку організаційної культури та розробити рекомендації щодо їх усунення з метою забезпечення ефективної діяльності підприємства (рисунок 3.5) [60].



Рис. 3.5. Фактори впливу організаційної культури на діяльність

Згідно з рис. 3.5, факторами впливу організаційної культури на діяльність ДУ «Інститут серця» за місцем формування можуть бути зовнішні та внутрішні, котрі конкретизуються своїми вірогідними чи реальними складовими.

Організаційна культура формується в процесі спілкування і сумісного

вирішення проблем для досягнення єдиної мети керівника та групи однодумців. В результаті цих процесів виробляються власні цінності, критерії досягнення загальних цілей, правила і норми поведінки, форми взаємодії із зовнішнім середовищем. Тобто необхідною умовою для формування і розвитку організаційної культури є сумісна діяльність людей і наявність загальної мети.

При формуванні організаційної культури потрібно усвідомлювати, що необхідно створити умови, в яких відбуватиметься її постійний розвиток. Формування організаційної культури медичного підприємства складний і тривалий процес, який потребує розробки певного механізму, що поєднає внутрішні можливості формування організаційної культури із зовнішніми чинниками.

Одним з важливих елементів механізму формування організаційної культури є побудова чіткого алгоритму за яким відбуватиметься її становлення. Елементами механізму виступають: мета та цілі впровадження організаційної культури, місія, принципи, внутрішні та зовнішні фактори впливу, функції, суб'єкт та об'єкт організаційної культури. Механізм формування організаційної культури ДУ «Інститут серця» наведено на рис. 3.6 [60].

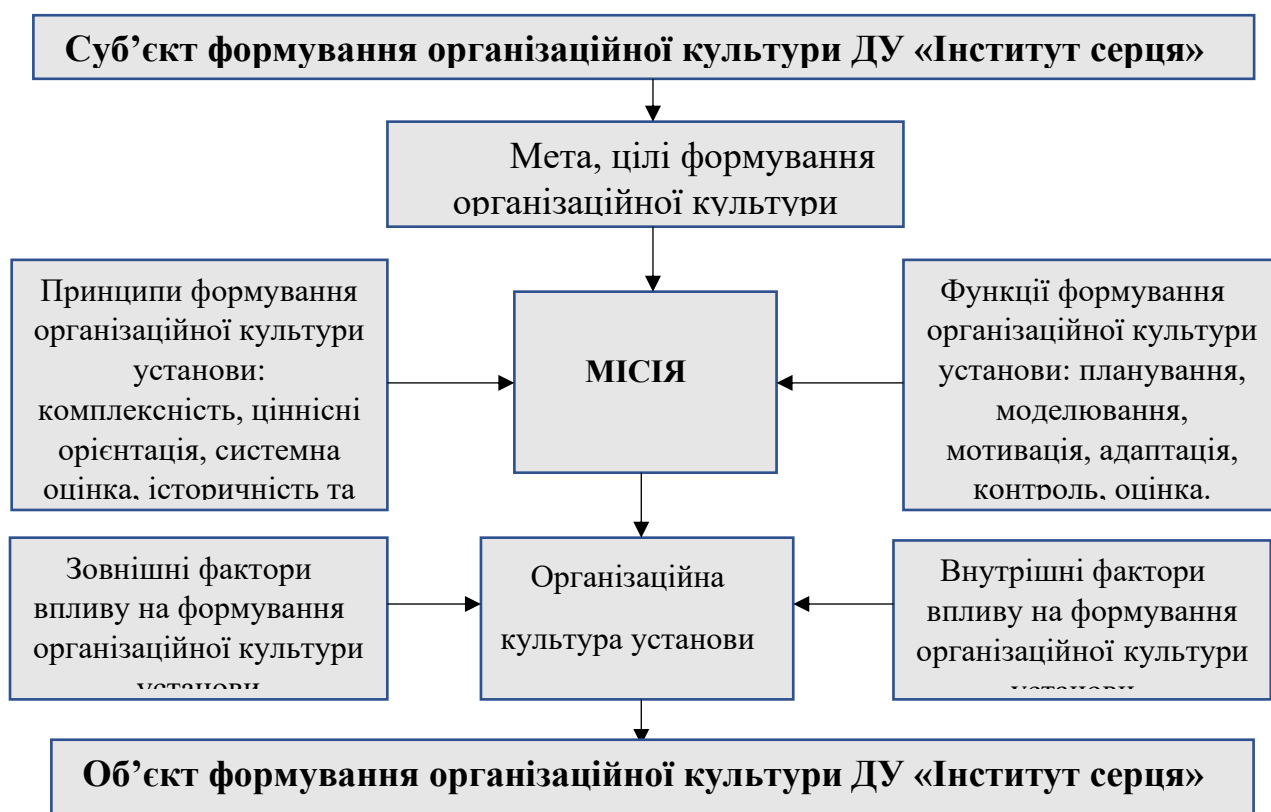


Рис. 3.6. Механізм формування організаційної культури ДУ «Інститут серця»

З рисунку 3.6. слідує, що формування організаційної культури медичної установи включає в себе мету, принципи та функції формування також внутрішні та зовнішні фактори формування. Розглянемо більш детально кожен з факторів. Отже, метою формування організаційної культури МУ є [60]:

- вдосконалення управління людськими ресурсами;
- виховання у працівників ставлення до медичної установи/закладу як до своєї другої домівки;
- розвиток здатності як в ділових, так і в особистих відносинах, спиратися на встановлені норми поведінки, вирішувати будь-які проблеми без конфліктів.

Для досягненні мети, необхідно дотримуватися до вимог процесу формування організаційної культури.

Щодо впливу факторів зовнішнього середовища, то вони характеризуються складністю, оскільки це середовище формує не один фактор, а їх сукупність. Взаємозв'язки між факторами проявляється в: певному ступені впливу одного фактору на інший; невизначеністю, яка впливає на методику прогнозування поведінки факторів і, відповідно, формування організаційної культури; динамічністю середовища, що характеризує рухливість факторів та різну швидкість впливу.

