

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ВОДАРСЬКИЙ Степан Іванович

**Організація роботи персоналу закладу охорони здоров'я
в процесі надання медичних послуг**

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
Водарський С.І.

Науковий керівник:
д.е.н., доцент Жуковська А.Ю.

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«___» _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	6
1.1. Система організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг	6
1.2. Зарубіжний досвід організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг	15
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ КНП «ЗБОРІВСЬКА ЛІКАРНЯ» ЗБОРІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	25
2.1. Аналіз діапазону керованості в досліджуваному закладі охорони здоров'я	25
2.2. Моніторинг мотивації персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я до надання якісних медичних послуг	35
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ВИКОРИСТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ПРОЕКТУВАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТУ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	42
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55

ВСТУП

Актуальність проблеми. У сучасних соціально-економічних і політичних реаліях розвитку України система охорони здоров'я визначається як один із пріоритетних векторів реформування. Змінюється підхід до організації медичної допомоги, фінансово-економічні та ринкові механізми функціонування галузі, а також сама структура системи охорони здоров'я. Ці трансформації вимагають впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я, що, своєю чергою, призводить до змін у парадигмі управління персоналом таких установ. Актуальність проблеми обумовлена необхідністю адаптації існуючих управлінських систем до нових умов і забезпечення їхньої відповідності сучасним викликам.

Аналіз останніх досліджень і наукових публікацій. Протягом останніх років питання публічного управління, регулювання, фінансово-економічного механізму та економічних засад розвитку системи охорони здоров'я України привертали значну увагу науковців. Ця тематика залишається актуальною у контексті досліджень публічного управління, економіки та розвитку національного господарства. Значний внесок у вивчення проблем публічного управління та регулювання системи охорони здоров'я зробили такі вітчизняні вчені, як З. Гладун, Є. Долотенко, Д. Карамишев, Н. Кризина, Т. Педченко, Я. Радиш та Н. Солоненко. Організаційним аспектам функціонування системи охорони здоров'я присвячено праці І. Вардинця, Ю. Вороненка, О. Дудкіної, Т. Желюк, А. Жуковської, Е. Ковжарової, Н. Кривокульської, А. Мельник, А. Надточія, Г. Панфілової, В. Пономаренка, Т. Попович, О. Скрипник, Т. Чеканової, В. Чернецького, М. Шкільняка та Д. Шушпанова. Їхні роботи висвітлюють різні аспекти управління, організації та оптимізації роботи закладів охорони здоров'я, що є важливим підґрунтям для подальшого вивчення цієї проблематики в умовах реформування галузі.

Проте питання управління персоналом закладів охорони здоров'я досі залишається недостатньо дослідженим у працях українських науковців. Сучасні керівники медичних установ та системи охорони здоров'я загалом ще

не повною мірою адаптували свої підходи до формування ринку праці медичних кадрів у відповідності до сучасних викликів та зміненої парадигми управління персоналом у цій галузі. Це свідчить про необхідність подальшого наукового аналізу та розробки нових підходів до кадрової політики з урахуванням реалій реформування системи охорони здоров'я.

Метою кваліфікаційної роботи є здійснення теоретичних узагальнень та наведення практичних рекомендацій щодо удосконалення організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг.

Відповідно до поставленої мети у кваліфікаційній роботі виконуються наступні **завдання**:

- вивчення системи організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг;
- дослідження зарубіжного досвіду організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг;
- здійснення аналізу діапазону керованості в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- проведення моніторингу мотивації персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я до надання якісних медичних послуг;
- обґрунтування необхідності використання організаційного проектування як інструменту удосконалення організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг.

Предметом дослідження є механізми та технології організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг.

Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дослідження були застосовані такі **методи**: метод системного аналізу – для вивчення управління персоналом як цілісної системи, що складається із взаємопов'язаних та взаємозалежних елементів; метод структурного аналізу –

для дослідження організаційної структури закладу охорони здоров'я; метод функціонального аналізу – для оцінки функціональної діяльності закладу охорони здоров'я, дослідження функцій різних його структурних підрозділів; метод анкетного опитування – для визначення ефективності системи підвищення кваліфікації працівників закладу охорони здоров'я; економіко-математичні методи – для розрахунку ступеня впливу професійного навчання персоналу на результати функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження полягає у розвитку теоретичних положень організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг. Зокрема, в роботі окреслені сучасні тенденції трансформації системи управління персоналом закладу охорони здоров'я під впливом медичної реформи, що відкриває можливості для її адаптації до нових умов та викликів.

Практична значущість результатів дослідження полягає в тому, що розроблені теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг можуть бути використані в роботі КНП «Зборівська лікарня» Зборівської міської ради.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Система організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг

Успішний розвиток будь-якої сфери людської діяльності неможливий без ефективного управління, яке є систематичним процесом використання ресурсів для досягнення визначених цілей. Ключовим ресурсом будь-якої організації є її персонал, оскільки саме люди забезпечують функціонування та ефективне використання інших ресурсів. Таким чином, мистецтво управління полягає у здатності організовувати діяльність, максимально ефективно залучаючи людський фактор.

У системі охорони здоров'я особлива роль належить медичним працівникам, тому управління розвитком кадрових ресурсів є пріоритетним завданням менеджменту галузі. Проте традиційні методи управління персоналом у сфері охорони здоров'я виявляються недостатньо ефективними, часто призводячи до застою чи навіть дезорганізації управлінських структур.

У сучасних умовах, коли фінансування охорони здоров'я з державного бюджету є обмеженим, пріоритетним завданням стає мобілізація прихованих резервів системи шляхом оптимального використання кадрових ресурсів. Міжнародний досвід, «зокрема практика Всесвітньої організації охорони здоров'я, демонструє, що найвищої ефективності системи охорони здоров'я досягають завдяки організаційним змінам, зосередженим саме на вдосконаленні управління персоналом» [15].

Сьогодні в Україні активно впроваджуються реформи, спрямовані на створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта. Серед ключових завдань реформи – забезпечення фінансування базового пакета послуг, розробка та реалізація стратегій розвитку кадрових ресурсів, надання

можливості вибору лікаря та медичного закладу, а також підвищення якості медичних послуг. Ці зміни мають на меті створення системи, здатної забезпечити медичне обслуговування на рівні розвинених європейських країн.

Трансформація господарського механізму медичної галузі передбачає суттєві зміни в організаційно-правовому статусі медичних закладів, формах власності, характері взаємовідносин між учасниками ринку, а також у фінансових потоках. Однак практична реалізація цих змін стикається з проблемою недостатньої підготовленості управлінського персоналу до використання інноваційних підходів та сучасних методів управління.

Сьогодні керівники медичних закладів недостатньо орієнтовані на пошук перспективних ринкових ніш, формування конкурентних переваг та позиціонування своїх організацій на ринку. Особливої уваги потребує розвиток маркетингового мислення у медичного персоналу, адже без цього неможливо досягти конкурентоспроможності послуг і медичних установ загалом.

У таких умовах система охорони здоров'я України стикається з важливим завданням – адаптацією до ринкових умов шляхом системної перебудови. Це вимагає вдосконалення механізмів державного регулювання, запровадження інноваційних підходів до управління медичними кадрами та реалізації концепції інтегрованого розвитку. Саме ефективне управління персоналом визначає спроможність системи виконувати покладені на неї завдання та досягати цілей реформування.

У 2017 році Президент України підписав низку законів, ухвалених Верховною Радою, які стали основою для масштабної реформи системи охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України розробило детальний план із чіткими етапами впровадження реформи, що включає функціонально-структурні перетворення, оптимізацію витрат за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», впровадження професійного менеджменту тощо. Основна мета цих змін — підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Результатом впровадження реформи має стати створення сучасної моделі

системи охорони здоров'я, яка гарантує доступність медичної допомоги, забезпечує кращий фінансовий захист громадян у разі хвороби та сприяє ефективному й справедливому розподілу публічних ресурсів. У зв'язку з цим державні та комунальні заклади охорони здоров'я повинні адаптуватися до динамічних змін зовнішнього середовища, вдосконалювати стиль управління, впроваджувати маркетингові інструменти та підвищувати ефективність управління персоналом у рамках стратегічних підходів.

Суттєві трансформації в галузі, такі як здобуття автономності медичними закладами, можливість залучення коштів із різних джерел та інші зміни, вимагають повного й раціонального використання кадрового потенціалу. Управлінські компетенції відіграють ключову роль у перетворенні цього потенціалу на конкурентну перевагу організації, що дозволяє досягати стратегічних цілей на ринку.

Кадрова політика, зокрема у рамках рекомендацій ВООЗ, «орієнтована на підготовку кваліфікованих кадрів, забезпечення ними медичних установ і виконання завдань, покладених на працівників. Медичний персонал розглядається як стратегічний ресурс, на який спрямована більша частина капіталовкладень у сферу охорони здоров'я в усьому світі. Це підкреслює важливість ефективного управління кадрами для досягнення ключових цілей реформи» [23].

Характеризуючи кадровий потенціал закладів охорони здоров'я, можна виділити його основні характеристики:

- 1) «кількісні показники, які включають чисельність персоналу, склад, структуру, вік, стаж роботи, рівень укомплектованості, плинність і ротацію кадрів, а також продуктивність та рентабельність праці» [17];
- 2) «якісні показники, які охоплюють фізичний, психологічний, адаптаційний, інтелектуальний, етичний, духовно-творчий, кваліфікаційний та організаційний потенціали» [17].

Ключовим аспектом є те, що кадровий потенціал поєднує в собі ступінь реалізації можливостей як окремих медичних працівників, так і колективу

загалом. Це забезпечує активізацію людського чинника у професійній діяльності за відповідних умов.

Управління кадровим потенціалом у закладах охорони здоров'я здійснюється за двома основними напрямками, які є взаємопов'язаними:

- 1) формування кадрового потенціалу, що включає підбір, підготовку та адаптацію персоналу;
- 2) активне використання кадрового потенціалу, спрямоване на максимальну реалізацію можливостей працівників через ефективну організацію, мотивацію та підтримку їхньої діяльності.

Управління кадрами охорони здоров'я є невід'ємною частиною управління всією системою охорони здоров'я. Воно підпорядковується загальним цілям галузі, сприяючи їх досягненню завдяки конкретній діяльності медичного персоналу.

Управління персоналом у закладах охорони здоров'я – це безперервний і динамічний процес, що передбачає ефективне використання людських ресурсів. Основними його завданнями є: оптимальна розстановка кадрів, ретельне планування та підбір персоналу, підвищення кваліфікації, мотивація працівників, регулярний контроль і об'єктивна оцінка результатів їхньої роботи (рис. 1.1). Такий підхід забезпечує максимальну ефективність роботи закладів охорони здоров'я та сприяє досягненню стратегічних цілей галузі.

«Метою управління персоналом є постійний пошук шляхів підвищення ефективності праці. Досягнення цієї мети забезпечується через впровадження прогресивних форм організації праці та раціональне використання трудових ресурсів. Як і будь-який управлінський процес, управління персоналом має циклічний характер, що забезпечує безперервність і послідовність дій».

Практичну основу управління персоналом складають такі ключові елементи: «регулярне та об'єктивне отримання інформації про склад і динаміку кадрів; опис робочих функцій і завдань; підбір і оптимальна розстановка персоналу; мотивація співробітників до якісного виконання своїх обов'язків; визначення цілей безперервного навчання та організація процесу

підвищення кваліфікації; планування та організація кар'єрного розвитку працівників; регулярна оцінка ефективності виконання робочих завдань» [27].



