

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПОЛТАВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ФІНАНСІВ, ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ І ПРАВА

Дипломна кваліфікаційна робота

на тему:

**«УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ
ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Виконала:

студентка групи 2-мДС

спеціальності 281

«Публічне управління та адміністрування»

Кузьменко Кінга Василівна

Керівник:

кандидат наук з державного управління,

доцент кафедри публічного управління,

адміністрування і права

Смаглюк Вікторія Валеріївна

Полтава – 2022 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Поняття організаційної структури управління та її основні складові	9
1.2. Класифікація організаційних структур управління	17
1.3. Особливості побудови організаційних структур управління в закладі охорони здоров'я	30
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №3 М. ПОЛТАВА)	39
2.1. Аналіз діяльності та системи управління закладу охорони здоров'я	39
2.2. Аналіз організаційної структури управління закладу охорони здоров'я	47
2.3. Оцінка відповідності організаційної структури управління цілям діяльності закладу охорони здоров'я	53
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №3 М. ПОЛТАВА)	64
3.1. Основні напрямки удосконалення управління медичним персоналом закладу охорони здоров'я	64
3.2. Сучасні підходи до оптимізації структур управління закладом охорони здоров'я в Україні	76
3.3. Напрями вдосконалення структури управління закладу охорони здоров'я	81
ВИСНОВКИ	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	97
ДОДАТКИ	107

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

МП – медичний персонал

ОСУ – організаційна структура управління

СОЗ – система охорони здоров'я

Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги
№3 Полтавської Міської ради» – ПМДС №3

ISO – міжнародна організація по стандартизації

ВСТУП

Актуальність теми. Удосконалення системи і методів управління є безперервним процесом, на який впливають як внутрішні, так і зовнішні чинники. Особливу вагу це проблемне питання має в рамках існування закладу охорони здоров'я в умовах правового режиму воєнного стану, адже існує залежність між прийнятими рішеннями і ефективністю в організаційній структурі управління закладом.

У майже всіх без винятків вітчизняних і зарубіжних підприємств є практика стосовно того, як формувати та використовувати організаційні структури управління у якості компонентів менеджмент-систем. Незважаючи на це, результати проведених досліджень свідчать, що доволі багатьом чинним організаційним структурам управління притаманні нераціональна будова, занадто численний персонал, порушені зворотні зв'язки між підлеглими та керівниками, також дублюються притаманні структурним підрозділам і окремим посадовим особам функції тощо. Критично проаналізувавши емпіричні дані і матеріали дослідників, можемо зазначити, що суть проблеми в тому, що недостатньо розвинений науково-обґрунтований методико-прикладний інструментарій стосовно того, як формувати і використовувати організаційні структури управління в закладах охорони здоров'я.

Дану проблематику досліджували чимало вітчизняних науковців, а саме: Н. І. Антощина, А. Р. Арутюнян, Д. В. Бабич, В. О. Білецька, Н. М. Бондар, А. А. Варава, Л. М. Варава, О. І. Висоцька, О. А. Гавриш, В. В. Глущевський, В. А. Грабовський, О. В. Дмитрук, Л. Є. Довгань, О. П. Жук, М. В. Кармінська-Белоброва, П. М. Клименко, В. В. Ковтун, І. В. Копитова, І. В. Кратік, І. М. Крейдич, Н. М. Кривокульська, Ж. Л. Крисько, В. В. Кудіна, Н. Ф. Курдибанська, Д. Д. Маковій, О. А. Мартинюк, А. Ф. Мельник, Л. А. Петренко, С. А. Петренко, О. І. Продіус, В. К. Прокоф'єва, Т. В. Проскуріна,

Л. Т. Ремига, О. М. Свінцицька, А. С. Свінцицький, Н. В. Семенченко, С. О. Смирнов, В. В. Смородін, М. М. Трейтяк, І. В. Черниш, В. В. Чичотка, В. А. Шевченко, М. М. Шкільняк, О. С. Школьна, С. А. Яремко та інші. З числа зарубіжних науковців, які досліджували організаційні структури управління варто виокремити П. М. Блау, Дж. Вербель, Д. Гервін, Г. М. Голдгабер, Р. Девар, Р. Жермен, А. Резайян, Г. М. Річетто, В. А. Томпсон, Р. Е. Уолтон та інші.

Мета і завдання дослідження. Метою даної роботи є теоретичне обґрунтування організаційної структури управління закладу охорони здоров'я та розробка напрямів її оптимізації.

Для досягнення даної мети були поставлені такі завдання:

- розкрити поняття організаційної структури управління та її основні складові;
- розглянути класифікацію організаційних структур управління;
- подати особливості побудови організаційних структур управління в закладі охорони здоров'я;
- проаналізувати діяльність та систему управління закладу охорони здоров'я Центру первинної медико-санітарної допомоги №3 м. Полтава;
- побудувати, проаналізувати та дослідити зміни організаційної структури управління закладу охорони здоров'я Центру первинної медико-санітарної допомоги №3 м. Полтава;
- оцінити відповідність організаційної структури управління цілям діяльності закладу охорони здоров'я;
- розкрити основні напрямки удосконалення управління медичним персоналом закладу охорони здоров'я;
- розглянути сучасні підходи до оптимізації структур управління закладом охорони здоров'я в Україні;
- визначити напрями вдосконалення структури управління закладу охорони здоров'я Центру первинної медико-санітарної допомоги №3 м. Полтава.

Об'єкт дослідження – побудова та функціонування організаційної структури управління у закладі охорони здоров'я Центру первинної медико-санітарної допомоги №3 м. Полтава.

Предмет дослідження – підходи до формування організаційної структури управління.

Методи дослідження. Дослідження автора базуються на використанні загальнонаукових методів пізнання: зокрема за допомогою методів аналізу, синтезу, індукції, дедукції автором наведено сутність поняття організаційної структури, її основних складових та класифікаційні ознаки. За допомогою узагальнення та синтезу розглянуто напрями вдосконалення структури управління закладу охорони здоров'я. За допомогою статистичного аналізу наведено та проаналізовано діяльність та систему управління закладу охорони здоров'я та оцінено відповідність організаційної структури управління цілям діяльності закладу охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення полягає в тому, що вони представлені у вигляді конкретних рекомендацій і можуть бути використані керівництвом закладу охорони здоров'я Центру первинної медико-санітарної допомоги №3 м. Полтава для покращення ефективності його функціонування та посилення його конкурентоспроможності на ринку медичних послуг.

Апробація результатів. Результати дослідження апробовані на ІХ Міжнародній науково-практичній Інтернет-конференції «Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні», м. Полтава, 15 листопада 2022 р.

Структура й обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та літератури.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття організаційної структури управління та її основні складові

В сучасних глобалізаційних умовах розвитку та в умовах військового стану на території України все більшої важливості набуває процес створення дієвої системи управління, аналіз суті та взаємозв'язків між її складовими, дослідження ваги чинників, які позначаються на ефективності її роботи. Центральне місце між всіма елементами відводиться саме організаційній структурі закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), від раціональності формування якої залежить успішність його діяльності. В процесі аналізу наукових літературних джерел, присвячених дослідженням процесу створення дієвої системи управління, можна помітити, що в них доволі широко висвітлено суть та взаємозв'язки між її складовими. Тому на даний час доволі актуально розкрити значення організаційної структури закладу охорони здоров'я у процесі її роботи.

У сучасній економічній літературі вже став загальновизнаним підхід, за якого організація – це група людей, діяльність яких свідомо спрямована на досягнення спільної мети, а українські дослідники підкреслюють, що організація – це не просто група людей, а апарат, спосіб об'єднання, співвідношення, взаємодії учасників, відповідно, за структурного підходу в організації виділяються виробнича структура, технологічна структура, структура власності, організаційна структура управління, при цьому остання є основним інструментом деталізації, регламентації та закріплення складу й змісту різноманітних ресурсів організації [7, с. 46].

З розвитком економічних відносин все важче підтримувати рівень ефективності діяльності. Багато в чому це пов'язано зі збільшенням кількості

працівників, а найголовніше – з відсутністю універсальних організаційних структур і механізмів координації діяльності працівників в рамках організаційної структури. Загальновідомо, що не існує найкращої структури для всіх закладів. Більше того, вважається, що протягом життєвого циклу однієї компанії може знадобитися кілька разів змінити форму організаційної структури, приводячи її у відповідність з новими цілями і умовами функціонування організації. Однак для великих закладів, що мають в основному функціональну організаційну структуру, дуже складно, а іноді й навіть неможливо перейти до нової структури. Процес її зміни завжди проходить довго і болісно, найчастіше це призводить до збільшення штатів та до повної плутанини протягом першого року діяльності після реорганізації. Не дарма організаційну структуру порівнюють зі скелетом організму людини.

Організаційна структура управління (ОСУ) є одним з ключових понять менеджменту, тісно пов'язаних з цілями, функціями, процесом управління, роботою менеджерів та розподілом повноважень між ними. В рамках організаційної структури проводиться весь управлінський процес (рух потоків інформації, прийняття управлінських рішень), в якому беруть участь менеджери всіх рівнів, категорій та професійних спеціалізацій. ОСУ можна порівняти з «каркасом будинку» управлінської системи, що забезпечує своєчасне та якісне протікання всіх управлінських процесів. Цим обумовлюється увага, яку керівники організацій приділяють принципам та методам побудови структур управління, вибору їх типів і видів, вивченню тенденцій зміни та оцінкам відповідності завдань організацій [4, с. 92].

Враховуючи вище наведене, організаційну структуру управління закладом охорони здоров'я можна вважати комплексом ефективного розподілу функцій та обов'язків, прав і відповідальності тощо. Систему управління закладом охорони здоров'я наведено на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Система управління закладом охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [4]

Досліджуючи еволюцію теоретико-методологічних основ управління можна помітити, що організаційні структури зазнали чимало змін, еволюціонували від найбільш простих до складних. Водночас кожен подальший тип організаційної структури вбирав себе усі переваги попереднього типу і намагався їх суттєво покращити. Виділяють п'ять періодів еволюції організаційних структур, див. табл. 1.1.

Організаційна структура виступає своєрідною структурою закладу охорони здоров'я, базуючись на якій відбувається сам процес управління даним закладом. Вона включає в себе не лише комунікаційні зв'язки між різноманітними управлінськими відділами і працівниками, але й потік інформаційних даних, які проходять через такі канали. Організаційна структура управління закладом охорони здоров'я віддзеркалює організаційну сторону управлінських

взаємовідносин та дає змогу забезпечувати єдність управлінських рівнів у процесі їх взаємовідносин.

Таблиця 1.1

Періоди еволюції організаційних структур управління закладом

Період	Характеристики ринку	Домінуюча економічна парадигма	Ключові компетенції	Напрямок зміни організаційних структур
1	2	3	4	5
Доіндустріальна епоха	1. Обмеженість правових форм закладів. 2. Повільність морального старіння капіталу. 3. Конкуренція розуміється як придушення або поглинання суперника	Класична й неокласична теорії	Поділ праці, управління витратами	Жорстка ієрархія, централізовані, механістичні структури
Індустріальна епоха (з початку)	1. Перевага екстенсивних чинників розвитку закладів 2. Орієнтація на технічні інновації.	Кейнсіанство Монетаризм Прикладні теорії (менеджмент, маркетинг)	Масштаб закладу, стандартизація і спеціалізація	Децентралізовані й м'які дивізіональні й адаптивні структури
Післяіндустріальна епоха (з кінця XX ст.)	1. Розмаїтість форм власності на ресурси підвищує їх доступність. 2. Інформаційний уклад економіки. 3. Жорстка конкуренція, насиченість і глобалізація ринку. 5. Складність й нестабільність середовища	Інституціоналізм – концепція трансакційних витрат, питання еволюції економічних об'єктів	Створення цінності товару або послуги	Гнучкі й плоскі структури, різноманітність форм інтеграції й дезінтеграції фірм

Примітка. Складено на основі [69]

Крім цього, виходячи із інформації, поданої В. В. Глущевським, В. В. Смородіним, організаційна структура управління закладу являє собою: 1) структуру організаційної системи, яка відображає інформаційні, керуючі і інші зв'язки між учасниками системи; 2) структуру процесу організації (комплекс дій та процесів, спрямованих на формування і удосконалення взаємозв'язків між частинами цілого); 3) комплекс зв'язків, націлених на внутрішню упорядкованість і узгодженість частин організаційної системи [12, с. 71].

У додатку А відображено місце організаційної структури управління закладом охорони здоров'я в системі менеджменту. Відтак, можна стверджувати, що організаційній структурі управління (ОСУ) відведене одне із центральних місць у всій системі управління закладом, оскільки вона виступає важливим

елементом процесу формування функції управління. Без організаційної структури заклад не може функціонувати і досягати своїх цілей. Багато закладів використовували організаційні стратегії для зміни своїх структур і функцій, які значно підвищили ефективність роботи протягом багатьох років.

Існує чимало визначень сутності поняття організаційної структури, основні з них наведені у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Визначення сутності поняття «організаційної структури» різними авторами

Автор	Визначення
1	2
Алексеева В., Ярковой В.	Впорядкована сукупність взаємопов'язаних елементів, що перебувають між собою в стійких відносинах, що забезпечують їх розвиток і функціонування як єдиного цілого
Білецька В. О.	Одне з ключових понять менеджменту, тісно пов'язане з цілями, функціями, процесом управління, роботою менеджерів і розподілом повноважень між ними і співробітниками організації. У рамках цієї структури протікає весь управлінський процес (рух потоків інформації і прийняття управлінських рішень), у якому беруть участь менеджери всіх рівнів, категорій і професійної спеціалізації
Варава Л.М., Аругюнян А.Р., Варава А.А.	Сукупність елементів (структурних підрозділів) і зв'язків між ними з урахуванням рівнів взаємодії підприємства із зовнішнім середовищем, відносин керівництва з персоналом, формування внутрішніх та зовнішніх інформаційних потоків.
Глушевський В.В., Смородін В.В.	– набір зв'язків, які відображають внутрішню упорядкованість та узгодженість у взаємодії більшменш диференційованих та автономних частин (структурних підрозділів, відокремлених структурних одиниць) цілого (організаційної системи) – структура процесу організації як сукупність процесів і дій, що ведуть до утворення й удосконалення часових, причинно-наслідкових та інших взаємозв'язків між частинами цілого;
Кармінська- Белоброва М.В.	Відбиття організаційного боку відносин управління, що забезпечує єдність рівнів і ланок управління в їх взаємозв'язку
Коваленко І.І., Чернов С.К.	– це або структура процесу організації як сукупність часових, причинно-наслідкованих та інших зв'язків між його елементами, або структура організаційної системи (загально визнане трактування). – сукупність працюючих, які безпосередньо спеціалізуються на виконанні функцій управління, їх забезпеченні й обслуговуванні. – це сукупність організаційних елементів і множини взаємозв'язків між ними.

1	2
Попков Є.Ю.	Сукупність його підрозділів, що розглядаються спільно із системою підпорядкованості між ними, розподілом прав і відповідальності, якими вони наділені, та з критеріями оцінки якості виконання підрозділами своїх завдань
Черниш І.В., Школьна О.С.	Форма об'єднання підрозділів та рівнів управління, яка забезпечує процес комунікації між ними та має на меті забезпечити ефективний процес функціонування організації через взаємодію складових як із внутрішнім, так і з зовнішнім середовищем організації
Чичотка В.В.	Одне з ключових понять менеджменту, яке тісно пов'язане з метою, функціями, процесом управління, роботою менеджерів і розподілом між ними повноважень. В рамках цієї структури відбуваються всі управлінські процеси, в яких беруть участь менеджери всіх рівнів, категорій та професійної спеціалізації.

Примітка. Складено на основі [2; 6; 9; 12; 22; 25; 47; 62; 65]

Крім вітчизняних науковців сутність організаційної структури управління закладом досліджували чимало іноземних вчених. Зокрема, такі іноземні вчені як П. М. Блау, Дж. Вербель, О. С. Волкер, Д. Гервін, Р. Девар, Р. Жермен, Г. Колодний, Р. В, Рукерт, Р. Е. Уолтон вважають організаційну структуру можна розглядати як спосіб розподілу відповідальності та влади, причому організація та робочі процедури виконуються працівниками закладу [72; 73; 74; 79; 81].

Для В. А. Томпсона організаційна структура є внутрішньою структурою відносин, авторитету та комунікації [80]. Аналогічно Дж. М. Голдгабер, Х. С. Денніс, Дж. М. Річетто визначили організаційну структуру як «мережу відносин, що існують в організації» [76].

На думку А. Монаварян, Н. Асгарі, М. Ашена, організаційна структура є основою відносин на робочих місцях, системах, в операційному процесі, між людьми та їх групами, які докладають зусиль для досягнення цілей закладу. Організаційна структура – це сукупність методів, що розділяють завдання щодо визначення обов'язків та їх координації [77].

А. Резаян стверджує, що організаційна структура – це метод, за допомогою якого організаційна діяльність ділиться, організовується і координується. Заклад

створюють структури для координації діяльності факторів праці та контролю за діями колективу [78].

Так, на нашу думку, під поняттям організаційної структури слід розуміти послідовні взаємозв'язки між управлінськими рівнями і функціональними сферами організації, які побудовані за такою схемою, що дозволяє найефективніше досягнути визначених організацією цілей. Метою побудови організаційної структури є забезпечення досягнення визначених закладом цілей, а проектування організаційної форми менеджменту повинне ґрунтуватися на стратегічному плануванні.

Будь-яка організаційна структура ЗОЗ повинна відповідати, незалежно від своїх цілей, певним вимогам:

1) цілеспрямованість, тобто орієнтація на досягнення низки цілей насамперед зі сприянням реалізації закладом власної місії;

2) перспективність, тобто в рамках організаційної структури закладу необхідна робота не тільки над оперативними проблемами, але й над визначенням і опрацюванням стратегії, пов'язаної з майбутнім розвитком закладу;

3) оперативність, тобто за час від прийняття рішення до його виконання у керованій системі не відбувалися незворотні негативні зміни, що роблять непотрібною реалізацію прийнятих рішень;

4) надійність, яка повинна гарантувати достовірність передачі інформації, не допускати спотворень керуючих команд та інших даних, що забезпечують безперебійність зв'язку;

5) економічність, тобто досягнення необхідного ефекту від управління за умови мінімальних витрат на управлінський апарат;

6) здатність до розвитку, тобто в умовах змін зовнішніх умов функціонування, появи диспропорцій організаційна структура закладу повинна бути гнучкою для сприйняття коригуючих впливів;

7) стійкість, тобто незмінність основних властивостей, цілісність функціонування організаційної структури закладу та її елементів (див. рис. 1.2) [65, с. 41-42].

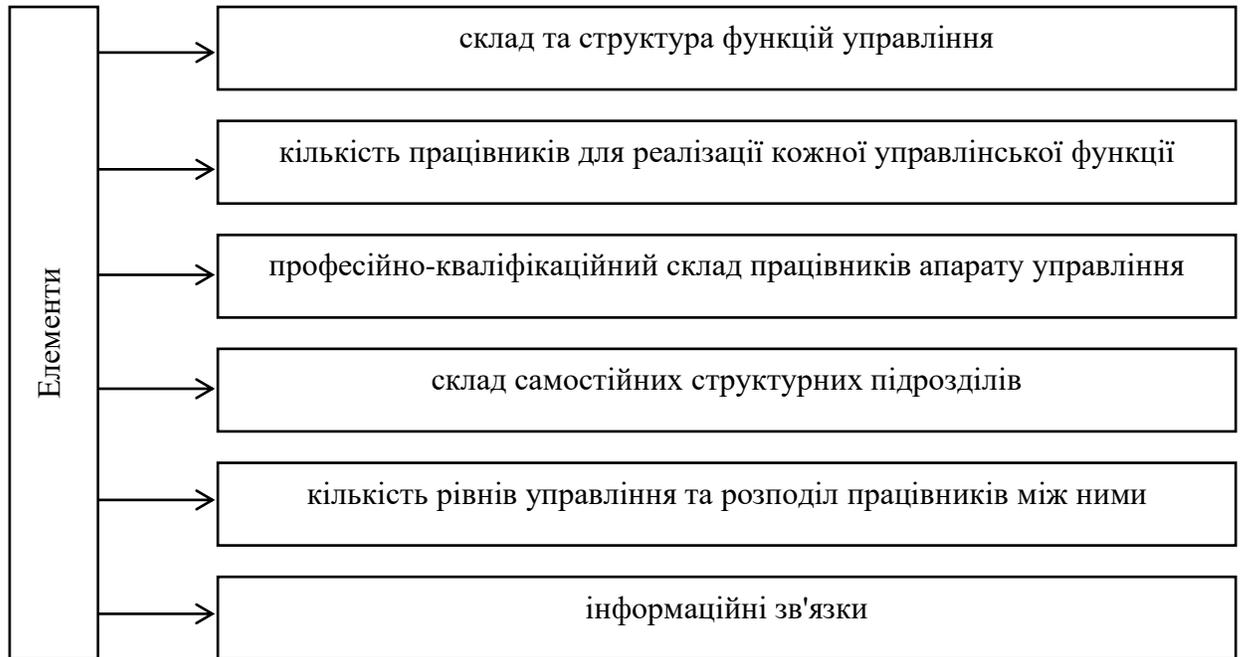


Рис. 1.2. Основні елементи організаційної структури управління закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [5]

Таким чином, до елементів структури відносять персонал закладу, функціональні відділи та служби, а також інші рівні системи менеджменту закладу. Тому можна дійти висновку, що структура ЗОЗ з точки зору його головних елементів складається з таких складових:

- 1) операційного центру, який включає в себе персонал закладу, задіяного безпосередньо до процесу надання медичних послуг;
- 2) стратегічного центру, до складу якого входять персонал та підрозділи закладу, відповідальних за розроблення та здійснення довготривалих цілей закладу;

3) проміжної середньої ланки, яка повідомляє про рішення, прийняте стратегічним центром і покликана забезпечувати їх виконання, а також підтримувати потоки інформації між обома вище наведеними центрами;

4) техноструктури, який включає в себе роботу аналітичних працівників, яка передбачає здійснення впливу на діяльність інших працівників закладу. Вони не беруть участь у безпосередньому процесі праці і відповідають за стандартизацію роботи;

5) підрозділу підтримки, який виконує опосередковане сприяння діяльності. Існування у закладі охорони здоров'я такого підрозділу може свідчити про бажання закладу до інтеграції усіх сфер його роботи та скорочення невизначеності зовнішньої сфери.

Таким чином, організаційна структура управління закладом охорони здоров'я виступає невід'ємною складовою частиною системи менеджменту, покликана допомагати в процесі досягнення цілей закладу шляхом конкретного визначення прав, обов'язків та міри відповідальності будь-якої структурної одиниці за реалізацію своїх завдань. Найбільш ефективною, на нашу думку, є та організаційна структура управління закладом охорони здоров'я, яка дає йому змогу ефективно взаємодіяти з зовнішньою сферою, продуктивно розподіляти завдання між працівниками та задовольняти потреби пацієнтів. Таким чином, ефективні взаємовідносини між усіма елементами організаційної структури управління дозволять закладу охорони здоров'я здійснювати успішну діяльність та прогресивно розвиватися на власному ринку.

1.2. Класифікація організаційних структур управління

На сьогоднішній день усі суб'єкти господарювання здійснюють свою діяльність в умовах раптових та непередбачених змін зовнішнього оточення, що суттєво перешкоджають прийняттю ефективних управлінських рішень.

Загальновідомо, що на рівень ефективності управління закладом охорони здоров'я значно впливає те, якою мірою його внутрішнє оточення спроможне прийняти зміни у зовнішньому оточенні, зводячи до мінімуму несприятливий вплив певних його чинників та дозволяючи вчасно використовувати можливості, які появляються в процесі впливу інших чинників. Як стверджує Н. Бондар, одним із найважливіших елементів внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я є його організаційна структура управління, яка регулює розподіл завдань по відділам і підрозділам закладу; компетентність відділів та підрозділів у вирішенні певних проблем; загальну взаємодію відділів та підрозділів в закладу [8]. Беручи до уваги те, що організаційна структура управління закладом охорони здоров'я безпосередньо позначається на виконанні стратегії функціонування закладу, на даний час доволі актуально проаналізувати класифікацію організаційних структур і з'ясувати їх основні переваги та недоліки.