Внутрішні фактори доповнюють загальну картину залежності організаційної культури від різних чинників. Вони є наслідком стану внутрішнього середовища об'єкта управління.

Принципи теж несуть важливу ношу у формуванні організаційної культури. До них можна віднести вимоги до відображення в організаційній культурі уявлень про організацію з позиції теорії систем, тобто принцип системності та комплексності, а також значущим є принцип історичності.

Принцип нав'язування характеризується відмовою від примусового втручання або певного виду організаційної культури. Комплексність оцінки організаційної культури включає в себе поєднання різних методів оцінки. І звичайно необхідно приділяти увагу при визначенні цінностей, традицій та філософії організації.

До функцій формування організаційної культури можна віднести моделювання, реалізацію також адаптивну та інтеграційну функції.

Реалізаційна функція спрямована на втілення запланованого образу організаційної культури в життя із оптимальними затратами зусиль, часу та подолання опору персоналу до нововведень. Моделювання спонукає до впровадження різних напрямів розвитку медичної структури на основі факторів організаційної культури.

Інтеграційна функція передбачає комплекс чинників, таких як норми і зразки поведінки, ціннісні орієнтації і мову між різними структурними підрозділами об'єкта управління.

Адаптивна функція полягає у забезпеченні адаптації (приспосування) людини до зовнішнього середовища та на формування організаційної культури конкретного об'єкта управління.

Заключним етапом формування культури об'єкта управління є головний елемент його функціонування – колектив.

Процес формування організаційної культури медичної структури доцільно розглядати як комплекс трьох взаємодоповнюючих етапів (рис. 3.7):



Рис. 3.7. Етапи формування організаційної культури ДУ «Інститут серця»

Відповідно до рис. 3.7 до етапі формування організаційної культури стосовно ДУ «Інститут серця» можна віднести:

- оцінку поточного стану організаційної культури, її впливу на медико-економічні результати діяльності установи, її конкурентоспроможність, вплив організаційної культури на мотивацію та продуктивність праці персоналу, вплив організаційної культури на здійснення організаційних змін;

- формування плану розвитку бажаної організаційної культури, який буде направлений на зміну та вдосконалення існуючих характеристик організаційної культури;

- контроль та оцінка ефективності заходів, які направлені на вдосконалення організаційної культури. Кожен з цих етапів включає в себе певні підетапи.

Формувати організаційну культуру медичної структури доцільно природним шляхом, використовуючи уже існуючі надбання (прийняті традиції, цінності, зовнішні атрибути тощо), враховуючи особливості роботи установи. При цьому основних зусиль необхідно докласти до вибору технології, завдяки якій можна забезпечувати постійну активність та зацікавленість всього персоналу підприємства процесом формування організаційної культури.

Відповідно до структури в ДУ «Інститут серця» під час стратегічних змін слід враховувати наступне:

1. Зміни, як правило, є ключовим аспектом стратегії і часто важко впроваджуються через спадщину ресурсів та вже сформовану організаційну культуру. Тому пошук ефективних механізмів впливу на організаційну культуру є актуальною проблемою у сучасному менеджменті підприємств, зокрема в закладах СМДН;

2. Вплив культури на розробку та впровадження стратегії є прямим і постійним. Неправильна оцінка культури та її впливу може серйозно ускладнити процес впровадження стратегії та, відповідно, досягнення результатів медичної установи.

Отже, вибір механізму впливу або їх комбінації є завданням, що вимагає

унікального підходу та врахування як зовнішніх факторів (контексту), так і правильно визначених точок застосування.

Враховуючи вищенаведені отримані дані, основні проблеми, які були виявлені в організаційній культурі, вимагають системного підходу до вирішення. Для впливу на організаційну культуру в ДУ «Інститут серця» в контексті потенційних змін, необхідно розглянути впровадження ефективних механізмів і методів взаємодії та їх роль в управлінні, управлінській діяльності посадових осіб.

Щодо оптимізації інфраструктури та обов'язків управлінського персоналу, рекомендації мають на увазі: проведення реорганізації функціональних обов'язків для усунення дублювання в роботі; визначення чітких ролей та відповідальності для кожного співробітника з подальшою чіткою інформаційною комунікацією всередині організації; створення стійкої системи контролю ефективності та результативності; максимальне використання кількісних і якісних показників роботи там, де це можливо та доцільно; визначення ключових показників продуктивності для кожного підрозділу та співробітника; створення норм оцінки якісних показників, які будуть однозначно інтерпретовані та не призводитимуть до виникнення конфліктних ситуацій та інших непорозумінь.

Аналогічно за напрямками і змістом, рекомендації слід розробити для зміни мотиваційної системи, механізмів зворотного зв'язку, підходу до розповсюдження інформації, зниження бюрократизації та інших аспектів управлінської діяльності, спрямованих на спрощення службово-функціональних процесів та процедур у підрозділах і процесах, де це можливо.

Також важливо розглядати технологічні рішення для автоматизації рутинних завдань, враховуючи позитивну реакцію на діджиталізовані рішення, такі як шаблони повідомлень, внутрішнє спілкування, онлайн форми для збору зворотного зв'язку, повна інтеграція інформації про пацієнтів у МІС, додавання коментарів до карток пацієнтів.

3.3. Мотиваційний механізм розвитку працівників і підвищення ефективності управлінської діяльності

Для підвищення ефективності самоменеджменту працівників і управлінської діяльності у ДУ “Інститут серця” пропонується реалізація шести організаційно-методичних модулів концептуальної програми.

1. Науково-освітній модуль, визначений як удосконалений елемент моделі управління, представлений науковими підрозділами та навчальним центром вищої освіти. Удосконалений елемент включає навчально-практичний комплекс з функціонально-структурними підрозділами та операційними з відеосупроводом.