Рис. 1.1. Система управління персоналом закладу охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [56]

Аналіз процесу управління персоналом дозволяє сформулювати концептуальну модель цієї діяльності, яка включає чотири взаємопов'язані системи: «система руху кадрів – управління прийомом, адаптацією, переведенням, просуванням і звільненням працівників; система винагороди за працю – формування ефективних механізмів матеріального та нематеріального стимулювання; система організації роботи – оптимізація робочих процесів, розподілу завдань і взаємодії між працівниками; система впливу співробітників на організацію – створення умов для активної участі персоналу в прийнятті управлінських рішень і розвитку організації. Ця модель забезпечує комплексний підхід до управління людськими ресурсами, спрямований на досягнення стратегічних цілей організації та ефективну реалізацію її завдань» [23].

Впровадження цієї моделі в практику управління дозволяє встановити чіткі рамки для реалізації кадрової політики. Будь-яке управлінське рішення, що стосується окремих елементів кадрової системи, повинно ухвалюватися з

урахуванням їхньої взаємозалежності та взаємозумовленості в межах моделі. Часто неуспішність управлінських рішень у сфері кадрового менеджменту пов'язана саме з тим, що зміни в окремих компонентах відбуваються без належного врахування їхнього впливу на всю систему.

З позиції менеджменту, ще на етапі формування внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я необхідно забезпечити відповідність характеристик її ключових складових – цілей і завдань, персоналу, організаційної структури, технологій – умовам зовнішнього середовища. Адже організація функціонує й розвивається тільки в тому випадку, коли зовнішнє середовище створює для цього можливості.

Запуск механізмів цивілізованої конкуренції між медичними закладами та лікарськими практиками в доступних сегментах ринку сприятиме низці якісних змін у системі охорони здоров'я. Для ефективного вирішення цих завдань необхідне переосмислення компетенцій фахівців із управління охороною здоров'я.

Керівний склад медичних організацій повинен орієнтуватися на розробку концепцій, стратегій кадрової політики та сучасних методів управління людськими ресурсами. Перехід від «пасивної або превентивної кадрової політики до активної дозволить розробляти ефективні цільові кадрові програми, а також адаптувати їх завдяки постійному моніторингу ситуації. Такий підхід сприятиме досягненню стратегічних цілей закладів охорони здоров'я та підвищенню їхньої конкурентоспроможності в умовах реформування системи» [8] .

Керівники системи охорони здоров'я стикаються з численними викликами під час реалізації стратегій закладів, спрямованих на досягнення важливих організаційних цілей. Особливо складним завданням є одночасне зниження витрат і підвищення якості обслуговування пацієнтів, навіть для найдосвідченіших фахівців. Реалізація організаційних стратегій є складним процесом, оскільки їх успішність значною мірою залежить від здатності ефективно управляти персоналом.

При аналізі системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я слід враховувати низку особливостей, властивих цій сфері, які безпосередньо впливають на виконання функцій управління кадрами. Серед них: «монополізм відомства – домінуюча роль центрального управління в регулюванні діяльності закладів; бюрократизм в управлінні – жорсткий поділ праці та зосередження на формальних процедурах; суворі ієрархічна структура – підпорядкування всіх рівнів керівництву; професійні забобони – небажання медичних фахівців визнавати роль інших спеціалістів (економістів, юристів, HR-менеджерів тощо); жорстка спеціалізація – обмеження ролей і функцій співробітників; спрямованість організації на споживачів – орієнтація на задоволення потреб пацієнтів як головного пріоритету; суворе підпорядкування та виконання розпоряджень – чітке дотримання інструкцій керівництва» [34].

Функція управління людськими ресурсами стає дедалі важливішою в організаціях, оскільки вона виконує роль стратегічного партнера в плануванні та прийнятті управлінських рішень. Ця нова роль є критично важливою, оскільки ефективне та продуктивне управління персоналом має прямий вплив на успішність або невдачу стратегій у сфері охорони здоров'я.

Цикл управління персоналом у закладах охорони здоров'я охоплює всі ключові етапи кадрової роботи, від підбору працівників до оцінки їхньої ефективності, і спрямований на забезпечення сталого розвитку організації (рис. 1.2).

Управління охороною здоров'я тісно пов'язане з прийняттям рішень на основі науково обґрунтованого аналізу, спрямованого на ефективне використання ресурсів у часі та просторі. Основна мета цього процесу – забезпечити достатню кількість і якість послуг у сфері охорони здоров'я для задоволення медико-санітарних потреб громадян та суспільства.

Функції менеджера у сфері управління людськими ресурсами включають: «кадрове планування; аналіз і проектування посад; підбір, відбір і призначення персоналу; оцінювання ефективності роботи; навчання та

розвиток працівників; мотивацію; забезпечення безпеки й охорони праці; регулювання трудових відносин; процеси звільнення» [17].



Рис. 1.2. Цикл управління персоналом закладу охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [56]

Керівники закладів охорони здоров'я, які відповідають за управління персоналом, повинні володіти ключовими компетенціями, а саме: «достатніми знаннями в галузі охорони здоров'я; лідерськими здібностями для планування, розробки програм і мобілізації ресурсів; ділової хваткою для прийняття зважених рішень; навичками міжособистісного спілкування, необхідними для просування змін та ефективної взаємодії з командою» [35].

Досконале знання роботи та практичний досвід є основою успішного управління. Менеджери повинні йти в ногу із сучасними змінами в законодавстві, зокрема в аспектах, що стосуються праці, включаючи регулювання понаднормової роботи та працевлаштування осіб з інвалідністю. Їм необхідно вміти аналізувати й інтерпретувати ці закони, визначати вимоги для їх дотримання та пропонувати заходи для забезпечення відповідності в межах закладу охорони здоров'я.

Лідерство є однією з найважливіших компетенцій для менеджерів. Воно забезпечує здатність брати на себе провідну роль у вирішенні організаційних питань, ініціювати правильні дії для подолання викликів і впроваджувати

стратегії для досягнення цілей закладу охорони здоров'я.

Менеджери в системі охорони здоров'я повинні бути досвідченими лідерами в питаннях трудових відносин та врегулювання конфліктів. Важливо, щоб вони зберігали нейтралітет у відносинах і демонстрували етичне поведіння. Крім того, менеджери медичних закладів мають володіти ґрунтовними знаннями у сфері бізнесу, що дозволить їм підтримувати управлінські рішення, спрямовані на ефективне використання трудового потенціалу закладу охорони здоров'я.

Стратегічне бізнес-мислення є ключовим для вирішення завдань таким чином, щоб кадрова політика, програми та процедури узгоджувалися із загальними цілями та завданнями закладу. Однією з основних проблем у сфері охорони здоров'я є планування людських ресурсів. Це включає знання про поточний стан робочої сили, оцінку попиту на медичний персонал та його доступність, а також прогнозування майбутніх потреб для досягнення завдань, поставлених Міністерством охорони здоров'я.

Ще одна проблема полягає у недосконалості процедур відбору та найму персоналу. «Нині роботодавці часто оцінюють лише кваліфікацію претендента, залишаючи поза увагою інші важливі характеристики. 100% керівників закладів охорони здоров'я, зокрема головні лікарі, завідувачі відділеннями та головні медичні сестри, підтримують ідею впровадження комплексної процедури відбору персоналу, що включає: аналіз змісту роботи; визначення вимог до виконавця; пошук кандидата, який відповідає цим вимогам; вибір працівника за допомогою різних методів відбору; оцінку результатів співбесіди» [17].

Для формування ефективної моделі управління медичним закладом менеджерам необхідно: «визначити роль та місце штатного розкладу в контексті впровадження ефективного контракту; організувати сучасну систему нормування праці в лікувально-профілактичних закладах; проаналізувати чинну нормативно-правову базу з питань праці та забезпечити її повноцінне використання в практиці охорони здоров'я; ознайомитися із сучасною

номенклатурою посад медичних працівників, кваліфікаційними вимогами, професійними стандартами та новою системою акредитації; оцінити забезпеченість закладу медичними кадрами відповідно до нормативів; впровадити ефективні методи управління кадрами та розрахунку потреби в персоналі з урахуванням ролі медичного персоналу у лікувально-діагностичному процесі, програми державних гарантій і умов надання медичної допомоги; визначити пріоритети діяльності медичної організації в умовах економічної кризи; розробити програми мотивації персоналу. Такий підхід сприятиме створенню ефективної кадрової політики, яка відповідатиме сучасним викликам і потребам системи охорони здоров'я» [12].

Аналіз стану, проблем та перспектив розвитку кадрового менеджменту у сфері охорони здоров'я України свідчить про те, що на відміну від інших секторів економіки, в цій галузі практично відсутні ефективні й уніфіковані технології управління персоналом, які б враховували специфіку різних лікувально-профілактичних закладів.

Залишаються невирішеними такі ключові питання, як: «професійний відбір медичних працівників; періодичне оцінювання їхньої діяльності; мотивація та адаптація кадрів; службово-професійне просування; навчання персоналу безпосередньо на робочому місці; процедура вивільнення кадрів» [19].

Управління кадрами в медичних закладах фактично зведено до формалізованих процедур набору та звільнення працівників, що обмежує можливість ефективного використання їх трудового потенціалу. Такий стан справ вимагає розробки й впровадження сучасних підходів до управління персоналом, які враховують специфіку галузі охорони здоров'я та сприяють підвищенню її ефективності.

1.2. Зарубіжний досвід організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг

Оскільки Україна рухається шляхом розвитку ринкової економіки та

прагне інтеграції до Європейського Союзу, особливу увагу слід приділити вивченню зарубіжного досвіду організації роботи з персоналом у медичних установах. Це дозволить врахувати найкращі практики й адаптувати їх до умов національної системи охорони здоров'я.

Особливості розвитку систем охорони здоров'я в різних країнах світу свідчать про ключову роль реформ управління у розбудові галузі. Значна увага приділяється впровадженню сучасних ефективних методів управління, децентралізації управлінських функцій, посиленню горизонтальних зв'язків між організаціями при збереженні певних вертикальних структур, а також використанню комплексного міжгалузевого підходу й довгострокового стратегічного планування.

Такий підхід сприяє суттєвому прогресу в соціально-економічному розвитку держави чи окремого регіону та створює умови для реалізації стратегії реформування охорони здоров'я. Зокрема, важливе місце у політиці європейських країн займає програма «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті», одним із ключових завдань якої є вдосконалення планування та управління охороною здоров'я, розвиток партнерства між різними службами на державному, регіональному та місцевому рівнях.

Інтеграція цього досвіду в національну практику може стати основою для розробки ефективних реформ у сфері охорони здоров'я, які відповідають сучасним викликам і стандартам Європейського Союзу.

У країнах-членах Європейського Союзу спостерігається значне різноманіття у способах організації, регулювання, фінансування, функціонування та використання систем охорони здоров'я. Це створює труднощі для уніфікації існуючих відмінностей у рамках єдиної класифікації. Іншими словами, групування країн за способом фінансування систем охорони здоров'я не завжди збігається з групуванням за типами організації, регулювання чи надання медичної допомоги.

Більше того, окремі аспекти системи надання медичної допомоги можуть істотно відрізнятися від організації інших складових системи

соціального захисту, таких як пенсійне забезпечення. Наприклад, у Великій Британії та Данії система охорони здоров'я робить акцент на універсальну доступність та фінансування за рахунок податків, що суттєво контрастує з галузевими й приватними схемами, які переважають у їхніх системах пенсійного забезпечення.