Всі організації охорони здоров'я мають спеціально розроблену структуру, яка є необхідною умовою виконання поставлених перед ними завдань - медичне обслуговування населення. Як правило, це традиційна структура з чітко та конкретно обумовленими інструкціями, функціональними обов'язками, положеннями про роботу кожного структурного підрозділу. Структура закладу охорони здоров'я та інші не врегульовані законом питання, пов'язані з його функціонуванням, визначаються статутом закладу. Організаційна і штатна структури, а також структура основних фондів закладів охорони здоров'я - державних (комунальних) підприємств визначаються виключно власником даного закладу або створеними ними органами управління відповідно статутних завдань та ліцензійних вимог [5].

Кармінською-Белобровою М. В. зазначено, що найбільш поширеною формою ієрархічного типу структур управління є лінійно-функціональна організація управління. В центрі лінійно-функціональних структур лежить принцип формування та спеціалізації процесу управління згідно функціональних

підсистем закладу. Різновидом ієрархічного типу структур є лінійно-штабна структура управління закладом. Згідно цієї форми ієрархічного типу передбачено функціональне розподілення управлінської праці по відповідних штабних службах на різних рівнях управління. Існує також дивізійна структура управління, в основі якої лежить поєднання децентралізованого управління із централізованою координацією дій. Серед інших типів структур управління є гнучкі, адаптивні та органічні. Вони мають здатність змінювати форму, не прикладаючи до цього значних зусиль. Водночас, формами організації управління цього типу є матричні, проектні, програмно-цільові та бригадні форми [22, с. 193].

Цікавою є пропозиція Бондар Н. щодо виокремлення двох основних типів організаційних структур, а саме:

– механістичні структури управління, які Бондар Н. ототожнює з ієрархічними, бюрократичними, формальними, традиційними, класичними та які характеризуються наявністю жорсткого ієрархічного розподілу влади, формалізацією правил та процедур, централізованим прийняттям рішень. До таких структур управління належать лінійна, функціональна, лінійно-функціональна та лінійно-штабна структури управління;

– органічні структури управління, які також називають адаптивними, що характеризуються слабким використанням формальних правил та процедур, децентралізацією повноважень та участю працівників у прийнятті рішень, гнучкістю структури управління та незначною кількістю рівнів ієрархії управління, що дають змогу закладу швидко адаптуватись до змін зовнішнього середовища. До цього типу структур управління належать матричні та інші структури, які характеризуються гнучкістю під час взаємодії із зовнішнім середовищем [8].

В процесі розробки організаційної структури управління закладом охорони здоров'я на сьогоднішній день важливу роль відіграє визначення чіткого способу її побудови. Так, згідно із конкретним способом побудови організаційної

структури управління закладом охорони здоров'я чимало уваги приділяється розподілі робіт на поодинокі функції. Тому, зважаючи на це можна виокремити такі найбільш поширені види організаційних структур закладів охорони здоров'я, а саме лінійна, функціональна, лінійно-функціональна, лінійно-штабна та матрична, див. рис. 1.3. Розглянемо їх детальніше.

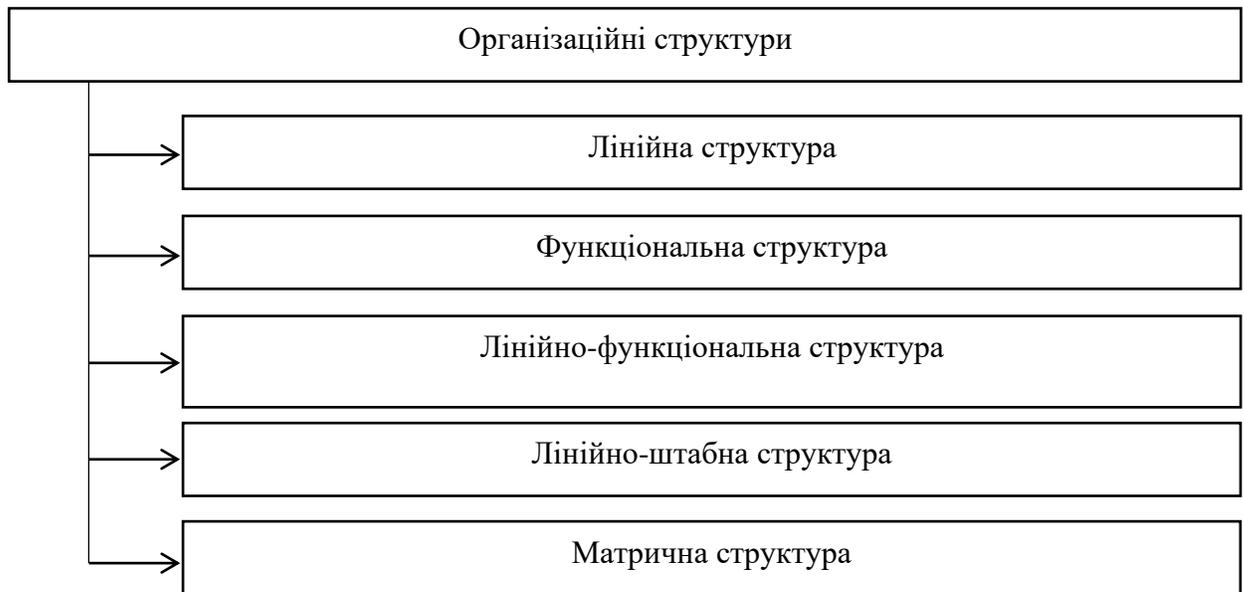


Рис. 1.3. Класифікація організаційних структур у закладах охорони здоров'я

Примітка. Складено автором.

Лінійна організаційна структура управління є однією з найпростіших організаційних структур управління. Лінійна структура припускає, що керівник будь-якого рівня є лідером що виконує всі функції управління і звітує з усіх питань вищому керівництву. Ця структура є типовою для тих закладів, де діапазон питань, що вирішуються, є незначним. Коли масштаби є більшими і коло проблем суттєво зростає, технічний та організаційний рівень підвищується, лінійна структура виглядає неефективною, тому що лідер не може знати все і не може добре управляти.

Така схема побудови лінійної організаційної структури управління розглядається більшістю дослідників як базова, яка може видозмінюватися залежно від структури підрозділів закладу, для якого вона будується. Вона є

ієрархічною структурою керівників різних рівнів, що приймають рішення одноосібно і виконують одноосібне управління нижчого рівня керівниками. А кожен із нижчого рівня керівників має тільки одного безпосереднього керівника, що стоїть на рівень вище. У такій структурі відповідним чином будується і система мотивації працівників, при цьому кінцевий результат, так би мовити, відходить на другий план [70, с. 702].

Організаційна структура управління лінійного типу побудована на основі «шахматного» принципу організації взаємодії між функціональними підрозділами, див. рис. 1.4.



Рис. 1.4. Лінійна організаційна структура управління

Примітка. Складено на основі [70]

Лінійна організаційна структура управління має такі переваги: координація дій між виконавцями; простота управління; чітко виражена відповідальність; особиста відповідальність лідера. В свою чергу недоліками є: високі вимоги до лідера; відсутність зв'язків у плануванні та підготовці рішень; фіксований зв'язок між виконавцями.

Ідея функціональної організаційної структури організації полягає у виконанні певних функцій щодо конкретних питань, що ставляться до виконавців, тобто кожен орган спеціалізується на виконанні певної діяльності. Виконавці перебувають у подвійному підпорядкуванні, див. рис. 1.5.

Таким чином, працівник повинен виконувати інструкції обох лінійних начальників і функціональних менеджерів. Функціональна структура управління передбачає, що лінійний менеджер має можливість більше зосередитися на оперативному управлінні, оскільки функціональні фахівці звільняють його від вирішення конкретних питань.

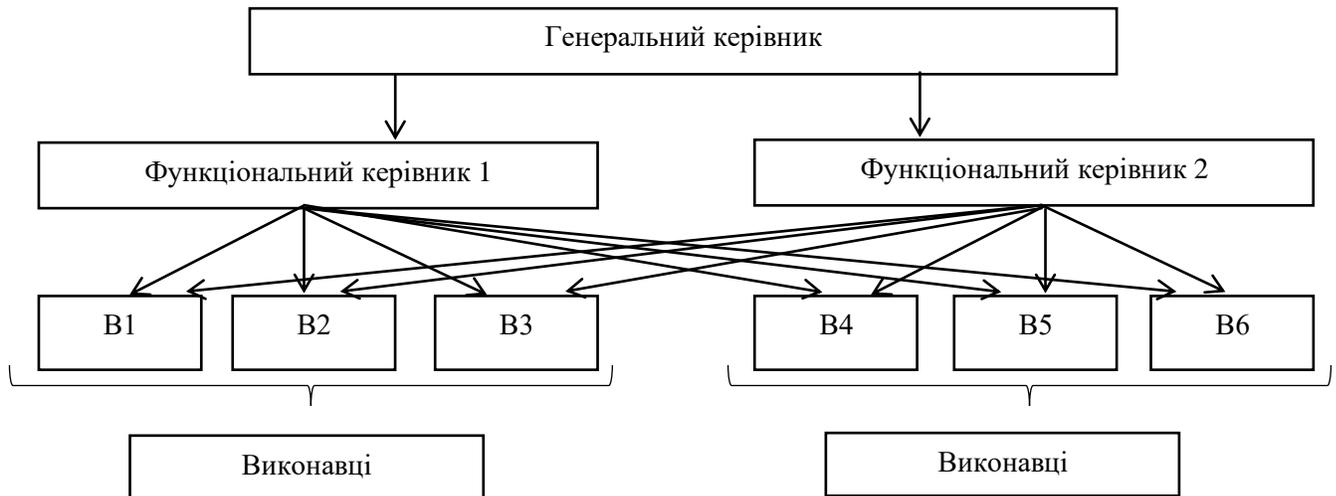


Рис. 1.5. Функціональна організаційна структура управління

Примітка. Складено на основі [5]

Функціональна організаційна структура управління має такі переваги є: висока компетентність фахівців, відповідальних за реалізацію конкретних функцій; звільнення лінійних менеджерів від прийняття рішень з деяких питань; стандартизація, формалізація та програмування процесів. Основними недоліками цієї структури є: труднощі у підтримці стабільних відносин між виконавцями; поява тенденцій надцентралізації; довгострокова процедура прийняття рішень.

Лінійно-функціональна структура управління означає, що фахівці формують лінійне групування персоналу, який готує інформацію для прийняття компетентного рішення. У цьому випадку функціональні поділи підпорядковуються лінійному лідеру, див. рис. 1.6.

Перевагами цієї структури є: ретельна підготовка рішень і планів, пов'язаних зі спеціалізацією працівників; звільнення головного лінійного менеджера від вирішення важливих проблема; можливість залучення

консультантів та експертів. Недоліками цієї структури є: відсутність тісного взаємозв'язку між структурними одиницями; недостатньо чітка відповідальність, оскільки керівник, що приймає рішення, зазвичай не бере участі у його реалізації.

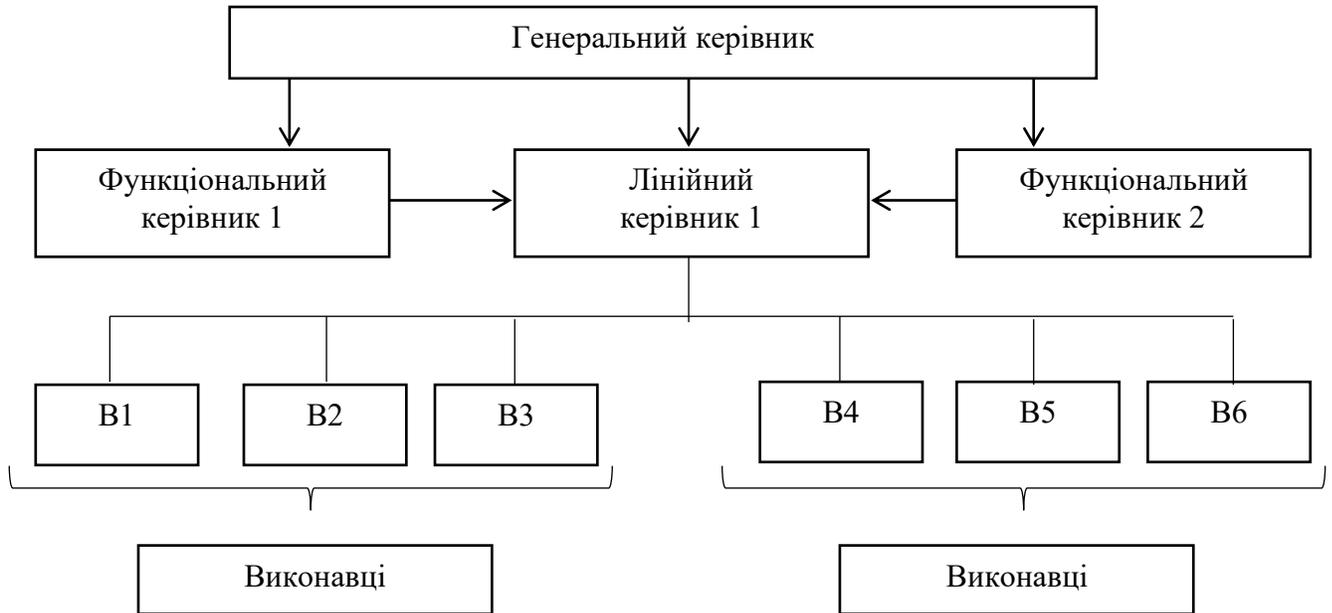


Рис. 1.6. Лінійно-функціональна організаційна структура управління

Примітка. Складено на основі [5]

Лінійно-штабна структура – такий вид організаційної структури є розвитком лінійної і покликаний ліквідувати її найважливіший недолік, пов'язаний з відсутністю ланок стратегічного планування [51]. Лінійно-штабна організаційна структура управління полягає у створенні спеціальних функціональних відділів (штаби) для полегшення роботи лінійних керівників. Такі штаби покликані вирішувати певні аналітичні, координаційні та іншого роду проблеми. Вони не мають права розпорядження, а лише повинні готувати пропозиції та плани для лінійного керівництва, див. рис. 1.7.

Керівники вищого рівня здійснюють стратегічне планування та контролюють ефективність роботи відділів закладу охорони здоров'я. Для полегшення роботи вони мають в своєму підпорядкуванні штаб керівника закладу з належними функціональними відділами.

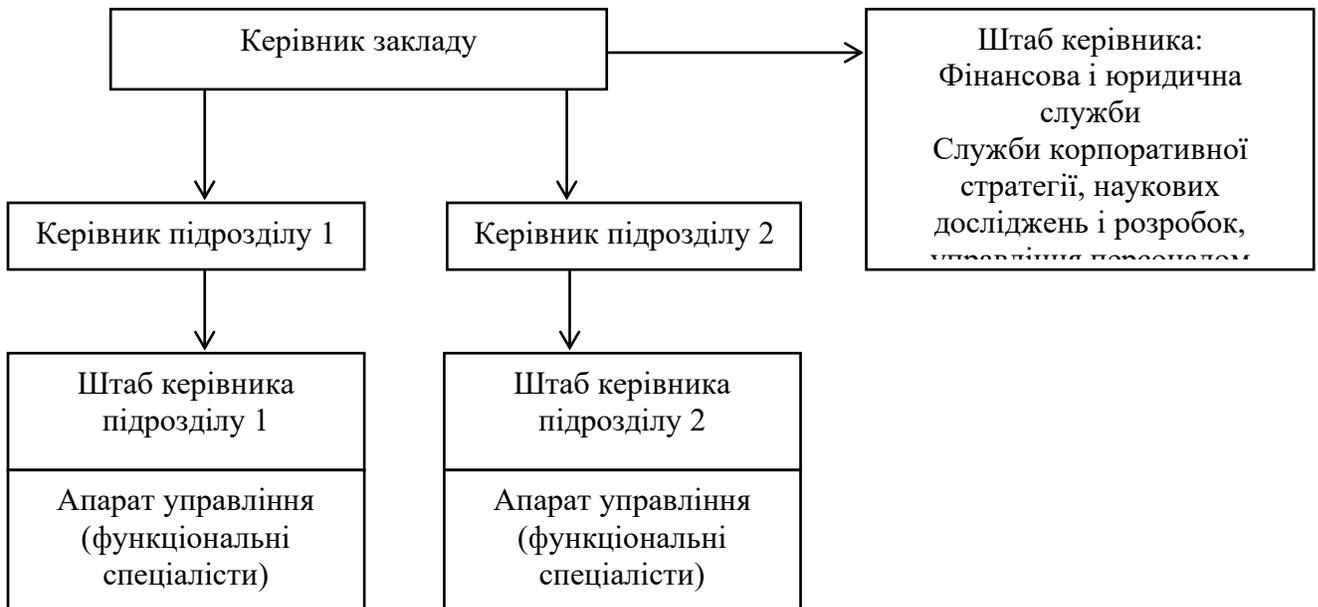


Рис. 1.7. Лінійно-штабна організаційна структура управління

Примітка. Складено на основі [5]

Матрична організаційна структура управління нагадує сітчасту організацію, засновану на принципі подвійного підпорядкування виконавців: з одного боку, керівник функціональної служби надає співробітникам технічну допомогу проекту, з іншого боку, виконавець має необхідні повноваження здійснювати управління відповідно до запланованих строків, ресурсів та якості. У цьому випадку керівник проекту взаємодіє з двома підлеглими групами: постійними членами проектної команди та іншими працівниками функціональних підрозділів, які підкоряються йому. При цьому зберігаються підпорядковані їм підрозділи та служби, див. рис. 1.8.

Перевагами матричної організаційної структури є: здатність швидко реагувати та адаптуватися до змін внутрішнього та зовнішнього середовища організації; раціональне використання персоналу за рахунок спеціалізації різних видів трудової діяльності; контроль за певними завданнями проекту; підвищення

особистої відповідальності за виконання програми в цілому та її складових елементів. Недоліком матричної організаційної структури є складна структура підпорядкування.



Рис. 1.8. Матрична організаційна структура управління

Примітка. Складено на основі [43]

Згрупуємо основні переваги та недоліки вище наведених організаційних структур управління у закладах охорони здоров'я у додатку Б.

Питання контролю якості медичної допомоги визначено наказом МОЗ України № 752 від 28.09.2012 року «Про Порядок контролю якості медичної допомоги» та наказом № 69 від 05.02.2016 року «Про організацію клініко – експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування»

В умовах перетворення закладів охорони здоров'я в некомерційні комунальні підприємства питання контролю та оцінки якості медичної допомоги набуває ще більшої ваги. Так як Національна служба здоров'я України чітко виставляє умови щодо якості та повноти надання медичної допомоги.

В той же час в зв'язку з реорганізацією закладів здоров'я відбувається розподіл обов'язків між генеральним директором та медичним директором. Розподіл функцій настав з 01 січня 2019 року, коли набрав чинності Наказ МОЗ України № 1977 від 31.10.2018 року.

Зміни, які передбачені даним Наказом МОЗ спрямовані в першу чергу на розмежування функцій.

Генеральний директор займається зараз вирішенням суто адміністративно-господарських питань діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я.

Вирішувати ж питання, що пов'язані з ефективним наданням та якістю медичних послуг, буде медичний директор .

Загалом такий розподіл повноважень, коли один з керівників виконує суто управлінсько-господарські функції в керівництві закладом охорони здоров'я, а інший зосереджений і відповідальний за якість і ефективність медичного обслуговування, яке здійснюється закладом охорони здоров'я має позитивно вплинути на оптимізацію управління закладу охорони здоров'я та на якість і ефективність медичних послуг.

Разом з тим практично це відбувається таким чином, що функції медичного директора виконують сьогодні заступники головного лікаря з медичної частини. Фактично зміна назви посад при збільшенні відповідальності та контролю за надання медичної допомоги не призведе до ефективності в роботі.

Для ефективного управління медичному директору необхідно мати декілька заступників з певних напрямків, в залежності від профілю та обсягу роботи закладу.

В залежності від потужності закладу це можуть бути заступники з хірургічної роботи, з експертизи тимчасової непрацездатності, з дитинства та пологової допомоги.

Але як найменше повинен бути заступник з контролю якості медичної допомоги.

До його компетенції повинні входити наступні питання:

1. Розробка чітких критеріїв оцінки надання якісної та повної медичної допомоги;
2. Контроль та оцінка кожного працівника закладу щодо дотримання вимог та критеріїв надання медичної допомоги для подальшої подачі інформації до фінансово – економічного відділу для оплати праці працівників.
3. Удосконалення чітких критеріїв оцінки надання якісної та повної медичної допомоги.

В компетенції самого медичного директора повинні залишитися питання:

1. Здійснення організації медичної допомоги.
2. Її поточного управління (організація консиліумів, проведення оперативних нарад, засідання профільних комісій).
3. Здійснення професійного розвитку медичного персоналу.
4. Здійснення зовнішньої та внутрішньої координації підрозділів закладу.
5. Контроль та організація проведення акредитації закладу та дотримання ліцензійних вимог.

Управлінська діяльність закладів охорони здоров'я здійснюється у відповідності і на основі статуту даного закладу. Будь-який заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) очолює головний лікар, який має, як правило, кілька заступників (рис. 1.9.). Головного лікаря закладу охорони здоров'я обирають на конкурсній основі згідно закону "Про місцеве самоврядування в Україні". До рівня управління закладом відносяться також завідувачі відділами та відділеннями, хоч доплати за кваліфікаційну категорію з організації охорони здоров'я вони не отримують. Допоміжними управлінськими структурами закладу можна вважати фінансово-економічний відділ, відділ кадрів та інформаційний відділ або відділ

статистики, адміністративно-господарський відділ Примітка. Складено на основі [60].

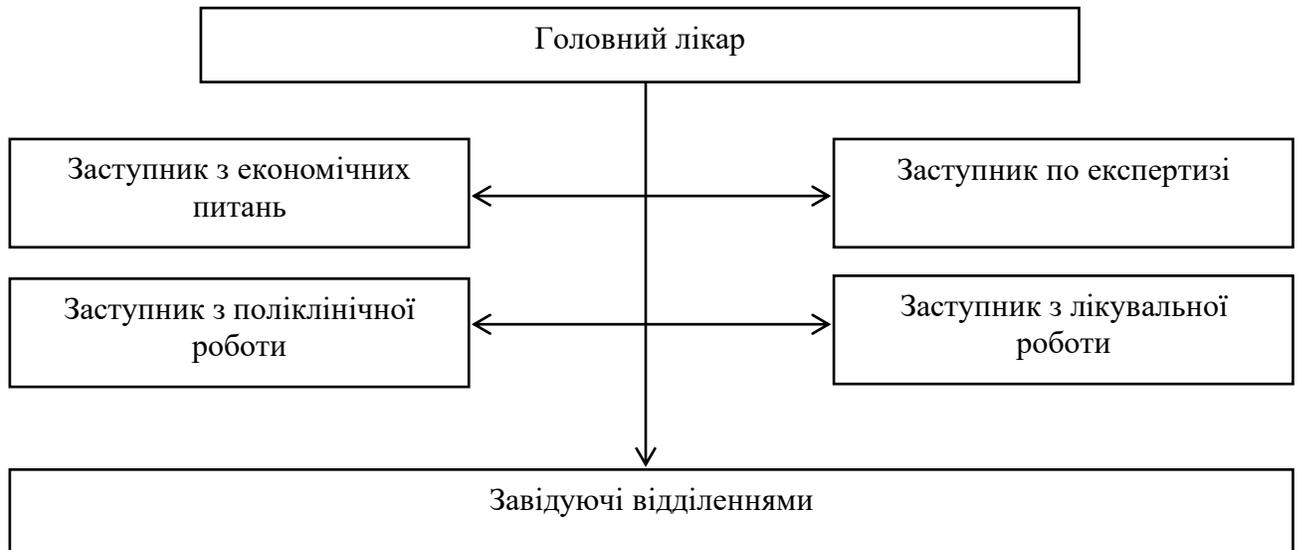


Рис. 1.9. Типова організаційна структура закладів охорони здоров'я Примітка. Складено на основі [60]

Організація діяльності будь-якого структурного підрозділу закладу охорони здоров'я передбачає створення комплексу організаційних документів, який включає:

- положення про структурний підрозділ – це організаційний документ, який після затвердження в установленому порядку набуває статусу внутрішнього нормативно-правового акта підприємства, установи, організації. Положення про структурний підрозділ встановлює порядок створення підрозділу, його завдання, функції, права та обов'язки, організацію роботи, відносини з іншими підрозділами закладу.

