

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
 ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ  
 Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра  
 Освітній рівень

на тему: «Удосконалення системи управління персоналом закладу охорони  
 здоров'я (на прикладі КП «ХМЛДЦ», м. Хмельницький)»

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»  
 Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 073 «Менеджмент»  
 Шифр і назва спеціальності

Освітня програма «Бізнес-адміністрування»  
 Назва освітньої програми

Шифр ДРБА.036125.01.17.ПЗ

Виконав:  
 студент 2 курсу, група БАмз-19-1

\_\_\_\_\_

Підпис

В.І. Петров

Ініціали, прізвище

Керівник

\_\_\_\_\_

Підпис, дата

О.М. Бақсалова

Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

\_\_\_\_\_

Підпис, дата

О.М. Косіюк

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Підпис, дата

Тюріна Н.М.

Ініціали, прізвище

\_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

Хмельницький 2020

## АНОТАЦІЯ

Петров В. С. «Удосконалення системи управління персоналом закладу охорони здоров'я (на прикладі КП «ХМЛДЦ», м. Хмельницький)». Керівник роботи к-т.екон.н., доц. кафедри ЕМА Баксалова О.М. Дипломна робота магістра: 115 с., 21 рисунків, 25 таблиць, 36 джерел посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: УПРАВЛІННЯ, ПЕРСОНАЛ, УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ, УДОСКНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ.

Досліджено теоретико-методичні основи управління персоналом медичного закладу. Розглянуто сутність поняття та значення управління персоналом підприємства. Описано особливості управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. Узагальнено проблеми та перспективи розвитку управління персоналом закладів охорони здоров'я України.

Виконано аналіз ефективності діяльності комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Аргументовано застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я, у тому числі, через застосування диференційованого підходу до оцінювання та стимулювання діяльності медичного персоналу. Надано практичні рекомендації щодо використання диференційованого підходу до оцінювання та стимулювання діяльності медичного персоналу

---

(підпис та ПІБ)

\_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

## ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	7
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1 Сутність та значення управління персоналом підприємства	9
1.2 Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання	21
1.3 Проблеми та перспективи розвитку управління персоналом закладів охорони здоров'я України	29
Висновки до першого розділу	35
2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»	37
2.1 Характеристика стану та проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України	37
2.2 Загальна характеристика підприємства	51
2.3 Аналіз рівня матеріально-технічного забезпечення та структури майна підприємства	58
2.4 Аналіз системи управління персоналом КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»	70
Висновки до розділу 2	83
3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»	85
3.1 Прикладні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я	85
3.2 Реалізація принципів партисипативного управління через застосування диференційованого підходу до оцінювання та стимулювання діяльності медичного персоналу	94

3.3 Практичні рекомендації використання диференційованого підходу до оцінювання та стимулювання діяльності медичного персоналу	101
Висновки до розділу 3	105
ВИСНОВКИ	107
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	111
ДОДАТКИ	115

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І  
ТЕРМІНІВ

АЗП/СМ – Амбулаторія загальної практики / сімейної медицини

АПЗ – Амбулаторно-поліклінічні заклади

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДЛ – Дільнична лікарня

ДОЛ – Дитяча обласна лікарня

ЄС – Європейський Союз, до якого входять 27 країн Європи

ЗВОЗ – Загальні витрати на охорону здоров'я

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

ЗП/СМ – Загальна практика / сімейна медицина

ЗП/СМ – Лікар загальної практики/ сімейної медицини

ІКТ – Інформаційно-комунікаційні технології

ІТС – Інформаційно-телекомунікаційна система

КДЦ – Консультативно-діагностичний центр

КП – Клінічні протоколи

КСЗІ – Комплексна система захисту інформації

КУ – Комунальна установа

ЛЗ – Лікарський засіб

ЛЗП/СЛ – Лікар загальної практики – сімейний лікар

ЛІЛ – Лікарня інтенсивного лікування

ЛПЗ – Лікувально-профілактичні заклади

ЛШМД – Лікарня швидкої медичної допомоги

МІС – Медична інформаційна система

МЛ – Міська лікарня

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ОКЛ – Обласна клінічна лікарня

ОЛ – Обласна лікарня

ОТГ – О'єднана територіальна громада

ПМСД – Первинна медико-санітарна допомога

РЛ – Районна лікарня

СЛА – Сімейна лікарська амбулаторія

ТМД – Третинна медична допомога

УЗД – Ультразвукове дослідження

УКПМД – Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги

УОЗ – Управління охорони здоров'я

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я

ЦЗ – Центр здоров'я

ЦПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги

ЦРЛ – Центральна районна лікарня

## ВСТУП

Сьогодні в Україні взято курс на кардинальне реформування, спрямоване на створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта (фінансування базового пакета послуг, розробка та реалізація стратегії розвитку кадрових ресурсів, вибір лікаря й медичного закладу, підвищення якості послуг тощо) і здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян на рівні розвинутих європейських держав [1]. Трансформація господарського механізму медичної галузі передбачає зміни організаційно-правового статусу медичних закладів, форми власності, характеру взаємовідносин між суб'єктами ринку, фінансових потоків тощо.

Але на практиці існує проблема невідповідності управлінського персоналу до використання інноваційних підходів та методів управління, спрямованих на пошук та освоєння перспективних ринкових ніш, формування конкурентних позицій медичних організацій. Медичний персонал державного сектору охорони здоров'я не має маркетингового мислення, без якого неможливо набути конкурентних переваг медичних послуг та медичної організації загалом. Тому перед діючою системою охорони здоров'я постає нелегке завдання адаптації до ринкових умов господарювання шляхом системної перебудови та вдосконалення механізмів її державного регулювання, а головне, реалізації концепції інтегрованого розвитку і управління медичними кадрами, саме від яких залежить виконання завдань системи.

Значний внесок у дослідження управління персоналом і ролі, яку він відіграє у досягненні ефективності діяльності підприємства здійснили вітчизняні та зарубіжні науковці: Т. Ю. Базарова, Б. Л. Єр'оміна, А. П. Єгоршина, Л. В. Балабанова, М. Д. Виноградський, В. М. Данюк, А. М. Колот, Н. І. Антощина, О. М. Скібіцький та ін. Водночас основні аспекти управління персоналом медичних організацій бюджетної сфери в складний період

реформування галузі охорони здоров'я потребують подальшого дослідження та реалізації.

Метою роботи є розвиток теоретичних основ управління персоналом закладу охорони здоров'я та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління персоналом.

Основними завданнями дипломної роботи є:

- дослідити та розвинути теоретико-методичні засади управління персоналом закладу охорони здоров'я;
- проаналізувати фінансово-господарську діяльність комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»;
- розробити практичні рекомендації щодо удосконалення системи управління персоналом комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Об'єкт дослідження – процеси управління персоналом закладу охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти удосконалення системи управління персоналом закладу охорони здоров'я.

Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі були використано такі методи: індукції, дедукції, узагальнення, порівняння, індексний, балансовий, аналітичний, структурно-логічний, графічний, економіко-математичний та інші методи.

Магістерська робота загальним обсягом 115 сторінок складається зі вступу, трьох розділів, висновків, та містить список використаних джерел із 36 найменувань. Магістерська робота ілюстрована 21 рисунками і містить 25 таблицю.

# 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 1.1 Сутність та значення управління персоналом підприємства

Найбільш важливим елементом продуктивних сил і головним джерелом розвитку економіки є люди (персонал підприємства), їх майстерність та мотивація до господарської діяльності.

Поняття «персонал» походить від лат. *Personalis* – це наймані працівники підприємства, що мають певний освітній рівень, володіють знаннями, здібностями та досвідом роботи, необхідними для виконання покладених на них обов'язків (функцій), і становлять трудовий потенціал підприємства, що є частиною людського капіталу суспільства [6].

На сьогоднішній день у вітчизняній науці відсутній однозначний підхід до розуміння економічної категорії «персонал підприємства», аналіз визначення поняття представлено у таблиці 1.1.

За результатами аналізу визначення поняття «персонал підприємства» можна узагальнити, що – це сукупність працівників, які мають необхідну професійну підготовку або досвід практичної роботи та їх склад може змінюватись під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів.

Люди (персонал підприємства) – один з найважливіших факторів виробництва, тому управління персоналом відіграє найважливішу роль у досягненні промисловим підприємством бажаної мети.

Для реалізації цілей промислового підприємства необхідно мати систему управління персоналом промислового підприємства.