Такий різноманітний підхід свідчить про те, що навіть у межах ЄС моделі соціального захисту й охорони здоров'я не є повністю уніфікованими, а кожна країна адаптує свої системи відповідно до національних особливостей і потреб. Це важливо враховувати при дослідженні та впровадженні кращих практик в Україні.

Однією з ключових сфер, у якій проявляються основні відмінності між країнами-членами ЄС, є організація, надання та використання медичної допомоги. Ці відмінності стають очевидними при аналізі розподілу функцій і обов'язків між первинним, вторинним і третинним рівнями медичної допомоги, а також у дослідженні ресурсів та показників користування системами охорони здоров'я.

Первинна медична допомога демонструє суттєві відмінності між країнами ЄС, що стає очевидним при вивченні таких показників, як чисельність лікарів і частота консультацій. Зокрема, «кількість лікарів на 100 000 жителів варіюється в межах коефіцієнта від одного до трьох: в Італії цей показник становить близько 600 лікарів на 100 000 населення; у Великій Британії та Ірландії – близько 200 лікарів на 100 000 населення» [2].

«Спеціалізація лікарів також відрізняється залежно від країни: у Бельгії, Австрії та Фінляндії приблизно 50% лікарів є лікарями загальної практики; в Іспанії, Ірландії, Італії, Нідерландах, Португалії та Швеції понад 80% лікарів є спеціалістами» [14].

Рівень зайнятості лікарів у лікарнях також демонструє значну варіативність: «у Франції та Італії менше однієї третини лікарів працюють у лікарнях, більшість із них зосереджені на первинному рівні; у Данії, Португалії та Великій Британії дві третини лікарів зайняті у лікарняному секторі» [26].

Кількість консультацій із лікарями значно варіюється між країнами: «у Німеччині спостерігається найвищий рівень консультацій як із лікарями загальної практики, так і з медичними спеціалістами – у середньому 8,4 консультації на людину за рік; Австрія та Бельгія також мають високі показники завдяки значній кількості консультацій із лікарями загальної практики; у Великій Британії, Ірландії, Данії, Португалії та Греції кількість консультацій становить лише половину від показника Німеччини; у Фінляндії, Франції, Нідерландах і Люксембурзі спостерігається середній рівень консультацій із медичними спеціалістами, але менша частота відвідувань лікарів загальної практики, ніж у середньому по ЄС» [23].

Ці відмінності підкреслюють складність уніфікації систем охорони здоров'я в ЄС, де кожна країна адаптує організацію та надання медичної допомоги відповідно до власних потреб і ресурсів.

Значна кількість консультацій зі спеціалістами у таких країнах, як Німеччина, Бельгія та Люксембург, частково пояснюється тим, що лікарі загальної практики у цих країнах не виконують функцію «воротарів» для доступу до спеціалістів. Це означає, що пацієнти можуть напряму звертатися до лікарів-спеціалістів без необхідності отримання направлення від лікаря загальної практики, що значно підвищує попит на консультації спеціалістів.

Крім того, різниця між лікарями загальної практики та спеціалістами в цих країнах стає менш чіткою, оскільки багато спеціалістів також надають послуги первинної медичної допомоги. Наприклад, у Німеччині – країні з найвищою кількістю консультацій як із лікарями загальної практики, так і зі спеціалістами – близько 60% лікарів амбулаторного сектору є спеціалістами, які надають як первинну, так і спеціалізовану медичну допомогу.

«У більшості країн із нижчою схильністю до консультацій зі спеціалістами (Данія, Ірландія, Італія, Нідерланди, Португалія, Іспанія, Велика Британія) для отримання консультацій у спеціалістів потрібне направлення від лікаря загальної практики. Такий механізм обмежує кількість звернень до спеціалістів, сприяючи раціональному використанню ресурсів системи

охорони здоров'я» [23].

У цих країнах консультації лікарів загальної практики та спеціалістів, як правило, доповнюють одна одну, а не є взаємозамінними. Однак, за винятком Італії, у згаданих країнах спостерігається нижча за середню частота звернень до лікарів загальної практики. Це дозволяє припустити, що низька схильність до консультацій із лікарями загальної практики в цих країнах корелює з меншою схильністю до консультацій зі спеціалістами.

Ці відмінності демонструють різноманітні підходи до організації доступу до медичних послуг у країнах ЄС та підкреслюють значення взаємодії між лікарями первинної ланки й спеціалістами для ефективної роботи систем охорони здоров'я.

У сфері вторинної медичної допомоги, яка охоплює стаціонарне лікування, відмінності між країнами Європейського Союзу є особливо помітними. Це демонструється через показники госпіталізації та тривалості перебування в стаціонарах.

Схильність до госпіталізації ілюструється кількістю виписок зі стаціонарів, де спостерігається значна варіація: у Австрії цей показник є найвищим серед країн ЄС; у Португалії – найнижчим, причому співвідношення між цими крайніми значеннями становить три до одного.

Тривалість стаціонарного лікування демонструється середньою тривалістю перебування у стаціонарі: у Німеччині цей показник удвічі вищий, ніж в Ірландії; співвідношення між максимальними і мінімальними значеннями середньої тривалості перебування у стаціонарах в країнах ЄС сягає чотири до одного.

Наприклад, «Фінляндія характеризується дуже високою схильністю до госпіталізації, поєднаною з тривалим перебуванням у стаціонарах, що робить загальну кількість днів перебування у лікарнях вдвічі більшою за середній показник по ЄС. Схожі тенденції спостерігаються в Німеччині, Австрії та Великій Британії, де загальна кількість днів госпіталізації перевищує середні європейські показники на третину. У таких системах заходи, спрямовані на

стримування витрат, часто виявляються недостатньо ефективними» [37].

На противагу цьому, у країнах, таких як Португалія, Ірландія, Франція та Нідерланди, а також меншою мірою в Іспанії, Данії та Швеції, спостерігається низька схильність до госпіталізації та/або тривалого перебування у стаціонарах. Ці моделі більше нагадують ті, що застосовуються у Сполучених Штатах та Канаді, де загальна кількість днів перебування у лікарнях є значно нижчою, ніж у середньому по ЄС.

Такі відмінності в організації стаціонарної медичної допомоги відображають різноманітність підходів до управління медичними ресурсами та фінансуванням у країнах ЄС, що впливає на загальну ефективність систем охорони здоров'я.

Навіть у тих країнах Євросоюзу, де лікарі загальної практики виконують роль «вартових» для системи вторинної медичної допомоги, попит на послуги вторинного рівня залишається високим. Наприклад, у таких країнах, як Іспанія, Португалія та Ірландія, відділення швидкої допомоги лікарень часто забезпечують прямий доступ до вторинної медичної допомоги або дають змогу пацієнтам обходити чергу на госпіталізацію.

Кількість лікарняних ліжок також є важливим показником рівня пропозиції медичних послуг і суттєво варіюється між країнами ЄС:

- 1) у Німеччині та Австрії існує чітка кореляція між кількістю лікарняних ліжок та кількістю ночей, проведених пацієнтами у стаціонарі;
- 2) у Франції, незважаючи на високе співвідношення кількості ліжок до населення, рівень їхньої зайнятості є найнижчим у ЄС – в середньому менше чотирьох місяців на рік, тоді як середній показник для ЄС становить вісім місяців;
- 3) у Великій Британії, де кількість ліжок відносно мала, вони зайняті майже постійно, що спостерігається також у Фінляндії та Австрії.

Протягом останніх років кількість лікарняних ліжок у країнах ЄС зменшилася в середньому на 20%, що свідчить про загальну тенденцію до оптимізації ресурсів системи охорони здоров'я.

«Дефіцит медичних сестер є ще однією серйозною проблемою, з якою стикається більшість країн світу, зокрема й Україна. За останнє десятиліття кількість медичних сестер в Україні скоротилася у 1,4 рази, тоді як кількість лікарів залишалася майже незмінною. У результаті нинішнє співвідношення молодших спеціалістів із медичною освітою до лікарів становить 1:1,9, що значно нижче показників ЄС, де це співвідношення складає 1:2,5. Ці дані вказують на необхідність перегляду політики щодо підготовки та утримання медичних кадрів, а також оптимізації ресурсів для підвищення ефективності систем охорони здоров'я як в Україні, так і в інших країнах» [15].

Причинами нинішньої ситуації з дефіцитом медичних сестер є низка чинників, таких як: «непривабливість професії через її допоміжний статус; низька заробітна плата; надмірні робочі навантаження; небезпечні умови праці; недосконалість навчальних програм підготовки та перепідготовки фахівців» [31].

Реформа системи охорони здоров'я потребує не лише збільшення кількості медичних сестер, але й зміни їхньої ролі, функцій і організаційних форм роботи. Це передбачає підготовку медичних сестер та акушерок нового типу, які володіють необхідними знаннями, кваліфікацією та готовністю працювати в умовах сучасних вимог.

Основні функції сучасної медичної сестри визначено Європейським регіональним бюро ВООЗ із сестринської справи. До них належать: «здійснення сестринського догляду та управління ним, а також заходів профілактики, лікування і реабілітації; навчання пацієнтів збереженню та відновленню здоров'я; ефективне виконання ролі члена медико-санітарної бригади; розвиток сестринської практики через критичне мислення та наукові дослідження» [23].

ВООЗ додатково деталізувала ці функції, включивши такі види діяльності: «оцінка фізичного та психічного стану пацієнта, надання допомоги у разі певних хвороб; планування, моніторинг та координація ресурсів і послуг медико-санітарної допомоги; налагодження співпраці з іншими фахівцями в

галузі охорони здоров'я; виконання обов'язків спеціалістів і прийняття відповідальних рішень у випадках, коли спеціалісти недоступні; проведення наукових досліджень і участь у дослідницьких проектах» [32].

Отже, нова модель сестринської справи передбачає сприйняття медичних сестер як представників самостійної професії, яка базується на власній теоретичній і практичній основі. Такий підхід сприяє підвищенню статусу сестринської справи та її ефективності в системі охорони здоров'я.

Згідно з численними зарубіжними дослідженнями, «у 60-80% випадків медичну допомогу може надавати кваліфікована та підготовлена медсестра, при цьому зберігаючи якість і ефективність медичних послуг і зменшуючи економічні витрати. У США рівень підготовки медсестер, значна частина яких має університетську освіту, дозволяє залучати їх до лікування хронічних хвороб за приписами лікарів. Більше того, дослідження показують, що якість такого лікування може бути навіть вищою, ніж у лікаря первинної медичної допомоги» [12].

На сьогодні другорядна роль медсестри порівняно з лікарем є застарілим підходом, який не відповідає сучасному європейському та світовому баченню ролі медсестринства в системі охорони здоров'я. Такий підхід обмежує можливості надання ефективної допомоги пацієнтам. У структурі кадрового потенціалу системи охорони здоров'я будь-якої країни, зокрема й України, 70-75% персоналу складають медсестри. Однак цей потенціал використовується недостатньо ефективно.

ВООЗ наголошує, що «медсестринський персонал здатний виконувати від 25 до 70% функцій, які зазвичай виконують лікарі, залежно від профілю та спеціалізації. У країнах Європи, США та Канади важливість розвитку та вдосконалення медсестринства давно усвідомили, і ця професія розвивається як самостійна, з чіткими параметрами діяльності та підготовки. Лікар і медсестра співпрацюють як партнери, тоді як в Україні медсестринство сформувалося переважно з емпіричного погляду лікаря, без наукового обґрунтування параметрів його діяльності» [7].