- посадові (робочі) інструкції працівників підрозділу, які розробляє і затверджує адміністрація закладу, враховуючи конкретні завдання та обов'язки, функції, права, відповідальність працівників різних груп та особливості штатного розпису закладу. Розробляючи Положення, потрібно переглянути й врахувати також такий документ, як Положення про заклад охорони здоров'я (ЗОЗ). Як

правило, складання проекту Положення про структурний підрозділ покладають на керівника цього підрозділу. За дорученням керівника підрозділу це завдання може бути покладено на одного із працівників підрозділу. Фахівці кадрової та діловодної служб закладу охорони здоров'я мають надавати методичну допомогу працівникам підрозділів, на яких покладено розроблення положень про структурні підрозділи [46].

Отже, існує чимало класифікацій організаційних структур управління закладом охорони здоров'я. Для кожного закладу охорони здоров'я актуальність побудови ефективної організаційної структури управління пов'язана із змінами зовнішнього середовища, розробкою нової стратегії діяльності, зміною керівників закладу тощо. Тому, добре розуміння різних видів організаційних структур дасть можливість побудувати таку організаційну структуру, яка в подальшому буде сприяти не лише ефективному управлінню персоналом, але й діяльністю закладу охорони здоров'я загалом.

1.3. Особливості побудови організаційних структур управління в закладі охорони здоров'я

На ефективність діяльності будь-якого суб'єкта господарювання в сучасних умовах впливає передусім рівень ефективності системи менеджменту, зокрема його організаційної структури. Організаційна структура виступає найважливішим важелем управління і дозволяє якомога ефективніше досягнути визначених цілей діяльності підприємства. Проведення безперервного аналізу та внесення певних змін до організаційної структури є доволі актуальним та необхідним на сьогоднішній день задля забезпечення ефективної діяльності закладу охорони здоров'я. Будь-який суб'єкт господарювання бажає ефективно розвиватися, тому й виконує чималу кількість функцій управління. Системи менеджменту у закладі охорони здоров'я ґрунтуються на його структурі. Вибір структури закладу

відноситься до стратегічного планування і опирається на обраній стратегії. Організаційна структура дозволяє виконувати цілий комплекс функцій і операцій, які потрібні в процесі досягнення визначеної мети. Тому, у сучасних динамічних змінах у зовнішньому середовищі та загостренні конкурентної боротьби на ринку вирішення питання потреби у ефективній побудові організаційної структури і чіткому розподілі функцій між відділами та працівниками закладу охорони здоров'я набуває виняткової актуальності.

На нашу думку, серед головних факторів, які впливають на побудову ефективної організаційної структури управління в закладі охорони здоров'я можна виокремити:

1. Стратегія – процес визначення фундаментальних довгострокових цілей, прийняття методу та розподіл необхідних ресурсів для досягнення цілей. Стратегія стосується кінцевих результатів роботи закладу охорони здоров'я.

2. Величина закладу, зокрема фізична спроможність організації, працівники організації, організація роботи (кількість пацієнтів), матеріальні та фінансові ресурси.

3. Технологія – стан технічного устаткування закладу.

Найголовнішим із таких факторів впливу є характеристика самої організації. Кожен тип організації потребує індивідуального підходу до ситуації. Безумовно, що підхід до формування організаційної структури у малому відрізняється від того ж процесу у великому за розміром закладу охорони здоров'я. Очевидно, що структура управління великого закладу є більш складною у порівнянні з тією, що потрібна малому закладу. Чим більшою є організація, тим значнішого обсягу управлінських робіт вона потребує, удосконалюється і розширюється поділ праці, створюються спеціалізовані відділи (наприклад, по управлінні якістю, постачання, логістики та ін.) [62, с. 122].

При плануванні організаційної структури існують три принципи:

1. Організаційна структура визначає формальні відносини та звітність в організації і показує кількість рівнів в ієрархії і визначає проміжок контролю керівників.

2. Організаційна структура визначає положення людей як працюючих у групі і ділить їх на підрозділи у всій організації.

3. Організаційна структура включає в себе розробку систем, за допомогою яких всі підрозділи є скоординованими та ефективними.

Поряд з тим, принципи формування організаційної структури управління закладом охорони здоров'я повинні базуватись на: стратегії та специфіці діяльності; визначенні оптимального розподілу праці; забезпеченні оптимального співвідношення між повноваженнями і відповідальністю кожного працівника і апарату управління відповідно до встановлених зв'язків між ними; підтриманні рівноваги між функціями та обов'язками і повноваженнями та відповідальністю; адекватному реагуванні на соціально-культурні умови, що виникли у закладі та які становлять значний вплив на процеси прийняття управлінських рішень [51].

Сьогодні при створенні організаційних структур застосовується системний підхід, який на практиці приводить до ефективнішого використання всіх ресурсів організації – матеріально-технічних, фінансових і трудових, що створює економічні переваги діяльності організації, що в сучасних умовах є головним чинником успіху. Особливе значення набуває виявлення і аналіз виникаючих проблем побудови і розвитку організації. Даний підхід передбачає вихідне визначення системи цілей організації, які обумовлюють структуру завдань і зміст функцій апарату управління [6, с. 19].

На нашу думку, варто виокремити п'ять принципів побудови організаційних структур в закладі охорони здоров'я, див. табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Принципи побудови організаційних структур в закладі охорони здоров'я

Принцип 1	Характеристика 2
Принцип повноти	Організаційна структура повинна повною мірою віддзеркалювати головну мету та завдання, визначених в закладом охорони здоров'я. Даний принцип передбачає, що будь-яка мета віддзеркалює функцію або спрямування роботи в закладу охорони здоров'я. В процесі планування організаційної структури потрібно завжди відділяти «резервні можливості» для її удосконалення
Принцип цілісності	Організаційна структура повинна бути цілісною та підпорядковуватися потребам діяльності закладу охорони здоров'я. Дотримання даного принципу дасть можливість зменшити витрати на утримання управлінського апарату. В процесі формування організаційної структури потрібно зважати на посадові повноваження і відповідальність окремо взятого працівника або відділу закладу. В свою чергу, недодержання даного принципу може призвести до повторення повноважень між працівниками, що може зумовити прийняття неефективного та неправильного управлінського рішення
Принцип оптимальності	Даний принцип передбачає, що для того, щоб раціонально розподілити робоче навантаження і забезпечити конкретну спеціалізацію організаторських функцій потрібно якнайкраще розподілити працю між працівниками закладу
Принцип правового регулювання	Даний принцип полягає у забезпеченні додержання розпоряджень вищого керівництва нижчим. Іншими словами, організаційна структура має забезпечити вчасність надходження наказів прямо до того відділу або працівника, якому воно призначається. Реалізація даного принципу передбачає побудову комунікаційно-інформаційних зв'язків у закладі охорони здоров'я
Принцип економічної ефективності	Даний принцип передбачає, що з метою забезпечення реалізації завдань організаційною структурою або її окремо взятими рівнями потрібно забезпечити мінімальні витрати на утримання управлінського апарату, заощадливе витрачання будь-яких ресурсів закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено автором

Додержання таких принципів побудови організаційних структур в закладі охорони здоров'я обумовлює потребу у врахуванні при плануванні організаційної структури несприятливого впливу чималої кількості факторів на результативність роботи закладу охорони здоров'я.

Процес формування організаційної структури управління на базі визначеної мети закладу охорони здоров'я наведений на рис. 1.10.

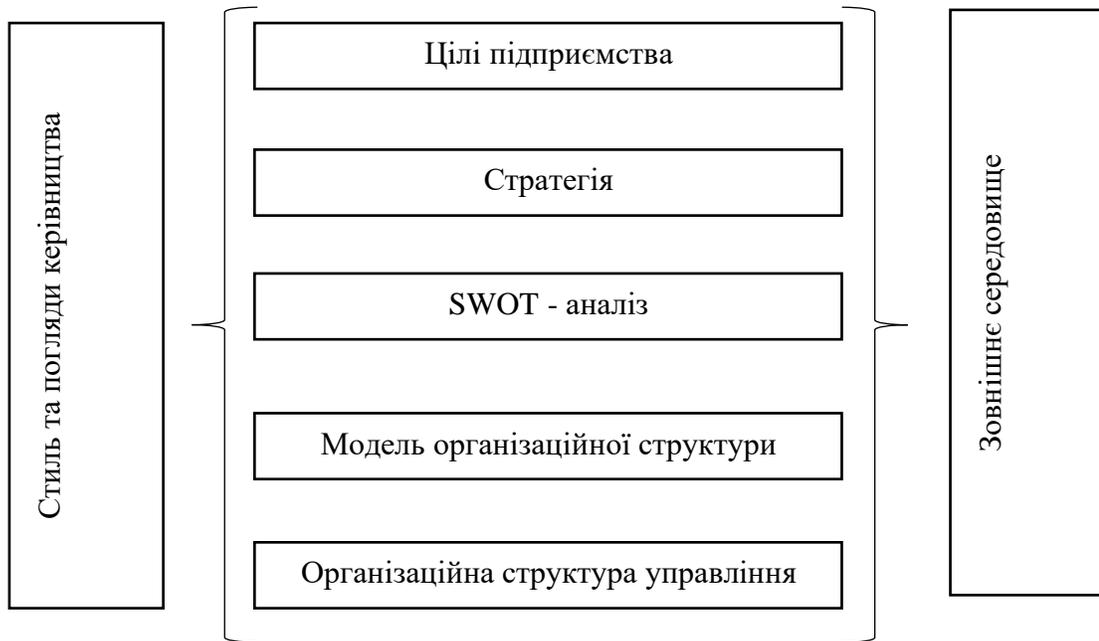


Рис. 1.10. Процес переходу від цілей організації до її структури

Примітка. Складено на основі [62]

Беручи до уваги те, що існує потреба у забезпеченні оптимального рівня ефективності управління закладом охорони здоров'я, процес побудови його організаційної структури управління повинне проходити у чотири етапи, див. рис. 1.11.

Побудову оптимальної організаційної структури управління в закладі охорони здоров'я варто розпочинати із дослідницького етапу. Даний етап передбачає проведення ґрунтовного аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища, а також перевірки мети та завдань стратегічного розвитку закладу. В результаті дослідницького етапу формують перспективні напрямки подальшого розвитку закладу та перелік основних типів організаційних структур, які найбільш підходять для даного закладу.

На другому (аналітичному) етапі варто дослідити ступінь можливості закладу охорони здоров'я до побудови необхідної організаційної структури а, відтак і до змін у внутрішньому оточенні. Варто зауважити, що спроможність закладу до зміни у внутрішньому оточенні доречно аналізувати із врахуванням спротиву працівників до таких змін, для чого потрібно здійснювати належні

опитування персоналу. В результаті проведення даного етапу визначається тип організаційної структури, який максимально відповідає стратегічним напрямкам розвитку закладу охорони здоров'я.

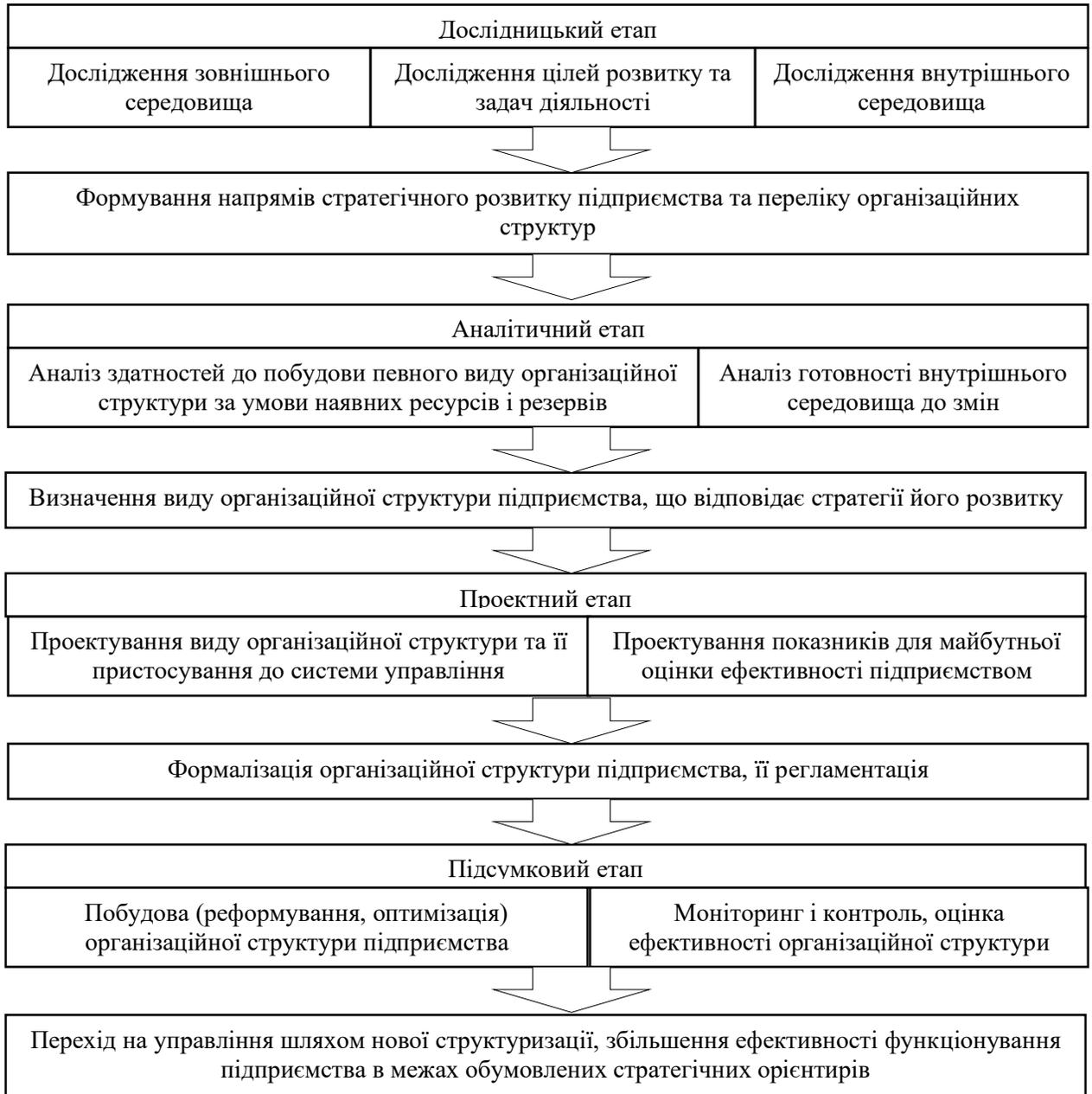


Рис. 1.11. Модель побудови оптимальної організаційної структури закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [65]

Третій етап (проектний) полягає у побудові організаційної структури, яка вимагає формування головних індикаторів та еталонів для оцінювання ступеня ефективності системи управління.

Система показників для оцінювання організаційної структури, з яких би кількісних і якісних показників вона не складалась, має будуватись за принципом постійного моніторингу організації управління на відповідність стратегічним цілям розвитку закладу охорони здоров'я. Саме так, оскільки мета організаційної структури полягає в забезпеченні реалізації визначених у стратегії завдань. Проектування структури має ґрунтуватися на стратегічних планах закладу, тобто за принципом: стратегія визначає структуру. Оскільки з перебігом часу будь-яка стратегія корегується (змінюються), то не виключені й відповідні зміни в організаційній структурі. Ще раз наголосимо, в остаточному підсумку організаційну структуру слід оцінювати за її можливостями сприяти досягненню стратегічних цілей розвитку закладу [45, с. 247].

За І. В. Копитовою, критеріями оцінки раціональності організаційної структури є: відповідність об'єкта виконуваних управлінських робіт кількості виконавців; зосередження на кожному щаблі управління (ланці) об'єктивно необхідних функцій і прав для їхньої реалізації; відсутність паралелізму та дублювання функцій; оптимальне поєднання централізації і децентралізації функцій, прав, відповідальності виконавців; дотримання норм керованості, тобто кількості виконавців, що припадає на одного керівника їхньої діяльності; ступінь надійності, оперативності, гнучкості, адаптованості, економічності, ефективності виробництва й управління, самостійності й відповідальності виконавців за результати власної роботи [28].

Кінцевим критерієм ефективності при порівнянні різних варіантів організаційної структури є якнайповніше і стійкіше досягнення цілей,

поставлених у сфері економіки, технічного прогресу і соціального розвитку. Доцільно використовувати набір нормативних характеристик апарату управління: його продуктивність при переробці інформації; оперативність ухвалення управлінських рішень; надійність апарату управління, що виражається як виконання рішень у рамках встановлених термінів і ресурсів; адаптивність і гнучкість, що характеризуються здатністю своєчасного виявлення організаційних проблем і відповідною перебудовою роботи [65, с. 43].

На четвертому етапі (підсумковому) відбувається безпосередня діяльність, пов'язана із реалізацією раніше спроектованої організаційної структури управління, а також проводиться контроль за її ефективністю.

Необхідно відзначити, що ця модель побудови оптимальної організаційної структури управління закладом охорони здоров'я адаптивна, а також володіє необхідною універсальністю використання при стратегічному традиційному та інноваційному підході до управління закладом з метою підвищення ефективності його діяльності [65, с. 44].

Таким чином, процес побудови організаційної структури управління закладом охорони здоров'я є доволі непростим і багатостороннім. Мінливість ринкового середовища потребує не тільки додержання загальновідомих засад побудови. Варто зазначити, що організаційна структура управління відрізняється у кожному підприємстві, організації, установі. До її складу входять різні складові та функції, які притаманні для певного закладу, узгоджені з цілями його діяльності. Вітчизняна практика володіє безліччю ефективних пропозицій стосовно формування організаційної структури управління, однак даний перелік є не вичерпним. Будь-який менеджер, відповідальний за побудову організаційної структури вправі розробити особистий метод побудови.

Висновки до розділу 1

1. В процесі дослідження сутності поняття організаційної структури можна дійти висновку, що на даний час не існує єдиного трактування даного терміну. На нашу думку, під поняттям організаційної структури слід розуміти послідовні взаємозв'язки між управлінськими рівнями і функціональними сферами організації, які побудовані за такою схемою, що дозволяє найефективніше досягнути визначених організацією цілей. Тому, організаційна структура управління підприємством виступає невід'ємною складовою частиною системи менеджменту, покликана допомагати в процесі досягнення цілей закладу шляхом конкретного визначення прав, обов'язків та міри відповідальності будь-якої структурної одиниці за реалізацію своїх завдань. Найбільш ефективною, на нашу думку, є та організаційна структура управління закладом охорони здоров'я, яка дає йому змогу ефективно взаємодіяти з зовнішньою сферою, продуктивно розподіляти завдання між працівниками та задовольняти потреби пацієнтів.

2. Існує чимало класифікацій організаційних структур управління закладом охорони здоров'я. Найбільш поширеними видами організаційних структур закладів охорони здоров'я є лінійна, функціональна, лінійно-функціональна, лінійно-штабна та матрична. Для кожного закладу охорони здоров'я актуальність побудови ефективної організаційної структури управління пов'язана із змінами зовнішнього середовища, розробкою нової стратегії діяльності, зміною керівників закладу тощо. Тому, добре розуміння різних видів організаційних структур дасть можливість побудувати таку організаційну структуру, яка в подальшому буде сприяти не лише ефективному управлінню персоналом, але й діяльністю закладу охорони здоров'я загалом.

3. Процес побудови організаційної структури управління закладом охорони здоров'я є доволі непростим і багатостороннім. Серед головних факторів, які впливають на побудову ефективної організаційної структури управління в закладі

охорони здоров'я можна виокремити: стратегія (процес визначення фундаментальних довгострокових цілей, прийняття методу та розподіл необхідних ресурсів для досягнення цілей. Стратегія стосується кінцевих результатів роботи закладу охорони здоров'я); величина закладу (зокрема фізична спроможність організації, працівники організації, організація роботи (кількість пацієнтів), матеріальні та фінансові ресурси); технологія (стан технічного устаткування закладу).

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №3 М. ПОЛТАВА

2.1. Аналіз діяльності та системи управління закладу охорони здоров'я

Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» створений і почав працювати 02.01.2013 року на виконання наказу №174 від 01.10.2012 року [58].

Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» є лікувально- профілактичним (амбулаторно-поліклінічним) закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги первинної медико-санітарної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та цим Статутом.

Підприємство створене за рішенням чотирнадцятої сесії Полтавської міської ради сьомого скликання (надалі - засновник) від 16 лютого 2018 року відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом перетворення Комунального закладу «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 м. Полтави у Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради». Майно підприємства є власністю територіальної громади м. Полтава в особі Полтавської міської ради Полтавської області. Комунальне підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Комунального закладу.

Підприємство створене на базі майна територіальної громади м. Полтава. Засновником, власником та органом управління майном підприємства є територіальна громада м. Полтава в особі Полтавської міської ради (надалі -

Засновник). Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику. Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним Кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування та статутом.

Основною метою діяльності ПМДС №3 є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством:

- забезпечення населення доступною, своєчасною, якісною та ефективною первинною медико-санітарною допомогою;
- забезпечення керованості та безперервності медичної допомоги.

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності підприємства є:

- організаційно-методичне керівництво та координація діяльності структурних підрозділів підприємства на території м. Полтави з питань надання населенню доступної, своєчасної, якісної та ефективною первинної медико-санітарної допомоги;
- організація надання первинної медико-санітарної допомоги, у тому числі невідкладної, у визначеному законодавством порядку;
- проведення профілактичних щеплень;
- забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря, що надає первинну медико-санітарну допомогу (лікаря загальної практики - сімейного лікаря). > визначеному законодавством порядку;

- планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення;
- забезпечення дотримання наступності та послідовності у наданні медичних послуг населенню м. Полтави, закладами охорони здоров'я та установами, то надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу (медичний маршрут пацієнта);
- організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторне-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку;
- забезпечення дотримання стандартів та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги;
- впровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів;
- організація стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги;
- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;
- направлення на МСЕК осіб із стійкою втратою працездатності;
- участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;
- організація пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку;
- проведення заходів з попередження і своєчасного виявлення захворювань, зменшення рівня ускладнень, інвалідності та смертності населення, в першу чергу від попереджувальних захворювань та станів;

- координація впровадження та контроль за виконанням місцевих програм та заходів з питань удосконалення надання первинної медико-санітарної медичної допомоги;
- визначення проблемних питань надання первинної медико-санітарної допомоги на території м. Полтави та шляхів їх вирішення;
- розробка планів розвитку первинної медико-санітарної допомоги на території району обслуговування;
- проведення спільно з санітарно-епідеміологічною службою профілактичних та протиепідемічних заходів;
- визначення потреби структурних підрозділів підприємства та населення у лікарських засобах, виробках медичного призначення, медичному обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;
- моніторинг забезпечення та раціональне використання лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та транспортних засобів;
- моніторинг виконання та фінансового забезпечення державних соціальних нормативів із забезпечення населення первинною медико-санітарною допомогою;
- вивчення, аналіз і прогнозування показників стану здоров'я населення та участь у розробці заходів, спрямованих на збереження і покращення здоров'я населення;
- забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників підприємства;
- медична практика;
- інші функції, що випливають з покладених на підприємство завдань.