Управління персоналом визнається однією з найбільш важливих сфер життя будь-якого підприємства, здатне багаторазово підвищити її ефективність.

Таблиця 1.1 – Визначення сутності поняття «персонал підприємства»

Автор	Визначення сутності поняття «персонал підприємства»
Н. П. Николенко[7]	це, перш за все, люди зі складним комплексом індивідуальних якостей, серед яких соціально-психологічні відіграють вирішальну роль, це частина економічного та інноваційного простору підприємства, в якому радикальні ринкові перетворення мають не лише цілеспрямовано адсорбуватися (входити у життєве середовище підприємства та адаптуватися до нього), але й приносити очікувані від них результати
В. Г. Воронкова, А. Г. Беліченко, О. М. Попов[8]	це сукупність його працівників, що працюють по найму при наявності трудових взаємовідносин з роботодавцем, оформлених трудовим договором (контрактом)
О. С. Мельничук [9]	персонал (від лат. personalis – особистий) – особовий склад підприємства, установи, організації тощо; сукупність кадрів однієї професійної категорії
І. І. Бажан[10]	визначається як сукупність постійних працівників, які отримали необхідну підготовку та мають досвід практичної діяльності
О.В. Крушельницька [11]	це основний, постійний штатний склад кваліфікованих працівників, який формується і змінюється під впливом як внутрішніх (характер продукції, технології та організації виробництва), так і зовнішніх (демографічні процеси, юридичні та моральні норми суспільства, характер ринку праці тощо) чинників
Н.А. Сафронов[12]	це основний склад кваліфікованих працівників підприємства, фірми, організації
С. Ф. Покропивний[13]	це сукупність постійних працівників, які отримали необхідну професійну підготовку та (або) мають досвід практичної роботи
Т. П. Макаровська[14]	це сукупність постійних або тимчасових працівників, що отримали необхідну професійну підготовку або мають досвід практичної роботи
О. С. Іванілов [15]	являє собою сукупність постійних працівників, що отримали необхідну професійну підготовку та (або) мають досвід практичної діяльності
О. Ю. Єфремов, І. А. Скопилатов [16]	можна визначити як деяка кількість людей одного трудового колективу, які мають певні відмінності між собою (посадові, професійні та особистісні) і організованих по загальному задумом керівництва з урахуванням цих відмінностей для вирішення завдань, передбачених статутом організації, фірми, підприємства

Управління персоналом підприємства – сукупність механізмів, принципів, форм і методів взаємодії при формуванні, розвитку та діяльності персоналу підприємства, що реалізується як ряд взаємопов'язаних напрямів та видів діяльності [17].

Визначення поняття «управління персоналом підприємства» за різними авторами представлено у таблиці 1.2.

Таким чином, узагальнено, що управління персоналом підприємства – це діяльність яка повинна враховувати потреби, можливості, знання, уміння та стаж роботи, з метою ефективного використання потенціалу персоналу та забезпечувати планомірний і організаційний вплив за допомогою організаційних, економічних та соціальних заходів зі створенням належних умов праці, що надасть можливість підвищити показники продуктивності праці та рівня конкурентоспроможності промислового підприємства.

Формування системи управління персоналом на підприємстві є дуже важливим, тому що керівнику підприємства і керівникам підрозділів потрібно правильно проводити систему оцінки персоналу, правильно ставити цілі.

Система управління персоналом підприємства – це система в якій реалізуються функції кадрового менеджменту (планування, організація, мотивація, контроль) на застосуванні системи методів управління та використання існуючого ресурсного забезпечення.

Система управління персоналом на підприємстві складається з комплексу взаємопов'язаних підсистем (елементів) [18; с.112-116].

Підсистема системи управління персоналом підприємства – це комплексний напрямок кадрової роботи, який виступає складовою частиною цілісної управлінської системи на промисловому підприємстві.

Підсистема – це виділені за функціональними елементами або організаційними ознаками частини системи, кожна із яких виконує певні завдання, працює автономно, але спрямована на вирішення загальної мети [2; с.61].

Таблиця 1.2 – Визначення поняття «управління персоналом підприємства» різними авторами

Автор	Визначення сутності поняття «управління персоналом підприємства»
В. Галенко[1]	це комплекс взаємопов'язаних економічних, організаційних і соціально-психологічних методів, що забезпечують ефективність трудової діяльності та конкурентоспроможності підприємства
Дж. М. Іванцевич, А.Лобанов[3]	це забезпечення організації необхідним числом працівників, які виконують необхідні виробничі функції. Ефективність управління персоналом визначається ступенем реалізації спільних цілей організації
Р. Марр, А. Фліастер[4]	це діяльність, виконувана на підприємствах, яка сприяє найбільш ефективному використанню працівників для досягнення організаційних і особистих цілей. Ефективність управління персоналом визначається ступенем і термінами виконання, поставлених УП-структурами специфічних, верифікованих завдань
Є. Маслов [5]	це область діяльності, найважливішими елементами якої є визначення потреби, залучення, введення в роботу, розвиток, контролінг, вивільнення персоналу, а також структурування робіт, політика винагород та соціальних послуг, управління витратами на персонал і керівництво співробітниками
А. Кибанова [2]	це системне, планомірно організований вплив за допомогою взаємопов'язаних організаційних, економічних та соціальних заходів на процес формування та перерозподілу робочої сили на рівні підприємства, на створення умов для використання трудових якостей працівників з метою забезпечення ефективного функціонування підприємства і всебічного розвитку зайнятих у ньому працівників. Ефективність управління персоналом визначається найбільш повною реалізацією поставлених цілей при скороченні витрат на персонал

Система управління персоналом на підприємстві має багатоступеневу структуру з великою кількістю напрямів діяльності, які наведено на рис. 1.1.

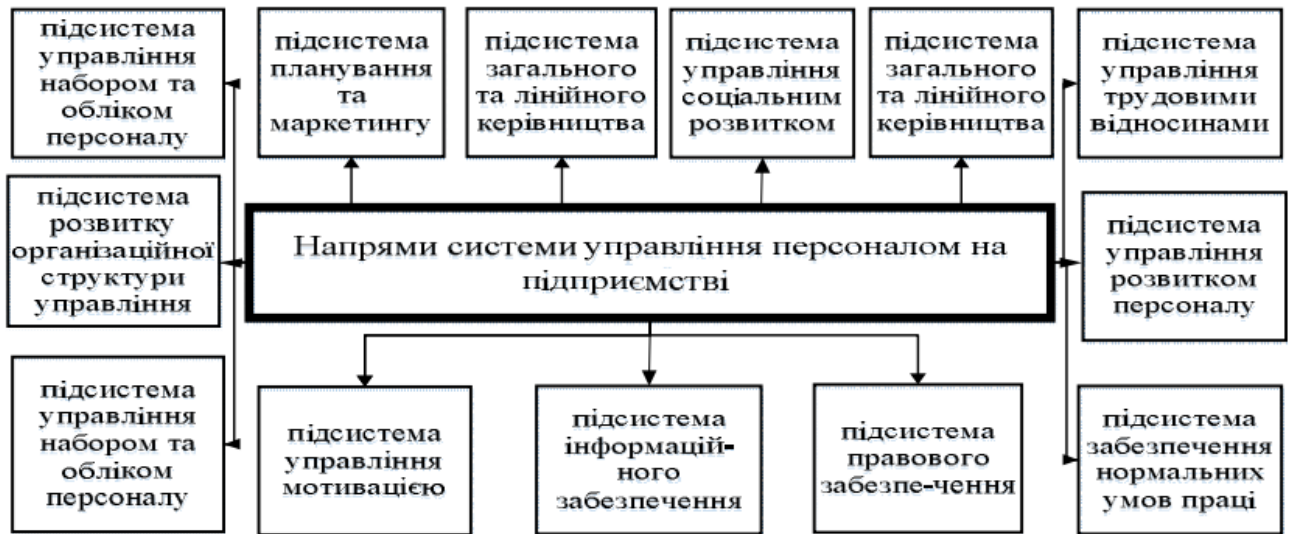


Рисунок 1.1 – Напрями системи управління персоналом на підприємстві

Систему управління персоналом підприємства складають об'єкти та суб'єкти.

Об'єкт (керований елемент, тобто те, що вивчається) – це основні компоненти системи управління персоналом: підбір, розстановка, оцінка, стимулювання і т.д. [18].