На жаль, в українській системі охорони здоров'я медсестра часто розглядається як підпорядкований працівник, чия роль зводиться лише до виконання вказівок і призначень лікаря. Такий підхід не лише обмежує роль медсестри, але й ускладнює контроль якості її роботи через недостатнє розуміння лікарями технологій медсестринського процесу. Визнання медсестринства як самостійної професії з чіткими функціями, стандартами й партнерською взаємодією з лікарями є необхідним кроком для модернізації системи охорони здоров'я України.

До недавнього часу в Україні не проводилися серйозні дослідження, пов'язані з робочим навантаженням медичних сестер, їхніми функціональними обов'язками чи особливостями технологій виконання медсестринських процедур. На противагу цьому, у західних країнах, починаючи з середини минулого століття, в галузі медсестринства відбулася значна еволюція. Замість лікарів-викладачів там з'явилися магістри-медсестри, які беруть активну участь у наукових дослідженнях, сприяють вдосконаленню та раціоналізації медсестринського процесу з урахуванням інновацій.

Важливим аспектом є підготовка медичних сестер. У цьому питанні Україна відстає від країн Європи та США на 50-70 років. У розвинутих країнах серед викладачів медсестринства лікарів немає. Навчати лікаря, щоб потім навчати медичних сестер, економічно недоцільно, адже це є неефективним використанням ресурсів. Нині в медичних училищах та коледжах України викладають близько 3,5 тисяч лікарів, що є серйозною проблемою. Лікар, який навчався 6 років і пройшов інтернатуру, витрачає час на викладання, тоді як магістр-медсестра може виконувати це завдання не менш якісно за значно менші витрати на її підготовку.

Крім того, лікар, який не є фахівцем у галузі медсестринства, не володіє технологічними аспектами роботи медичної сестри. Щоб викладати, йому потрібно спершу самостійно опановувати відповідні підручники та програми підготовки, що значно ускладнює процес навчання. У країнах, таких як США,

Канада, Німеччина, Польща, ще з середини ХХ століття почали готувати магістрів-медсестер із вищою освітою.

У 2012 році Європейське бюро ВООЗ провело нараду міністрів охорони здоров'я європейських країн, на якій обговорювалося питання підготовки медсестринського персоналу. У результаті було прийнято рішення, яке не рекомендує залучати лікарів до викладання для медсестер. Україна також підписала цю декларацію, проте значного прогресу у цьому напрямі поки що не досягнуто.

Для збереження найкращих традицій національної системи охорони здоров'я та одночасного впровадження досягнень світової медицини в галузі медсестринства, недостатньо просто «накладати» чи копіювати світовий досвід на вітчизняну систему. Необхідним є наукове обґрунтування новацій та пошук шляхів їх адаптації до умов України.

Посилання на світовий досвід організації роботи медичних установ, їх структурних підрозділів і персоналу має сенс лише за умови врахування сучасного стану економіки та особливостей української системи охорони здоров'я. Сліпе копіювання нормативних актів чи перенесення закордонних підходів до організації діяльності медичних закладів, які використовувалися в інших країнах за різних історичних та соціально-економічних умов, не завжди приносить очікувані результати. Такі підходи можуть бути неефективними в контексті специфіки економіки України та її регіонів.

Тому важливо не лише використовувати успішні світові практики, але й узагальнювати принципи та підходи до організації діяльності медичних закладів, адаптуючи їх до реалій і потреб українського суспільства. Цей процес має спиратися на комплексне вивчення національних особливостей та науковий аналіз, що дозволить ефективно поєднати національні традиції зі світовими інноваціями.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ КНП «ЗБОРІВСЬКА ЛІКАРНЯ» ЗБОРІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Аналіз діапазону керованості в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Для аналізу ефективності механізму управління змістом робіт у КНП «Зборівська лікарня» необхідно оцінити діапазон керованості кожного структурного підрозділу, тобто визначити оптимальну кількість підлеглих, роботою яких може ефективно керувати один керівник.

Ефективна організація процесу надання медичних послуг споживачам вимагає: «оптимізації часу надання послуг, що дозволить скоротити затримки та підвищити оперативність; підвищення якості медичних послуг, забезпечуючи їх відповідність сучасним стандартам; забезпечення, щоб кожен керівник структурного підрозділу мав оптимальну кількість підлеглих, що дозволяє ефективно контролювати й організовувати їхню роботу» [33].

Оптимальний діапазон керованості залежить від складності завдань, специфіки діяльності структурного підрозділу та рівня кваліфікації його персоналу. Його дотримання сприяє кращій організації роботи, підвищенню продуктивності та задоволеності працівників.

Поняття діапазону або масштабу керованості є предметом дискусій у науковій літературі з питань менеджменту та управління. Ці терміни часто вживаються як синоніми таких понять, як «керованість системи», «діапазон контролю» або «масштаб керівництва».

Єдиного визначення терміну «норма керованості» не існує, і кожен дослідник трактує його відповідно до своїх поглядів. Узагальнення існуючих поглядів на наукову категорію «норма керованості» представлене в табл. 2.1.

Узагальнюючи визначення, представлені в табл. 2.1, можна зазначити, що норма керованості відображає оптимальну кількість підлеглих, якими

керівник може ефективно управляти, забезпечуючи високу продуктивність організації та підтримку управлінських процесів.

Таблиця 2.1

Погляди вчених на наукову категорію «норма керованості»

Автор	Визначення поняття
А. Файоль	<i>Норма керованості</i> – це максимальне число працівників, підлеглих одному лінійному керівнику, за умови, що сумарна трудомісткість їхніх функцій не перевищує нормативу (8 годин на день, 40 годин на тиждень тощо).
В.І. Кноррінг	<i>Норма керованості</i> – це встановлена експериментальна середня кількість працівників, підлеглих одному керівнику. На його думку, ця кількість залежить від складності процесу, технічного оснащення праці керівника, його знань та досвіду.
Н.Е. Ковшун	<i>Норма -керованості</i> – гранична кількість безпосередніх підлеглих, якими може успішно керувати один керуючий у конкретних організаційних умовах. Він зазначає, що перевищення цієї межі призводить до зниження ефективності управління.
Л.І. Скібіцька	<i>Норма керованості</i> – це кількість працівників, якими найбільш ефективно може управляти один менеджер.
В.Г. Васильков	<i>Норма керованості</i> – кількість працівників, які мають бути безпосередньо підпорядковані одному керівникові
В.В. Сопко	<i>Норма керованості</i> враховує кваліфікацію керівника та організаційно-технічні умови роботи.
К.М. Дідур	<i>Норма керованості</i> – кількість працівників, підлеглих одному керівнику, за умови, що таке підпорядкування приносить максимальну користь організації і не шкодить іншим видам господарської діяльності.

Примітка. Сформовано на основі []

Норми керованості поділяються на два основних види: 1) норми на нижчих рівнях управління, які можуть досягати 30 осіб на одного керівника; 2) норми на вищих рівнях управління, які обмежуються 3-7 підлеглими на одного керівника.

Найбільшу увагу нормам керованості приділяла класична школа адміністрування А. Файоля. Його організаційна модель зображена у вигляді піраміди (рис. 2.1).

Як видно з рис. 2.1, фундамент піраміди – це результат горизонтального зростання, тобто збільшення кількості персоналу, що виконує завдання, а вертикальна частина піраміди – це посадове зростання, яке демонструє потребу в збільшенні кількості керівників для управління та координації

роботи нижчих рівнів. За моделлю А. Файоля, співвідношення становить: 15 працівників на одного керівника; 4 керівники нижчого рівня на одного керівника вищого рівня.

Однак типові норми керованості не завжди враховують специфічні умови праці та особливості діяльності організацій, таких як заклади охорони здоров'я. Більш точні норми керованості розробляються з урахуванням впливу різних факторів і застосуванням методів математичної статистики, що дозволяє адаптувати їх до потреб конкретної установи чи організації.



Рис. 2.1. Модель поділу управлінської праці за А. Файолем

Примітка. Наведено за [7]

Я. Гамільтон, В. Грайкунас та Л. Урвік вважали, що керівник великої організації повинен мати не більше 3-6 підлеглих. Вони аргументували це тим, що людські можливості обмежені фізіологічними та психологічними особливостями, і людина не здатна одночасно ефективно контролювати велику кількість людей.

Автори також підкреслювали, що зі збільшенням чисельності підлеглих кількість можливих зв'язків між ними зростає в геометричній прогресії. Це ускладнює координацію роботи, а також значно підвищує навантаження на

керівника.

Л. Урвік пропонував зменшити навантаження на керівників шляхом делегування частини їхніх повноважень помічникам. Для вищих менеджерів він рекомендував застосовувати тейлорівський «принцип виключення», який полягає у фокусуванні уваги лише на значних винятках або порушеннях встановлених правил і стандартів. Це дозволяє знизити навантаження на керівника та підвищити ефективність управління.

Управління стане ще ефективнішим, якщо вищі менеджери дотримуватимуться «принципу відповідності». Цей принцип наголошує, що на всіх рівнях управління влада та відповідальність повинні бути рівними. Якщо керівник має значні повноваження, але не несе жодної відповідальності, це може призвести до хаосу. Водночас, якщо відповідальність надмірна, але відсутні реальні повноваження, дії керівника будуть неефективними. У межах своїх повноважень керівник також несе відповідальність за діяльність підлеглих.

Для розуміння проблеми визначення норми керованості часто використовується теорія зв'язків «підлеглий-керівник», розроблена французьким консультантом з управління В.А. Грейкунасом. Ця теорія демонструє, що при збільшенні кількості підлеглих в арифметичній прогресії число потенційно можливих міжособистісних відносин між керівником і підлеглими зростає в геометричній прогресії. Це зростання обумовлене наявністю трьох типів міжособистісних контактів, з якими працює керівник: «прямий одиничний зв'язок – контакти між керівником і кожним підлеглим окремо; прямий груповий зв'язок – взаємодія між керівником і можливими групами підлеглих; перехресний зв'язок – контакти між самими підлеглими» [13].

Число цих контактів зростає значно швидше, ніж кількість підлеглих, що суттєво ускладнює управління. Випереджальне зростання кількості контактів порівняно із числом підлеглих ілюструється у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Взаємозв'язок між числом підлеглих працівників і кількістю контактів,
з якими має справу керівник**

Тип контактів	Число підлеглих									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Прямий одиничний зв'язок	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Прямий груповий зв'язок	0	1	3	6	10	15	21	28	36	45
Перехресний зв'язок	0	1	4	11	26	57	120	247	502	1013

Примітка. Наведено за [60]

Отже, складність управління за В.А. Грейкунасом зростає у геометричній прогресії у залежності від кількості підлеглих.

Використовуючи формулу В.А. Грейкунаса, можна розрахувати кількість взаємозв'язків між керівником і його підлеглими у структурних підрозділах КНП «Зборівська лікарня». Результати розрахунків представлено в табл. 2.4.