Така організаційна структура навчальної бази сприяє збільшенню можливостей отримання теоретичних знань та практичних навичок у сферах організаційно-управлінської, фінансово-економічної, правової та інформаційно-аналітичної діяльності, а також роботи з пацієнтами та участі в управлінському і лікувальному процесах.

Новаторські функції клінічних кафедр забезпечують реалізацію наукових досліджень та розробку інноваційних технологій, що стає основою для фундаментальних та клінічних досліджень в кардіології/кардіохірургії.

2. Модуль міжнародного співробітництва та обміну медичними технологіями взаємодіє з управлінськими, лікувально-діагностичними та освітньо-науковими модулями. Його завданням є координація роботи з міжнародними науково-освітніми платформами, професійними асоціаціями, вищими навчальними клініками та медичними закладами. Модуль реалізує інноваційні управлінські, освітні та наукові проекти в рамках міжнародного співробітництва, сприяє створенню спільних ініціатив, участі у міжнародних програмах та залученню лікарів, студентів та молодих вчених до міжнародних проектів.

3. Модель управління включає трирівневу систему з генеральним директором на стратегічному рівні, заступниками генерального директора на тактичному та лінійними керівниками та робочими групами на оперативному

рівні.

4. Модуль прогнозо-логістичного обслуговування забезпечує реалізацію договорів, планування інноваційного та організаційного зростання, аналіз маркетингової стратегії та направляє пацієнтів в рамках програм охорони здоров'я.

5. Модуль внутрішнього контролю та аудиту включає систематичний моніторинг якості медичної допомоги, управління ризиками та систему внутрішніх перевірок, що сприяє підвищенню якості та ефективності роботи об'єкта дослідження.

6. Ключовим для забезпечення роботи медичної організації на засадах державно-приватного партнерства є фінансовий модуль. Структура цього модуля включає функціонально пов'язані компоненти: блок фінансування поточної діяльності та новий елемент – блок фінансування інвестиційних проектів за принципами безперервного професійного розвитку (БПР).

Блок фінансування поточної діяльності включає джерела фінансування (багатоканальне фінансування), відповідні нормативно-правові документи, форми обліку та звітності про надання послуг, їх вартість (персональні документи, звіти), вартість методів планування та розрахунку тарифів на послуги кардіологічної допомоги. Реалізація науково обґрунтованої концептуальної моделі за принципами БПР передбачає підвищення фінансової стійкості та ефективності діяльності, вдосконалення системи управління освітнім, науковим та лікувальними процесами, розвиток інститутського навчально-науково-медичного консорціуму.

Результати експертної оцінки концептуальної моделі розвитку самоменеджменту працівників і підвищення ефективності управлінської діяльності в медичних організаціях на принципах БПР підтверджують її переваги та прогностичну ефективність. Високий рівень узгодженості думок експертів підтверджується значеннями коефіцієнта узгодженості ($W=0,73$, $p<0,05$) та коефіцієнтів варіації ($CV < 10,0\%$).

Так, стоматологічний медичний центр (СМЦ) НМУ ім. О.О. Богомольця,

оцінений експертами за принципами БПР, отримав високу оцінку як автономна установа охорони здоров'я ($9,80 \pm 0,07$ балів). Основні переваги концептуальної моделі включають об'єднання державних та приватних ресурсів у моделі СМЦ, впровадження сучасного обладнання, технологій, стандартів якості та підбір високопрофесійних кадрів.

Експерти також високо оцінили потенційну економічну ефективність концептуальної моделі, зокрема забезпечення багатоканальності фінансування СМЦ та оптимізацію технологічних процесів. Загальна оцінка концептуальної моделі охорони здоров'я за принципами БПР становить $9,77 \pm 0,08$ бала [61].

Таким чином, впровадження сучасних механізмів менеджменту у систему управління медичних організацій є ключовою складовою для підвищення ефективності професійної та управлінської діяльності посадових осіб. Надто важливо досягти балансу між менеджментом та гнучкістю, враховуючи потреби та здоров'я людини, і не обмежуватися використанням менеджменту лише як інструменту максимальної продуктивності.

Важливість розглянутих рекомендацій у цьому дослідженні полягає в тому, що вони сприяють поліпшенню управлінсько-функціонального процесу та досягненню кращих результатів у сфері надання якісної та ефективної кардіологічної/кардіохірургічної допомоги населенню.

Залучення різноманітних поглядів допомагає знаходити більш креативні та інноваційні рішення, а поліпшення комунікації сприяє ефективнішому обміну інформацією та координації дій, що сприяє вдосконаленню організаційної культури. Розв'язання проблем дозволяє уникнути негативних наслідків, а залучення співробітників до вирішення питань підвищить їхню важливість та відповідальність.

Нарешті, ефективне прийняття рішень сприятиме досягненню кращих результатів для медичної установи та формуванню здорового клімату.

Висновки щодо розділу 3:

1. Встановлено, що важливою складовою успіху роботи медичного

підприємства, його підрозділу чи окремого працівника є залучена модель, система та вид управління, а також самоменеджмент, який базується на самоорганізації та вмінні ефективно управляти власними ресурсами в умовах змін та ризиків. Однак працівники ДУ “Інститут серця” не мають достатніх знань і навичок у сфері основ особистого менеджменту або самоменеджменту.

2. Доведено, що реалізація персоналізованого підходу до організації системи управління та управлінської діяльності, як підвищення кваліфікації керівного складу в закладі охорони здоров'я, можлива за допомогою модульного навчання, широкого використання систем самонавчання та подальшого вдосконалення управлінської складової на науково-практичних засадах.

3. Необхідність інноваційних підходів до управління клініко-експертною діяльністю закладу охорони здоров'я висуває завдання створення, впровадження та підтримки функціонування індикативної моделі управління клініко-експертною діяльністю в ДУ “Інститут серця” з використанням актуальних інформаційних технологій.