Суб'єкт управління персоналом – це той, від кого залежить якість прийняття управлінських рішень, а, отже, наступний результат діяльності працівника, підрозділу і всього підприємства в цілому.

Суб'єкт управління персоналом – це той, хто володіє функціями управління персоналом; займає активну положення по відношенню до об'єкта управління; має для цього необхідні можливості [18].

Головною метою управління персоналом є отримання найефективнішої роботи персоналу та внесок у прибуток підприємства, який досягається завдяки їх забезпечення висококваліфікованими та зацікавленими працівниками через задоволення соціальних потреб людини на виробництві.

Відтак, саме поняття управління персоналом у деякому ступені є умовним, оскільки передбачає не командування людьми, а створення умов для

найефективнішого використання людських ресурсів та кожного працівника окремо.

Система управління персоналом підприємства має свою структуру та змінюється під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників (рис. 1.2).

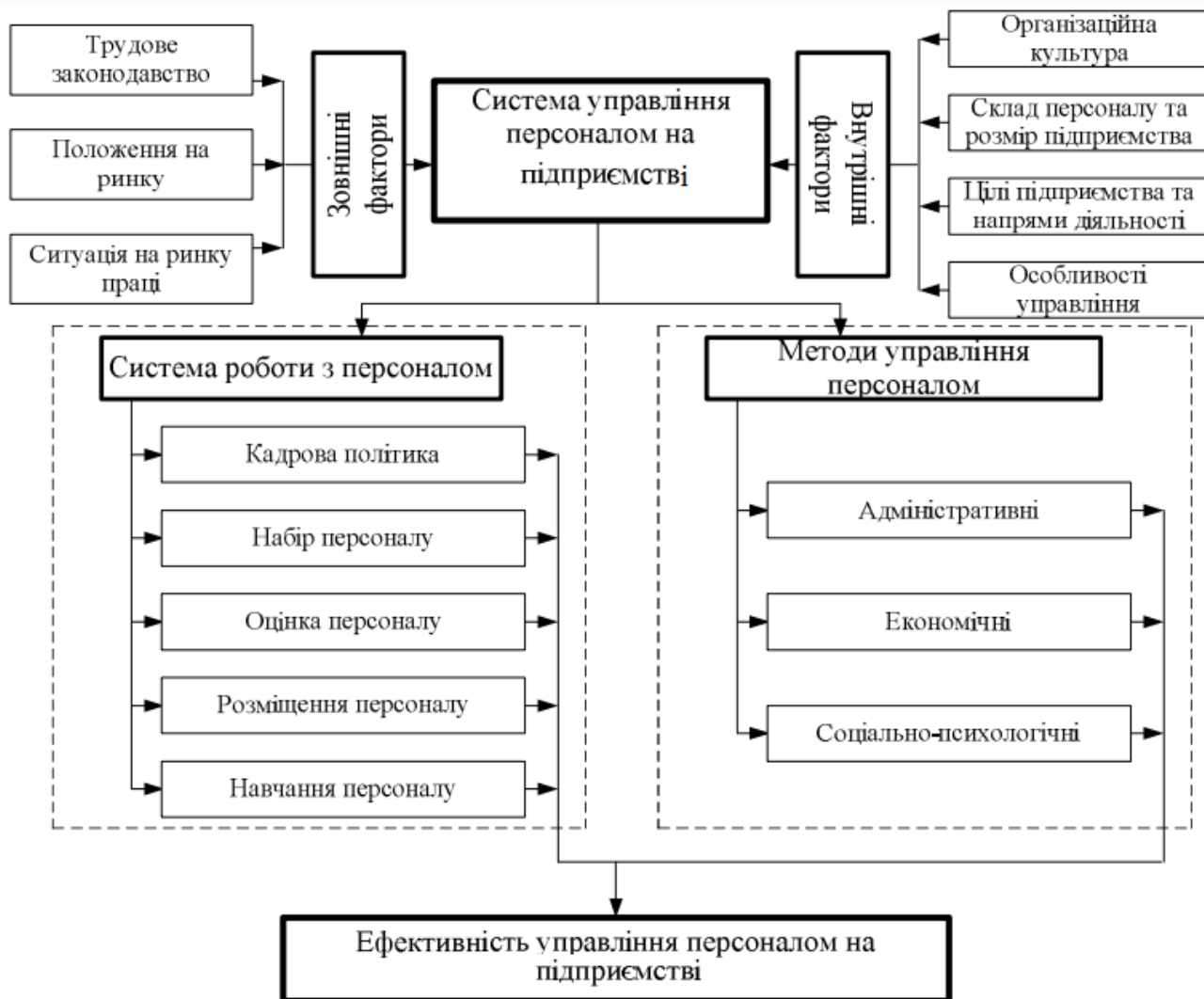


Рисунок 1.2 – Система управління персоналом підприємства

Структура системи управління персоналом залежить від масштабів підприємства, його територіального розташування, характеру діяльності і інших факторів та одним з ключових напрямів підвищення рівня конкурентоспроможності підприємства.

У малих і середніх підприємствах одна підсистема може виконувати функції декількох функціональних підсистем, при різних умовах одні підсистеми можуть бути ліквідовані, змінені, перетворені.

Функції управління персоналом являють собою основні напрями цієї діяльності, орієнтовані на задоволення визначених потреб підприємств.

Ми можемо виділити такі функції управління персоналом:

- планування персоналу (у тому числі його стратегічне планування), визнання потреби в кількості і якості співробітників, а також часу їхнього використання. планування кадрів звичайно розглядають як вихідну функцію кадрового менеджменту, оскільки за часом вона випереджає всі інші його функції;

- визначення способів рекрутування під час набору персоналу. Реалізація даної функції передбачає відповіді на питання: де знайти потрібних працівників, як залучити їх на дане підприємство, скільки чоловік узяти ззовні, а скільки зсередини? У випадку створення нового підприємства ця функція враховується ще на стадії визначення місця розташування підприємства, оскільки не в будь-якому регіоні мається можливість знайти необхідну кількість робочої сили потрібні кваліфікації. До того ж ціна робочої сили в різних регіонах, особливо в різних країнах, може суттєво відрізнятись;

- маркетинг персоналу. Його задача – забезпечення попиту на робочі місця на даному підприємстві з боку найбільш підготовлених людей, у першу чергу висококваліфікованих фахівців і менеджерів. При цьому маркетинг буває як зовнішній, орієнтований на залучення працівників з боку, так і внутрішній, що припускає спонукання власних кращих працівників до професійно-посадового росту і заняття найбільш важливих для організації робочих місць;

- ідбор, оцінка, добір і прийняття на роботу співробітників. Важливість цієї функції визначається зростаючою вартістю робочої сили і підвищенням вимог до працівника;

- адаптація, навчання і підвищення кваліфікації працівників, їхній розвиток. Сьогодні на передових фірмах професійний розвиток перетворився

власне кажучи в безупинний процес, що продовжується протягом усього трудового життя людини;

- планування кар'єри, забезпечення професійно-посадового росту працівника. Ця функція важлива як для окремих співробітників, оскільки відповідає їх очікуванням і інтересам, так і для підприємства, тому що дозволяє повніше й ефективніше використовувати потенціал працівника;

- Мотивація персоналу. Вона означає спонукання працівників до сумлінної й ініціативної праці, реалізації організаційних цілей. Мотивація досягається насамперед завдяки забезпеченню збігу організаційних і особистіть цілей;

- управління персоналом. Центральне місце в реалізації цієї функції займає мотивація співробітників. однак управління не зводиться до мотивації. воно, «як функція управління, покликано поєднувати, координувати, взаємопов'язувати і інтегрувати всі інші функції в єдине ціле». При цьому мова йде насамперед про функції, зв'язаних з управлінням людьми. Управління персоналом – надзвичайно складна і змістовна діяльність, тією чи іншою мірою що включає багато інших функцій;

- управління витратами на персонал. Це передбачає підрахунок, скільки коштує залучення, навчання, оформлення, оцінка, оплата персоналу, соціальні витрати тощо, тобто все перебування працівника в організації, а також співвіднесення витрат із прибутком, що приносить праця співробітника;

- організація робочого місця, що дозволяє оптимально використовувати потенціал співробітника і можливість, що дає йому, виявити себе в трудовій діяльності. Ця функція враховує різні фактори, що впливають на економічну і соціальну ефективність працівника: його кваліфікацію й індивідуальні якості, техніку і технологію, службове приміщення, усю роботу ситуацію;