Таблиця 2.3

Розрахунок кількості робочих зв'язків за В. А. Грейкунасом

Тип відносин	Варіант	Працівники, відповідальні за взаємозалежну роботу	Працівники, відповідальні за незалежну роботу
Прямі одиничні зв'язки	a	n	n
Перехресні зв'язки	b	$n(n-1)$	$n/2 (n-1)$
Прямі і групові зв'язки	c	$n (2-n/2-1)$	$2 n (n-1)$
Сума прямих і перехресних зв'язків ($a+b$)	d	n^2	$n/2 (n+1)$
Сума прямих одиничних і групових зв'язків	e	$n (2^n/2)$	$2 (n+1)$
Сума прямих і перехресних зв'язків ($a+b+c$)	f	$n (2^n/2 + (n-1))$	$2^n + n/2 (n-1) - 1$

Примітка. Наведено за [42]

Таблиця 2.4

Кількість взаємозв'язків між керівником і його підлеглими в окремих структурних підрозділах КНП «Зборівська лікарня» у 2023 р.

Назва структурного підрозділу	Кількість працівників	Кількість взаємозв'язків між керівником і його підлеглими
1	2	3
Терапевтичне відділення	18	1236950582508
Хірургічне відділення	10	292057777250
Травматологічне відділення	7	16106128230
Гінекологічне відділення	10	292057777250
Неврологічне відділення	9	601295422630
Дитяче відділення	8	1236950582508
Інфекційне відділення	12	92358976734906
Анестезіологічне відділення	5	189115999979278
Паліативне відділення	7	16106128230
Приймальне відділення	6	10720238372298
Поліклінічне відділення	15	601295422630
Реєстратура	6	10486140
Лабораторно-діагностичний відділ	10	16106128230
Жіноча консультація	13	524528

Примітка. Сформовано та розраховано автором

За результатами обстеження діяльності значної кількості лінійних працівників цього закладу та обробки статистичних даних, було встановлено, що найбільший вплив на рівень скоординованості діяльності персоналу мають такі чинники: 1) число працівників – чим більше підлеглих у керівника, тим складніше забезпечити ефективну координацію; 2) кількість видів робіт (професій) – різноманітність завдань і спеціалізацій працівників ускладнює управлінські процеси; 3) середній розряд робіт – більш високий розряд потребує специфічних знань і навичок від керівника для ефективного управління; 4) середня кваліфікація працівників – визначає рівень самостійності працівників та необхідний обсяг контролю з боку керівника. Ці показники дозволяють оцінити складність управління в конкретних підрозділах і визначити заходи для покращення координації та підвищення ефективності роботи персоналу.

В якості прикладу наведемо розрахунок коефіцієнта трудової активності лікарів-лаборантів лабораторно-діагностичного відділу КНП «Зборівська лікарня».

Для визначення рівня скоординованості персоналу важливо оцінити кількість працівників або структурних підрозділів, якими повинен керувати один або кілька керівників (наприклад, директор та його заступники, начальник структурного підрозділу та його заступник) відповідної кваліфікації в конкретних організаційно-технічних умовах.

У практиці організацій кількість підлеглих у керівників структурних підрозділів зазвичай не є фіксованою. Вона варіюється навіть у межах однієї організації залежно від: «рівня управління – вищі, середні або нижчі рівні мають різні вимоги до кількості підлеглих; кількості керівників – розподіл відповідальності між керівниками впливає на діапазон керованості» [23].

Кількість підлеглих визначається низкою чинників, які впливають на оптимальну норму керованості. Ці чинники включають: специфіку завдань організації; рівень кваліфікації як керівника, так і підлеглих; складність процесів і технологій, які використовуються в організації; обсяг і характер комунікаційних зв'язків між керівником і підлеглими. Аналіз цих факторів дозволяє адаптувати структуру управління до потреб конкретної організації, забезпечуючи ефективну координацію та продуктивність роботи.

Недоліком теорії норми керованості є те, що її практична цінність зменшується через неврахування частоти та жорсткості посадових зв'язків, а також їхнього впливу на витрати часу. Навіть сам В.А. Грейкунас визнавав, що «загальна кількість потенційних зв'язків між керівником і підлеглими є менш важливою, ніж їхня частота та час, який вони займають» [1]. Управлінські дії, спрямовані на скорочення кількості або частоти таких зв'язків, можуть суттєво розширити діапазон контролю, зменшити витрати часу і скоротити надмірну кількість структурних підрозділів.

Ідеальної норми керованості не існує, оскільки на цей показник впливає безліч змінних як у внутрішньому середовищі організації, так і у зовнішньому.

Кожна організація має свою специфічну норму керованості, яка залежить від її структури, процесів і умов діяльності.

Досить поширеною є ситуація із надмірно великою нормою керованості (іноді 15-20 підлеглих і більше), що зазвичай супроводжується: низькою якістю організаційного регламентування, яка призводить до нерівномірного завантаження керівників; дублюванням функцій, що виконується різними підрозділами; нечітким розподілом обов'язків і повноважень між структурними підрозділами та окремими працівниками. Це може призводити до появи невирішених питань, зниження якості управлінських рішень через відсутність повноважень або необхідної інформації у тих, хто їх приймає. Завищена норма керованості може також стати причиною втрати контролю, некерованості працівників і, зрештою, дезорганізації роботи всієї структури.

Однак широка норма керованості має свої переваги. Зокрема: «керівник змушений делегувати повноваження, щоб ефективно організувати роботу всіх підлеглих; делегування повноважень сприяє розвитку лідерських і управлінських якостей серед підлеглих; для роботи з великою кількістю підлеглих керівники зазвичай формують сильну та кваліфіковану команду, що позитивно впливає на загальну ефективність» [2]. Таким чином, баланс між оптимальною нормою керованості, ефективним делегуванням та організаційною структурою є ключем до успішного управління.

Мала або вузька норма керованості, тобто підпорядкованість двох-трьох підлеглих одному керівнику, призводить до ускладнення роботи управлінського апарату та його структури. Вузька норма керованості характеризується мінімальною кількістю підлеглих у одного керівника, що має свої переваги та недоліки.

Переваги вузької норми керованості: «більш легкий контроль: менша кількість підлеглих дозволяє керівнику здійснювати якісний контроль за їхньою роботою; швидший обмін інформацією: через обмежену кількість підлеглих керівник може оперативніше отримувати та передавати інформацію; вища якість управління: керівник може детально зосередитися на завданнях

кожного працівника» [5].

Недоліки вузької норми керованості: «схильність до надмірного втручання: керівник, зосереджений на контролі невеликої кількості працівників, може втручатися в їхню безпосередню роботу, порушуючи автономію; зростання кількості рівнів управління: для з'єднання нижніх і верхніх ланок організації виникає потреба у збільшенні ієрархічних рівнів. Це робить управлінські зв'язки громіздкими, довгими та дорогими; підвищення витрат: через збільшення кількості рівнів управління зростають витрати на утримання апарату» [16].

Оптимальна норма керованості залежить від можливості керівника забезпечувати ефективне управління підрозділом та кожним його працівником протягом робочого дня. Ця кількість є унікальною для кожної організації і залежить від специфіки її діяльності, складності завдань і кваліфікації персоналу.

Широка норма керованості, при якій одному керівнику підпорядкована значна кількість працівників, може викликати проблеми: 1) неузгодженість у роботі: великий діапазон контролю ускладнює координацію діяльності персоналу; 2) зниження якості управління: керівник не має можливості приділити достатньо уваги кожному підлеглому.

Водночас надто вузька норма керованості у 2-3 підлеглих також створює труднощі, ускладнюючи структуру апарату управління та збільшуючи витрати на його утримання. Оптимальний баланс норми керованості сприяє ефективності роботи організації та її управлінської структури.

На рівень скоординованості діяльності структурних підрозділів КНП «Зборівська лікарня» впливають такі ключові чинники:

1. Рівень професійної підготовки підлеглих: чим вищий рівень підготовки працівників, тим ширшим може бути діапазон контролю, оскільки кваліфіковані працівники здатні працювати більш автономно.

2. Складність завдань: чим складнішими є завдання, тим вужчим має бути діапазон контролю, адже складні завдання потребують більшої уваги та

детального супроводу керівника.

3. Одноманітність завдань: якщо завдання підлеглих мають схожий характер, діапазон контролю може бути ширшим, оскільки у таких умовах керівнику легше координувати роботу.

4. Можливість планування діяльності: чим чіткіше можна сформулювати завдання для підлеглих, тим ширшим може бути діапазон контролю, оскільки зростає передбачуваність виконання роботи.

5. Мінливість завдань: часті зміни завдань підлеглих звужують діапазон контролю, оскільки керівнику доводиться витрачати більше часу на адаптацію роботи працівників до нових умов.

6. Потреба у вказівках: якщо підлеглі потребують частого спрямування або інструкцій від керівника, діапазон контролю має бути вужчим, щоб забезпечити належну підтримку.

7. Ефективність комунікації: налагоджений механізм спілкування та вирішення проблем дозволяє збільшити діапазон контролю, оскільки знижується ймовірність непорозумінь.

8. Знання і досвід керівника: чим вищий рівень професійної підготовки та досвіду керівника, тим більшою може бути норма керованості, оскільки досвідчений керівник ефективніше організовує роботу і координує підлеглих.

Врахування цих чинників дозволяє адаптувати управлінську модель до специфічних умов діяльності організації, забезпечуючи ефективність управління та координації.

На практиці при вирішенні проблем скоординованості діяльності структурних підрозділів сучасних організацій, включаючи заклади охорони здоров'я, домінує ситуаційний підхід. Відповідно до цього підходу, кожна управлінська ситуація має велику кількість змінних, які впливають на ефективність управління.

Ситуаційний підхід підкреслює, що не існує універсальної або оптимальної кількості підлеглих, якими керівник може ефективно управляти. Замість цього, управління слід адаптувати до конкретних умов, які

визначаються: складністю завдань; кваліфікацією підлеглих і керівника; умовами праці; рівнем автоматизації процесів тощо.

Таким чином, з практичної точки зору, у кожній конкретній ситуації доцільніше зосереджуватися на виявленні причин, які обмежують діапазон контролю, а не на встановленні загальноприйнятих кількісних меж. Це дозволяє гнучко адаптувати управління до специфічних вимог і обставин, забезпечуючи ефективність роботи організації.

2.2. Моніторинг мотивації персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я до надання якісних медичних послуг

Мотиваційний моніторинг – це «система постійного спостереження та контролю стану мотивації працівників у процесі трудової діяльності. Його головна мета – оперативно діагностувати й оцінювати мотиваційні фактори, виявляти динаміку їх змін та приймати обґрунтовані управлінські рішення для підвищення ефективності діяльності організації» [26].

Основним завданням мотиваційного моніторингу є вивчення потреб працівників у сфері праці, мотиваційного потенціалу та рівня його реалізації. Він спрямований на: «дослідження постійно змінюваних потреб, інтересів та ціннісних орієнтацій працівників; аналіз мотивів їхньої трудової діяльності та використання мотиваційного потенціалу; визначення змін у структурі мотивів; прогнозування їхнього впливу на результати діяльності» [31].

Мотиваційний моніторинг дозволяє виявляти найбільш ефективні важелі та стимули для впливу на поведінку працівників у конкретний період, забезпечуючи досягнення їхніх особистих цілей у гармонії з цілями організації. Це створює умови для оптимізації трудового процесу та підвищення продуктивності.

Запровадження мотиваційного моніторингу є актуальним завданням для більшості організацій, оскільки на сьогодні в Україні вивчення потреб, інтересів та мотиваційної спрямованості персоналу здійснюється епізодично і поверхнево. У таких умовах існуючі системи матеріальної та нематеріальної

мотивації працівників демонструють низьку ефективність.