4. В ДУ “Інститут серця” визначено систему чіткої взаємодії між особливостями індивідуальної організаційної культури та зовнішніми й внутрішніми чинниками, що впливають на неї, з використанням теоретичних підходів та розробленими практичними рекомендаціями для ефективного управління в умовах можливих змін та трансформаційних процесів.

5. Визначено, що найсуттєвіший вплив на ринок медичних послуг для населення мають фактори навколишнього середовища, виявлені за допомогою PEST-аналізу, тоді як внутрішні чинники медичних організацій можуть створювати негативні умови для впровадження концептуальних ідей керівництва та апарату управління. Таким чином, розроблений поетапний механізм оцінки впливу внутрішніх чинників на розробку та реалізацію плану

розвитку, а також надані практичні рекомендації, спрямовані на покращення ефективності управління, вирішення проблем і досягнення цілей, з урахуванням унікальної культури в ДУ «Інститут серця».

6. Доведено, що формування організаційної культури ДУ «Інститут серця» тривалий та складний процес в основі якого лежить: узагальнений механізм; наявність специфічних галузевих факторів впливу, притаманних установі, які вносять свої коригування до традиційних технологій формування організаційної культури; дотримання основних етапів; покрокову побудову.

ВИСНОВКИ

1. З'ясовано, що у ДУ «Інститут серця» управлінська модель ґрунтується на інтегрований, змішаній системі управління з фрагментарним використанням сучасних підходів до менеджменту, проте з перевагою ієрархічної. Для її вдосконалення керівники-менеджери повинні застосовувати комплекс методів, технологій і механізмів менеджменту, самоменеджменту, організаційної культури та систематично оцінювати результативність різних компонентів структури управління, посадових осіб і співробітників, а також загальної ефективності діяльності медичної установи.

2. Встановлено, що управлінський персонал та співробітники ДУ «Інститут серця», які повинні володіти мистецтвом управління, яке передбачає й органічно сприяє людині працювати над собою щодо особистих «11 само-» (*саморозвитку, самовиховання, самоорганізації, самоствердження, самоконтролю, самодисципліни, самоаналізу, самооцінки, самоамбітності, саморегулювання і самокритичності, тобто бути самою собою, сформуванню особисте «Я» і свого уявлення, особливого відношення до оточуючого середовища, ставити перед собою чіткі та реальні цілі, бути здатним до потенційних змін*), на жаль не обізнані ні на теоретичному, ні практичному рівнях стосовно підходів, методів, технологій і механізмів менеджменту, особливо самоменеджменту.

3. Встановлено, що на основі проведеного дослідження можливо запропонувати впровадження моделі самоменеджменту, яка передбачає визначення конкретних цілей діяльності фахівця, його особистісних цінностей та цілей підприємства. Одержані дані дозволять не тільки самонавчатись, а й підтримувати актуальною базу знань підприємства, знизити ризики звільнення провідних менеджерів. Для формування ефективної команди персоналу доцільно періодично проводити оцінку здатності співробітників до самоменеджменту, їх опитування стосовно цілей та кар'єрного зростання.

4. Показано, що впровадження самоменеджменту дозволить кожному працівнику приділяти більше часу та уваги саморозвитку, що й буде визначати в подальшому ефективність управлінської діяльності, активізації працівника в управлінських процесах, кращу комунікацію та взаємодію.

5. Доведено, що запропонована п'яти фазана схема процесу управління достатньо конкретно розкриває його сутність за комплексним технологічно-функціональним аспектом управлінської діяльності, управлінської праці і є предметом колегіального обговорення стосовно адаптаційного впровадження його в діяльність в ДУ «Інституту серця».

6. Вважаємо, що засадами для забезпечення ефективності діяльності «Інституту серця» за управлінською складовою виступають сучасні організаційно-управлінські механізми й технології, економічні критерії, самоменеджмент, організаційна культура з удосконаленням системи контролю показників діяльності, інформаційного забезпечення співробітників, мотивації та зворотного зв'язку, структура та імплементації змін, які орієнтовані на результат, а не на бюрократизацію і формалізацію організаційно-управлінських процесів.

7. Доведено, що постійний проведення аудиту та моніторингу показників ефективності функціонування закладу, включаючи обов'язкову оцінку ключових параметрів організаційної культури, сприятиме створенню гнучкої моделі управління в ДУ «Інститут серця». Ця модель буде адаптивною до різних статусів і видів діяльності, інноваційною за змістом, і забезпечить взаємодію між співробітниками та керівниками, які відчують відповідальність за результати та мають мотивацію для досягнення місії та стратегічних цілей. Ці принципи сприятимуть формуванню переконання та гордості серед персоналу, які ідентифікують себе як невід'ємну, «золоту» складову цієї медичної установи.

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. Яремко І.І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку. – 2021. № 2(6). – С. 127-139.
3. Журавель В.І. Актуалізація менеджменту в системі медичної допомоги населенню України //Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2018, Т.2, № 4. – С. 20-25.
4. Історія медицини: курс лекцій для магістрів 1-3 курсів медичних факультетів денної форми навчання галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» / уклад. І. Г. Утюж, М. О. Мегрелішвілі. – Запоріжжя ЗДМУ, 2021. – 132 с.
5. 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.
6. Найда І.В. Значущість синергії соціально-комунікативних та професійних навичок (*soft and hard skills*) для інноватора у сфері охорони здоров'я»: Київський університет імені Тараса Шевченка/Всеукраїнський фестиваль інновацій. – 2018: https://kalushcity.golos.net.ua/?p=khronolohiya_zasidan&sp=print_pdf&id=2926.
7. Стояцька Г. Особливості детермінації готовності до змін серед майбутніх українських правоохоронців/Психологічні перспективи, вип. 37. – 2021. – С. 214-232.
8. Котляр Л.І. Особистісна готовність до змін та прокрастинація державних

службовців у процесі управлінської діяльності/ Право та державне управління. – 2020, № 4. – С. 222-226.

9. Бойчук С.С. Комплексне дослідження готовності до змін і толерантності до невизначеності у поліцейських корд із різним рівнем життєздатності/ Право і безпека – 2021, № 3 (82). – С. 59-69.