Підприємство є юридичною особою публічного права. Права та обов'язки юридичної особи Підприємство набуває з дня його державної реєстрації,

користується закріпленням за ним комунальним майном, що є власністю територіальної громади м. Полтава на праві оперативного управління.

Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого Засновником, самостійно організовує виробництво продукції (робіт, послуг) і реалізує її за цінами (тарифами), що визначаються в порядку, встановленому законодавством.

Збитки, завдані підприємству внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду. Для здійснення господарської некомерційної діяльності Підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством.

Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» має самостійний баланс, рахунки в установах банків, Державному казначействі України, круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами. Має право укладати угоди (договори), набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути особою, яка бере участь у справі, що розглядається в судах України, міжнародних та третейських судах.

Важливим є той фактор, що підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність і затверджує штатний розпис.

Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної

практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

Майно підприємства є комунальною власністю і закріплюється за ним на праві оперативного управління. Майно підприємства становлять необоротні та оборотні активи, основні засоби та грошові кошти, а також інші цінності, передані йому Засновником, вартість яких відображається у самотійному балансі Підприємства.

Джерелами формування майна та коштів підприємства є:

- комунальне майно, передане підприємству відповідно до рішення про його створення;

- кошти місцевого бюджету (бюджетні кошти);

- власні надходження підприємства: кошти від здачі в оренду (зі згоди Засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг);

- цільові кошти;

- кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі.

Проаналізуємо видатки комунального підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» в розрізі фондів у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Видатки комунального підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» в розрізі фондів у 2018-2020 роках, тис. грн.

Показник	2018	2019	2020	Абсолютне відхилення, +/-
1	2	3	4	5
Загальний фонд				
Видатки загалом, у т.ч.:	34139,6	47422,3	51921,1	17781,5
Поточні видатки	34139,6	47422,3	51921,1	17781,5
Оплата праці та нарахування на заробітну плату	25957,6	36045,7	41176,2	+15218,6
Використання товарів та послуг	7968,8	47422,3	51921,1	43952,3
Дослідження та розробки, окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм	4,9	47422,3	51921,1	51916,2
Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку	4,9	47422,3	51921,1	51916,2
Спеціальне забезпечення	195,5	-	-	-195,5
Інші поточні видатки	17,6	-	-	-17,6

В свою чергу зростання поточних видатків пов'язано із зростанням видатків на використання товарів та послуг – на 43952,3 тис. грн., видатків на дослідження та розробки, окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм – на 51916,2 тис. грн., а також видатків на окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку – на 51916,2 тис. грн.. Варто зазначити, що протягом останніх трьох років спостерігається збільшення видатків на оплату праці та нарахування на заробітну плату – на 15218,6 тис. грн., спеціальне забезпечення – на 195,5 тис. грн., а також інші поточні видатки – на 17,6 тис. грн.

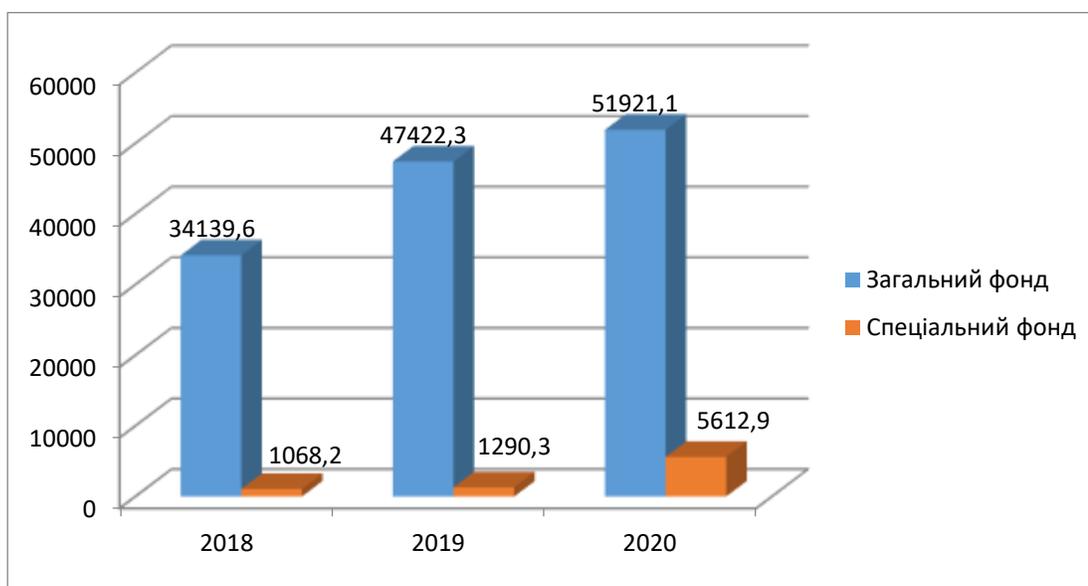


Рис. 2.1. Динаміка видатків комунального підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» в розрізі фондів у 2018-2020 роках, тис. грн.

Примітка. Складено на основі даних підприємства

Протягом останніх трьох років спостерігається зростання видатків спеціального фонду на 4544,7 тис. грн.. за рахунок зростання капітальних видатків на ту ж суму. Крім цього, капітальні видатки зросли на 4544,7 тис. грн. за рахунок зростання капітальних трансфертів – на 5612,9 тис. грн. та зменшення видатків на придбання основного капіталу – на 1068,2 тис. грн. та видатків на капітальний ремонт – на 1044,5 тис. грн.

На сайті підприємства також є можливість ознайомлення із річною та квартальною звітністю, відомостями про договори, учасником яких є комунальне підприємство, інформація про які підлягає оприлюдненню відповідно до Закону України «Про відкритість використання публічних коштів».

Таблиця 2.2. Інформаційна довідка про підприємство.

1.	Цілі діяльності комунального підприємства	Збереження та зміцнення здоров'я населення та зниження рівня захворюваності
2.	Квартальна, річна звітність комунального підприємства	https://spending.gov.ua/new/disposers/38503159/agreements
3.	Відомості про договори, учасником яких є комунальне підприємство, інформація про які підлягає оприлюдненню відповідно до Закону України «Про відкритість використання публічних коштів»	https://spending.gov.ua/new/disposers/38503159/agreements

Таким чином, комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» створене з метою збереження та зміцнення здоров'я населення та зниження рівня захворюваності.

2.2. Аналіз організаційної структури управління закладу охорони здоров'я

Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» потребує наявності відповідної організаційної структури. Тому лікарня ще з початку існування побудувала таку організаційну структуру, яка не тільки може розв'язати проблеми в середині лікарні, але й повною мірою узгоджується із основною метою її функціонування.

Центр створено на базі 3-ї МКП та поліклінічного відділення 2-ї МКЛ м. Полтави, шляхом злиття відділень загальної практики сімейної медицини вищезазначених поліклінік. Надається первинна медико-санітарна допомога населенню Подільського, частково Шевченківського та Київського районів м.Полтави в 9-и амбулаторіях ЗПСМ 38 лікарями ЗП-СЛ, 12 лікарями педіатрами дільничними. Загальна кількість сімейних дільниць 42, педіатричних - 15. П'ять амбулаторії ЗПСМ знаходяться в приміщеннях

міських поліклінік (АСМ №1, АСМ№2 – в приміщенні 3-ої МКП, АСМ № 3 – в приміщенні поліклініки 2-ої МКЛ, АСМ №7,8 в приміщенні ДМКЛ ДПВ №1) та 4 відокремлені у віддалених районах міста (селища Лісок, Вороніно, Кр. Берг, Червоний Шлях) [58].

Організаційна структура на комунальному підприємстві «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» характеризується лінійно-функціональним типом. Вона ґрунтується на розподілі обов'язків та відповідальності згідно із функціями управління та ухвалення рішень по вертикалі [45, с. 248].

Така організаційна структура за рахунок ієрархічності дає можливість забезпечити оперативне виконання управлінських рішень і підвищити ефективність діяльності функціональних служб, а також відчуття відповідальності будь-якого працівника за здійснення своїх обов'язків. Також варто зазначити, організаційна структура підприємства є чіткою, простою з точки зору взаємовідносин між відділами та економічно ефективною.

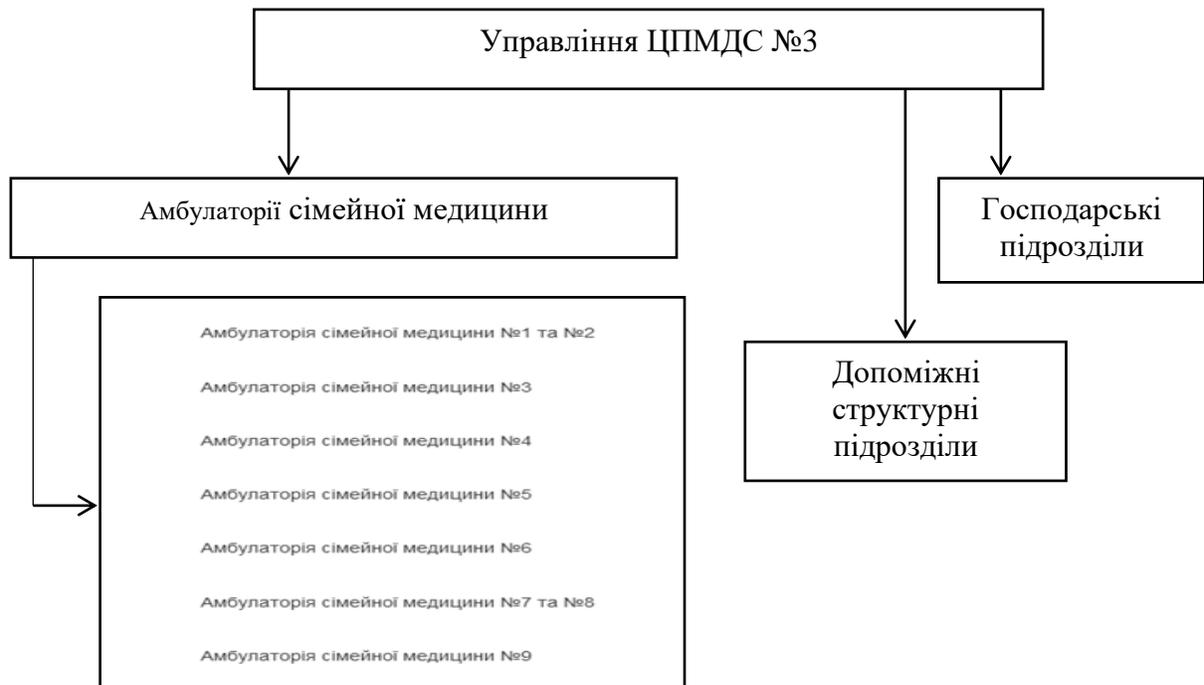


Рис. 2.3. Загальна схема організаційної структури ЦПМДС №3

Примітка. Складено на основі даних підприємства

Управління комунальним підприємством «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3» здійснює Полтавська міська рада.

Поточне керівництво (оперативне управління) підприємством здійснює керівник підприємства - директор, який відповідає кваліфікаційним вимогам, встановленим Міністерством охорони здоров'я України, та призначається на посаду за поданням управління охорони здоров'я (уповноважений орган управління) через підписання контракту з міським головою. У разі закінчення терміну дії контракту або дострокового розірвання контракту, призначення директора на посаду здійснюється за поданням уповноваженого органу управління на конкурсній основі шляхом укладання ним контракту з міським головою на строк від трьох до п'яти років. Строк найму, права, обов'язки і відповідальність директора, умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом. До моменту призначення нового директора за розпорядженням міського голови його обов'язки може виконувати заступник з медичного обслуговування населення або інша особа за поданням уповноваженого органу управління.

Розглянемо динаміку кадрового забезпечення ЦПМСД №3 у 2019-2021 роках у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

**Динаміка кадрового забезпечення у ЦПМСД №3
у 2019-2021 роках***

Показник	2019	2020	2021	Абсолютне відхилення, +/-	Відносне відхилення, %
1	2	3	4	5	6
Штатних посад лікарів	134	132,75	132,75	-1,25	-0,9
Зайнятих посад лікарів	123,75	124,25	118,25	-5,5	-4,4
Фізичних осіб лікарів	106	112	107	-1	-0,9
Підготовка лікарів інтернів	8	13	12	4	50,0

продовження таблиці 2.4.

Вакантні посади – всього	19,75	11,75	16,00	-3,75	-19
Атестовано лікарів: % до всіх	87%	82,5%	77%	-10	-
Лікарів пенсійного віку, всього % до всіх лікарів	29 27,3%	27 24,11%	31 29,52%	2 2,22	6,9 -
Штатних посад середнього медичного персоналу	249	245,5	245,5	-3,5	-1,4
Зайнятих посад середнього медичного персоналу	249	245,5	244,25	-4,75	-1,9
Фізичних осіб середнього медичного персоналу	245	243	242	-3	-1,2
Атестовано середнього медичного персоналу, %	89%	93%	93%	4	4,5
Середній медичний персонал пенсійного віку, всього % до всіх працівників	31 12,4%	31 12,65%	37 15,29%	6 2,89	19,4 -

Примітка. Складено на основі даних підприємства

З даних табл. 2.4 бачимо, що протягом останніх трьох років спостерігається зменшення штатних посад лікарів – на 1,25 ставки або на 0,9%, зайнятих посад лікарів – на 5,5 ставки або на 4,4%, фізичних осіб лікарів – на 1 ос. або на 0,9%, вакантних посад – на 3,75 ставки або на 19%, штатних посад середнього медичного персоналу – на 3,5 ставки або на 1,4%, зайнятих посад середнього медичного персоналу – на 4,75 ставки або на 1,9%, а також фізичних осіб середнього медичного персоналу – на 3 ос. або на 1,2%. На кінець 2021 року було атестовано 77% лікарів, що на 10% менше в порівнянні з 2020 роком. Проте, не зважаючи на це, протягом 2019-2021 років зросла кількість підготовлених лікарів інтернів – на 4 ос. або на 50%, атестованого середнього медичного персоналу – на 4 ос. або на 4,5%, а також кількість лікарів та середнього медичного персоналу пенсійного віку – на 2 ос. та 6 ос. або на 6,9% та 19,4% відповідно.

Лікарі пенсійного віку становлять 29,52% до всієї кількості лікарів, що на 2,22% більше в порівнянні з 2019 роком, див. рис. 2.4.

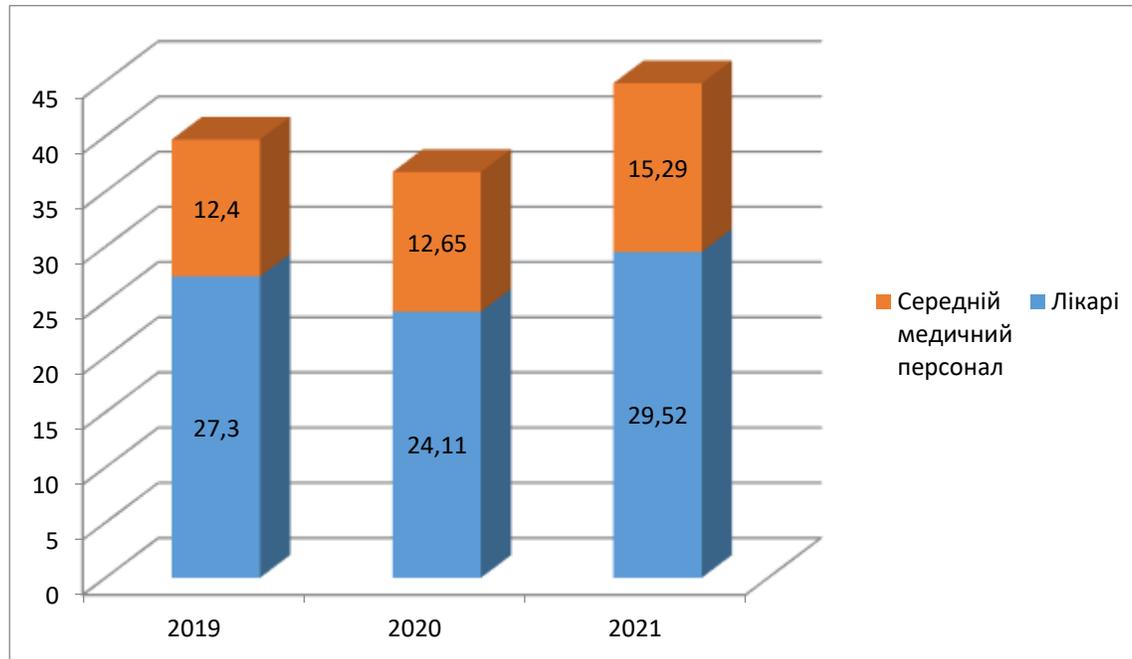


Рис. 2.4. Динаміка частки лікарів та середнього медичного персоналу пенсійного віку у ЦПМСД №3 у 2019-2021 роках, %

Примітка. Складено на основі даних підприємства

В той же час, середній медичний персонал пенсійного віку становить 15,29% до всієї кількості середнього медичного персоналу, що на 2,89% більше порівняно з 2017 роком.

Найбільша частка у віковій структурі працівників на підприємстві у 2021 році припадає на працівників віком від 20 до 34 років (61,3%), а найменша – працівників віком від 55 до 59 років (16%), див. рис. 2.5.

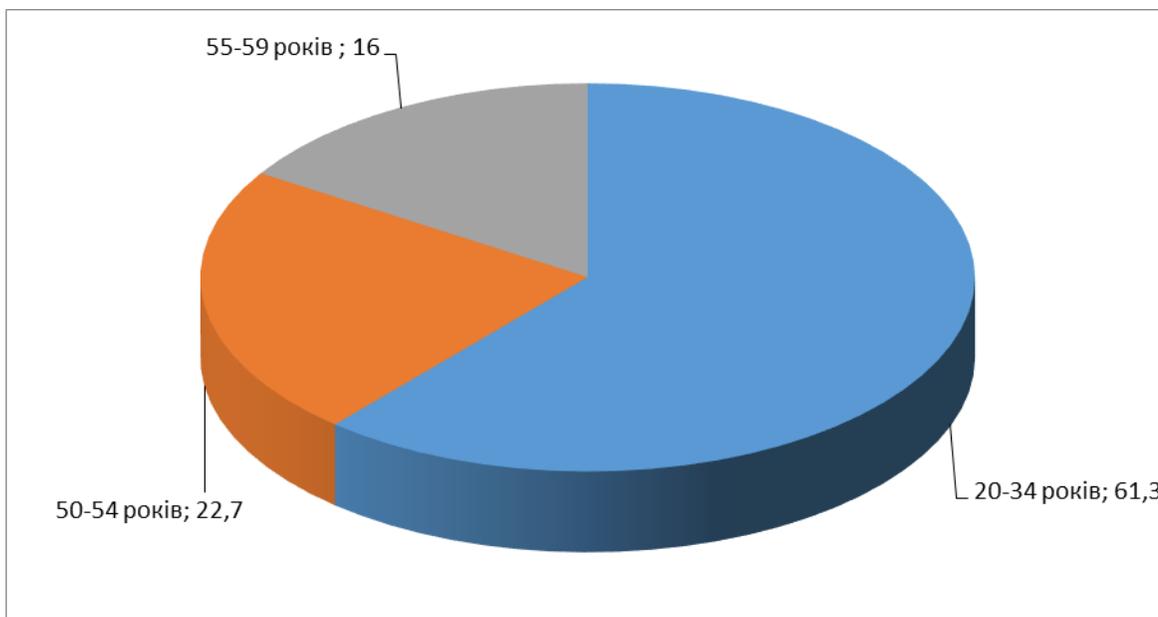


Рис. 2.5. Вікова структура персоналу 2021 році, %

Примітка. Складено на основі даних підприємства

У структурі персоналу за рівнем освіти у ЦПМДС №3 у 2021 році найбільша частка припадає на працівників із вищою освітою (93,5%), 25 % а найменша – із неповною вищою освітою (5,6%), див. рис. 2.6.

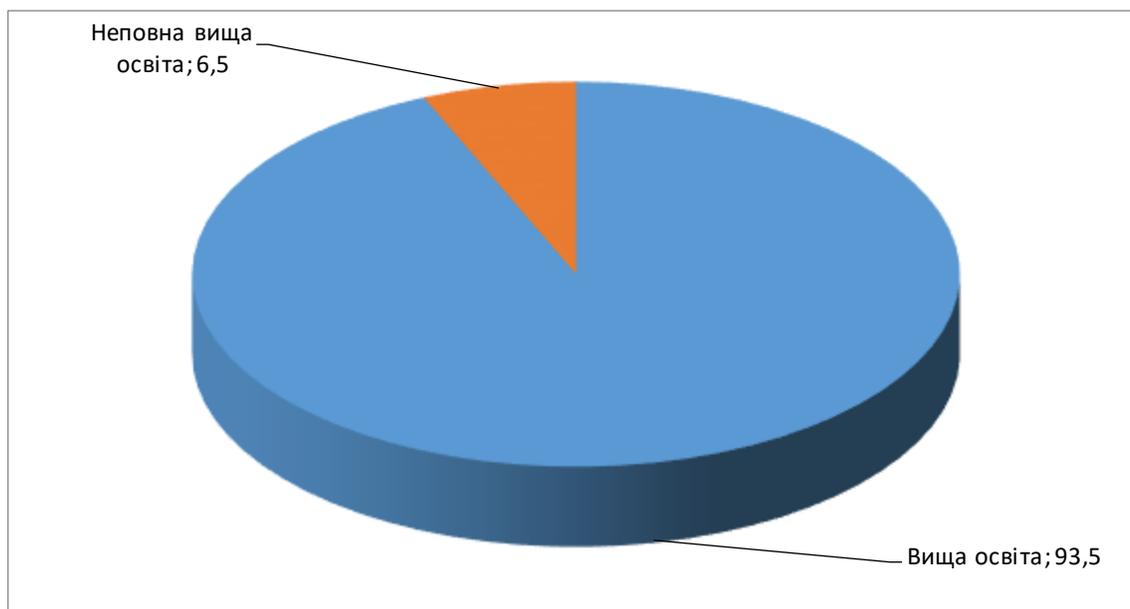


Рис. 2.6. Структура персоналу за рівнем освіти у ЦПСД

м. Полтава

2021 році, %

Примітка. Складено на основі даних підприємства

Мотивація є однією з провідних функцій управління, оскільки досягнення основної мети залежить від злагодженості роботи людей. Кожен ефективний керівник намагається переконати працівників працювати краще, створити у них внутрішні спонуки до активної трудової діяльності, підтримувати зацікавленість у праці, ініціювати переживання задоволення від отриманих результатів. Матеріальне стимулювання, крім нагороди за результати роботи, включає виплати за підсумками за рік, виплати за раціональні пропозиції, виплати за ювілейні дати, матеріальну допомогу: оздоровчу, чорнобильцям, на весілля, народження дитини, родинам, що мають дітей-інвалідів, багатодітним родинам, плата за навчання і т.д.[43].

Річний фонд оплати праці у ЦПМСД №3 за 2019-2021 роки наведено у табл. 2.5.

Отже, оплата праці працівників у ЦПСД збільшилася за 2019-2021 роки – на 1306,7 грн., або на 37,2%, що спричинено збільшенням фонду оплати праці – на 9399,6 тис. грн. або на 35,4% та зменшенням кількості працівників на 8 осіб або на 1,3%.

Таблиця 2.5

**Річний фонд оплати праці у ЦПМСД №3
у 2019-2021 роках, тис. грн.**

Показники	2019	2020	2021	Абсолютне відхилення, +/-	Відносне відхилення, %
1	2	3	4	5	6
Усього фонд оплати праці	26524,8	32700,8	35924,4	9399,6	35,4
Усього персоналу, осіб	229	221	221	-8	-1,3
Середня заробітна плата, грн.	5514,1	6388,2	6820,8	1306,7	37,2

Примітка. Складено на основі даних підприємства

Оплата праці ЦПМСД №3 складається з основної заробітної плати і додаткової оплати праці, див. рис. 2.7.