- забезпечення оптимального розпорядку: складання графіків роботи, відпусток, заміни у випадку чи хвороби прогулів тощо. Чітке виконання цієї функції дозволяє підтримувати оптимальний трудовий ритм організації,

заощаджувати значні засоби, підвищувати задоволеність перебуванням на підприємстві;

- звільнення персоналу. У сучасному виробництві ця функція не зводиться до оголошення з ініціативи управління чи працівника і до відповідного оформленню документів вона включає різні форми пристосування чисельності працівників і їхніх використань до потреб виробництва. це може бути ліквідація понаднормових робіт, переклад співробітників на неповний робочий день чи неповний робочий тиждень, тимчасове звільнення тощо;

- кадрове діловодство: збір, збереження й облік анкетних даних, інформації про стаж, підвищення кваліфікації тощо. Ця, технічна функція необхідна для ефективного використання персоналу. Значно спрощує її сьогодні використання комп'ютерних систем і технологій;

- управління інформацією. Сучасна, особливо велика організація неможлива без налагодження систематичного поширення інформації. При цьому задача управління персоналом полягає в тому, щоб вчасно одержувати в оптимальному обсязі, поширювати потрібну і вилучати непотрібну, а тим більше шкідливу інформацію;

- оцінка результатів діяльності і трудового потенціалу персоналу. Ця функція виявляється насамперед в атестації працівників, на основі якої здійснюється стимулювання, розвиток і використання кадрів, а також контроль за ними;

- контроль за персоналом, забезпечення дисципліни й організаційного порядку. Ця функція припускає не тільки вплив на працівників з боку керівників і уповноважених посадових осіб, але і розвиток у них самоконтролю;

- управління конфліктами. Мається на увазі, створення в організації клімату, що виключає виникнення деструктивних конфліктів, а також можливості швидкого вирішення конфліктів;

- правове регулювання трудових відносин. Управління персоналом базується на використанні трудового законодавства й організаційних норм, звичайно зафіксованих у статуті підприємства;

- налагодження партнерських відносин і співробітництва з профспілками, радами трудових колективів і інших організацій, що впливають на персонал;
- забезпечення безпеки, охорони праці і здоров'я співробітників. Це припускає як контроль за ситуацією на робочих місцях, так і облік індивідуальних запитів і побажань працівників, пов'язаних зі станом їхнього здоров'я, наприклад, переведення на легшу роботу чи неповний робітник день на період остаточної трудової адаптації після хвороби;
- соціальне забезпечення співробітників. Воно може включати соціальне страхування за віком, хворобою, інвалідністю чи нещасним випадком, налагодження на підприємстві медичного обслуговування, психологічної і юридичної допомоги, транспортні й інші послуги, будівництво житла тощо;
- планування і розвиток організаційної культури, що забезпечує інтеріоризацію співробітниками етичних норм, цілей і цінностей підприємства, поваги до його традицій, розвиток між працівниками відносин взаємної поваги, доброзичливості, співробітництва і підтримки тощо;
- забезпечення репутації фірми, її позитивного сприйняття клієнтами, громадськістю й інститутами влади.

Переховані функції не вичерпують усього їхнього переліку, вони часто накладаються одна на одну. Однак уже перераховані функції дають представлення про зміст управління персоналом як специфічного виду управлінської діяльності.

Крім того, для того, щоб управляти персоналом потрібно використовувати методи управління персоналом, що розглянуті нижче.

Методами управління персоналом називають способи впливу на колективи й окремих працівників з метою здійснення координації їхньої діяльності в процесі виробництва.

А. Я. Кибанов пропонує таку класифікацію методів управління персоналом, виділяючи три групи таких методів:

адміністративні методи:

- формування структури й органів управління установлення держзамовлень;
- твердження адміністративних норм і нормативів, видання наказів і розпоряджень;
- підбор і розміщення кадрів;
- розробка положень, посадових інструкцій і стандартів діяльності організації;

економічні методи:

- техніко-економічний аналіз;
- техніко-економічне обґрунтування;
- планування;
- матеріальне стимулювання;
- ціноутворення;
- додаткова система;
- економічні норми і нормативи;

соціально-психологічні методи:

- соціальний аналіз у колективі працівників;
- соціальне планування;
- участь працівників у управлінні, соціальний розвиток колективу;
- психологічний вплив на працівників (формування груп, створення нормального психологічного клімату, моральне стимулювання, розвиток у працівників ініціативи і відповідальності).

Адміністративні методи відрізняються прямим характером впливу; вони обов'язкові для виконання, не допускають волі вибору співробітників і припускають санкції за невиконання розпоряджень.

Економічним і соціально-психологічним методам властивий непрямий характер впливу, відсутня чіткість визначеного часу й обов'язковості цього впливу. Вони допускають у відомих межах волю індивідуального вибору і поведіння, багато в чому залежать від індивідуальних особливостей працівників.

Точно установи силу і кінцевий ефект впливу зазначених методів досить важко. Однак у цілому дані способи управління, особливо економічні, займають важливе місце в управлінні персоналом, виступаючи фундаментом управлінського впливу. Усі методи управління персоналом взаємозалежні і використовуються в комплексі.

Підсумовуючи, слід зазначити, що ефективна робота підприємства здійснюється завдяки наявності висококваліфікованих кадрів, правильного розподілу їх функціональних обов'язків та системи управління, яка значною мірою залежить від впливу зовнішніх та внутрішніх факторів, а також системи роботи та використання методів управління персоналом.

За результатами аналізу з'ясовано, що «персонал підприємства» – це сукупність працівників, які мають необхідну професійну підготовку або досвід практичної роботи та їх склад може змінюватись під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів.

Також, визначено, що управління персоналом підприємства – це діяльність яка повинна враховувати потреби, можливості, знання, уміння та стаж роботи, з метою ефективного використання потенціалу персоналу та забезпечувати планомірний і організаційний вплив за допомогою організаційних, економічних та соціальних заходів зі створенням належних умов праці, що надасть можливість підвищити показники продуктивності праці та рівня конкурентоспроможності підприємства.

Отже, ефективна система управління персоналом є одним з ключових напрямів підвищення рівня конкурентоспроможності підприємства.

## 1.2 Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання

Важливою умовою розвитку ринку медичних послуг в Україні є зміцнення інноваційного потенціалу системи охорони здоров'я. Під ним розумітимемо сукупність науково-технічних, технологічних, інфраструктурних, фінансових, правових, соціокультурних та інших можливостей, які забезпечують сприйняття й реалізацію нововведень. Отже, поняття інноваційного потенціалу є концептуальним відображенням розвитку інноваційних процесів, без яких не мислиться будь-який національний ринок медичних послуг [18, с. 16].

Згідно з ресурсним підходом інноваційний потенціал охорони здоров'я розглядають як упорядковану сукупність ресурсів, що забезпечують здійснення інноваційної діяльності суб'єктом ринку. Це дуже важливе посилення, оскільки в практиці охорони здоров'я України гостро відчувається нестача таких основних ресурсів, як фінансові, матеріальнотехнічні, трудові, інформаційні, адміністративні. В таблиці представлено основні показники охорони здоров'я за 1995-2017 роки (табл. 1.1).

Основу фінансування медичних організацій становлять бюджетні кошти, що надходять з програми державних гарантій безкоштовної медичної допомоги за виконані обсяги медичних послуг, наданих медичною організацією населенню, через це збільшення бюджетного фінансування має принципове значення для стійкої роботи медичної організації.

Проте необхідно активно шукати додаткові джерела фінансування у вигляді:

- коштів добровільного медичного страхування;
- розвивати договірні відносини з різними структурами територіальної господарської системи;

- створювати благодійні фонди, забезпечувати медичними послугами пільгові категорії громадян;
- розширювати палітру платних медичних послуг і реалізовувати інші інноваційні проекти медичного та іншого характеру [18, с. 16].