9. Юринець З. В. Оцінювання результативності праці менеджера / З.В. Юринець, Н.В. Кіщук // Науковий вісник національного лісотехнічного університету України: збірник науково-технічних праць. – Львів: РВВ НЛТУ України. – 2012. – Вип. 22.05 – С. 307- 31.

10. By R. T., Armenakis A. A., Burnes B. Organizational Change: A Focus on Ethical Cultures and Mindfulness. Journal of Change Management. 2015. No. 15 (1). DOI: <https://doi.org/10.1080/14697017.2015.1009720>.

11. Валіулліна Є.В. Потреба в досягненні успіху та емоційність особистості /Концепт. – 2019, № 9. – С. 54-59.

12. Наумцева Є.А. Психологічна готовність до організаційних змін: підходи, поняття, методики / Організаційна психологія. – 2016, № 2. – С. 55-74.

13. Мітрошкіна О.В. Специфіка психологічної готовності до змін та особистісної компетентності у працівників Державної кримінально-виконавчої служби України/ Психологічний часопис. – 2018 № 9 (19). – С. 53-67.

14. Кісіль З.Р. До питання професійної підготовки працівників правоохоронних органів у сучасних умовах: міжнародний досвід/Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ: Серія психологічна. – 2017, № 1. – С. 12-24.

15. Моргулець О. Б. Менеджмент у сфері послуг. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 384 с.

16. Журавель В.І., Смілянська М.Ю., Стезерянський І.Е. Критерії та концептуальні підходи до оцінки ефективності діяльності керівників-менеджерів системи медичної допомоги населенню // // Стратегії та інновації: актуальні управлінські практики: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції (28 квітня 2023 року). – Кривий Ріг: Донецький національний

університет економіки і торгівлі імені Михайла Туган-Барановського, 2023. – С. 182-185.

17. Журавель В.І., Журавель В.В., Прус Н.В. Методологічні підходи оцінювання ефективності системи управління та управлінської діяльності / The XXI International Scientific and Practical Conference «Actual priorities of modern science, education and practice», May 31-03 June, 2022, Paris, France. – С. 363-371.

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

19. Економіка охорони здоров'я [Текст]: [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.

20. Журавель В.І. Керівник-менеджер як фундатор розвитку медичної управлінської системи/The IV International Scientific and Practical Conference «Science, practice and theory», February 1-4, 2022, Tokyo, Japan. – P.202-206: <https://isg-konf.com>.

21. Юринець З.В. Самоменеджмент: навч. посібник / З. В. Юринець, О.В. Макара. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2014. – 272 с.

22/16. Колпаков В.М. Самоменеджмент / В.М. Колпаков. – К.: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2008. – 528 с.

23/17. Лукашевич М.П. Теорія і практика самоменеджменту. – К.: МАУП, 2010. – 225 с. 25. Зінченко В.П. Толерантність до невизначеності: новина чи психологічна традиція? // Питання психології. – 2007, №. 6. – С. 19-21.

24. Кулініч І.О. Психологія управління: Навч. посіб / Кулініч І.О. – К.: Знання, 2008. – 292 с.

25. Білошапка В.А. Управлінська результативність в розвитку міжнародних компаній: Монографія / В.А. Білошапка. – К.: Графіка і Друк, 2007. – 236 с.

26. Балабанова Л.В. Управління персоналом: навч. посіб./ Л.В. Балабанова, О.В. Сардак. – Донецьк: ДонДУЕТ, 2006. – 471 с.

27. Винославська О.В. Людські стосунки / О В. Винославська, М.П. Малигіна. – К.: КВЦ, 2001. – 82 с.

28. Лукашевич Н.П. Самоменеджмент. Теория и практика: учебник / Н.П. Лукашевич. – Киев: Ника-Центр, 2009. – 344 с.
29. Головнюова І. Індивідуальне планування кар'єри працівників / І. Головнюова //Кадровик України. – 2008. – №5. – С.109-116.
30. Хоронжий А.Г. Самоменеджмент: текст лекцій / А.Г. Хоронжий. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2010. – 120 с.
31. Нетепчук В.В. Самоменеджмент: навчальний посібник. – Рівне: НУВГП. – 2013. – 354 с.
32. 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.
33. Основи самоменеджменту та лідерства [Електронний ресурс]: навчальний посібник / В. М. Лугова, С. М. Голубєв. – Харків ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2019. – 212 с.
34. Мазур В.С. Нові підходи і форми менеджменту, як особливого типу управління / В. С. Мазур // Пріоритети економічного розвитку України: історія та сьогодення. – Вінниця, 2009. – С. 178-183.
35. Брич В.Я. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я: моног./ В.Я. Брич, Л.В. Ліштаба, П.П. Микитюк. – Тернопіль: ТНЕУ, 2018. – 192 с.
36. Балабанова Л.В., Сардак О.В. Організація праці менеджера. – Київ ВД «Професіонал», 2007. – 416 с.
37. Бігун Т.В., Бігун Д.Н. Сучасні проблеми менеджменту в охороні здоров'я//Молодий вчений. – 2017. №22 (156). – С. 416-418.
38. Основи менеджменту: Конспект лекцій [Електронний ресурс]: навч. посіб. для студентів спеціальності 073 «Менеджмент» / КПІ ім. Ігоря Сікорського; укладачі: Т.В. Лазоренко, С.О. Пермінова. – Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2021. – 166 с.
39. Штепа О.С. Самоменеджмент (*самоорганізування особистості*): навч. посіб. / О. С. Штепа. – Львів: Вид-во Львівського університету ім. І. Франка, 2012. – 361 с.
40. Сакур А. А. Самоменеджмент: учеб. пособие для бак. / А. А. Сакур, К.П. Аветисян, Н.А. Калугина. – Одесса: ОНАС им А.С. Попова. – 144 с.