Рис. 2.7. Структура заробітку працівника ЦПМСД №3

Примітка. Складено на основі даних підприємства

Зарплата у ЦПМСД №3 ділиться на основну і додаткову. Основна заробітна плата працівника виплачується за виконану роботу і залежить від результатів його праці й визначається тарифними ставками, відрядними розцінками, посадовими окладами, а також надбавками і доплатами у розмірах, не вище встановлених чинним законодавством.

Значне місце займає преміювання в системі мотивації. Колектив у ЦПМСД №3 преміюють з фонду заробітної плати та фонду матеріального заохочення. Максимальний розмір премій за рахунок фонду заробітної плати не повинен перевищувати 20% оплати по тарифних ставках. Розмір премій за рахунок фонду матеріального заохочення не обмежується.

Структуру стимулювання працюючих у ЦПМСД №3 можна представити в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

**Динаміка стимулювання працюючих у ЦПМСД №3
у 2019-2021 роках**

Показники	2019	2020	2021	Абсолютне відхилення, +/-	Відносне відхилення, %
1	2	3	4	5	6
Поточне преміювання	152	136	128	-24	84,2
Заохочення	76	64	59	-17	77,6
Одноразові заохочення	12,7	13,2	14,5	1,8	114,2
Матеріальна допомога	60	54	56	-4	93,3
Соціальні пільги	26	35	40	14	153,8
Всього	326,7	302,2	297,5	-29,2	91,1

Примітка. Складено на основі даних підприємства

Отже, протягом даного періоду стимулювання працюючих у ЦПМСД №3 скоротилось на 29,2 тис. грн. або на 8,9%, що спричинено зменшення поточного преміювання на 24 тис. грн. або на 15,8%, заохочення – на 17 тис. грн. або на 22,4%, а також матеріальної допомоги – на 4 тис. грн. або на 6,7%. В структурі стимулювання працюючих у ЦПМСД №3 у 2021 році лєвова частка припадає на поточне преміювання - 43%, див. рис. 2.8.

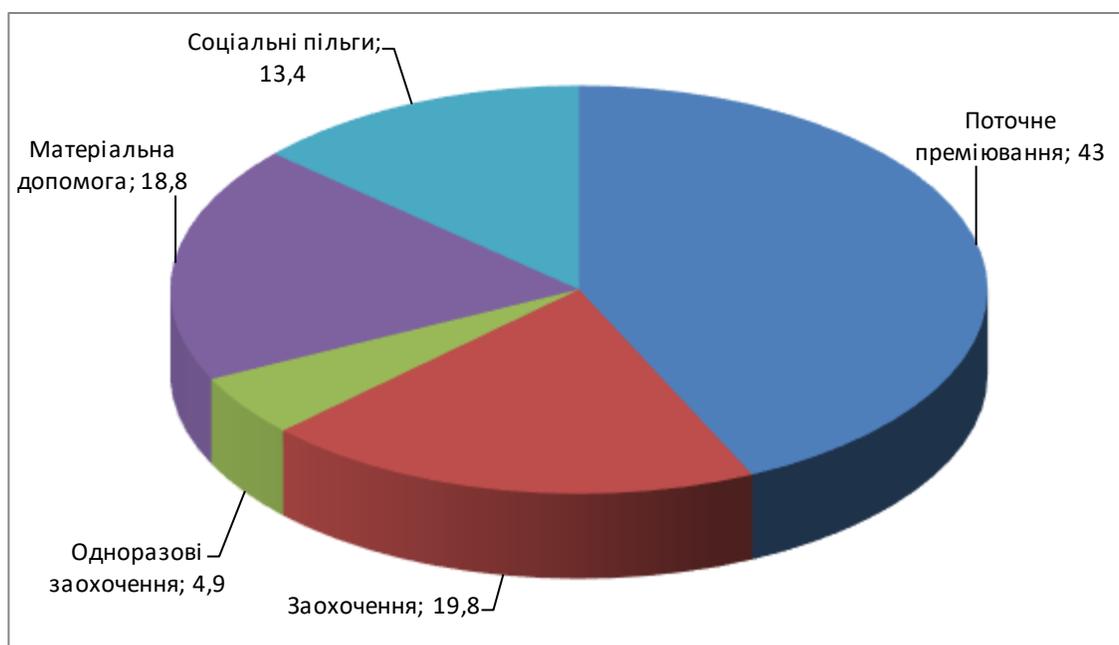


Рис. 2.8. Структура стимулювання працюючих у ЦПМСД №3 %

Примітка. Складено на основі даних підприємства

Отже, кадровий склад у ЦПМСД №3 має високий рівень освітньої підготовки: 93,5% персоналу мають вищу освіту. Управлінський персонал медичного закладу забезпечений висококваліфікованими спеціалістами, які мають не лише вищу освіту, а й високу кваліфікацію та стаж роботи у даній галузі не менше 5 років.

Суб'єктами управління ЦПМСД №3 є: засновник та директор.

Засновник (на пленарних засіданнях) в порядку і межах, визначених чинним законодавством та цим Статутом, приймає рішення про:

- створення, припинення (злиття, приєднання, поділ, перетворення, ліквідація) діяльності ЦПМСД №3;
- затвердження Статуту ЦПМСД №3 та внесення змін до нього;
- відчуження, списання, заставу майна, що відноситься до основних засобів та є спільною власністю територіальних громад Полтавського району, закріплене за ЦПМСД №3 на праві оперативного управління;

Керівництво ЦПМСД №3 здійснює директор, який призначається та звільняється з посади згідно статуту підприємства.

Директор керує всією діяльністю та організує роботу ЦПМСД №3.

Директор ЦПМСД №3 у межах своєї компетенції:

- видає накази, обов'язкові для всіх працівників;
- без доручення діє від імені ЦПМСД №3, представляє її у взаємовідносинах з підприємствами, установами, організаціями та у відповідних державних органах, судових установах;
 - розпоряджається майном та коштами ЦПМСД №3 в межах повноважень, передбачених цим Статутом;
 - укладає договори;
 - видає доручення;
 - звітує про діяльність на засіданнях, готує на запити колегії відповідні документи;
 - відкриває та закриває рахунки у банківських установах, відділеннях Державного казначейства України;
 - розробляє структуру та штатний розпис, подає на затвердження голові Полтавської міської територіальної громади;
 - затверджує розподіл обов'язків між заступниками, посадові обов'язки інших працівників;
 - у відповідності з трудовим законодавством наймає та звільняє працівників, укладає з ними трудові договори та угоди, виносить заохочення та накладає стягнення на персонал, у передбаченому законом порядку;
 - організовує та здійснює заходи, пов'язані з обліком військовозобов'язаних та цивільною обороною.

Директор ЦПМСД №3 несе персональну відповідальність за всю медичну, організаційно-методичну, адміністративно-господарську і фінансову діяльність підприємства, призначає відповідальних осіб за збереження майна та коштів,

виконання правил протипожежної безпеки, санітарних норм та правил експлуатації обладнання і забезпечення безпечних умов праці.

Таким чином, кадровий склад ЦПМСД №3 має високий рівень освітньої підготовки: 93,5% персоналу мають вищу освіту. Управлінський персонал підприємства забезпечений якісними спеціалістами, які мають не лише вищу освіту, а й високу кваліфікацію та стаж роботи у даній галузі не менше 5 років. Організаційна структура у ЦПМСД №3 характеризується лінійно-функціональним типом, що дає можливість забезпечити оперативне виконання управлінських рішень і підвищити ефективність діяльності функціональних служб, а також відчуття відповідальності будь-якого працівника за здійснення своїх обов'язків. Також варто зазначити, організаційна структура у ЦПМСД №3 є чіткою, простою з точки зору взаємовідносин між відділами та економічно ефективною.

2.3. Оцінка відповідності організаційної структури управління цілям діяльності закладу охорони здоров'я

Місією ЦПМСД №3 є надання медичної допомоги населенню. Зобразимо основні цілі діяльності у вигляді «дерева цілей» на рис. 2.8.

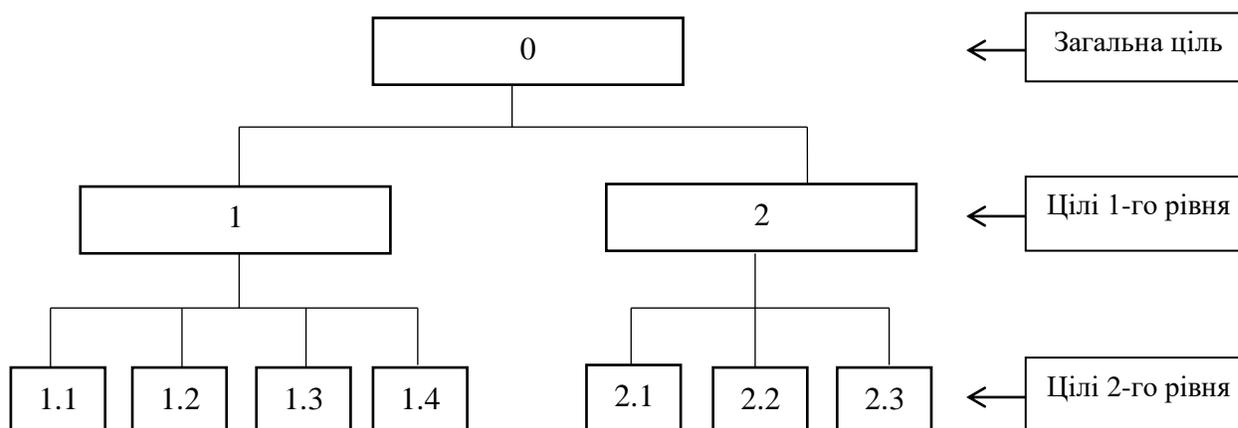


Рис. 2.8. «Дерево цілей»

Примітка. Складено автором

Стратегічна ціль ЦПМСД №3 – зростання частки на ринку медичних послуг в Полтаві, а також надання якісних медичних послуг.

Для цього необхідно досягнути наступних цілей:

1. Соціально-економічні.

1.1. Забезпечення оптимальної структури та чисельності медичного персоналу.

1.2. Зростання продуктивності праці у ЦПМСД №3.

2. Організаційно-технічні.

2.1. Зростання рівня якості наданих медичних послуг.

2.2. Посилення використання науково-технічного потенціалу.

2.3. Притягнення капіталовкладень в роботу.

2.4. Формування системи мотивації праці.

2.5. Розробка та забезпечення впровадження стратегічного управління діяльністю лікарні.

Система управління за цілями зображена у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Формалізований опис системи управління за цілями ЦПМСД №3

Ціль	Особи, відповідальні за виконання цілі
1	2
Забезпечення оптимальної структури та чисельності медичного персоналу	Заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності
Зростання продуктивності праці	Головний бухгалтер
Зростання рівня якості наданих медичних послуг	Заступник директора з медичного обслуговування населення
Посилення використання науково-технічного потенціалу	директор
Притягнення капіталовкладень в роботу	Директор, головний бухгалтер
Формування системи мотивації праці	Директор, головний бухгалтер
Розробка та забезпечення впровадження стратегічного управління	Директор, головний бухгалтер

Примітка. Складено автором

Проведемо аналіз рівня розвитку організаційної структури у ЦПМДС №3.

Відзначимо, що до найважливіших кількісних характеристик організаційної структури традиційно відносять: кількість ланок; ієрархічність – кількість щаблів або рівнів; чіткість розмежування функцій, повноважень і відповідальності по вертикалі й горизонталі в системі управління підприємством. Характеристиками якості структури управління є її надійність та організованість, що визначаються за рівнем ритмічності роботи й іншими ознаками; її оперативність – швидкість прийняття і реалізації рішень тощо. В працях різних авторів присутні акценти на необхідності вимірювання тих або інших кількісних чи якісних показників, однак певні організаційні характеристики лежать в основі критеріїв оцінки раціональності організаційної структури в цілому [44].

Для оцінки рівня розвитку організаційної структури у ЦПМДС №3 скористаємося такими показниками, див. табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Показники рівня розвитку організаційної структури

Показник	Формула	Характеристика
1	2	3
Структурний коефіцієнт централізації	$\frac{СП_{ц}}{СП_{заг}}$	де $СП_{ц}$ – кількість структурних підрозділів, керованих з єдиного центру; $СП_{заг}$ – загальна кількість структурних підрозділів одного рівня
Кількісний коефіцієнт централізації	$\frac{ЧП_{ц}}{ЧП_{заг}}$	$ЧП_{ц}$ – чисельність працівників підрозділів, керованих з єдиного центру; $ЧП_{заг}$ – чисельність працівників
1	2	3
Об'ємний коефіцієнт централізації	$\frac{ОР_{ц}}{ОР_{заг}}$	$ОР_{ц}$ – об'єм робіт, виконуваний централізованими підрозділами; $ОР_{заг}$ – загальний об'єм робіт
Коефіцієнт централізації функцій	$\frac{ЧП_{ц}}{ЧП_{цп}}$	$ЧП_{ц}$ – чисельність працівників за централізованою функцією в центральному апараті; $ЧП_{цп}$ – Чисельність працівників за централізованою функцією в апараті підрозділів
Коефіцієнт централізації управління	$\frac{ЧП_{ц}}{ЧП_{у}}$	$ЧП_{ц}$ – кількість працівників центрального управління; $ЧП_{у}$ – загальна кількість працівників управління

продовження таблиці 2.9

Коефіцієнт дотримання норм керованості	$\frac{ЧП_{кер}}{Н_{кер}}$	$ЧП_{кер}$ – фактична чисельність працівників, підлеглих одному керівнику; $Н_{кер}$ – норма чисельності працівників, підлеглих одному керівнику
Коефіцієнт відповідності посади	$\frac{ЧП_{у п.а.}}{ЧП_{у}}$	$ЧП_{у п.а.}$ – чисельність працівників апарату управління, відповідних посадовій атестації; $ЧП_{у}$ – загальна кількість працівників управління
Показник кваліфікації управлінця	$\frac{T_{п.с.}}{T_{практ}}$	$T_{п.с.}$ – тривалість загальнотеоретичної підготовки за спеціальністю; $T_{практ}$ – тривалість практичного досвіду роботи за спеціальністю

Примітка. Складено на основі [44]

Проаналізуємо значення вище наведених показників у ЦПМДС №3 з 2019-2021 років у табл. 2.10.

Таблиця 2.10

Динаміка показників рівня розвитку організаційної структури у ЦПМДС №3 протягом 2017-2019 років

Показник	2019	2020	2021	Абсолютне відхилення, +/-
1	2	3	4	5
Структурний коефіцієнт централізації	0,71	0,74	0,76	0,05
Кількісний коефіцієнт централізації	0,73	0,77	0,77	0,04
Об'ємний коефіцієнт централізації	0,77	0,79	0,82	0,05
Коефіцієнт централізації функцій	0,36	0,38	0,42	0,06
Коефіцієнт централізації управління	0,74	0,76	0,79	0,05
Коефіцієнт дотримання норм керованості	0,75	0,78	0,81	0,06
Коефіцієнт відповідності посади	0,81	0,82	0,85	0,04
Показник кваліфікації управлінця	25	27	28	3
Показник гнучкості організаційної структури	0,68	0,71	0,74	0,06
Коефіцієнт централізації управління	0,55	0,58	0,60	0,05

З даних табл. 2.10 бачимо, що протягом останніх трьох років спостерігається зростання усіх показників рівня розвитку організаційної структури у ЦПМДС №3. Так, структурний коефіцієнт централізації зріс на 0,05 п., кількісний коефіцієнт централізації – на 0,04 п., об'ємний коефіцієнт централізації – на 0,05 п., коефіцієнт централізації функцій – на 0,06 п., коефіцієнт централізації управління – на 0,05 п., коефіцієнт дотримання норм керованості – на 0,06 п., коефіцієнт відповідності посади – на 0,04 п., показник кваліфікації управлінця – на 3 п., показник гнучкості організаційної структури – на 0,06 п., а також коефіцієнт централізації управління – на 0,005 п. Оскільки коефіцієнту дотримання норм керованості і коефіцієнту централізації управління притаманне доволі високе значення (у 2021 році дані коефіцієнти становили 0,81 п. та 0,79 п. відповідно), то можна зробити висновок про те, що організаційна структура у ЦПМДС №3 побудована доволі оптимально. Про такий висновок свідчить також високий рівень показника гнучкості організаційної структури (у 2021 році він становив 0,74 п.).

Висновки до розділу 2

1. ЦПМДС №3 є підприємством, головне завданням якого полягає у забезпеченні різних суспільних потреб, передусім мешканців в сфері охорони здоров'я за рахунок надання профілактично-лікувальних заходів та медичних послуг тощо. У структурі видатків на роботу ЦПМДС №3 протягом 2019-2021 років лівова частка припадає на заробітну плату з нарахуваннями.

2. Організаційна структура у ЦПМДС №3 характеризується лінійно-функціональним типом. Вона ґрунтується на розподілі обов'язків та відповідальності згідно із функціями управління та ухвалення рішень по вертикалі. Кадровий склад у ЦПМДС №3 має високий рівень освітньої підготовки: 93,5% персоналу мають вищу освіту. Управлінський персонал медичного закладу забезпечений якісними спеціалістами, які мають не лише

вищу освіту, а й високу кваліфікацію та стаж роботи у даній галузі не менше 5 років. Організаційна структура у ЦПМДС №3 характеризується лінійно-функціональним типом, що дає можливість забезпечити оперативне виконання управлінських рішень і підвищити ефективність діяльності функціональних служб, а також відчуття відповідальності будь-якого працівника за здійснення своїх обов'язків. Також варто зазначити, організаційна структура у ЦПМДС №3 є чіткою, простою з точки зору взаємовідносин між відділами та економічно ефективною.

3. Протягом останніх трьох років спостерігається зростання усіх показників рівня розвитку організаційної структури у ЦПМДС №3. Так, структурний коефіцієнт централізації зріс на 0,05 п., кількісний коефіцієнт централізації – на 0,04 п., об'ємний коефіцієнт централізації – на 0,05 п., коефіцієнт централізації функцій – на 0,06 п., коефіцієнт централізації управління – на 0,05 п., коефіцієнт дотримання норм керованості – на 0,06 п., коефіцієнт відповідності посади – на 0,04 п., показник кваліфікації управлінця – на 3 п., показник гнучкості організаційної структури – на 0,06 п., а також коефіцієнт централізації управління – на 0,005 п. Оскільки коефіцієнту дотримання норм керованості і коефіцієнту централізації управління притаманне доволі високе значення (у 2018 році дані коефіцієнти становили 0,81 п. та 0,79 п. відповідно), то можна зробити висновок про те, що організаційна структура у ЦПМДС №3 побудована доволі оптимально. Про такий висновок свідчить також високий рівень показника гнучкості організаційної структури (у 2021 році він становив 0,74 п.).

У закладі створена комп'ютерна мережа, ефективно використовується автоматизована програма визначена НСЗУ. Успішно впроваджуються сучасні методи діагностики та лікування. За сприяння та виділення додаткових коштів міською радою постійно проводиться оновлення матеріально-технічної бази закладу.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ЦПСД М. ПОЛТАВА

3.1. Основні напрямки удосконалення управління медичним персоналом закладу охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я входять до складу складної та динамічно розвинутої системи. Особливості їх діяльності потребують від управлінського персоналу ґрунтовного забезпечення системи менеджменту, нагляду, а також узгодження дій між працівниками. У медичній галузі, масштабність і складнощі, пов'язані із завданнями, які вирішуються для надання медичного обслуговування, такі великі, що вимагають злагодженості в управлінні. Потрібне забезпечення менеджерами, аби пересвідчитися, що організаційним завданням приділяється належна увага, яка передбачає найефективніші механізми, що задовольняють організаційні цілі і відповідні ресурси, зокрема, фінансові і людські. Розглядаючи проблеми, пов'язані із роллю управлінської діяльності, спрямованої на людські ресурси у такій галузі, як охорона здоров'я, з глобального погляду, варто сказати, що різним державам можуть бути притаманні власні проблемні аспекти, що суттєво відрізняють ці моделі охорони здоров'я від інших. Зокрема, головна проблем, яка найбільш гостро постає в сфері управління медичним персоналом в закладах охорони здоров'я в країнах, що розвиваються, зокрема і в Україні полягає у відсутності достатнього фінансування задля комплектації потрібного апарату медичного персоналу (МП). Отже, розробка дієвої моделі управління медичним персоналом в закладах охорони здоров'я в таких державах може унеможливлуватися через

брак відповідного фінансування. Такі держави зазвичай наражаються на масовий відтік найбільш кваліфікованих медиків.

В Україні з початку повномасштабної війни вказана проблема суттєво ускладнилася.

Ще у 2017 році Президент України підписав Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. № 2002-VIII [48], «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо окремих питань захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я» від 14.11.2017 р. № 2204-VIII [49], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII [50] та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206-VIII [52], якими було закладено основу для проведення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Міністерством охорони здоров'я було розроблено розгорнутий план, який включав головні етапи впровадження даного реформування, першочергові напрями якого передбачали посилення рівня ефективності роботи системи за рахунок здійснення певних перетворень, зменшення величини витрат, впровадження професійного управління тощо.

Результат втілення зазначених напрямків – це нова сучасна модель системи охорони здоров'я (СОЗ), якою передбачається чіткість, зрозумілість державних гарантій медичного обслуговування, забезпечення кращого фінансового захисту населення, при хворобі, ефективного та справедливого розподілу державних ресурсів.

З огляду на це, усіма медичними закладами, що становлять державну та комунальну форму власності для ефективної діяльності, що представляє медичну, соціальну та економічну сферу, повинні досягти пристосовування (адаптації) до швидких перетворень у зовнішньому середовищі та умов, що

передбачають активний контакт з різноманітними ринковими агентами, вдосконалювати стиль керування, використовуючи маркетингові прийоми та ефективне управління кадровим складом у рамках стратегії, яка була розроблена. Тобто слід створити такі умови праці, при якій найважливішим складником ЛПЗ – медичним персоналом – будуть прикладатися максимальні зусилля на свої прямі обов'язки для того, аби досягти як організаційні цілі, так і індивідуальні (особисті) цілі. Але проблемою є те, що кадровими службами державних закладів фактично не впроваджувалися методи наукового підбору, адаптування, підвищення кваліфікації і оцінювання кадрів, що провадять свою роботу, використовуючи застарілу схему. В тому числі, адаптування медперсоналу до новітніх умов праці закладів досі не оновлене в технологічному плані, що заважає швидкому вирішенню ключових питань по забезпеченню результативного управління.

Серйозні перетворення в галузі охорони здоров'я, насамперед набуття автономності закладами в адміністративній діяльності, можливість залучення коштів з різних джерел тощо, зумовлюють необхідність повного та оптимального використання кадрового потенціалу медичних організацій. Завдяки умінню управлінців його можна перетворити на конкурентну перевагу організації і досягнути поставлених цілей на ринку [3].

Працівники в сфері управління в закладах охорони здоров'я натрапляють на чималу кількість проблем в процесі виконання стратегій закладів стосовно досягнення головних цілей організаційного характеру. Здійснення планів стосовно зменшення витрат за умови паралельного зростання рівня якості обслуговування пацієнтів навіть для спеціалістів може видатися проблематичним. Реалізація організаційних стратегій є складною, оскільки на міру їх успішності зазвичай впливає спроможність ефективно управляти медичним персоналом.

При розгляді системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я треба враховувати ряд характеристик, притаманних системі управління даної галузі, які будуть безпосередньо впливати на здійснення тих чи інших функцій в області управління персоналом:

- 1) монополізм відомства;
- 2) бюрократизм в управлінні, в тому числі поділ праці;
- 3) сувора ієрархічна структура;
- 4) професійні забобони, наприклад, небажання фахівців-медиків визнавати роль інших працівників в області охорони здоров'я – економістів, юристів, менеджерів по персоналу в тому числі;
- 5) жорстка спеціалізація;
- 6) спрямованість організації, перш за все на споживачів;
- 7) суворе підпорядкування і точне виконання розпоряджень керівництва і т. д. [34, с. 165].