Таблиця 1.1 – Основні показники охорони здоров'я за 1995-2017 роки [19]

Показник	Рік						
	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017
Кількість лікарів усіх спеціальностей (без зубних лікарів), тис. осіб	230	226	224	225	186	187	186
на 10 000 населення	45,1	46,2	47,9	49,3	43,7	44,0	44,1
Кількість середнього медичного персоналу (без зубних лікарів), тис. осіб	595	541	496	467	372	367	360
на 10 000 населення	116,5	110,3	106,2	102,4	87,3	86,5	85,4
Кількість лікарняних закладів, тис. од.	3,9	3,3	2,9	2,8	1,8	1,7	1,7
Кількість лікарняних ліжок, тис. од.	639	466	445	429	333	315	309
на 10 000 населення	125,1	95,0	95,2	94,0	78,1	74,3	73,1
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. од.	7,2	7,4	7,8	9,0	10,0	10,2	10,4
Кількість самостійних стоматологічних поліклінік, од.	324	320	309	279	197	197	197
Кількість відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі і відвідувань лікарями хворих удома включно з екстреною та планово-консультативною допомогою (МОЗ), млн	495,8	491,9	499,0	494,5	397,5	393,8	382,4
на одного жителя	9,7	10,0	10,6	10,8	9,3	9,3	9,0
Кількість осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади (МОЗ), млн осіб	11,2	9,6	10,1	10,5	8,6	8,6	8,3
на 100 осіб	21,9	19,4	21,6	22,9	20,2	20,2	19,7
Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (МОЗ), дн.	16,8	14,9	13,5	12,5	11,4	11,2	11,0

Сьогодні складною є ситуація з матеріально-технічними ресурсами охорони здоров'я України: застаріла медична техніка, що випускає вітчизняна промисловість, не дає змоги здійснити сучасні медичні дослідження. Доводиться констатувати, що вітчизняна промисловість не випускає медичну техніку, яка відповідає б світовому рівню за багатьма, особливо високотехнологічними, напрямками. Одним зі шляхів вирішення цієї проблеми, з огляду на зарубіжний досвід, міг би стати розвиток виробництва медичної техніки на підприємствах оборонно-промислового комплексу України, а також використання нових організаційних форм та інноваційних технологій [18, с. 16].

Високу результативність та ефективність охорони здоров'я забезпечує трудовий ресурс. Невідповідність підготовки фахівців до потреб практичної охорони здоров'я та завдань структурної перебудови цього виду економічної діяльності, недостатня соціальна захищеність медичних працівників призводять до погіршення якості медичної допомоги з усіма наслідками, що випливають звідси. Практика останнього десятиліття з усією очевидністю показала, що необхідно повернутися до розподілу випускників медичних навчальних закладів, безперервного підвищення кваліфікації працівників і впровадження нових методів оплати праці.

У 2017 році Президентом України було підписано прийняті Верховною Радою України закони, які започаткували реформу системи охорони здоров'я в Україні. МОЗ України розробило детальний план із ключовими етапами запровадження цієї реформи, основні напрями якої – підвищення ефективності функціонування системи шляхом проведення функціонально-структурних перетворень, оптимізації витрат за принципом «гроші ідуть за пацієнтом», запровадження професійного менеджменту тощо.

Результатом реалізації вказаних напрямів стане створення нової сучасної моделі системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі, зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у разі хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів. Зважаючи на це, усі заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності для

досягнення медичної, соціальної та економічної ефективності вимушені пристосовуватися (адаптуватися) до стрімких змін зовнішнього середовища та умов активного контакту з різними агентами ринку, змінювати стиль керівництва, використовувати прийоми маркетингу та ефективного управління персоналом у межах розробленої стратегії.

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 [19].

Метою кадрової політики ВООЗ є підготовка необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення ними закладів охорони здоров'я, виконання цими медичними працівниками відповідних завдань. Медичний персонал розглядається як стратегічний капітал, більша частка усіх капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення. Характеризуючи кадровий потенціал закладів охорони здоров'я, можна виділити такі його характеристики:

- кількісні (чисельність, склад, структура, вік, стаж роботи, укомплектованість, плинність та рівень ротації кадрів, рентабельність та продуктивність праці);

- якісні (фізичний, психологічний, адаптаційний, інтелектуальний, етичний, духовнотворчий, кваліфікаційний, організаційний потенціали).

Головним є те, що він поєднує ступінь використання потенційних можливостей як окремо взятого медичного працівника, так і сукупності працівників, забезпечуючи на практиці активізацію людського чинника в трудовій діяльності за певних умов. Управління кадровим потенціалом здійснюється у двох напрямках, які тісно взаємопов'язані між собою [20]:

- формування кадрового потенціалу;
- активного використання кадрового потенціалу.

Враховуючи поточну ситуацію та пострадянську традицію розподілу людських ресурсів, у короткостроковій перспективі не існує способів відмовитися від нинішнього поєднання сімейної медицини, дільничних терапевтів та педіатрів, мережі жіночих консультацій, які надають первинну медичну допомогу.

Однак чіткі ініціативи зі зміцнення первинної ланки повинні початися з визнання сімейних лікарів автономними суб'єктами (через механізм приватної практики для первинної ланки за прикладом Великої Британії, Нідерландів, Данії), особливо у сільській місцевості.

Поступове введення та підтримка приватної практики первинної медичної допомоги (ПМД) супроводжуватимуться перепідготовкою лікарів та зміною вимог до ліцензування цього виду практики.

Протягом певного часу лікарі, що практикують окремо, надаватимуть послуги паралельно або у складі центрів ПМД, а їх послуги будуть покриватися з державного бюджету або шляхом медичного страхування (після його впровадження) через схожі механізми фінансування (подушний принцип зі зваженими ризиками).

Фінансування первинної ланки має здійснюватися через формування замовлення на послуги на рівні області.

Надалі лікарі первинної ланки, які здійснюватимуть приватну практику, матимуть можливість об'єднатися у команди або «кооперативи» для здійснення спільної роботи та отримання додаткової спеціалізації. Принцип свободи вибору громадянин може використати (реєстрація одного «вибраного лікаря»), щоб скористатися характерною особливістю ПМД – знання лікарем особливостей життя пацієнтів, яких він обслуговує.

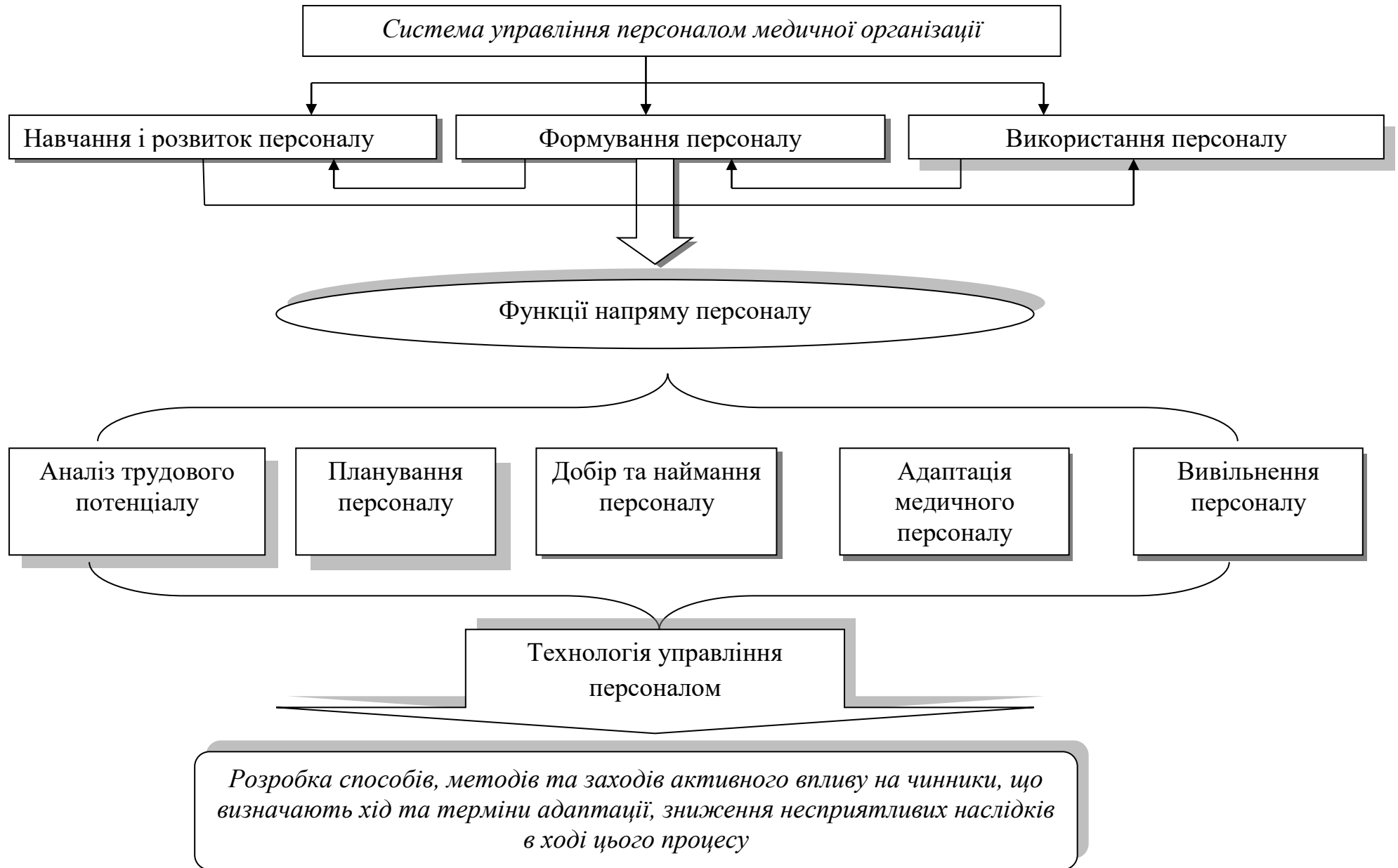


Рисунок 1.1 – Механізм управління персоналом медичної організації [19]

Лікарям первинної ланки буде надано ексклюзивне право скеровувати пацієнтів до спеціалістів, укладаючи договори із відповідними закладами [21].