41. Юрик Н.Є. Самоменеджмент: Курс лекцій. – Тернопіль: ТНТУ імені Івана Пулюя, 2015. – 89 с.
42. Bieri P. Wie wäre es, gebildet zu sein? / P. Bieri. – München: Komplet Media GmbH, 2017. – 96 S.
43. <https://www.vz.kiev.ua/alla-stepanenko-yakshho-medychnyj-standart-ne-mozhna-vykonaty-cherez-brak-resursiv-u-nomu-nemaye-sensu>.
44. Палеха Ю.І. Етика ділових відносин: навч. посібник Ю.І. Палеха – К.: Кондор, 2008. – 356 с.
45. Кубрак О.В. Етика ділового та повсякденного спілкування: навч. посібник з етикету. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2010. – 208 с.
46. Бабайлов В.К. Культура ділового спілкування менеджера. – Харків, 2011. – 146 с.
47. Полева М.В. Готовність організації до впровадження змін/ Фінанси: теорія і практика. –2017, № 21 (1). – С. 140-144.
48. Журавель В.І. у спів. Менеджмент інформаційної безпеки: підруч.: у 2 ч. / А.К. Гринь, О.Д. Довгань, В.І. Журавель та ін.; за заг.ред. Є.Д. Скулиша. – К.: Наук.-вид. Центр НА СБ України, 2013. – Ч.1. – 456 с.; Ч.2. – 604 с.
49. Завадський Й.С. Менеджмент: підручник у 3 т. / Й.С. Завадський. – Київ: Вид-во Європ. Ун-ту, 2002. – Т. 1. – 537 с.
50. Журавель В.І., Матукова-Ярыга Д.Г., Журавель В.В. Неперервний професійний розвиток управлінських кадрів медичної галузі України на засадах системності// Сучасні виклики професійної освіти: теорія і практика: зб. наук. праць з нагоди 25-річчя створення Львівського навчально-наукового центру професійної освіти / [упорядник Ю.І. Колісник-Гуменюк]. Том 1. Львів, 2019. – С.26-32.
51. Самоменеджмент: навчальний посібник Г.З. Леськів, Г.Я. Левків, М.М. Бліхар, В.В. Гобела, О.П. Подра, Г.В. Коваль. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. – 280 с.
52. Ратушняк О.Г., Лялюк О.Г. Самоменеджмент: навч. пос. Вінниця: ВНТУ, 2021. – 170 с.
53. <https://heart.kyiv.ua>.

54. Johnson Gerry, Scholes Kevan, Whittington Richard. Fundamentals of strategy. – 2009. – 313 p.

55. Гайдученко С.О. Організаційна культура: конспект лекцій для студентів бакалавріату всіх форм навчання спеціальності 281 – Публічне управління та адміністрування / С.О. Гайдученко; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О.М. Бекетова. – Харків: ХНУМГ ім. Бекетова, 2020. – 75 с.

56. Лобза А.В., Карпук Д, Лобза А.В. Організаційна культура як елемент успіху компанії / А.В. Лобза, Д. Карпук [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://bit.ly/480q6Ke>.

57. 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.– 81-91 с.

58. 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.

59. Johnson Gerry, Scholes Kevan, Whittington Richard. Fundamentals of strategy. – 2009. – 313 p.

60. Ковова І.С., Пахота Н.В. Механізм формування організаційної культури підприємств водного транспорту в Україні//Економіка та управління підприємствами. – 2016, 11. – С.159-162.

61. Чопчик В.Д. Характеристика задоволеності пацієнтів стоматологічною допомогою за матеріалами соціологічного дослідження/ Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2019. Т. 3, № 1/2. С. 13-19. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/akprkl_2019_3_1-2_4.

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

Виконавець: студент Тимошенко В.В.

**Програма-анкета
дослідження розвитку та впливу самоменеджменту
на готовність до змін співробітників медичної організації**

Анкета розроблена з метою вивчення думки співробітників у конкретній медичній організації (МО) щодо становлення їх до самоменеджменту та його впливу на особистісну готовність до змін у професійній та особистій діяльності працівників функціонально-структурних підрозділів (ФСП). Отримані матеріали та відомості будуть використані при підготовці кваліфікаційної роботи за другим (магістерським) освітнім рівнем за спеціальністю 073 “Менеджмент” на кафедрі “Менеджменту охорони здоров'я” НМУ ім. О.О. Богомольця.

За результатами дослідження наявних проблем і механізмів самоменеджменту серед представників колективу об'єкта дослідження будуть обґрунтовані концептуальні підходи щодо удосконалення самоменеджменту на засадах сучасного менеджменту і можливості їх адаптації у медичній галузі.

Отримані відомості та матеріали вивчення є конфіденційними та службовими, а тому не підлягають публікації чи оприлюднення без згоди керівника й співробітника медичної організації!