Функція управлінської діяльності, об'єктами якої є людські ресурси – нині є все важливішою для великої кількості організацій, адже створена для виконання партнерської функції у такій сфері, як стратегічне планування та приймання рішень задля розроблення та втілення стратегій. Цій новій ролі відводиться надважливе місце, адже якісним й продуктивним управлінням кадрами можна досягти значного впливу на успішність чи провальність бізнесових стратегій у медичній сфері.

Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я наведений на рис. 3.1.

Процес управління персоналом закладів охорони здоров'я відбувається у таких напрямках:

- 1) формування кадрового потенціалу;
- 2) активного використання кадрового потенціалу.

Процес формування включає в себе доволі важливу складову, а саме – адаптацію персоналу, мета якої полягає у забезпеченні зміни поведінки особи у відповідності з новими вимогами; адаптації медичного персоналу до зовнішніх та внутрішніх змін.



Рис. 3.1. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [34]

Для того, щоб побудувати моделі вдосконалення адаптування слід виокремити ряд загальних та специфічних особливостей, що має менеджмент кадрів. Загальними є ті, якими характеризується безпосередня управлінська діяльність як процес та розкривається адаптація як одна з управлінських функцій у напрямку, що займається «формуванням кадрового складу». А специфічними – ті, що відрізняють його від керування адаптуванням медперсоналу підприємств, що діють в інших сферах (рис. 3.2).

Таким чином, підвищення уваги до факторів суб'єктивного характеру зумовлене впливом, що має людський фактор на неоднорідність та якість

медичного обслуговування. З маркетингового боку, медперсонал є частиною готової продукції. Суб'єктивними чинниками здійснюється прямий вплив на результат адаптування працівників, а правильним поєднанням суб'єктивних та об'єктивних факторів впливу досягається змога дотримання розробленої стандартизації обслуговування.

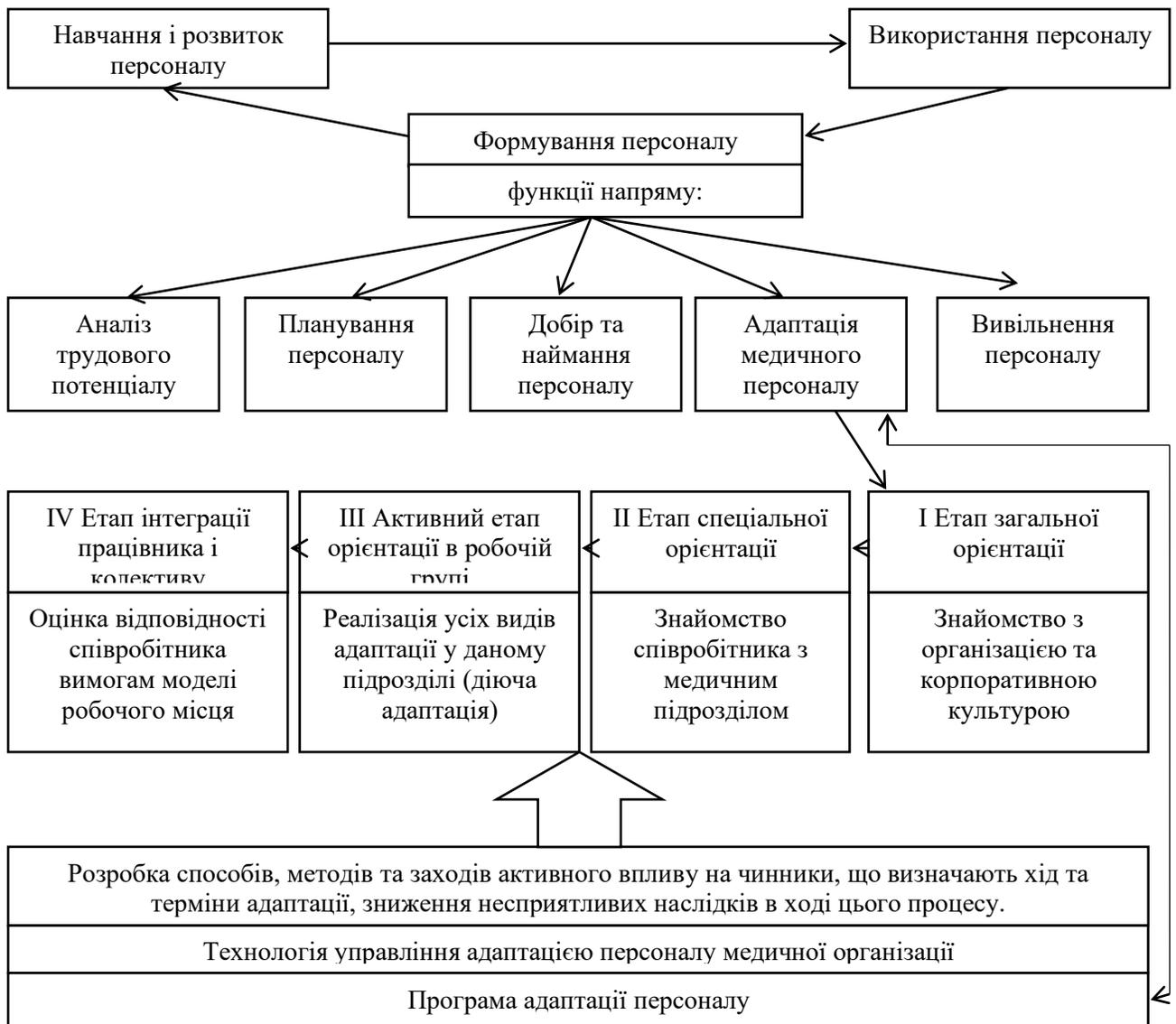


Рис. 3.2. Місце та зміст функції «адаптація персоналу» в системі управління персоналом медичної організації

Примітка. Складено на основі [15]

Щоб сформувати орієнтацію керованого адаптування кадрового складу конкретних медичних організацій слід зайнятися розробкою Положення про

адаптацію працівників. Відповідно до документації, залучення колективу до втілення програми адаптації на усіх з чотирьох стадій говорить про те, що відповідальність за втілення ухваленого разом рішення щодо супроводження процесу праці персоналу була прийнята.

Серед основних учасників програми повинні бути: фахівці кадрової служби (або особа, яка виконує ці функції), безпосередні керівники, наставники тощо. Відповідно до програми, фахівці кадрової служби, окрім втілення узвичаєних задач, повинні надавати усю інформацію, що може знадобитися працівникам, вміщену у «Папку для новачків», що дасть можливість для самоідентифікації нових працівників як членів колективу. Безпосередні керівники, які добре розуміють мету праці і завдання на певному місці праці, повинні проводити не тільки особисту бесіду і представлення співробітників колективу, а й виконувати роль наставника (ментора) чи знайомити з наставниками, що призначені на час адаптації. Ознайомлення кадрів з адаптаційною програмою, визнаючи ряд конкретних цілей і завдань на час адаптування; аналізуючи його службові завдання, тобто супроводячи адаптаційний період (додаток В1).

Надалі складання звіту за результатом адаптаційного періоду (додаток В2). У звіті повинні відображатися підсумки оцінювання характеристик професійно-особистісного плану та підсумків праці робітника; рівень його самооцінки та перелік наступних рекомендацій.

Усіх колег співробітників потрібно активно долучати до процесу адаптування. Це повинно бути прописано в Положенні про організаційну культуру (пункт «Формування сприятливого психологічного клімату в колективі»).

Варто акцентувати на можливостях перейняти зарубіжний досвід адаптації. Найцікавішими є такі методики, як застосування вторинного навчання (змога опанувати необхідні навички в межах іншого підрозділу);

зовнішнє консультування; захист, який отримує одна людина від іншої (сприяння, керування і захист працівників іншими людьми задля ефективної діяльності); застосування дистанційного або змішаного навчання; методика занурення до практичної діяльності; методика, при якій робітник діє як «тінь» досвідченішого робітника; застосування усіх проявів наставництва.

Проте, як показує практика, для забезпечення ефективної роботи медичного закладу потрібна наявність відділу кадрів (управління персоналом) та трьох посад: 1 менеджер з набору персоналу та 2 посади менеджера з організації праці персоналу. Відділ кадрів (управління персоналом) має підпорядковуватися безпосередньо директору. Для ЦПМДС №3 пропонується на посаду начальника відділу кадрів за наявності відповідного фінансування призначити спеціаліста, який відповідав би таким вимогам: енергійна людина, що має відповідну вищу освіту, стаж роботи не менше 5 років на відповідній посаді, гнучке прогресивне мислення, широкі погляди на питання управління персоналом. Функції та обов'язки кожного працівника відділу кадрів пропонуємо зобразити наступним чином, взаємозв'язки показані на рис. 3.3.

Зрозуміло, що ефективне управління персоналом підприємства неможливе без адекватної інформації. Тому майбутня кадрова служба має регулярно намагаться збирати дані, що характеризують різні аспекти стану персоналу закладу, та проводити їх детальний аналіз.

Менеджерам повинне бути притаманне і лідерство в етичному руслі. Менеджери організації охорони здоров'я повинні мати ґрунтовні знання в підприємницькій діяльності, щоб забезпечити належну підтримку рішення про керування кадровим ресурсом медичної організації. Вони мають застосовувати стратегічне бізнесове мислення, що вирішувати задачі так, щоб кадрову політику, програми і процедури, якими вони розробляються і провадять їх управлінську діяльність, було узгоджено з бізнесовими цілями і задачами усієї організації.

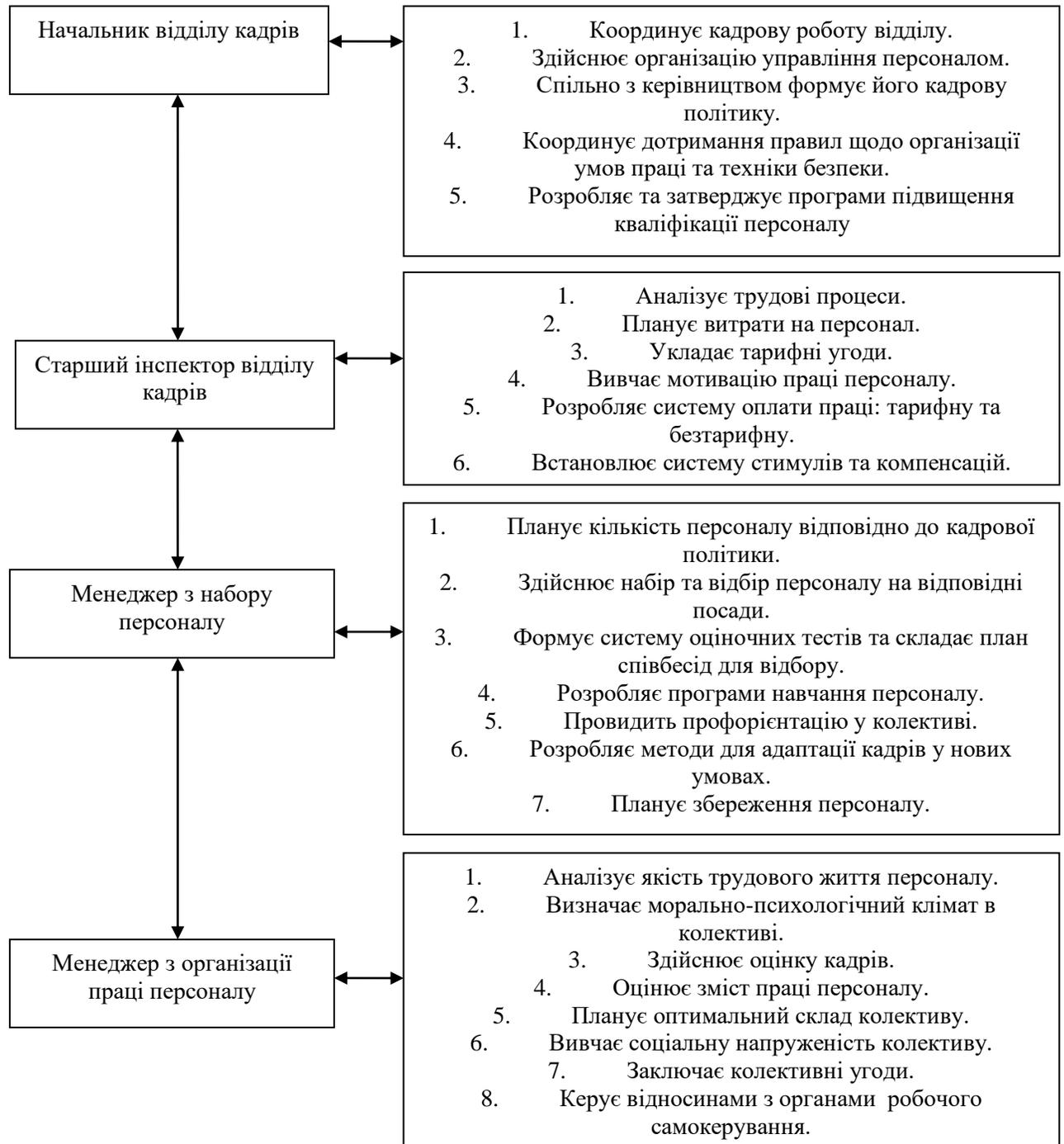


Рис. 3.3. Модельна організаційна структура ЦПМДС №3

Примітка. Складено автором

Менеджери сфери охорони здоров'я для здійснення функції управління персоналом повинні володіти 4 провідними компетенціями, а саме: достатніми

знаннями, лідерськими здібностями, діловою хваткою, навичками міжособистісного спілкування, необхідними для просування змін. Досконале знання роботи і досвід є основою успіху. Менеджери повинні йти в ногу з новими і мінливими законодавчими актами, що стосуються зайнятості, особливо таких, які стосуються регулювання понаднормової праці, праці інвалідів. Вони повинні мати можливість аналізувати та інтерпретувати ці закони, визначити вимоги до дотримання і рекомендувати заходи щодо їх забезпечення в закладі охорони здоров'я. Робота в галузі управління людськими ресурсами не для боязких. Така компетенція як «лідерство» необхідна для менеджерів для планування й розроблення програм та мобілізації необхідних ресурсів для їх виконання. Менеджери повинні знати, як взяти на себе провідну роль в аналізі організаційних питань, ініціювати правильні дії для їх вирішення. Вони повинні бути досвідченими лідерами в трудових відносинах та в питаннях врегулювання конфліктів і вирішувати проблеми, зберігаючи нейтралітет у відносинах [34, с. 167].

Одна з головних проблем у сфері медицини – це планування людського ресурсу. Фундаментальний під час процесу визначання вільних робочих місць у цій сфері є: розуміння поточної ситуації стану кадрового забезпечення, оцінювання, спрямоване на наявний попит і доступність медперсоналу, виокремлення потреб у майбутньому, що потрібні аби вирішити конкретні завдання Міністерства охорони здоров'я, яке веде загальне планування національного рівня.

Варто зауважити, що в ЦПМДС №3 наявні вакантні посади для сімейних лікарів. І понад 500 вакансій чекають на пошукачів на Порталі вакансій медичних працівників Міністерства охорони здоров'я. Ознайомитися з ними можна за посиланням <https://work.moz.gov.ua> [58].

Портал вакансій медичних працівників є простим та зручним у користуванні. На ньому пошукачі можуть ознайомитися з усіма можливими

опціями працевлаштування, додатковими перевагами та можливостями, щоб знайти роботу за своїм запитом. Щоб знайти вакансії у бажаному регіоні України, медик-пошукач може скористатися фільтром за областю, вказавши необхідну у полі «Область».

Заклади охорони здоров'я можна відфільтрувати за формою власності та обрати з-поміж державних, комунальних, приватних тощо. Вакансії можна фільтрувати і за посадою. Для цього слід вибрати необхідну посаду з випадного списку. Фільтр автоматично відсортує вакансії за запитом та видасть усі відповідні.

В описі вакансії міститься вся необхідна інформація, включно з вимогами до кандидата, розміром заробітної плати та додатковими перевагами.

Ще одна проблема - це те, що наявний механізм, що передбачає відбір та найм персоналу у лікувально-профілактичні установи передбачає оцінку роботодавцями тільки кваліфікації працівників, оминаючи увагою решту характеристик претендентів на вакантні посади. 100 відсотків керівництва – директори, завідувачі відділенням та головні медсестри заявляють, що підтримують відбір працівників на посаду лікаря-ординатора та медсестри, керуючись такими етапами, як аналізування змісту їх праці, виокремлення вимог до виконавців такої праці, пошуку працівника, що відповідатиме пред'явленим вимогам, вибору працівників різними методами відбору, оцінки опісля співбесіди, опираючись на досвід багатьох економічних секторів.

Для формування ефективної моделі управління медичним закладом менеджеру необхідно:

- визначити роль і місце штатного розкладу при введенні ефективного контракту, організувати сучасний підхід до організації системи нормування праці в ЛПЗ;

- проаналізувати діючу нормативно-правову базу з питань праці та можливості її повноцінного використання в практиці охорони здоров'я;

- ознайомитися із сучасною номенклатурою посад медичних працівників, кваліфікаційними вимогами, професійними стандартами і новою системою акредитації;
- оцінити забезпеченість організації медичними кадрами відповідно до нормативів;
- впровадити ефективні методи управління кадрами і розрахунку потреби в працівниках з урахуванням ролі МП в лікувально-діагностичному процесі, програми державних гарантій, видів і умов пропонованої установою медичної допомоги населенню;
- при необхідності внести корективи в прийняту систему оплати праці, методи розрахунку фонду заробітної плати, структуру зарплати працівників;
- встановити компенсаційні виплати та посадові оклади відповідно до вимог діючих правових норм у системі охорони здоров'я;
- визначити пріоритети діяльності медичної організації в умовах економічної кризи, розробити програми мотивації працівників;
- вибрати найбільш адекватні й такі, що відповідають цілям і завданням організації показники, умови і критерії нарахування медичним працівникам стимулюючої частини оплати праці [34, с. 168-169].

Таким чином, адаптування кадрів медичних організацій до новітніх умов праці – це найбільш значущий і першочерговий інструмент. А покращення адаптаційного процесу в управлінській системі щодо персоналу сприятиме ефективному управлінню людським ресурсом, що нестиме наслідки економічного і соціального характеру для індивіда, колективу, закладу взагалі. Щоб сформувавши орієнтацію керованого адаптування кадрового складу конкретних медичних організацій слід зайнятися розробкою Положення про адаптацію робітників. Відповідно до документації, залучення колективу до втілення програми адаптації на усіх з чотирьох стадій говорить про те, що

відповідальність за втілення ухваленого разом рішення щодо супроводження процесу праці персоналу була прийнята. Усіх колег співробітників потрібно активно долучати до процесу адаптування. Це повинно бути прописано в Положенні про організаційну культуру (пункт «Формування сприятливого психологічного клімату в колективі»).

3.2. Сучасні підходи до оптимізації структур управління закладом охорони здоров'я в Україні

Управління в галузі охорони здоров'я, що повинно ускладнюватися з розвитком самої системи надання медичних послуг, в Україні залишається у вигляді адміністративної моделі. Модифікації управління закладами охорони здоров'я останніх років не внесли кардинальних змін у застарілі підходи до менеджменту. Переважна частина управлінських методів, що використовуються у закладах охорони здоров'я, запозичені або з радянської моделі, або з інших галузей, неефективна і не відповідає основним завданням, що стоять перед системою охорони здоров'я. У складі керівників медичних закладів переважають управлінці колишньої формації, що володіють позитивним соціальним самопочуттям і достатнім рівнем професіоналізму, але не володіють, повною мірою, знаннями і технологіями сучасного менеджменту. Їх практична повсякденна діяльність будується на основі наявних особистісних якостей і управлінських навичок, отриманих дослідним шляхом. В умовах реформування охорони здоров'я України значення управлінських рішень, що торкаються керівної ланки галузі, відіграють роль спускового гачка перетворень, оскільки саме управлінський персонал через низку заходів прямого та опосередкованого впливу сприяє або, навпаки, перешкоджає трансформації галузі [33, с. 141].

Аналіз стратегій реформування охорони здоров'я, що успішно реалізуються в даний час у світі, показав, що вони мають багато спільного щодо завдань, які стоять перед органами управління охороною здоров'я різних країн. Вони спрямовані на стримування витрат на медичні послуги, а також пошук нових підходів до поліпшення здоров'я населення. Вибір стратегій значною мірою залежить від національних умов, таких як здоров'я населення, рівень соціально-економічного розвитку суспільства, можливості держави фінансування галузі, ступінь розвитку ринкових відносин. Шляхи реалізації розроблених стратегій значною мірою залежать від рівня управління. На державному рівні заходи орієнтовані на збереження здоров'я населення в цілому. Важливим є включення питань здоров'я населення в діяльність усіх секторів економіки і соціальної сфери, посилення їх взаємодії з державою з метою реалізації головного соціального завдання держави – охорони здоров'я населення. На рівні галузі стратегії спрямовані на модернізацію самої системи охорони здоров'я, а саме, зміну механізмів управління, фінансування та технологій надання медичних послуг. Кінцевою метою цих змін є підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я, поліпшення стану здоров'я населення [17].

У випадку, якщо у аналіз, якому піддається реальна організаційна структура менеджменту, дасть змогу говорити про необхідність уведення змін, з'являється необхідність або кардинально змінити організаційну структуру, або її оптимізувати.

Зміни організаційної структури можуть мати декілька причин, серед яких найбільш розповсюдженими є:

- зміни, що ініціюються ринком (диверсифікація діяльності, освоєння нових ринкових сегментів, реакція на дії конкурентів);
- зміна інтересів власників (зміна обсягів грошових потоків; здійснення злиттів або поглинань);

- внутрішні суперечності у внутрішньому середовищі закладу охорони здоров'я, які спричиняють спад ефективності або втрату конкурентних переваг;
- попереджувальні дії топ-менеджменту, які пов'язані із перспективами розвитку бізнесу;
- інтеграційні процеси [31, с. 87].

Змінами організаційних структур передбачається практичне коригування функцій управління (планування, координації, мотивації і контролю); системи, що передбачає взаємозв'язок і повноваження.

Оптимізування організаційних структур повинне початися з визначання проблем, що має діюча організаційна структура. Побудовою результативної організаційної структури дозволяється здійснення оптимізації функцій управління, уникнення дубльованих повноважень, пониження витрат за швидкою адаптацією до перетворення в межах зовнішнього середовища, не допускаючи зайвий управлінський персонал та ін.

Рішення щодо необхідності проведення окремих етапів робіт з оптимізації організаційної структури закладу охорони здоров'я приймаються на підставі таких оцінок поточної діяльності:

- якість стратегічного та оперативного планування;
- швидкість прийняття рішень;
- швидкість адаптації організації до змін зовнішнього середовища;
- оперативність реагування управлінської системи на внутрішні та зовнішні збурення;
- рівень делегування повноважень;
- якість горизонтальної взаємодії;
- стан контролю виконання управлінських рішень;
- швидкість руху інформації по ієрархічних рівнях [31, с. 87].

Організаційною структурою повинна найбільш забезпечуватися відповідність внутрішньому станові медичної організації, його потенціалові,

стратегічним намірам та зовнішнім ризикам. Разом з цим, варто зазначити, що, зазвичай, в медичних організаціях застосовують поєднання кількох можливих структур організації: лінійного, функціонального, адаптивного типу та ін., адже саме таким підходом забезпечується найефективніша організаційна побудова, але для усіх медичних закладів, таку комбінацію вважають індивідуальною, адже вона залежатиме від її стадії розвитку, ресурсів, та стратегічного спрямування.

Оптимізація організаційної структури у майбутньому в ЦПМСД № 3 повинна проводитися у певній послідовності (див. рис. 3.4), що характеризується:

1. Вибором зовнішніх консультантів або формуванням команди внутрішніх спеціалістів для розроблення та втілення стратегії організаційного розвитку.

2. Окресленням мети змін в організації закладу. Мета змін в організації – досягання відповідності організаційних структур до внутрішніх та зовнішніх умов розвитку, що увесь час перебувають в динаміці.