Управління кадрами охорони здоров'я є органічною складовою частиною управління системою охорони здоров'я в цілому, підпорядкованою тим самим цілям і спрямованою на їх досягнення завдяки конкретній діяльності медичного персоналу.

Управління персоналом – це безперервний динамічний процес управління людськими ресурсами, метою якого є оптимальна розстановка і використання сил на основі більш довершеного планування, підбору, удосконалення, розподілу кадрів, мотивації та регулярного об'єктивного контролю та оцінки праці.

Мета управління персоналом полягає в безперервному пошуку шляхів, що сприяють підвищенню ефективності праці. Ця мета досягається внаслідок впровадження прогресивних форм організації праці і раціональнішого використання наявних трудових ресурсів.

Як усякий управлінський процес, процес управління персоналом має циклічний характер.

Практичну основу цієї діяльності складають:

- регулярна і об'єктивна інформація про склад і динаміку кадрів;
- опис робіт;
- підбір, розстановка персоналу;
- мотивація персоналу;
- формулювання цілей безперервного навчання і його організація;
- планування й організація розвитку кар'єри;
- регулярна оцінка ефективності виконуваних робочих функцій.

Дослідження процесу управління кадрами дає змогу сформулювати концептуальну модель цієї діяльності, що складається з чотирьох взаємозумовлених систем:

- система руху кадрів;
- система винагороди за працю;
- система організації роботи;

- система впливу співробітників на організацію.

Впровадження в практику цієї моделі дозволяє встановити певні рамки для проведення кадрової політики, коли будь-яке рішення, що приймається відносно якогось специфічного елемента в цілісному процесі, повинне здійснюватися в тісному зв'язку зі всією сукупністю систем моделі. Неуспішність управлінських рішень у сфері управління кадрами часто зумовлена саме тим, що ті або інші компоненти піддаються змінам без урахування взаємозалежності і взаємозумовленості всіх компонентів моделі.

З точки зору менеджменту ще на етапі формування внутрішнього середовища медичної організації має забезпечуватися відповідність характеристик її найважливіших складових (цілей і завдань, персоналу, організаційної структури, технологій) умовам зовнішнього середовища функціонування (організація перебуває в середовищі та функціонує тоді, коли середовище дає їй таку можливість) [21].

Запуск механізмів цивілізованого суперництва між медичними закладами та лікарськими практиками на доступних сегментах ринку має привести до низки якісних змін. Перш за все для вирішення комплексних завдань доцільно переосмислити компетентності спеціаліста з управління охороною здоров'я [20].

Діяльність керівного складу медичної організації має бути націлена на розробку концепції, стратегій кадрової політики та методів управління людськими ресурсами. Активна роль кадрової політики, на відміну від пасивної та превентивної, дасть можливість розробити ефективні цільові кадрові програми, здійснити їх корекцію на основі постійного моніторингу ситуації, що складається на той чи інший проміжок часу.

### 1.3 Проблеми та перспективи розвитку управління персоналом закладів охорони здоров'я України

Менеджери в системі охорони здоров'я стикаються з багатьма проблемами при реалізації стратегій закладу щодо досягнення важливих організаційних цілей. Реалізація планів щодо зниження витрат при одночасному підвищенні якості обслуговування пацієнтів може бути важкою навіть для найдосвідченіших людей.

Використання організаційних стратегій є складним і важким, тому що їх успіх більшою мірою залежить від здатності ефективно управляти співробітниками. 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 у сфері управління персоналом:

- монополізм відомства;
- бюрократизм в управлінні, в тому числі поділ праці;
- сувора ієрархічна структура;
- професійні забобони, наприклад, небажання фахівців-медиків визнавати роль інших працівників у сфері охорони здоров'я – економістів, юристів, менеджерів по персоналу в тому числі;
- жорстка спеціалізація;
- спрямованість організації, перш за все на споживачів;
- суворе підпорядкування і точне виконання розпоряджень керівництва та ін.

Функція управління людськими ресурсами стає все більш важливою у багатьох організаціях, оскільки вона покликана служити в якості партнера в галузі стратегічного планування та прийняття рішень з метою сприяння розробленню та реалізації стратегії.

Ця нова роль має вирішальне значення, тому що якісне й продуктивне управління персоналом має значний вплив на успіх або провал бізнес-стратегій у

галузі охорони здоров'я. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я включає в себе (рис. 1.2).

Управління охороною здоров'я пов'язане з прийняттям рішень на основі науково обґрунтованих можливостей аналізу організації в ефективному використанні ресурсів у часі й просторі, щоб забезпечити достатню кількість і якість послуг у сфері охорони здоров'я для задоволення медико-санітарних потреб громадян і суспільства.