Мотиваційний моніторинг передбачає регулярне проведення опитувань працівників та аналіз наявної економічної, соціологічної й психологічної інформації. Для оцінки мотивації трудової діяльності в динаміці та її взаємозв'язку із соціально-економічними процесами важливо визначити набір ключових характеристик (показників), які поділяються на три основні групи:

1) «характеристики трудової діяльності та якості трудового потенціалу: професійно-кваліфікаційний склад працівників; якість професійної підготовки та перепідготовки кадрів на рівні підприємства або регіону; стан зайнятості; оцінка конкурентоспроможності працівників; форми і методи матеріального стимулювання трудової діяльності та їх ефективність; форми і методи нематеріальної мотивації та їх дієвість; умови й організація праці; рівень продуктивності праці; роль і значення праці у ціннісних орієнтаціях працівників; рівень задоволеності працею та її результатами; основні мотиви трудової діяльності та їх динаміка» [14];

2) «показники рівня життя: номінальна та реальна заробітна плата; структура доходів; диференціація доходів; структура витрат; реальний бюджет працівників та їхніх сімей; доступ до медицини, освіти, культури; екологічні умови; особиста безпека тощо» [14];

3) «характеристика стану суспільної думки щодо: ефективності соціально-економічної політики держави; соціальної орієнтованості ринкових реформ» [14].

Мотиваційний моніторинг дозволяє отримати комплексну картину впливу соціально-економічних чинників на мотивацію працівників, забезпечуючи основи для ефективного управління персоналом і підвищення продуктивності праці.

«До ключових факторів, які дозволяють оцінити мотивацію працівників, належать: умови праці; психологічний комфорт; матеріальна задоволеність; творчий рівень; безпека (рівень охорони праці в організації); плинність кадрів; продуктивність праці» [8].

Для оцінки задоволеності працівників за першим із п'яти названих показників було використано спеціально розроблені опитувальники. Працівникам структурних підрозділів запропонували оцінити характеристики медичної установи за десятибальною шкалою. Опитування проводилося анонімно, що сприяло об'єктивності відповідей. За результатами опитування для кожного підрозділу був виведений середній показник по окремих чинниках.

Такий підхід дозволяє отримати кількісну оцінку мотиваційних факторів і зробити висновки щодо рівня задоволеності працівників у різних підрозділах.

«У результаті аналізу було визначено середні бали за основними факторами, що впливають на мотивацію працівників: умови праці – 7 балів; психологічний комфорт – 6 балів; матеріальна задоволеність – 7 балів; творчий рівень – 5 балів; безпека – 8 балів» (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

**Чинники, що впливають на мотивацію праці працівників
КНП «Зборівська лікарня»**

Чинники, що впливають на мотивацію працівників/ Назва структурних підрозділів	Середній показник у балах
Умови праці:	
Терапевтичне відділення	9
Господарсько-обслуговуючий підрозділ	4
Реєстратура	10
Психологічний комфорт:	
Терапевтичне відділення	6
Господарсько-обслуговуючий підрозділ	5
Реєстратура	8
Матеріальна задоволеність	
Терапевтичне відділення	7
Господарсько-обслуговуючий підрозділ	4
Реєстратура	9
Творчий рівень:	
Терапевтичне відділення	2
Господарсько-обслуговуючий підрозділ	6
Реєстратура	9
Безпека:	
Терапевтичне відділення	9
Господарсько-обслуговуючий підрозділ	8
Реєстратура	6

Примітка. Складено за результатами анкетного опитування

Однак у табл. 2.8 відсутні дані за двома показниками: продуктивність праці та плинність кадрів. Для визначення середнього показника продуктивності праці було залучено трьох експертів: генерального директора; заступника директора з медичної частини; директора поліклініки.

Відбір експертів проводився за спрощеним принципом: обрано одного представника вищої ланки управління, одного представника середньої ланки та одного фахівця-виконавця. Такий підхід дозволив отримати збалансовану та об'єктивну оцінку продуктивності праці.

Показник «Плинність кадрів» було розраховано на основі статистичних даних, отриманих із відділу кадрів. Аналіз здійснювався для кожного структурного підрозділу за 2023 рік у такий спосіб: 1) спочатку було визначено кількість працівників, які звільнилися у кожному структурному підрозділі; 2) потім підраховано, який відсоток від загальної кількості працівників структурного підрозділу становить кількість звільнених.

Отримані відсоткові дані були переведені в бали за шкалою: 1) якщо ніхто не звільнився, показник «Плинність кадрів» дорівнює 0; 2) якщо звільнилося 50% працівників, показник становить 5; 3) якщо звільнилося 100%, показник дорівнює 10. Такий підхід дозволив об'єктивно оцінити рівень плинності кадрів у кожному структурному підрозділі та врахувати цей фактор у загальному аналізі мотиваційного середовища організації.

Наприклад, у терапевтичному відділенні працює 10 працівників, 8 працівників за останній рік звільнилися. На їхнє місце були прийняті нові працівники. Відповідно, склад змінився на 80%. Показник «Плинність кадрів» дорівнює 8.

Усі показники, окрім «Плинності кадрів», мають відносно позитивні значення. Іншими словами, якщо високо оцінені такі чинники, як умови праці, психологічний комфорт, матеріальна задоволеність, творчий рівень (можливість реалізації творчих здібностей), безпека (рівень охорони праці в організації) та продуктивність праці, це свідчить про високий рівень мотивації

персоналу. Натомість висока плинність кадрів є індикатором низької мотивації.

Кожен із показників має певний вплив на загальну оцінку мотивації працівників до надання якісних медичних послуг. Вагова значимість кожного чинника (Е) була визначена шляхом обговорення з експертами. При цьому дотримувалися умови, що сума вагових значень усіх чинників дорівнює 1.

Отримані дані були додані до табл. 2.8, а результати обчислень представлені у табл. 2.9.

Таблиця 2.9

**Чинники, що впливають на мотивацію праці працівників
КНП «Зборівська лікарня»
(з врахуванням показника «Плинність кадрів»), балів**

Чинники, що впливають на мотивацію	Е	Середній показник в балах		
		Терапевтичне відділення	Господарсько-обслуговуючий підрозділ	Реєстратура
Продуктивність праці	0,2	10	8	5
Умови праці	0,2	9	4	10
Психологічний комфорт	0,2	6	5	8
Матеріальне задоволення	0,1	7	4	9
Творчий рівень	0,1	2	6	9
Безпека	0,1	9	8	6
Стабільність кадрів	0,1	2	6	9

Примітка. Наведено за результатами опитування та розрахунків

З отриманих результатів видно, що в терапевтичному відділенні та реєстратурі критерії «психологічний комфорт» і «матеріальна задоволеність» оцінюються високо. У господарсько-обслуговуючому відділі ці показники мають значно нижчі значення. Крім того, цей підрозділ демонструє низькі результати за критерієм «умови праці». Це пояснюється наступними чинниками: «умови праці у всіх відділах закладу охорони здоров'я загалом однакові, проте через специфіку роботи господарсько-обслуговуючого відділу там недостатньо місця для виконання завдань; результати атестації робочих місць у цьому відділі виявили порушення нормативів щодо рівня освітлення» [29].

У реєстратурі спостерігається висока плинність кадрів, що можна пояснити молодим контингентом працівників цього відділу. Через низький результат за критерієм «Стабільність кадрів» було проведено анкетування серед працівників реєстратури, яке показало, що більшість з них прагнуть отримати вищі посади, що і є основним чинником плинності кадрів.

Розрахунки дозволять визначити загальний рівень мотивації у кожному структурному підрозділі КНП «Зборівська лікарня», що стане основою для прийняття подальших управлінських рішень.

Результати розрахунків показали, що стан мотивації є однаковим для двох відділів, але значно нижчим у господарсько-обслуговуючому відділі. Водночас отримане значення у 7,7 балів не можна вважати ідеальним, оскільки використовується десятибальна шкала, а показник не досягає максимального рівня.

На підставі проведеного аналізу можна зробити висновок, що система мотивації працівників КНП «Зборівська лікарня» потребує вдосконалення, особливо у господарсько-обслуговуючому відділі.

Результати дослідження дозволили визначити основні напрями для покращення мотивації працівників КНП «Зборівська лікарня». До них належать: покращення психологічного комфорту та поліпшення умов праці в організації.

Серед засобів, які можуть бути використані для підвищення мотивації працівників, варто виділити: «організація робіт – оптимізація процесів, розподілу завдань і умов праці; матеріальне стимулювання – підвищення заробітної плати, бонуси, премії тощо; моральне стимулювання – визнання досягнень, нагороди, підтримка; постановка цілей – чітке визначення завдань і очікувань від працівників; оцінка та контроль – регулярний моніторинг і аналіз результатів роботи; інформування – прозорість процесів і своєчасне донесення інформації до співробітників; звернення до цінностей – врахування найбільш значущих для працівників факторів, таких як професійний розвиток, стабільність тощо» [23].

Отже, вдосконалення системи мотивації повинно враховувати індивідуальні потреби працівників та особливості діяльності кожного структурного підрозділу КНП «Зборівська лікарня».

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ ВИКОРИСТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ПРОЕКТУВАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТУ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Інтеграція у світовий економічний простір і тенденції глобалізації ставлять нові вимоги до процесів управління. Ці вимоги передбачають: інтеграційний підхід до управлінських систем; використання інструментів, які забезпечують гнучкість і адаптивність організаційних структур; розвиток соціальної та екологічної складових діяльності; постійне удосконалення управлінських процесів, технологій та інновацій; підвищення якості управління в цілому. В цьому контексті особливої актуальності набувають проблеми координації діяльності структурних підрозділів організацій у процесі реалізації їхніх місій.

Для визначення перспективних підходів до координації діяльності структурних підрозділів КНП «Зборівська лікарня» доцільно провести детальний аналіз його організаційної структури. Цей аналіз можна виконати за допомогою методики організаційного дизайну Г. Мінцберга. Дана методика передбачає, що побудова ефективної організаційної структури та діагностика проблем управління здійснюється через розгляд п'яти координаційних механізмів (рис. 3.1): «взаємне узгодження – забезпечення координації через пряме спілкування між працівниками; прямий контроль – координація через контроль і керівництво з боку одного або кількох осіб; стандартизація управлінських процесів – створення чітких стандартів для процедур управління; стандартизація безпосередньої діяльності – уніфікація конкретних завдань і робочих процесів; стандартизація навичок і знань – координація через професійний розвиток і навчання працівників» [40].

Використання підходу Г. Мінцберга дозволить не лише оцінити наявні координаційні механізми, але й запропонувати шляхи їхнього вдосконалення

відповідно до сучасних викликів.

Взаємне узгодження – це механізм координації, що базується на неформальних комунікаціях між працівниками, які забезпечують узгодженість їхньої діяльності. Такий механізм зазвичай є першим, що виникає в простих організаціях, і залишається актуальним навіть тоді, коли організація стає складнішою (рис. 3.1, а)).

Прямий контроль передбачає, що одна особа відповідає за контроль своєчасного виконання завдань, які є результатом поділу праці. Цей механізм також забезпечує координацію роботи підлеглих за допомогою постійного нагляду та управління (рис. 3.1, б)).