3. Розробленням стратегії розвитку організації. Такою стратегією повинна підтримуватися орієнтація на стратегію економічного характеру та включення до заходів, що стосуються змін в організаційній структурі, проектів нормативів, проекту плану навчання та перепідготовки управлінського персоналу, термінів втілення.

4. Розрахунком витрат на втілення змін в організації, їх обсяг при цьому є залежним від масштабності перетворень, вибір та оптимізування інвестиційних джерел втілення стратегії.

5. Аналізом внутрішніх можливостей реалізації стратегії, пов'язаної з організаційним розвитком структури (компетенцією персоналу, мотивацією кадрів, відповідністю стратегії і цілей та ін.).

6. Попередньою оцінкою ефективності стратегії розвитку організації, що передбачає доцільність та своєчасність уведення пропонованих перетворень.

7. Втіленням стратегії розвитку організації та оцінювання його результативності.



Рис. 3.4. Етапи здійснення оптимізації організаційної структури управління закладом охорони здоров'я

Примітка. Складено на основі [53]

Головне при оптимізації організаційної структури – обрання найбільш ефективних елементів організаційних структур. Оптимізація організаційної структури повинна сприяти:

– впорядкуванню завдань згідно з найважливішими точками процесу виробництва, реалізації продукції й управління діяльністю;

- приведенню управлінських задач у відповідність із принципами компетентності та відповідальності;
- розподілу обов'язків і відповідальності за процес;
- скороченню шляхів управління;
- збалансуванню стабільності та гнучкості;
- становленню здатності до цілеорієнтованої самоорганізації й активності;
- вирішенню проблеми із забезпечення стабільності циклічно повторюваних дій [31, с. 88-89].

За оптимально напрацьованої організаційної структури створюється управлінська система, якою дозволяється розвантаження керівництва від вирішування проблемних завдань, що не вимагають їхньої уваги. При цьому, рішення у сфері управління приймаються ефективніше, а підсумки процесу праці більше контролюються, отже, віднаходиться баланс між децентралізацією та контрольованістю.

Таким чином, оптимізацією організаційної структури досягається зростання результативності організації та має забезпечувати стратегічне спрямування при орієнтуванні на ефективність виконання тактичних завдань. Як наслідок оптимізації, організаційною структурою має відобразитися логіка роботи підприємства, відповідаючи потребі, що має зовнішнє середовище, балансує між делегуванням повноважень і централізацією, відповідаючи специфічній роботі медичного закладу.

3.3. Напрями вдосконалення структури управління закладу охорони здоров'я комунального підприємства ЦПСД №3 м. Полтава

Нинішній соціально-економічний розвиток України супроводжують складні умови, що формують здоров'я громадян. Кризовими явищами в економіці, суспільним розшаруванням, що передбачає поділ громадян,

орієнтуючись на рівень життя, соціальною нестабільністю, несприятливою екологічною ситуацією було призведено до зниження здоров'я громадян. Об'єктивне підвищення необхідності громадян у лікуванні зростає в умовах правового режиму воєнного стану, в той час, як зменшуються можливості медицини. Державним бюджетом більше не задовольняються потреби у медичній практиці, забезпечуючи її потрібним ресурсом. Відповідно в подальшому можливий буде жорсткий розподіл фінансів, які приходять до охороно-оздоровчої системи за статтями кошторису, паралізуватиметься пошук внутрішніх ресурсів у певних галузях.

За таких умов покращення управлінської системи – необхідний фактор для підвищення якості лікування та забезпечування безпеки для пацієнтів.

Як було зазначено вище, організаційна структура не може і не повинна бути побудована раз і назавжди: організаційна структура є перманентною і змінюється під дією зовнішніх і внутрішніх факторів, а також розвитку діяльності закладу охорони здоров'я. Найгострішою проблемою багатьох закладів охорони здоров'я в умовах конкуренції є формування ефективної структури управління, яка мобільно і за короткі терміни реагувала б на зміни як на зовнішньому, так і внутрішньому ринках збуту продукції. Саме тому постійно виникає необхідність в удосконаленні організаційної структури [53].

З метою удосконалення системи управління медичним закладом та підвищення якості такого управління, що є обов'язковою умовою забезпечення його конкурентних переваг в умовах переходу на автономну модель діяльності, доцільним є впровадження таких заходів:

– активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua),

моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (ЖСАНО), моделі постійного покращання (Associates in Process Improvement);

– впровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження взаємин між медичними працівниками(надавачами послуг) закладу охорони здоров'я та пацієнтами (споживачами послуг) та їх документальне оформлення. Проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення коректувань в процес гарантування безпеки пацієнтів;

– здійснення постійного моніторингу всіх змін в лікувальному процесі, які впливають на якість надання медичної допомоги;

– забезпечення постійного професійного розвитку медичного персоналу, посилення його мотивації та задоволеності роботою за рахунок кращої її організації та безпечності;

– створення умов для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини; забезпечення впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, які в них визначені;

– формування організаційної культури, відкритої до постійного впровадження змін у напрямі поліпшення якості надання медичної допомоги, створення команди фахівців, здатних очолити процеси поліпшення якості у всіх підрозділах закладу;

– запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу в контексті підвищення якості надання медичної допомоги

– вдосконалення системи внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги та впровадження внутрішнього аудиту якості як безперервного процесу покращання діяльності медичної установи [68].

Один із істотних передумов організаційно-управлінського характеру, яким зумовлюється внутрішнє становище у ЦПСД №3 м. Полтава є притаманна організаційна структура. Відповідно потрібно усвідомити, що необхідно

вдосконалити організаційну структуру, як один з визначальних засобів боротьби із кризою, що викликана війною, невідповідним ринковим, господарським і управлінським потенціалом закладу мінливому зовнішньому середовищу.

Перепроекувати організаційну структуру потрібно тоді, як організаційною структурою та функціями, які виконуються підрозділами, вже не забезпечується виконання завдань, які вирішуються організацією, та недостатньою для вирішування задач, які є перспективними. Зазвичай, у більшій кількості медичних установ України притаманне поступове відставання організаційної структури від часових потреб (вона не адекватна до поточного становища та змін, які мають місце).

Відповідно до проведено нами аналізу в другому розділі даного дослідження, організаційна структура ЦПМСД №3 м. Полтава на сьогоднішній день є доволі гнучкою та ефективною. Тому, на нашу думку, її не потрібно поки удосконалювати. Проте нами було виявлено деякі недоліки у роботі, зокрема:

- недостатній рівень організаційно-правової та соціально-психологічної культури працівників;
- на сьогодні відсутній відділ кадрів (управління персоналом).

Ще один спосіб, що спричинить покращення роботи – кадрова підготовка та перепідготовка, кваліфікаційний ріст медперсоналу. У ЦПМСД №3 м. Полтава задля цього має розвиватися навчально-матеріальна база, створюватися навчальні курси та центри, які сприяють підвищенню кваліфікації, отриманню дипломів або сертифікатів про завершення курсів та отримання певного ступеня або розряду своєї кваліфікації.

Також для удосконалення роботи пропонуємо створити відділ кадрів та в склад даного відділу включити посаду менеджера з соціального забезпечення та менеджера з кадрового резерву. На рис. 3.5 подано схематичне зображення модельного відділу кадрів (управління персоналом).

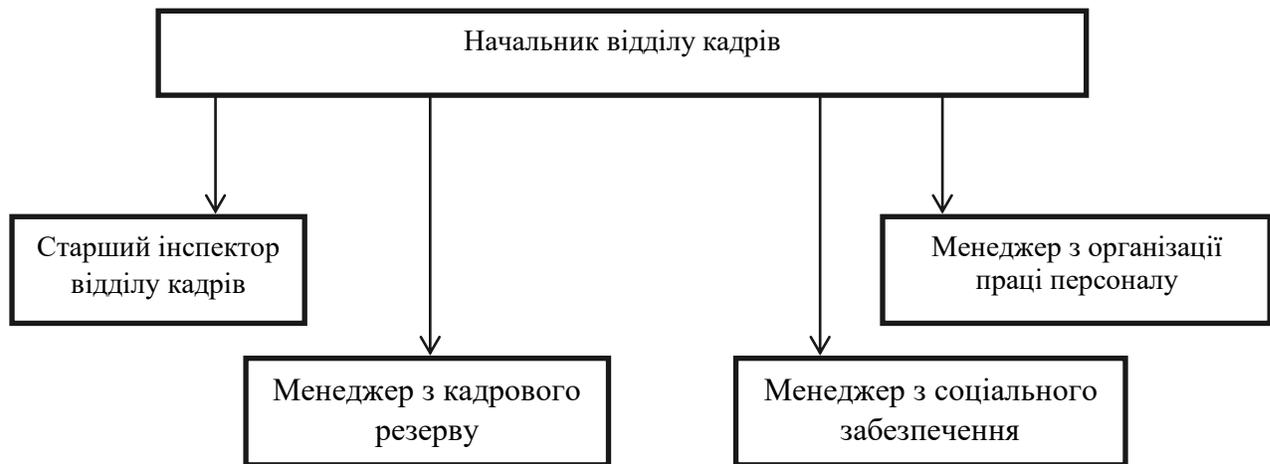


Рис. 3.5. Модельний відділ кадрів ЦПСД м. Полтава

Примітка. Складено автором

Майбутній менеджер з соціального забезпечення у ЦПСД м. Полтава займатиметься:

1. Здійсненням керівництва соціологічною діяльністю в установі, яка має на меті сформувати стабільні трудові колективи, розвинути організаційну культуру, використовувати соціально-психологічні фактори трудової мотивації співробітників, підвищувати їхню соціальну і творчу активність.

2. Забезпеченням розробки та реалізацією таких речей як цільові програми і плани суспільного поступу, в основі яких лежать соціальні прогнози і змодельовані соціальні процеси, згідно з цілями, стратегіями і кадровою політикою установи.

3. Стабілізаційною роботою, спрямованою на трудові колективи, та діями, покликаними удосконалити соціальну побудову штату, його демографічний і професійно-кваліфікаційний склад.

4. Контролем за забезпеченням соцстрахування співробітників, та за тим, як дотримуються їхні соціальні гарантії і громадянські права, керуванням розробкою пропозицій стосовно заходів соціального захисту кадрів у межах колективно-договірної регуляції відносин трудового характеру.

В свою чергу, менеджер з кадрового резерву у ЦПСД м. Полтава може здійснювати підтримку і розвиток існуючої системи навчання в рамках програми кадрового резерву:

1. Займатися проведенням тренінгів для майбутнього керівництва закладу (заступника / директора);
2. Організовувати та проводити ознайомчі заходи для нових працівників у межах адаптаційної програми;
3. Формувати кадровий резерв установи.
4. Займатися набором та відбором штату для відповідних посад.
5. Скласти оціночні тести та формувати план на співбесіду для відбору.
6. Займатися створенням навчальних програм для співробітників.

Щоб вдосконалити організаційну структуру управління середнім медперсоналом, у ЦПСД м. Полтава можливо застосували нову форму його об'єднання, яку назвати «загальнолікарняним персоналом». Існує низка розроблених посадових інструкцій, які дають змогу чітко розподілити адміністративне та функціональне підпорядкування членів загальнолікарняного персоналу.

Крім того, в лікарняному закладі необхідно активізувати роботу необхідно Ради медсестер, яка займається здійсненням організаційної, контролюючої, навчальної та інформаційної функцій.

Зважаючи на те, що близько 80% фінансового ресурсу у вітчизняному секторі охорони здоров'я спрямовано на персонал, фактори управління трудовим ресурсом, його раціональної реалізації стають особливо значимими в час, коли галузь структурно-функціонально трансформується.

Суспільство визначає медичну сестру як унікального індивіда, що самостійно виконує визначені обов'язки відповідно до високого професійного рівня. Зрозуміло, що сестринській і лікарській справі притаманний одночасно автономний і взаємозалежний характер. Медичній сестрі щодо лікаря і пацієнта

водночас відводиться роль партнера. Пацієнтом береться активна участь у процесі сестринської роботи, спрямованої на те, щоб вирішити його особисті проблеми.

Досвід роботи свідчить про те, що для підвищення якості роботи медичних сестер варто було б, у першу чергу, більш чітко розмежувати між ними функціональні обов'язки і ввести нові сестринські посади, укомплектовані фахівцями з вищим і підвищеним рівнем сестринської освіти:

- старша сестра по навчанню;
- старша сестра по контролю якості сестринського догляду;
- старша сестра по організації сестринського процесу;
- старша сестра по санітарно-епідеміологічному режиму;
- медична сестра - консультант по сестринському догляду;
- медична сестра - реабілітолог;
- медична сестра – координатор [54].

Отож є пропозиція істотної конкретизації питання стосовно того, щоб делегувати повноваження і відповідальність середній ланці (медичним сестрам-менеджерами).

В основній масі закладів охорони здоров'я запроваджено використання системного підходу до набору менеджменту в середню ланку медперсоналу. В основі цього підходу лежить фактор наявності найбільш значимих якостей, які повинен мати керівник нижчої ланки:

- прагнення керування й отримання насолоди від реалізації мети, яку уможливила б спільна робота власних колег, а не лише влада, гроші й пільги;
- розумових здібностей, що перевищують середній рівень;
- здатності логічно аналізувати;
- комунікабельності, що оцінюють за допомогою бесід, нарад, ділових паперів і виявляють у тому, як обираються висловлювання, організовується мислення, наскільки чітким і переконливим є виклад;

– чесності, що оцінюють відповідно до моральної надійності, довіри, відповідальності за вчинки, що можуть призвести до компрометації підрозділу чи установи.

Методи підбору керівників, які зараз опановуються, можуть бути поділені на традиційні і наукові. До традиційних методів добору відносяться:

– врахування результатів попередньої діяльності кандидата (організаторські здібності, взаємовідносини з колегами і відвідувачами, професіоналізм, ініціативність, ретельність);

– анкетні дані (вік, освіта, стаж роботи і професійний ріст, спеціальне навчання, зміна місць роботи, сімейний стан, нагороди);

– враження керівників, колег по роботі і підлеглих про ділові й особистісні якості;

– інтуїтивне враження працівників відділів кадрів і керівників, що приймають участь у вирішенні кадрових питань [54].

Проте традиційні методи, за якими підбирають і оцінюють керівні кадри, характеризуються недоліками, що час від часу спричиняють невдалі рішення. Якщо результати попередньої діяльності були оцінені, це не нівелює шанс на помилку – людина, що має успіх у виконанні низової роботи, може бути нездатною до виконання завдань на складнішій і відповідальнішій посаді. Рух же доволі хороших кадрів кар'єрними сходами до некомпетентного рівня обертається на психологічну трагедію для керівника, що не зміг упоратися із задачею і цим завдав справі серйозних збитків.

У наукових методах, без пониження ваги традиційних, відбувається використання спеціальних способів оцінки керівницьких кадрів. Оціночний підхід полягає у тому, щоб виявити у кандидата на місце керівника вміння до визначення пріоритетних цілей закладу чи окремого підрозділу на вказаний термін, орієнтування в проблематиці на шляху до реалізації цілі. Найрозповсюдженішим науковим методом є тестування. На сьогодні у ЦПСД

м. Полтава займаються вивченням практичного досвіду передових медцентрів стосовно використання двох різновидів тесту для розв'язання завдань, що передбачають відбір кандидатури на керівну посаду в середньому медичному персоналі. Відповідно до поділу можна стверджувати наявність:

- кваліфікаційних, чи виробничих, що допомагають з'ясувати, на якому рівні перебувають знання і навички у межах відповідного виду зайнятості;
- психологічних, які сприяють виявленню та оцінці особистісних якостей.

Існуюча система управління сестринськими кадрами, коли лікар відповідає за виконання професійних функцій медичної сестри, а медсестра – санітарки, коли головна і старша медичні сестри велику частину свого робочого часу змушені займатися господарськими питаннями, стало гальмом для розвитку професіоналізму і поліпшення якості роботи медичної сестри, упровадження нових високо ефективних медичних технологій, як окремими працівниками, так і групами працівників ЛПЗ. При організації управлінської діяльності сестринським персоналом використовуються різноманітні механізми управління. Механізми управління – це різні види управлінських впливів, за допомогою яких забезпечується ефективне управління сестринським персоналом, що має метою виконання поставлених перед ним завдань. Вони включають наступні складові: цілі управління, функції управління, принципи управління, методи управління [54].

Середній медичний персонал в ЦПСД м. Полтава підлягає управлінню орієнтованому на те, щоб відповідати таким трьом параметрам: безперервності, методологічному різноманіттю якісного оцінювання, наявності внутрішнього й зовнішнього підходів до перевірки якості медичної допомоги.

Провідними вітчизняними фахівцями, які займаються вирішенням проблем по вдосконаленню управлінської системи стосовно середнього медичного персоналу та підтримці якісного рівня медичних послуг, коли приймаються управлінські та клінічні рішення, надається перевага алгоритмам,

в яких відображається логіка черговості у процесі ухвалення рішень. Попри те, що, вводячи систему з алгоритмами і формалізованими методами до медичної практики, можна зіштовхнутися з певною протидією з боку деяких медпрацівників, цей підхід вже є широко розповсюдженим: діагностика і метод терапії невідкладних станів, діабетології, кардіології, гематології тощо. Алгоритмічну логіку покладено в базу створення так званого клінічного протоколу («clinical pathway») форми, за допомогою якої стандартизують медичну допомогу і яку вважають найефективнішою на сьогодні.

Досліджувати те, як розвивалася середня медична ланка й, зокрема, її менеджмент, варто, насамперед, для того, щоб чітко окреслити роль останнього у структурі системи охорони здоров'я, конкретизувати вимоги до підбору кадрів, акцентувати увагу на лідерських і мотиваційних факторах. Також, щоб підвищити кваліфікаційний рівень та професійний престиж, варто ввести в підготовку і перепідготовку медичних фахівців питання, присвячені управлінню персоналом. Варто реалізувати активне залучення громадських професійних об'єднань (асоціацій) та, розробивши основи під національну стратегію та політику стосовно покращення якісного рівня медичних послуг, організувати завдяки керівництву Міністерства охорони здоров'я національні конференції (семінари), присвячені проблематиці якісного поліпшення медичних послуг та вдосконаленню спрямованій на медперсонал управлінської системи.

Отже, одним способом, що спричинить покращення роботи кадрова підготовка та перепідготовка, кваліфікаційний ріст медперсоналу. У ЦПСД м. Полтава задля цього має розвиватися навчально-матеріальна база, створюватися навчальні курси та центри, які сприяють підвищенню кваліфікації, отриманню дипломів або сертифікатів про завершення курсів та отримання певного ступеня або розряду своєї кваліфікації. Також для удосконалення роботи пропонуємо створити відділ кадрів та ввести в склад даного відділу посаду менеджера з соціального забезпечення та менеджера з

кадрового резерву. Формування відділу кадрів у ЦПСД м. Полтава, який буде ефективно виконувати свої завдання, дозволить перейти на новий рівень управління персоналом та ефективніше його використовувати.

Висновки до розділу 3

1. Адаптування кадрів медичних організацій до новітніх умов праці – це найбільш значущий і першочерговий інструмент. А покращення адаптаційного процесу в управлінській системі щодо персоналу сприятиме ефективному управлінню людським ресурсом, що нестиме наслідки економічного і соціального характеру для індивіда, колективу, закладу взагалі. Щоб сформувати орієнтацію керованого адаптування кадрового складу конкретних медичних організацій слід зайнятися розробкою Положення про адаптацію робітників. Відповідно до документації, залучення колективу до втілення програми адаптації на усіх з чотирьох стадій говорить про те, що відповідальність за втілення ухваленого разом рішення щодо супроводження процесу праці персоналу була прийнята. Усіх колег співробітників потрібно активно долучати до процесу адаптування. Це повинно бути прописано в Положенні про організаційну культуру (пункт «Формування сприятливого психологічного клімату в колективі»).

2. Оптимізацією організаційної структури досягається зростання результативності організації та має забезпечувати стратегічне спрямування при орієнтуванні на ефективність виконання тактичних завдань. Як наслідок оптимізації, організаційною структурою має відображатися логіка роботи підприємства, відповідаючи потребі, що має зовнішнє середовище, балансуючи між делегуванням повноважень і централізацією, відповідаючи специфічній роботі медичного закладу.

3. Одним способом, що спричинить покращення роботи – кадрова підготовка та перепідготовка, кваліфікаційний ріст медперсоналу. У ЦПСД м. Полтава задля цього має розвиватися навчально-матеріальна база, створюватися навчальні курси та центри, які сприяють підвищенню кваліфікації, отриманню дипломів або сертифікатів про завершення курсів та отримання певного ступеня або розряду своєї кваліфікації. Також пропонуємо в склад даного сформованого в майбутньому відділу кадрів включити посаду менеджера з соціального забезпечення та менеджера з кадрового резерву. Створений відділ кадрів у ЦПСД м. Полтава, який буде ефективно виконувати свої завдання, дозволить перейти на новий рівень управління персоналом та ефективніше його використовувати.

ВИСНОВКИ

1. В процесі дослідження сутності поняття організаційної структури можна дійти висновку, що на даний час не існує єдиного трактування даного терміну. На нашу думку, під поняттям організаційної структури слід розуміти послідовні взаємозв'язки між управлінськими рівнями і функціональними сферами організації, які побудовані за такою схемою, що дозволяє найефективніше досягнути визначених організацією цілей. Метою побудови організаційної структури є забезпечення досягнення визначених закладом цілей, а проектування організаційної форми менеджменту повинне ґрунтуватися на стратегічному плануванні. Тому, організаційна структура управління підприємством виступає невід'ємною складовою частиною системи менеджменту, покликана допомагати в процесі досягнення цілей закладу шляхом конкретного визначення прав, обов'язків та міри відповідальності будь-якої структурної одиниці за реалізацію своїх завдань. Найбільш ефективною, на нашу думку, є та організаційна структура управління закладом охорони здоров'я, яка дає йому змогу ефективно взаємодіяти з зовнішньою сферою, продуктивно розподіляти завдання між працівниками та задовольняти потреби пацієнтів. Таким чином, ефективні взаємовідносини між усіма елементами організаційної структури управління дозволяють закладу охорони здоров'я здійснювати успішну діяльність та прогресивно розвиватися на власному ринку.

2. Існує чимало класифікацій організаційних структур управління закладом охорони здоров'я. Найбільш поширеними видами організаційних структур закладів охорони здоров'я є лінійна, функціональна, лінійно-функціональна, лінійно-штабна та матрична. Для кожного закладу охорони здоров'я актуальність побудови ефективної організаційної структури управління пов'язана із змінами зовнішнього середовища, розробкою нової стратегії діяльності, зміною керівників закладу тощо. Тому, добре розуміння різних видів

організаційних структур дасть можливість побудувати таку організаційну структуру, яка в подальшому буде сприяти не лише ефективному управлінню персоналом, але й діяльністю закладу охорони здоров'я загалом.

3. Процес побудови організаційної структури управління закладом охорони здоров'я є доволі непростим і багатостороннім. Серед головних факторів, які впливають на побудову ефективної організаційної структури управління в закладі охорони здоров'я можна виокремити: стратегія (процес визначення фундаментальних довгострокових цілей, прийняття методу та розподіл необхідних ресурсів для досягнення цілей. Стратегія стосується кінцевих результатів роботи закладу охорони здоров'я); величина закладу (зокрема фізична спроможність організації (кількість ліжок у лікарні), працівники організації, організація роботи (кількість пацієнтів), матеріальні та фінансові ресурси); технологія (стан технічного устаткування закладу).

4. ЦПСД м. Полтава є підприємством, головним завданням якого є забезпечення різних суспільних потреб, передусім мешканців в сфері охорони здоров'я за рахунок надання профілактично-лікувальних заходів та медичних послуг тощо.