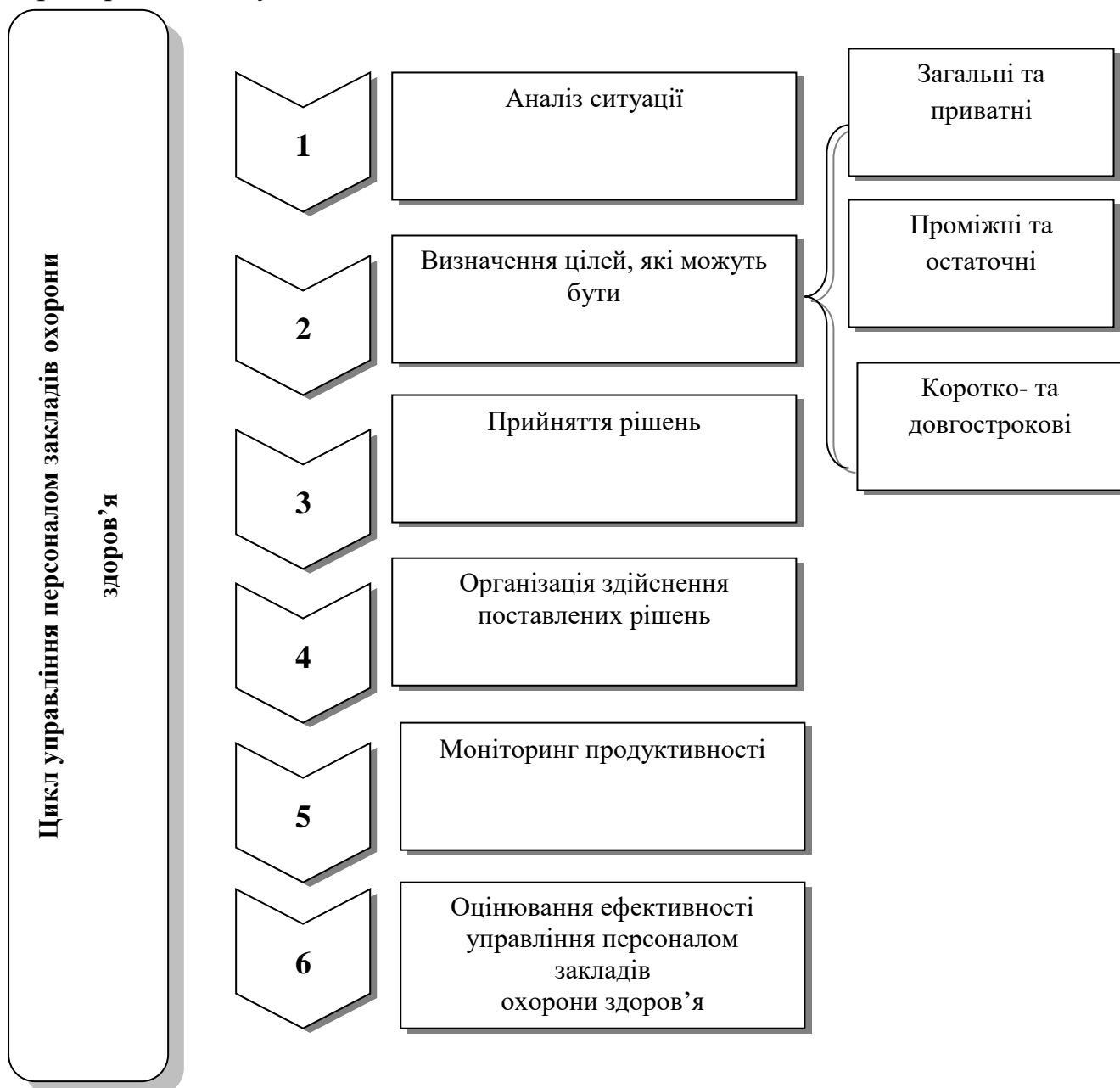


Рисунок 1.2 – Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я [22]

Функції менеджера щодо управління людськими ресурсами:

- кадрове планування;
- аналіз і проектування посад;
- підбір, відбір і призначення; оцінювання ефективності;
- навчання і розвиток; мотивація;
- безпека й охорона праці; трудові відносини; звільнення.

Менеджери сфери охорони здоров'я для здійснення функції управління персоналом закладів охорони здоров'я повинні володіти провідними компетентностями, 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 закладах охорони здоров'я.

Така компетентність 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 здоров'я [23].

Вони повинні бути досвідченими лідерами в трудових відносинах та в питаннях врегулювання конфліктів і вирішувати проблеми, зберігаючи нейтралітет у відносинах.

Менеджери також повинні бути лідерами в етичному поведженні. Менеджери закладів охорони здоров'я повинні володіти ґрунтовними знаннями в сфері бізнесу, щоб належним чином підтримувати рішення щодо управління трудовим потенціалом лікувального закладу.

Вони повинні застосовувати стратегічне бізнес-мислення для вирішення завдань таким чином, щоб кадрова політика, програми і процедури, які вони

розробляють і здійснюють, їх управління узгоджувалися з бізнес-цілями і завданнями усього закладу.

Однією з основних проблем у галузі охорони здоров'я є планування людських ресурсів. Фундаментальним у процесі визначення потреби в персоналі в системі охорони здоров'я є: знання про поточну ситуацію стану робочої сили, оцінювання поточного попиту і доступності медичного персоналу, а також визначення майбутніх потреб для вирішення конкретних завдань Міністерства охорони здоров'я, яке займається загальним плануванням на національному рівні.

Ще однією проблемою є те, що існуюча нині процедура відбору та найму кадрів у закладах охорони здоров'я – оцінювання роботодавцем лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги інші характеристики претендента на вакантну посаду.

Всі керівників закладів охорони здоров'я – головних лікарів, завідувачів відділеннями та головних медичних сестер – виступають за те, щоб, як прийнято в багатьох секторах економіки, процедура відбору персоналу на вакантну посаду лікаря-ординатора та медичної сестри складалася з таких етапів, як аналіз змісту їх роботи, складання вимог до виконавця даної роботи, пошук людини, що відповідає вимогам, що пред'являються, вибір працівника за допомогою різних методів відбору, оцінка після співбесіди.

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 лікувальнопрофілактичному закладі;
- 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 медичного персоналу в лікувально-діагностичному процесі, програми державних гарантій, видів і умов пропонованої установою медичної допомоги населенню;
- визначити пріоритети діяльності медичної організації в умовах економічної кризи, розробити програми мотивації працівників.

Аналіз стану, проблем та перспектив розвитку кадрового менеджменту у вітчизняній галузі охорони здоров'я показав, що в даний час, на відміну від інших секторів економіки, практично відсутні ефективні й уніфіковані для різних лікувально-профілактичних установ технології управління кадрами.

Залишаються невирішеними питання професійного відбору медичних працівників, періодичного оцінювання їх діяльності, питання трудової мотивації й адаптації, службово-професійного просування, навчання персоналу на робочому місці, його вивільнення.

Управління кадрами медичних установ фактично зведено до формалізованих процедур набору і звільнення співробітників, що не дозволяє ефективно використовувати їх трудовий потенціал.

Існуюча нині процедура відбору та найму кадрів у лікувально-профілактичних установах є оцінювання роботодавцем лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги інші характеристики претендента на вакантну посаду [8].

Для подальшого вдосконалення системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я можна запропонувати наступне:

- усвідомлене й цілеспрямоване використання менеджерами закладів охорони здоров'я таких складових технології управління кадрами, як їх відбір і найм, періодичне оцінювання діяльності, навчання на робочому місці, трудова адаптація та мотивація, службово-професійне просування, вивільнення персоналу;

– застосування методології відбору і найму кадрів, орієнтоване не тільки на оцінювання кваліфікації працівника, а й врахування його професійних якостей (знання, вміння, навички), особистісних характеристик, соціально-демографічних характеристик і соціально-побутових потреб, фізичного розвитку і зовнішнього вигляду;

– проведення ділового оцінювання медичного персоналу за допомогою спеціально створеної методики, що дозволяє оцінювати не тільки дотримання норм (стандартів) кількості та якості праці, а й дотримання певних вимог технології трудового процесу;

– використання морально-психологічних і матеріальних способів трудової мотивації працівників;

– створення такої форми оплати праці, яка дозволить значною мірою відійти від дуже поширеного в даний час принципу матеріальної зацікавленості («пропрацював більше – отримав більше») і наблизитися до принципу матеріальної залежності («скільки заробив – стільки й отримав»);

– побудова організаційно-методичної роботи будь-якого медичного закладу як специфічної сфери соціально-маркетингової діяльності, спрямованої, з одного боку, на збір, опрацювання, аналіз даних, що знижують невизначеність при прийнятті управлінських рішень, а з іншого – на забезпечення управління персоналом організації, що включає дослідження потреб персоналу, його мотивацію, професійне зростання;

– для реалізації всіх вищевикладених рекомендацій доцільно і необхідно проводити тематичні цикли удосконалення працівників кадрових служб і керівників установ та органів охорони здоров'я.

Ефективність управління медичним персоналом є суттєвим моментом успіху роботи закладів охорони здоров'я. Розробка, формування, прийняття та реалізація управлінських рішень щодо управління медичним персоналом потребує специфічних методик з урахуванням особливостей професійної діяльності та психологічного навантаження при роботі у закладах охорони здоров'я.

Отже, можна стверджувати, що управління персоналом закладів охорони здоров'я державного сектору в нових умовах господарювання є найбільш значущим і першочерговим інструментом.

А вдосконалення процесу управління персоналом в системі управління медичним закладом дасть змогу ефективно управляти людськими ресурсами, що принесе як економічні, так і соціальні результати індивіду, колективу, організації загалом.

## **Висновки до розділу 1**

За результатами огляду теоретико-методичних основ управління персоналом закладів охорони здоров'я нами були зроблені подані нижче висновки.

Ефективна робота підприємства здійснюється завдяки наявності висококваліфікованих кадрів, правильного розподілу їх функціональних обов'язків та системи управління, яка значною мірою залежить від впливу зовнішніх та внутрішніх факторів, а також системи роботи та використання методів управління персоналом.

З'ясовано, що «персонал підприємства» – це сукупність працівників, які мають необхідну професійну підготовку або досвід практичної роботи та їх склад може змінюватись під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів.

Окреслено, що управління персоналом підприємства – це діяльність яка повинна враховувати потреби, можливості, знання, уміння та стаж роботи, з метою ефективного використання потенціалу персоналу та забезпечувати планомірний і організаційний вплив за допомогою організаційних, економічних та соціальних заходів зі створенням належних умов праці, що надасть можливість підвищити показники продуктивності праці та рівня конкурентоспроможності підприємства.

Встановлено, що ефективна система управління персоналом є одним з ключових напрямів підвищення рівня конкурентоспроможності підприємства.