№ з/п	Ознака, що вивчається, та її градації (підкреслити або вписати: за відсутності відомостей поставити «0»)	Шифр
1	Управлінський статус об'єкта дослідження: 1 – Інститут; 2 – Управління (Департамент); 3 – ЛПЗ; 4 – АПЗ; 5 – Центри МДН; 6 – інші	
2	Форма власності: 1 – державна; 2 – комунальна; 3 – приватна; 4 – інша	
3	Стать керівника: 1 – чоловік; 2 – жінка	
4	Вік керівника: 1 – 20-29 р.; 2 – 30-39 р.; 3 – 40-49 р.; 4 – 50-59 р.; 5 – 60 р. і старший	
5	Стаж керівної роботи: 1 – до 3 р.; 2 – 4-5 р.; 3 – 6-9 р.; 4 – 10 р. та більше	
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.	
А. Загальні відомості		
7	Посада: 1 – управлінець; 2 – лікар; 3 – середній мед. працівник; 4 – фінансовий працівник; 5 – юрист; 6 – ІТ; 7 – інше _____ (вказати)	
8	Місце роботи: 1 – АУ; 2 – відділення; 3 – відділення; 3 – центр МДН; 4 – служба; 5 – інше _____ (вказати)	
9	Стать: 1 – чоловік; 2 – жінка	
10	Вік: 1 – 20-29 р.; 2 – 30-39 р.; 3 – 40-49 р.; 4 – 50-59 р.; 5 – 60 р. і старший	
11	Стаж роботи: 1 – до 3 р.; 2 – 4-5 р.; 3 – 6-9 р.; 4 – 10 р. та більше	
12	Скільки років працюєте на даній посаді?: 1 – до 3 р.; 2 – до 5 р.; 3 – 6-9 р.; 4 – 10-15 р.; 5 – понад 15 р.	
13	Базова освіта: 1 – медична; 2 – технічна; 3 – економічна; 4 – юридична; 5 – педагогічна; 6 – інша _____ (вказати)	
14	Місце проживання: 1 – місто; 2 – село; 3 – дача	
15	Чи маєте необхідну підготовку відповідно до чинної посади?: 1 – не маю; 2 – частково; 3 – маю;	
16	Чи маєте підготовку з наукових основ управління/менеджменту?: 1 – не маю; 2 – маю;	
17	Наявність атестаційної категорії за спеціальністю: 1 – немає; 2 – II-а; 3 – I-а; 4 – вища	
Б. Спеціальні відомості		
18	Що Ви розумієте під самоменеджментом?: 1 – навчальна дисципліна; 2 – наука; 3 – напрям управлінської діяльності; 4 – використання робочого часу; 5 – спосіб самоконтролю/мотивації	
19	Що є об'єктом дослідження самоменеджменту? 1 – організована система (заклад, установа, організація); 2 – керівники; 3 – працівники/співробітники; 4 – сама людина; 5 – сім'я; 6 – держава/ відомство	
20	Що є предметом вивчення самоменеджменту? 1 – організована система (заклад, установа, організація); 2 – керівники; 3 – працівники/співробітники; 4 – сама людина; 5 – сім'я; 6 – держава/ відомство; 7 – процеси саморозвитку	
21	Чи плануєте свій робочий час на завтра з вечора?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
22	Чи виділяєте Ви головні/пріоритетні завдання у своїй діяльності?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
23	Найбільш проблемні/значущі питання/види робіт Ви виконуєте: 1 – до 11 год.; 2 – з 11 до 13 год.; 3 – після обідньої перерви; 4 – наприкінці робочого часу	
24	Як Ви вважаєте, який відсоток ефективності/результативності дають пріоритетні завдання у своїй діяльності?: 1 – до 10,0%; 2 – до 30,0%; 3 – до 50,0%; 4 – до 80,0%; 5 – до 100,0%	
25	Чи впливають методи, прийоми та рекомендації самоменеджменту при побудові персональних самоорганізуючих систем? 1 – однозначно "ТАК"; 2 – малоімовірно; 3 – однозначно "НІ"	

26	Чи резервуєте Ви на початку робочого часу час для підготовчої роботи, планування?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
27	Чи передоручаєте Ви все те, що можна передоручити?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
28	Чи письмово Ви фіксуєте завдання і цілі із зазначенням термінів їх виконання: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
29	Чи намагаєтесь Ви кожен офіційний документ опрацювати остаточно за один раз?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
30	Чи практикуєте Ви свій робочий час звільнити від сторонніх телефонних розмов, незапланованих відвідувачів і зненацька скликаних нарад? 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
31	Чи намагаєтесь своє денне завантаження розподілити відповідно до Вашої працездатності?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
32	Чи є у Вашому плані часу “вікна” для реагування на непередбачувані ситуації/проблеми?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
33	Чи вмієте Ви говорити “НІ”, коли на Ваш час претендують інші?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
34	Чи вбачаєте Ви причини своїх невдач у тому, що недостатньо правильно оцінюєте свої здатності ц можливість?: 1 – дуже часто; 2 – часто; 3 – рідко	
35	Чи бувають Ваші вчинки та поведінка непередбачені навіть для Вас самого?: 1 – так; 2 – коли як; 3 – ні	
36	Чи характерна для Вас наполегливість і завзятість у досягненні мети?: 1 – так; 2 – коли як; 3 – скоріше ні	
37	Чи часто не збігаються Ваші судження і думки із думкою колег/колективу?: 1 – рідко; 2 – періодично; 3 – часто	
38	Чи вистачає Вам самокритичності? 1 – так; 2 – коли як; 3 – ні	
39	Виконуючи свою роботу, Ви намагаєтесь: 1 – зробити її якнайшвидше; 2 – зробити її якомога якісніше; 3 – удосконалити способи, методи, прийоми й механізми виконання	
40	Чи вмієте Ви відстоювати власну позицію, власне “Я”?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
41	Чи плануєте Ви свою професійну кар’єру?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
42	Чи формуєте Ви особистий план із працевлаштування?: 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
43	Як би Ви описали власний характер? 1 – переважно позитивний; 2 – коли як; 3 – скоріше негативний	
44	Які, на Ваш погляд, причини недостатньо ефективного самоменеджменту?: 1 – недоліки в організації трудової діяльності; 2 – недосконалість самокерування; 3 – не вміння знаходити компроміс; 4 – недостатні знання організації праці/психології; 5 – наявність несприятливого клімату в колективі; 6 – стиль управління; 7 – недооцінка власного “Я”; 8 – інше (вказати)	
45	Чи відчуваєте Ви потребу більш глибоко пізнати себе, свої творчі, професійні здатності та інші особисті якості? 1 – дуже рідко; 2 – періодично; 3 – досить часто	
46	Чи будете/знаєте свої плани на майбутнє (у найближчі 3 роки)? 1 – так; 2 – частково; 3 – ні	
47	Чи знаєте як можна добитися того, чого Ви хочете?: 1 – мої плани й бажання часто змінюються; 2 – мої плани й бажання навряд чи кардинально зміняться; 3 – я точно знаю чого та як цього досягти	
48	Друзі/колеги вважають Вас людиною відповідальною і працездатною? 1 – скоріше “НІ”; 2 – коли як; 3 – деякі	