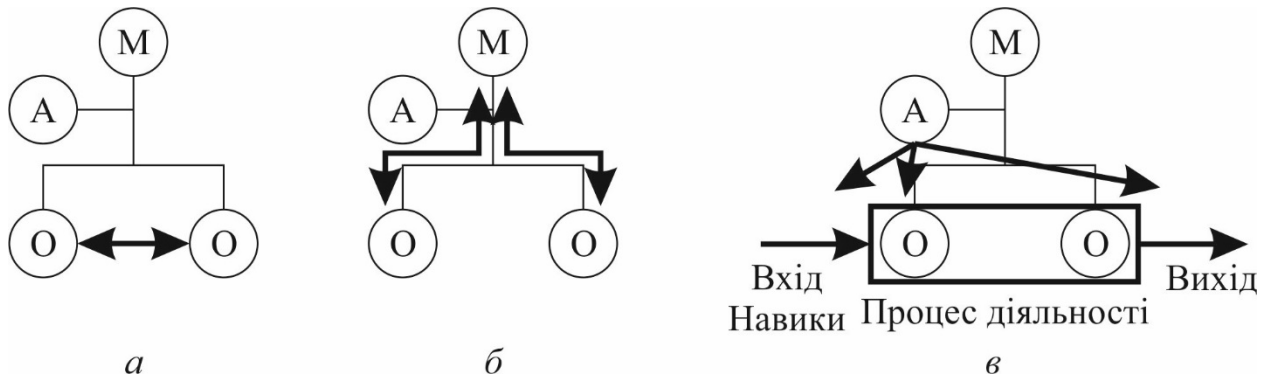


Рис. 3.1. П'ять механізмів координації діяльності закладу охорони здоров'я: а – взаємне узгодження; б – прямий контроль; в – стандартизація: управлінських процесів, безпосередньої діяльності, навичок і знань (кваліфікацій)

Примітки. Наведено за [7]

М (менеджер) – відповідає за загальне управління;

А (аналітик) – розробляє стандарти та методики роботи;

О (оператор) – виконує поставлені завдання відповідно до розроблених стандартів.

Координація роботи може здійснюватися навіть за відсутності взаємного узгодження чи прямого контролю. У цьому випадку завдання і процеси стандартизуються. Стадії роботи розробляються на початковому етапі, ще до їхнього виконання, за допомогою проектування та планування (наприклад, на «креслярській дошці»).

При побудові організаційного алгоритму реалізації стратегії використовується інтегративний підхід, що поєднує системний, процесний та

комунікаційний аналіз. Для цього застосовується лінійний математичний аналіз факторів із використанням коефіцієнтів вагомості, що дозволяє: оцінити складові організаційного дизайну; визначити інтенсивність впливу кожної складової на загальну ефективність організації.

Згідно з Г. Мінцбергом, організаційне проектування базується на дев'яти ключових параметрах дизайну, які визначають ефективність організаційної структури:

1. Визначення кількості робочих завдань: встановлення обсягу та різноманітності завдань для кожної посадової позиції.
2. Рівень стандартизації праці: визначення ступеня уніфікації процесів і методів виконання завдань по кожній посаді.
3. Вимоги до навичок і знань: встановлення необхідного рівня кваліфікації та компетенцій для кожної посади.
4. Принцип групування посадових позицій: об'єднання посад у малі та більші організаційні одиниці на основі спільних завдань або функцій.
5. Розмір організаційної одиниці: визначення оптимальної кількості працівників у кожній структурній одиниці.
6. Рівень стандартизації випуску: встановлення стандартів результатів роботи для кожної посади чи підрозділу.
7. Механізми взаємодії: визначення методів комунікації та координації між посадами та підрозділами.
8. Рівень відповідальності та делегування рішень: встановлення міри автономності посадових позицій у прийнятті рішень.
9. Право делегування завдань між функціональними та лінійними підрозділами: визначення розподілу повноважень та обов'язків між різними організаційними рівнями.

Ці параметри дозволяють створити збалансовану та адаптивну організаційну структуру, яка ефективно функціонує в умовах постійних змін зовнішнього та внутрішнього середовища. Їх застосування забезпечує оптимальну координацію, стандартизацію і розподіл обов'язків у межах

організації.

Сьогодні при аналізі організаційного дизайну значну увагу приділяють теоріям, які розглядають можливості переходу від високих механістичних структур до органічних структур. У цьому процесі ключову роль відіграють моделі комплексного управління якістю (TQM – Total Quality Management), розроблені та вдосконалені такими всесвітньо відомими вченими, як Е. Демінг, Д. Джуран, Д. Лазло та Й. Кондо.

У центрі уваги підходу TQM перебувають такі ключові аспекти управління: «маркетингові дослідження – аналіз потреб клієнтів і ринкових умов для забезпечення конкурентоспроможності; обслуговування клієнтів – забезпечення високої якості продуктів і послуг, орієнтованих на потреби споживачів; безперервне вдосконалення процесів – оптимізація виробничих і управлінських процесів; залучення працівників – активна участь персоналу в реалізації різних організаційних функцій та підвищення їхньої відповідальності за результати» [33].

TQM об'єднує багато схожих управлінських підходів, зокрема: «школа наукового управління; лідерство та групова динаміка; управління по цілям – чітке визначення цілей і шляхів їх досягнення; збалансована система показників – оцінка результативності на основі взаємопов'язаних метрик» [33].

Підхід TQM інтегрує такі загальноприйняті цінності, як:

1. Гуманізм – орієнтація на розвиток людського потенціалу;
2. Екологічність – врахування впливу діяльності на довкілля;
3. Етичність прийняття рішень – забезпечення соціальної відповідальності організації.

Таким чином, відповідно до інтегративного підходу до моделі координації діяльності структурних підрозділів КНП «Зборівської лікарні», доцільно розглядати складові організаційного дизайну за Г. Мінцбергом у поєднанні з принципами комплексного управління якістю (TQM). Цей підхід дозволяє врахувати ключові аспекти управління та адаптувати їх до сучасних

викликів.

Основні аспекти, які слід враховувати:

1. Відмова від акценту на систему прямого контролю: незалежно від того, наскільки досконала структура організації (лінійно-функціональна, матрична тощо), якщо вона побудована виключно на прямому контролі, це лише схема, яка не забезпечує гнучкості та адаптивності.

2. Реалії проектного підходу: у сучасних організаціях часто застосовується проектний підхід, у якому відповідальний працівник має ексклюзивні знання щодо певного проекту. Це змінює співвідношення «влада керівника – влада виконавця», посилюючи роль виконавця.

3. Негативний вплив підпорядкованості кільком керівникам: підпорядкованість одному працівникові кількох керівників водночас створює плутанину, знижує мотивацію, ефективність і загальні результати роботи.

Сьогодні основна задача управління полягає у зміні фокусу з контролю працівника на досягнення результатів. Це вимагає: перерозподілу ролей і відповідальності; розробки нових механізмів залучення працівників до прийняття рішень.; впровадження принципів TQM, таких як: статистичні інструменти (діаграми Парето, криві росту тощо), методи партисипативного управління (мозковий штурм, гуртки якості), сучасні інформаційні системи для підтримки прийняття рішень.

Однак навіть найкращі інструменти не гарантують автоматичного досягнення якості. Для цього необхідний комплексний підхід, який: орієнтується на системний підхід; зосереджений на довгострокових перспективах, вимагає глибоких змін у відносинах «працівник-керівник»; постійно шукає шляхи до досконалості. Це революційний спосіб управління організаціями, який дозволяє не лише вирішувати проблеми, але й запобігати їх виникненню, адаптуючи організацію до змінних умов зовнішнього та внутрішнього середовища.

Для удосконалення механізму координації діяльності структурних підрозділів КНП «Зборівська лікарня» пропонується застосувати

інтегративний підхід до організації та управління. Цей підхід передбачає використання різних інструментів і методик управління на всіх рівнях: організаційного, галузевого та загальноекономічного.

Інтегративний підхід базується на поєднанні досягнень з різних галузей знань, таких як:

1. Менеджмент: управління ресурсами та процесами.
2. Логістика: оптимізація потоків інформації, матеріалів і послуг.
3. Маркетинг: орієнтація на потреби споживачів.
4. Некономічні науки, включаючи:
 - соціологію – аналіз соціальних процесів у колективах;
 - психологію – мотивація та поведінка працівників;
 - фізику – системний підхід до розуміння організаційних процесів;
 - статистику – кількісна оцінка процесів і рішень;
 - екологію – врахування впливу діяльності організації на навколишнє середовище.

Саме на стику цих різних наукових підходів формується дієвий і ефективний механізм координації, який здатен враховувати як внутрішні, так і зовнішні фактори впливу.

Розглядаючи процес організаційного проектування, ми припускаємо, що заклад охорони здоров'я є соціосистемою, яка проявляється через:

1. Структуру внутрішніх елементів системи: персонал, процеси, ресурси.

Екологічну складову, яка є елементом зовнішнього середовища організації, що відображає взаємодію закладу з природним середовищем, суспільством та іншими організаціями (рис. 3.2).

Інтегративний підхід дозволяє забезпечити більш гнучке, адаптивне та ефективне управління, що відповідає сучасним викликам у сфері охорони здоров'я.

Аналізуючи можливості організаційного проектування, основна увага приділялася не лише характеристикам зовнішнього середовища, але й

здатності організації функціонувати в ньому: прогнозувати зміни, розуміти вплив середовища та справлятися з його різноманітністю.

2.

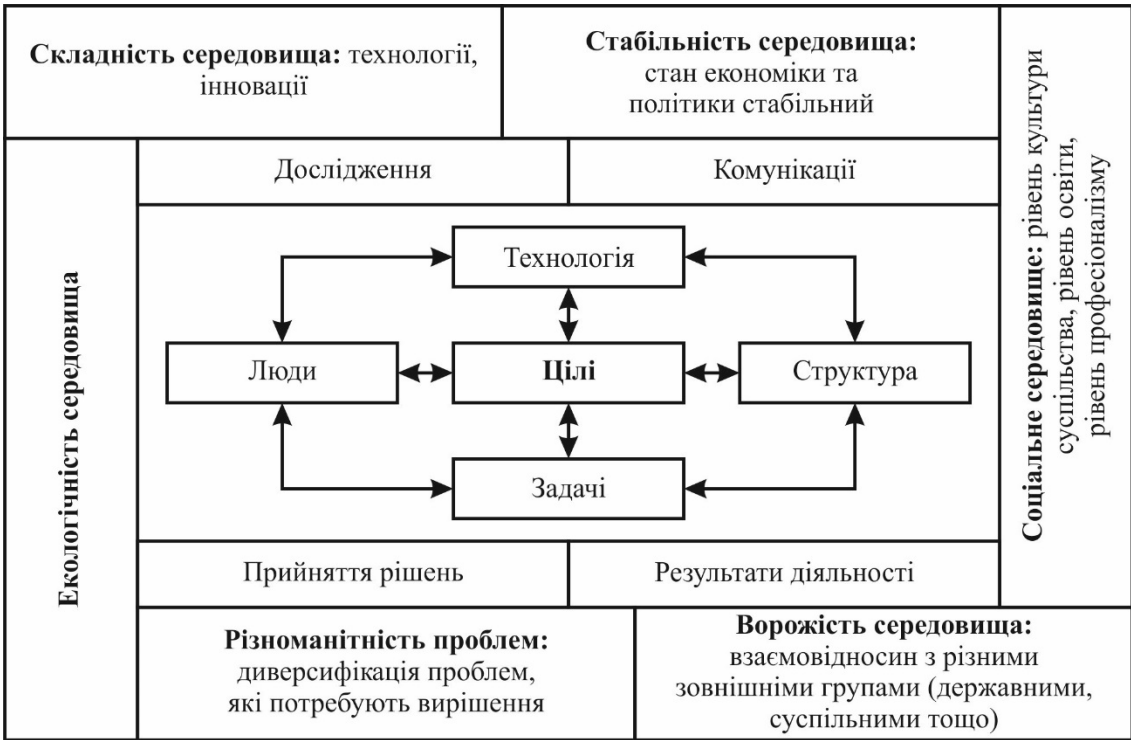


Рис. 3.2. Елементи внутрішнього й зовнішнього середовища при організаційному проектуванні КНП «Зборівська лікарня»

Примітка. Розроблено автором

Зважаючи на складні умови функціонування закладів охорони здоров'я, доцільно використовувати комплексний підхід до організаційного проектування, який реалізується через наступний алгоритм:

1. «Проектування системи прямого контролю: аналіз і оптимізація координаційних механізмів; стандартизація надання послуг; встановлення вимог до кваліфікації для кожної посади; стандартизація процесу праці на кожній посаді; групування посад у організаційні одиниці; визначення скалярного ланцюга делегування та контролю» [23].