5. Організаційна структура у ЦПСД м. Полтава характеризується лінійно-функціональним типом. Вона ґрунтується на розподілі обов'язків та відповідальності згідно із функціями управління та ухвалення рішень по вертикалі. Кадровий склад у ЦПСД м. Полтава має високий рівень освітньої підготовки: 93,5 % персоналу мають вищу освіту. Управлінський персонал підприємства забезпечений якісними спеціалістами, які мають не лише вищу освіту, а й високу кваліфікацію та стаж роботи у даній галузі не менше 5 років. Організаційна структура у ЦПСД м. Полтава характеризується лінійно-функціональним типом, що дає можливість забезпечити оперативне виконання управлінських рішень і підвищити ефективність діяльності функціональних служб, а також відчуття відповідальності будь-якого працівника за здійснення

своїх обов'язків. Також варто зазначити, організаційна структура у ЦПСД м. Полтава є чіткою, простою з точки зору взаємовідносин між відділами та економічно ефективною.

6. Протягом останніх трьох років спостерігається зростання усіх показників рівня розвитку організаційної структури у ЦПСД м. Полтава. Так, структурний коефіцієнт централізації зріс на 0,05 п., кількісний коефіцієнт централізації – на 0,04 п., об'ємний коефіцієнт централізації – на 0,05 п., коефіцієнт централізації функцій – на 0,06 п., коефіцієнт централізації управління – на 0,05 п., коефіцієнт дотримання норм керованості – на 0,06 п., коефіцієнт відповідності посади – на 0,04 п., показник кваліфікації управлінця – на 3 п., показник гнучкості організаційної структури – на 0,06 п., а також коефіцієнт централізації управління – на 0,005 п. Оскільки коефіцієнту дотримання норм керованості і коефіцієнту централізації управління притаманне доволі високе значення (у 2019 році дані коефіцієнти становили 0,81 п. та 0,79 п. відповідно), то можна зробити висновок про те, що організаційна структура у ЦПСД м. Полтава побудована доволі оптимально. Про такий висновок свідчить також високий рівень показника гнучкості організаційної структури (у 2021 році він становив 0,74 п.).

7. Адаптування кадрів медичних організацій до новітніх умов праці – це найбільш значущий і першочерговий інструмент. А покращення адаптаційного процесу в управлінській системі щодо персоналу сприятиме ефективному управлінню людським ресурсом, що нестиме наслідки економічного і соціального характеру для індивіда, колективу, закладу взагалі. Щоб сформувати орієнтацію керованого адаптування кадрового складу конкретних медичних організацій слід зайнятися розробкою Положення про адаптацію робітників. Усіх колег співробітників потрібно активно долучати до процесу адаптування. Це повинно бути прописано в Положенні про організаційну культуру (пункт «Формування сприятливого психологічного клімату в колективі»).

8. Оптимізацією організаційної структури досягається зростання результативності організації та має забезпечувати стратегічне спрямування при орієнтуванні на ефективність виконання тактичних завдань. Як наслідок оптимізації, організаційною структурою має відображатися логіка роботи підприємства, відповідаючи потребі, що має зовнішнє середовище, балансуючи між делегуванням повноважень і централізацією, відповідаючи специфічній роботі медичного закладу.

9. Одним способом, що спричинить покращення роботи - кадрова підготовка та перепідготовка, кваліфікаційний ріст медперсоналу. ЦПМС №3 м. Полтава задля цього має розвиватися навчально-матеріальна база, створюватися навчальні курси та центри, які сприяють підвищенню кваліфікації, отриманню дипломів або сертифікатів про завершення курсів та отримання певного ступеня або розряду своєї кваліфікації. Також для створеного в майбутньому відділу кадрів ми пропонуємо в склад даного відділу включити посаду менеджера з соціального забезпечення та менеджера з кадрового резерву. Створення відділу кадрів у ЦПСД м. Полтава, який буде ефективно виконувати свої завдання, дозволить перейти на новий рівень управління персоналом та ефективніше його використовувати.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р.Р. Тіньова економіка як перешкода реформуванню системи охорони здоров'я. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» (Полтава-Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 р.) Полтава, ПМСА С. 13-16.
2. Алексеєва В., Організаційна структура управління суб'єтом підприємницької діяльності. *Техніко-технологічні проблеми сервісу*. 2018. № 3 (25). С. 96-100.
3. Антощина Н.І. Сучасний погляд на систему управління персоналом в аспекті забезпечення конкурентоспроможності підприємства. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3350> (дата звернення: 28.07.2022).
4. Бабич Д.В., Проскуріна Т.В., Маковій Д.Д. Удосконалення організаційної структури управління як важливий механізм управління сучасним підприємством. *Економіка та управління підприємством*. 2019. Випуск 24. С. 91-95.
5. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : Навч.-метод. посіб. К. : МАУП, 2017. 328 с.
6. Білецька В. О. Удосконалення організаційної структури підприємства. *Управління розвитком*. 2021. № 2 (165). С. 18-20.
7. Бойкова Ю., Куценко Є. Формування системи управління організації на основі інтеграційного підходу. *Вісник магістратури*. 2020. № 3-2 (54). С. 46-48.
8. Бондар Н.М. Організаційні структури управління підприємством. *Бізнес-консультант*. URL: <http://business-consultant.com.ua/publicaciiub104.html>. (дата звернення: 17.09.2022).

9. Варава Л.М., Арутюнян А.Р., Варава А.А. Стратегічні аспекти вдосконалення організаційної структури управління в умовах гірничобудівних підприємств. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2020. № 4. С. 243-255.

10. Васіна А.Ю. Формування моделі управління розвитком госпітальних округів. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Полтава, УМСА. С. 37-40.

11. Гавриш О.А., Довгань Л.Є., Крейдич І.М., Семенченко Н.В. Технології управління персоналом: монографія. Київ: НТУУ «КПІ імені Ігоря Сікорського», 2017. 528 с.

12. Глущевський В.В., Смородін В.В. Роль і місце організаційних структур у системі управління підприємством. *Економічний вісник Запорізької держ. інженерної академії*. 2019. Вип. 4-1 (04). С. 70-76.

13. Громцева, Д.К., Крупський О.П. Професійна культура і безпека: інноваційний підхід до впровадження в медичному закладі. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2018. № 23. С. 15-23.

14. Дмитрук О.В., Круковська І.М. Маркетинговий менеджмент як дієвий інструмент формування та реалізації кадрової політики медичних організацій. *Економіка та управління підприємствами*. 2018. № 15. С. 290-295.

15. Дмитрук О.В., Свінцицька О.М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Випуск 5 (10). С. 182-186

16. Дудкіна О.П. Технології маркетингу як інноваційний інструмент управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Полтава, УМСА С. 37-40.

17. Жаліло Л.І., Мартинюк О.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf> (дата звернення: 5.08.2022).

18. Желюк Т.Л. Бречко О. Технології фінансування закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Полтава, УМСА, 2019. С. 99-110.

19. Жуковська А.Ю. Інклюзивні підходи до управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформ. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Полтава, УМСА, 2019 С. 113-117.

20. Жук О.П., Кратік І.В. Бізнес-планування як інструмент вдосконалення управління в закладах охорони здоров'я. 2018. С. 40-44.

21. Кан В.В., Тоцкая Е.Г., Новоселов В.П. Модернізація закладів охорони здоров'я. *Медичний журнал*. 2020. №3. С. 157-162.

22. Кармінська-Белоброва М.В. Організаційні структури управління підприємством. *Бізнес Інформ*. 2016. № 12. С. 192-195.

23. Клименко П.М., Грабовський В.А. Оцінювання ефективності управління лікувальним закладом на основі математичного моделювання собівартості медичних послуг. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2017. № 2. С. 19-33.

24. Клименко П.М., Грабовський В.А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ*. 2018. № 3. С. 136-141.

25. Коваленко И.И., Чернов С.К. Моделирование и анализ структур организационных систем : учебное пособие. Николаев : В.В. Торубара, 2015. 124 с.

26. Коваленко О. О. Стан впровадження європейських програм за допомогою медичних стандартів у систему охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 20. С. 93-96.
27. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1996. № 30. Ст. 141.
28. Копитова І. В. Оцінка оптимальності організаційної структури управління при зміні стратегії підприємства. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка»*. 2014. № 5. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3056> (дата звернення: 10.08.2022).
29. Кратік І.В. Роль персоналу в управлінні організаційними змінами. *Сучасний менеджмент: витоки, реалії та перспективи розвитку* : збірник тез Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції присвяченої 66 річниці від дня народження д.е.н., професора Петра Степановича Березівського, 04.03.2017р. Дубляни: ЛНАУ. С. 40-41.
30. Крисько Ж.Л., Кривокульська Н.М. Аналіз практики управління охороною праці в медичній установі. *Економіка та суспільство. Електронне наукове фахове видання*. Мукачево: Мукачівський державний університет, 2017. Вип.9. С. 479-483.
31. Кудіна В.В, Процедура оптимізації організаційної структури підприємства. *Наукові праці НУХТ*. 2016. Том 22, № 5. С. 85-95.
32. Кучеренко В.З., Організаційні ризики у медичній сфері. *Вісник наукових праць*. 2021. № 3. С. 4-9.
33. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Борвінко Е.В. Яким повинен бути управлінець у сфері охорони здоров'я. *Україна. Здорова нація*. 2021. № 4/1. С. 139-145.
34. Ліштаба Л. Управління персоналом як провідна функція менеджера в сфері охорони здоров'я. *Галицький економічний вісник*. Т. : ТНТУ, 2021 Том 50. – № 1. С. 163-169.

35. Малик І.П., Шкробот М.В. Забезпечення корпоративного управління на основі ІКТ. *Економіка та суспільство*. 2016. Випуск 3. С. 230-236.
36. Мантур-Чубата О.С., Ведерніков М.Д., Чернушкіна О.О. Сучасні технології управління персоналом: компетенційний підхід. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2020. Випуск 19. С. 39-43.
37. Мартинюк О.А. Імплементация парадигми економіка здоров'я – економіка знань в стратегію розвитку медичних закладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2020. № 13. С. 106–110.
38. Мартинюк О.А., Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2019. № 6. С. 75-79.
39. Мельник А.Ф. Модернізаційний розвиток регіональних ринків послуг як виклик для менеджменту закладів охорони здоров'я. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» 2019 р. Полтава, УМСА С. 219-223.
40. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків, 2013. 300 с.
41. Монастирський Г.Л. Зарубіжний досвід управління системою охорони здоров'я на територіальному рівні: уроки для України. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» 2019 р. Полтава, УМСА С. 37-40.
42. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1993. № 4. ст. 19.
43. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навч. посіб. За заг. ред. Т.В. Єрошкіна. Д.: РВВ ДНУ, 2012. 64с.

44. Петренко Л.А., Трейтяк М.М. Оцінювання рівня організації управління підприємством. *Стратегія економічного розвитку України*. 2015. № 36. С. 107-117.

45. Петренко С. А. Порівняльний аналіз моделей організаційних структур підприємства. *Бюлетень Міжнародного Нобелівського економічного форуму*. 2015. № 1 (3). Том 2. С. 245-252.

46. Положення про структурні підрозділи в закладі охорони здоров'я. URL: <http://smile-center.com.ua/ru/articles/polozhennya-pro-strukturni-pidrozdily-v-zakladi-ohorony-zdorovya> (дата звернення: 1.08.2022).

47. Попков Е.Ю. Методи аналізу у сфері охорони здоров'я. 2012. Том 62. Вип. 2. С. 12–22.

48. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2017. № 21. ст.245

49. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо окремих питань захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я: Закон України від 14.11.2017 р. № 2204-VIII. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172204.html (дата звернення: 15.08.2022).

50. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2018. № 5. ст.31

51. Продіус О.І., Прокоф'єва В.К. Удосконалення організаційної структури управління підприємством. URL: <http://dspace.opu.ua/jspui/bitstream/123456789/7813/1/160-162.pdf> (дата звернення: 15.08.2022).

52. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2018. № 5. ст.32

53. Радочинська А.В. Удосконалення організаційної структури підприємств в умовах розвитку конкурентного середовища. XII Міжнародна наукова інтернет-конференція «Сучасність. Наука. Час. Взаємодія та взаємовплив» (17 - 19 листопада 2016 р.). URL: <http://intkonf.org/radochinska-av-udoskonalennyaorganizatsiynoyi-strukturi-pidприємств-v-umovah-rozvitku-konkurentnogo-seredovischa/>. (дата звернення: 15.08.2022).

54. Ремига Л.Т., Цурдук В.В., Ковтун В.В. Вдосконалення управління середнім медичним персоналом у системі охорони здоров'я як обов'язкова умова якості лікування та безпеки пацієнта. URL: <http://www.tropinka.ks.ua/index.php/news/statti-interv-іu/301-2008-06-22-20-29-26> (дата звернення: 15.08.2022).

55. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. 2019. № 1. С. 7-13.

56. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2021. № 3. С. 78-83.

57. Сміянов В.А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 113-117.

58. Статут медичного закладу ЦПСД № 3 м. Полтава. URL: <https://cpmsd3.pl.ua> (дата звернення: 12.09.2022).

59. Степаненко С.В. Формування механізму управління організаційними змінами. *Актуальні проблеми інноваційної економіки*. 2016. № 3. С. 60-67.

60. Структура управління ЦПСД № 3 м. Полтава. URL: <https://cpmsd3.pl.ua> (дата звернення: 1.10.2022).

61. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2020. № 1. С. 9-14.

62. Черниш І.В., Школьна О.С. Проектування організаційної структури управління підприємством в умовах конкурентного середовища. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2014. Випуск 5. С. 121-124.

63. Чесанов С.А. Особливості управління закладом охорони здоров'я. Матеріали доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми вітчизняної економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі». (Тернопіль, 7 листопада 2019 року) Тернопіль, ТНЕУ 2019, С. 336-339.

64. Чесанов С.А. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги: історичний аспект. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» 2019 р., Полтава, УМСА С. 323-326.

65. Чичотка В.В. Обґрунтування моделі побудови оптимальної організаційної структури підприємства. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2016. Випуск 5-2 (05). С. 40-45.

66. Шевченко В.А. Особливості функціонування системи закладів охорони здоров'я України в умовах їх інноваційного розвитку. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 41-48.

67. Шкільняк М.М. Вектори модернізації менеджменту закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» 2019 р. Полтава, УМСА С. 332-337.

68. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Модернізація менеджменту системи

охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Vtneu_2018_4_18.pdf+&cd=3&hl=ru&ct=clnk&gl=ua (дата звернення: 12.08.2019).

69. Шорохов В. Особливості еволюції організаційних структур управління підприємством. *Ефективність державного управління*. 2020. Випуск 44. С. 48-57.

70. Шорохов В. Порівняльний аналіз лінійно-функціональної та дивізіональної організаційних структур управління. *Ефективність державного управління*. 2015. Випуск 43. С. 201-210.

71. Яремко С.А. Впровадження інформаційних систем в організаційно-управлінські структури медичних закладів. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2019. № 1. С. 237-241.

72. Blau, P. M. Decentralization in bureaucracies. In: Zald, M.N. (Ed.), *Power in Organisations*. *Vanderbilt University Press*. 1970. pp. 150–174

73. Dewar R., Werbel J. Universalistic and contingency predictions of employee satisfaction and conflict. *Administrative Science Quarterly*. 1979. № 24. pp.. 426-448

74. Germain R. The role of context and structure in radical and incremental logistics innovation adoption. *Journal of Business Research*. 1996. № 35. pp.. 117-127.

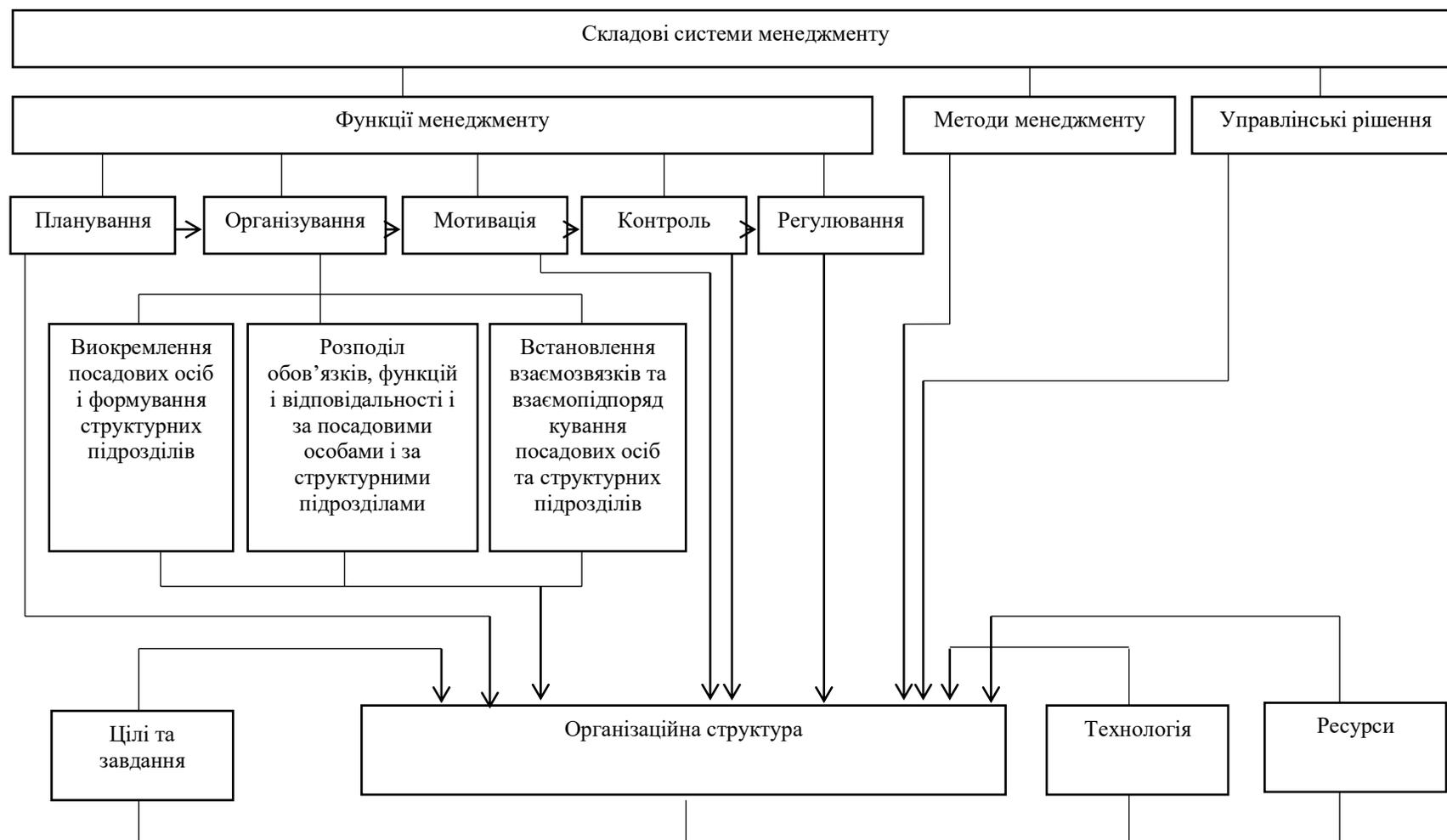
75. Gerwin D., Kolodny H. *Management of Advanced Manufacturing Technology: Strategy, Organization, and Innovation*. Wiley/Interscience, New York, NY. 1992.

76. Goldhaber G.M., Dennis H.S., Richetto G.M., Wiio O.A. *Information Strategies: New Pathways to Management Productivity* . New York: Ablex. 1984

77. Monavarian A. , Asgari, N. Ashena M. Structural and content dimensions of knowledge-based organizations. The first national conference of knowledge management. Bahman 2007.

78. Rezayian A. The basics of organization and management. Tehran. SAMT publications. 2005.
79. Ruekert R.W., Walker Jr., O.C., Roering K.J. The organization of marketing activities: a contingency theory of structure and performance. *Journal of Marketing*. 1985. № 49. pp.. 13-25.
80. Thompson V.A. Bureaucracy and Innovation. *Administrative Science Quarterly*. 1965. № 10. pp.. 1- 20.
81. Walton R.E. From control to commitment: transforming work force management in the United States. In: Clark, K., Hayes, R., Lorenz, C. (Eds.), *The Uneasy Alliance: Managing the Productivity–Technology Dilemma*. *Harvard Business School Press*. 1985. pp. 237-265.

Додатки



Місце організаційної структури управління в системі менеджменту

ДОДАТОК Б

Переваги та недоліки основних видів організаційних структур управління

Вид ОСУ	Переваги	Недоліки
Лінійна	<ol style="list-style-type: none"> 1. Чіткість і простота взаємодії. 2. Надійний контроль та дисципліна. 3. Оперативність прийняття та виконання управлінських рішень. 4. Невисокі накладні витрати 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Потреба у керівниках універсальної кваліфікації. 2. Обмеження ініціативи працівників нижчих рівнів. 3. Перевантаження вищого керівництва. 4. Можливість необґрунтованого збільшення управлінського апарату
Лінійно-штабна	<ol style="list-style-type: none"> 1. Підвищення якості управлінських рішень. 2. Прискорення реагування на оперативні та організаційні проблеми 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Зниження швидкості стратегічного реагування. 2. Ризик необґрунтованого збільшення штабного апарату
Лінійно-функціональна	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виникає можливість управління великою кількістю виконавців. 2. Зменшується кількість рівнів управління. 3. Підвищується інформаційна оперативність прийняття рішень. 4. Розвантажується вище керівництво 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Порухення принципу єдиноначальності. 2. Складність взаємодії лінійних і функціональних керівників. 3. Ускладнення процедур контролю. 4. Втрата гнучкості реагування на зміни в зовнішньому середовищі. 5. Опір будь-яким змінам у діяльності підприємства
Матрична	<ol style="list-style-type: none"> 1. Досягнення більшої гнучкості, координації робіт та швидшого реагування на зміни зовнішнього середовища. 2. Залучення керівників всіх рівнів і фахівців у сферу активної творчої діяльності з реалізації проектів. 3. Скорочення навантаження на керівників вищого рівня управління. 4. Посилення особистої відповідальності конкретного керівника як за проект загалом, так і за його елементи 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Складність для практичної реалізації – необхідна тривала підготовка працівників і відповідна організаційна культура. 2. Нечіткий розподіл прав і відповідальності внаслідок нечіткого визначення владних повноважень. 3. Конфлікти між функціональними керівниками та керівниками проектів. 4. Ускладненість контролю. 5. Надмірні накладні витрати. 6. Неefективність у кризових ситуаціях

ДОДАТОК В1

Первинний бланк адаптаційного опитування (інтерв'ю)

ЧАСТИНА I
1. ПІБ
2. Дата зустрічі.
3. Теми:
3.1. Які завдання найбільш приємно Вам виконувати?
3.2. Що, на Вашу думку, могло б допомогти отримувати більше задоволення від роботи?
3.3. Що, на Вашу думку, варто було би змінити, покращити у роботі підрозділу, організації для підвищення ефективності діяльності?
3.4. Які нові навички чи знання Ви хотіли б здобути?
3.5. Інші питання.
ЧАСТИНА II
4. Які навички професійної діяльності Ви визначаєте як головні для Вашої посади?
5. Які досягнення Ви здобули протягом адаптаційного періоду? Чим пишаєтеся?
6. Що стало Вам на заваді щодо досягнення кращих результатів під час виконання обов'язків?
7. Сформулюйте свої цілі на майбутнє, власні робочі проекти.
8. Визначте критерії, за якими Ви зможете оцінити досягнення поставлених цілей?

ДОДАТОК В2

Оціночний бланк адаптаційного періоду

Вступна частина
ПІБ, посада.
Період адаптації з по...
I. Оцінка професійно-особистісних якостей:
1. Наявність професійних знань
2. Ініціативність
3. Комунікабельність
4. Організованість
5. Вміння самостійно приймати рішення
6. Відповідальність, ретельність виконання завдань
7. Потяг до професійного зросту
8. Лідерські навички
9. Аналітичні здібності
II. Оцінка результатів роботи
Здійснюється на основі порівняння фактичних результатів та запланованих на певний час
III. Рекомендації керівника підрозділу
Чи може працівник далі виконувати обов'язки, чи запропонувати йому іншу посаду, чи ні.