49	Друзі/колеги вважають Вас людиною енергійною і рішучою? 1 – скоріше “НІ”; 2 – коли як; 3 – деякі	
50	Чи вважаєте себе наполегливою людиною/працівником?: 1 – так; 2 – іноді так; 3 – ні	
51	Чи вважаєте, що, оцінюючи себе, Ви: 1 – як правило недооцінюєте; 2 – як правило переоцінюєте; 3 – оцінюєте об’єктивно	
52	Чи вважаєте Ви, що в житті домоглися б більшого, якби: 1 – ставили й вирішували більш складні завдання; 2 – докладали б більше енергії та волі; 3 – не заважав збіг обставин	
53	Як ви оцінюєте свій загальний рівень стресу на роботі за останні 6 місяців?: 1 - Дуже низький; 2 – Низький; 3 – Середній; 4 - Високий	
54	Які чинники, на вашу думку, є основними джерелами стресу на вашому робочому місці?: 1-Висока навантаженість роботи; 2-Конфлікти в колективі; 3- Недостатність ресурсів (часу, обладнання, персоналу); 4- Неясність завдань та очікувань; 5– інше <i>(вказати)</i>	
55	Ваші пропозиції стосовно підвищення власного самоменеджменту <i>(вказіть, будь ласка)</i> _____	
Дата заповнення анкети: ____ _____ 2023 р. Підпис _____		

До підрозділу 2.2.

Таблиця 2.2.1

Групові результати за методикою «Здатність до самоуправління»

(абс. чис. та %)

Показник	Низький рівень		Рівень нижче середнього		Середній рівень		Рівень вище середнього		Високий рівень	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Аналіз протиріч	0	0	2	6,7	12	40,0	12	40,0	4	13,3
Прогнозування	0	0	0	0	6	20,0	8	26,7	16	53,3
Цілепокладання	0	0	0	0	20	66,6	6	20,0	4	13,3
Планування	0	0	0	0	10	33,3	10	33,3	10	33,3
Критерій оцінки якості	2	6,7	8	26,7	10	33,3	4	13,3	6	20,0
Прийняття рішень	0	0	2	6,7	4	13,3	8	26,7	16	53,3
Самоконтроль	2	6,7	0	0	16	53,3	8	26,7	4	13,3
Корекція	0	0	4	13,3	12	40,0	10	33,3	4	13,3
Загальний показник	0	0	0	0	8	26,7	16	53,3	6	20,0

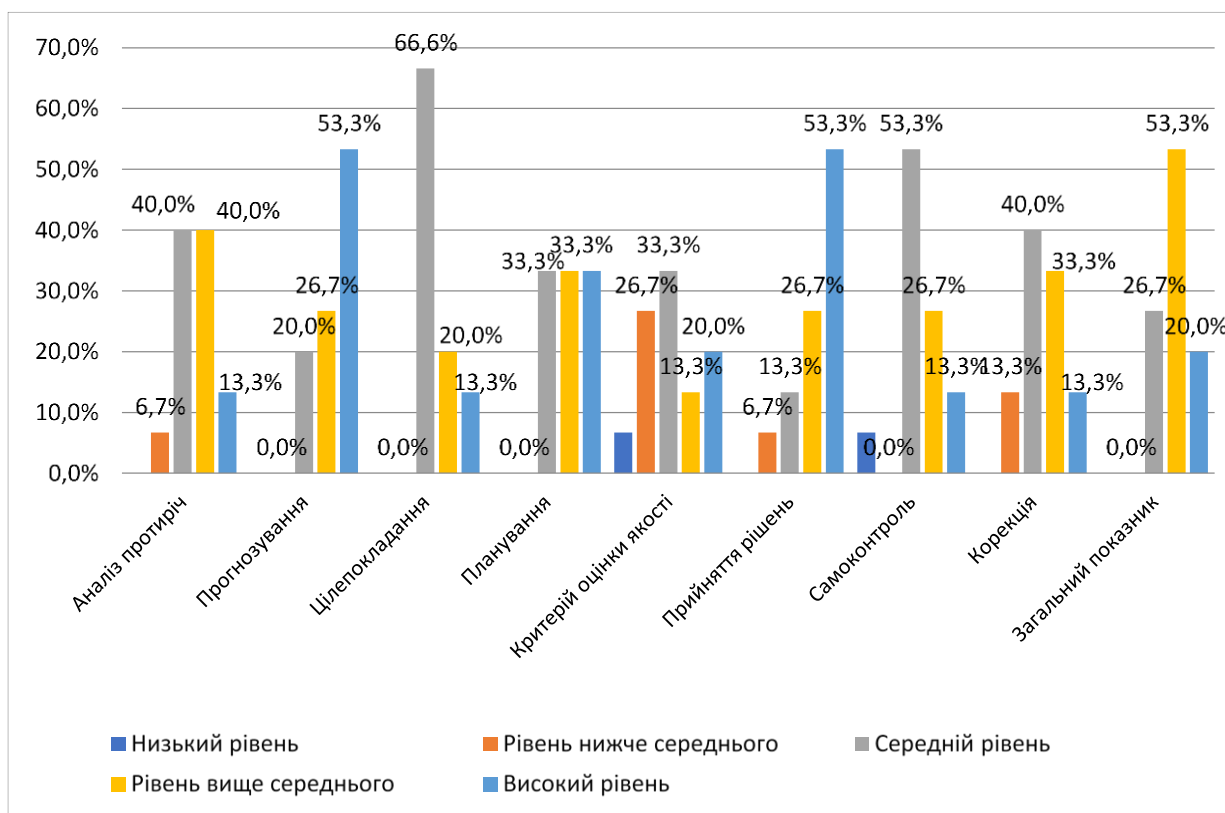


Рис. 2.2.2. Групові результати за методикою «Здатність до самоуправління» (%)