2. «Проектування процесів діяльності: дослідження зовнішнього середовища організації; розробка та впровадження системи комплексного управління якістю; впровадження інформаційних технологій і систем

автоматизованого управління; визначення основних та допоміжних видів діяльності; встановлення показників ефективності процесів з урахуванням задоволеності споживачів послуг; призначення відповідальних за основні та допоміжні види діяльності; перерозподіл відповідальності за процесно-цільовим принципом; застосування принципу постійного поліпшення та коригування процесів» [23].

3. «Оцінка середовища діяльності організації: аналіз елементів мікросередовища та можливостей вертикальної або горизонтальної інтеграції з ним; постійний моніторинг змін елементів макросередовища, які впливають на діяльність організації» [23].

4. «Оцінка комунікаційних процесів: аналіз джерел інформації для зовнішнього середовища; оцінка офіційних каналів розповсюдження внутрішньої інформації між підрозділами; аналіз морально-психологічного клімату та впливу неформальних комунікацій на ефективність організації; зниження впливу деструктивного неформального лідерства через: розвиток організаційної культури; впровадження програм розвитку кар'єри; вдосконалення систем мотивації; запровадження соціальних програм; створення позитивного мотиваційного клімату» [23].

Цей алгоритм дозволяє створити адаптивну, ефективну та стійку організаційну модель, яка відповідає сучасним викликам у сфері охорони здоров'я.

Систему організаційного проектування наведено на рис. 3.3.

Отже, пропонована інтегративна модель організації роботи персоналу КНП «Зборівська лікарня» базується на ключових елементах системи, які мають визначальний вплив на її ефективність. Ця модель враховує залежність від конкретної ситуації, що забезпечується використанням коефіцієнтів впливу, які відображають важливість і значущість кожного елемента в конкретних умовах.

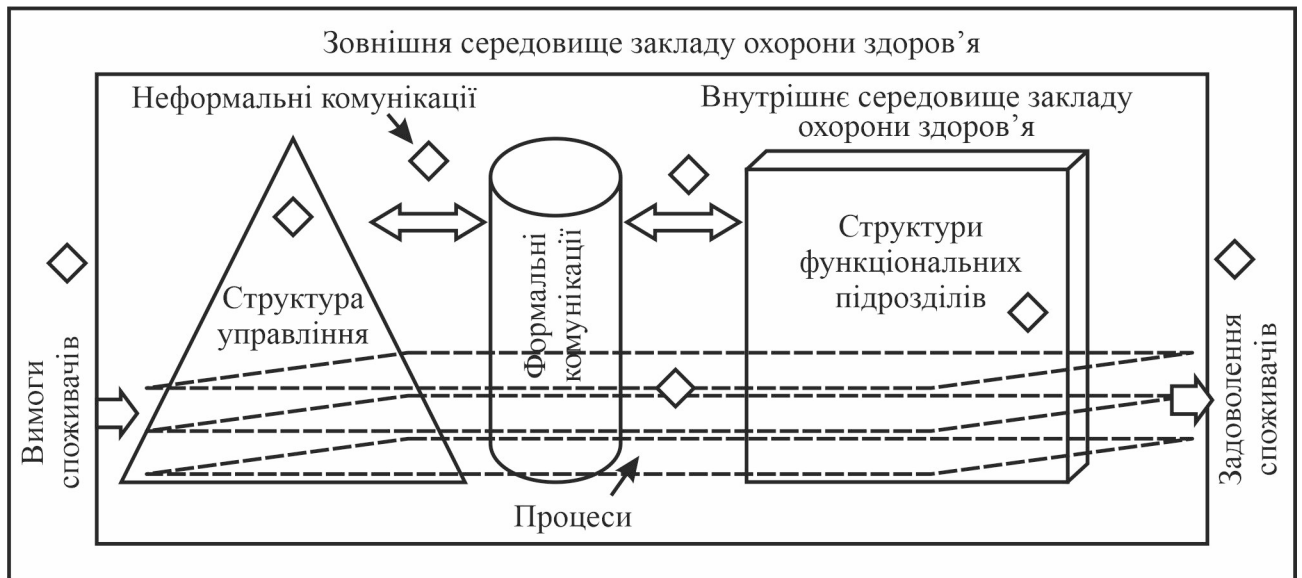


Рис. 3.3. Інтегративна модель організації роботи персоналу КНП «Зборівська лікарня»

Примітка. Запропоновано автором

Пропонована модель має наступні переваги: гнучкість моделі: «модель дозволяє адаптувати управлінські рішення до змінних умов середовища завдяки врахуванню важливих параметрів і їхнього впливу; ключові елементи системи: ефективність організації залежить від управлінських процесів, комунікаційних механізмів, ресурсів, якості послуг та рівня кваліфікації персоналу; оцінка ситуації: модель передбачає постійний аналіз середовища, що дозволяє своєчасно реагувати на виклики та визначати найбільш важливі аспекти для вдосконалення; інтегративний підхід: врахування різних факторів і використання комплексного підходу забезпечує системний розвиток організації, сприяючи її ефективності в умовах сучасних викликів. Ця модель націлена на формування адаптивної організаційної структури, яка може ефективно функціонувати навіть у складних та мінливих умовах» [4].

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі надання медичних послуг на прикладі КНП «Зборівська лікарня» Зборівської міської ради дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції.

Для забезпечення високого професіоналізму медичного персоналу, покращення якості та доступності медичної допомоги населенню, а також раціонального використання кадрових ресурсів у профілактиці та лікуванні захворювань, медичній установі необхідно належним чином організувати роботу персоналу.

Організація роботи з персоналом є ключовим елементом управління медичними установами, що включає: суб'єктів управління (керівників, які здійснюють управлінські функції); об'єкти управління (персонал, що виконує завдання); механізми управління (інструменти та методи, які забезпечують координацію); канали передачі інформації (ефективну комунікацію в межах організації).

На сьогодні недостатній рівень організації управління персоналом у закладах охорони здоров'я виявляється у: неефективному використанні працівників; низькій продуктивності праці; незбалансованості структури персоналу з реальними потребами установ. Такі недоліки значною мірою впливають на якість надання медичних послуг. Вирішення цієї проблеми потребує підвищення рівня організованості роботи персоналу та вдосконалення управлінських механізмів.

З огляду на те, що Україна рухається шляхом розвитку ринкової економіки та інтеграції до Європейського Союзу, особливу увагу в дослідженні було приділено аналізу зарубіжного досвіду організації роботи медичних установ та їх персоналу. В роботі проаналізовано досвід таких країн, як США, Канада, Німеччина, Польща та інших держав-членів ЄС.

В процесі дослідження встановлено, що сьогодні більшість країн світу стикаються зі значним дефіцитом медичних сестер, і Україна не є винятком.

Причинами цієї ситуації є: непривабливість професії медсестри; її переважно допоміжна роль; низька заробітна плата; надмірні робочі навантаження, а подекуди й небезпечні умови праці; недосконалість програм підготовки та перепідготовки медичних кадрів.

У таких умовах реформа охорони здоров'я повинна орієнтуватися не лише на збільшення чисельності медсестринського персоналу, але й на зміну його ролі, функцій та організаційних форм діяльності. Важливо зосередитися на підготовці медичних кадрів нового типу, які матимуть сучасну кваліфікацію та готовність працювати в нових умовах.

Для оцінки ступеня скоординованості діяльності структурних підрозділів КНП «Зборівська лікарня» було проведено аналіз кількості взаємозв'язків між керівником і його підлеглими у структурних підрозділах закладу.

Результати дослідження показали, що на рівень скоординованості діяльності суттєво впливають такі чинники: рівень професійної підготовки підлеглих – чим вищий професійний рівень працівників, тим ефективнішою є координація; ступінь складності завдань, що виконуються підлеглими – більш складні завдання вимагають більшої уваги до управління; ступінь одноманітності завдань підлеглих – більш одноманітні завдання дозволяють розширити діапазон контролю; ступінь планованості діяльності підлеглих – чим чіткіше можна спланувати завдання, тим ефективнішою стає координація; ступінь мінливості завдань підлеглих – часті зміни завдань ускладнюють процес координації; потреби у вказівках (директивах) – часта необхідність у вказівках зменшує можливість керівника ефективно управляти великою кількістю підлеглих; знання і досвід керівника – досвідчений керівник здатен краще координувати підлеглих і вирішувати складні завдання. Ці фактори необхідно враховувати для вдосконалення управлінських процесів і підвищення ефективності діяльності організації.

У процесі дослідження рівня мотивації працівників КНП «Зборівська лікарня» до надання якісних медичних послуг було використано метод

мотиваційного моніторингу, який є системою постійного спостереження та контролю за станом мотивації трудової діяльності. Його метою є оперативна діагностика та оцінка мотивації в динаміці для прийняття обґрунтованих управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності діяльності персоналу. Основним завданням мотиваційного моніторингу є вивчення потреб працівників, їх мотиваційного потенціалу та ступеня його реалізації.

На підставі проведеного дослідження встановлено, що система мотивації працівників КНП «Зборівська лікарня» потребує вдосконалення. Аналіз результатів дослідження дозволив визначити ключові напрями для покращення мотивації працівників, зокрема: поліпшення психологічного комфорту на робочому місці та удосконалення умов праці в межах медичної установи. Впровадження цих заходів сприятиме підвищенню задоволеності персоналу роботою, зростанню їхньої професійної зацікавленості та ефективності праці, що позитивно позначиться на якості надання медичних послуг.

Для удосконалення організації роботи персоналу КНП «Зборівська лікарня» в процесі надання медичних послуг розроблена інтегративна модель, яка базується на ключових елементах системи, які мають визначальний вплив на її ефективність. Ця модель враховує залежність від конкретної ситуації, що забезпечується використанням коефіцієнтів впливу, які відображають важливість і значущість кожного елемента в конкретних умовах.

Пропонована модель має наступні переваги: 1) гнучкість моделі: модель дозволяє адаптувати управлінські рішення до змінних умов середовища завдяки врахуванню важливих параметрів і їхнього впливу; 2) ключові елементи системи: ефективність організації залежить від управлінських процесів, комунікаційних механізмів, ресурсів, якості послуг та рівня кваліфікації персоналу; 3) оцінка ситуації: модель передбачає постійний аналіз середовища, що дозволяє своєчасно реагувати на виклики та визначати найбільш важливі аспекти для вдосконалення; 4) інтегративний підхід: врахування різних факторів і використання комплексного підходу забезпечує

системний розвиток організації, сприяючи її ефективності в умовах сучасних викликів. Ця модель націлена на формування адаптивної організаційної структури, яка може ефективно функціонувати навіть у складних та мінливих умовах.