Аналіз стану, проблем та перспектив розвитку кадрового менеджменту у вітчизняній галузі охорони здоров'я показав, що в даний час, на відміну від інших секторів економіки, практично відсутні ефективні й уніфіковані для різних лікувально-профілактичних установ технології управління кадрами.

Залишаються невирішеними питання професійного відбору медичних працівників, періодичного оцінювання їх діяльності, питання трудової мотивації й адаптації, службово-професійного просування, навчання персоналу на робочому місці, його вивільнення. Управління кадрами медичних установ фактично зведено до формалізованих процедур набору і звільнення співробітників, що не дозволяє ефективно використовувати їх трудовий потенціал. Існуюча нині процедура відбору та найму кадрів у лікувально-профілактичних установах є оцінювання роботодавцем лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги інші характеристики претендента на вакантну посаду.

Отже, можна стверджувати, що управління персоналом закладів охорони здоров'я державного сектору в нових умовах господарювання є найбільш значущим і першочерговим інструментом. А вдосконалення процесу управління персоналом в системі управління медичним закладом дасть змогу ефективно управляти людськими ресурсами, що принесе як економічні, так і соціальні результати індивіду, колективу, організації загалом.

## **2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»**

### **2.1 Характеристика стану та проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України**

Основними кадровими проблемами в охороні здоров'я європейських країн, у тому числі в Україні, на сучасному етапі є:

- різноманітність і складність структури кадрових ресурсів;
- низька якість до- та післядипломної підготовки лікарів;
- нерівномірність забезпечення населення медичними кадрами в розрізі адміністративних територій;
- велика кількість лікарських спеціальностей;
- невмотивованість медичних кадрів до ефективної праці через недосконалу систему оплати праці;
- низький рівень укомплектованості лікарських посад за окремими спеціальностями;
- загальний дефіцит кадрів;
- надмірна спеціалізація лікарів;
- невідповідність системи атестації;
- висока частка працівників пенсійного віку;
- застарілість нормативно-правової бази з питань кадрової політики в охороні здоров'я.

Метою кадрової політики ВООЗ є підготовка необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення ними ЗОЗ, а також виконання цими медичними працівниками відповідних завдань.

Розроблений ВООЗ спільно з державами-членами Десятирічний план дій на 2006– 2016 рр., який включає заходи у сфері управління, навчання і планування кадрових ресурсів, заснований на національному лідерстві та глобальній солідарності.

Дефіцит кадрів існує, перш за все, у первинній ланці, особливо в сільській місцевості. Відтік медичних кадрів із країн-донорів призводить до неукомплектованості ЗОЗ у цих країнах, зменшення можливостей служб охорони здоров'я, збільшення витрат на наймання і закріплення кадрів.

У США дефіцит медсестер у 2015 р. становив 500 тис., Канаді у 2011 р. – 113 тис., Фінляндії – 112 тис., Великій Британії у 2008 р. – 35 тис., Австралії у 2006 р. – 21 тисяча.

У країнах Європейського регіону відчувається брак підготовки сімейних лікарів і медсестер, інших працівників ПМСД. Підготовка медичних працівників здійснюється без урахування необхідних співвідношень між лікарями вузьких спеціальностей, між лікарями та медсестрами.

За даними ВООЗ, у світі не вистачає 2 млн медпрацівників. Забезпеченість медичними кадрами в країнах ЄС становить 104,0 на 10 тис. населення, у т.ч. лікарями – 35,2, в СНД – 37,3.

Показник забезпеченості населення Європейського регіону ВООЗ медсестрами дорівнює 67,0 на 10 тис. У країнах ЄС – 73,1; СНД – 78,5 на 10 тис. населення (останні можливі показники для порівняння у базі даних ВООЗ).

Досить високими рівнями характеризуються такі показники в Україні: забезпеченість лікарями (фізичними особами) на 10 тис. населення у 2017 р. становила 37,80, середнім медичним персоналом (СМП) – 78,27 (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Забезпеченість населення України медичними працівниками у 2010 р. і 2018 р. (на 10 тис. населення)

Показник	Рік	
	2010	2017
<i>Забезпеченість лікарями</i>		
Заклади охорони здоров'я системи МОЗ України	43,2	37,80
<i>Забезпеченість СМП</i>		
Заклади охорони здоров'я системи МОЗ України	94,1	78,27

Джерело: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України»

Розвиток кадрового потенціалу характеризується тенденцією до стабілізації і навіть зниженням показника співвідношення чисельності СМП до чисельності лікарів у ЗОЗ 344 системи МОЗ України.

Динаміка показників забезпеченості населення лікарями та СМП набула характеру зменшення (табл. 2.2–2.3).

Кількість штатних лікарських посад у закладах системи МОЗ України щороку скорочується (2010 р. – 234,9 тис.; 2017 р. – 195,3 тис.). Різниця за вказані роки склала 39,6 тис. лікарських посад. За цей самий період кількість лікарів – фізичних осіб зменшилась на 38,1 тис. Внаслідок цих процесів скоротився розрив між кількістю штатних посад лікарів і фізичних осіб. Так, якщо у 2010 р. ця різниця склала в абсолютних числах 46,8 тис., то у 2017 р. – 35,7 тис.

За даними ВООЗ, в Україні показники забезпечення медичними працівниками наблизилися до середньоєвропейських (рис. 2.1–2.2).

Таблиця 2.2 – Забезпеченість лікарями (штатні посади та фізичні особи) в розрізі регіонів в Україні у 2010 р. і 2017 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість на 10 тис. населення			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010 р.	2017 р.	2010 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	<b>53,50</b>	<b>46,3</b>	<b>43,22</b>	<b>37,80</b>
АР Крим	59,4	0,00	45,52	0,00
<i>Область</i>				
Вінницька	51,90	51,9	46,17	45,4
Волинська	45,45	43,2	37,18	36,6
Дніпропетровська	55,80	51,3	41,99	39,2
Донецька	55,02	44,6	41,36	28,9
Житомирська	48,58	46,0	35,51	34,7
Закарпатська	39,54	36,9	38,20	35,9
Запорізька	58,65	56,8	42,83	42,7
Івано-Франківська	53,02	54,2	55,87	57,4
Київська	51,04	48,9	37,97	35,6
Кіровоградська	49,58	47,7	33,24	33,0
Луганська	52,46	47,5	39,02	27,9
Львівська	50,84	49,0	52,19	50,8
Миколаївська	44,56	41,7	31,75	29,2
Одеська	53,15	49,7	43,11	40,9
Полтавська	53,96	55,5	44,48	44,9
Рівненська	48,54	45,5	38,02	38,3
Сумська	48,61	48,6	35,28	37,2
Тернопільська	52,22	52,7	48,99	49,1
Харківська	56,57	55,1	48,53	45,6
Херсонська	44,57	43,4	31,18	30,6
Хмельницька	46,67	45,5	38,19	38,9
Черкаська	46,98	46,8	35,42	35,2
Чернівецька	55,25	55,3	58,42	56,8
Чернігівська	48,89	48,8	35,76	35,4
<i>Місто</i>				
Київ	75,80	69,5	59,57	55,3
Севастополь	59,71	0,00	43,06	0,00

Джерело: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедрестр МОЗ України»

Таблиця 2.3 – Забезпеченість середнім медичним персоналом (штатні посади та фізичні особи) в Україні у 2010 р. і 2017 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість на 10 тис. населення			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010 р.	2017 р.	2010 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	<b>98,74</b>	<b>83,88</b>	<b>94,01</b>	<b>78,27</b>
АР Крим	102,18	0,00	92,20	0,00
<i>Область</i>				
Вінницька	97,65	91,79	102,36	94,97
Волинська	96,65	88,63	106,88	98,56
Дніпропетровська	97,78	90,53	86,89	78,04
Донецька	101,29	89,03	88,69	73,50
Житомирська	104,53	96,81	106,59	98,43
Закарпатська	79,92	74,47	89,01	80,43
Запорізька	105,05	101,19	92,60	83,44
Івано-Франківська	96,88	92,44	106,94	103,01
Київська	102,46	98,07	89,20	78,44
Кіровоградська	107,73	101,76	100,82	93,13
Луганська	96,44	91,78	92,51	74,84
Львівська	92,19	87,66	101,09	94,35
Миколаївська	89,08	82,54	80,40	72,11
Одеська	96,42	84,97	85,38	73,54
Полтавська	102,19	98,46	97,13	91,76
Рівненська	100,76	92,42	110,93	101,78
Сумська	106,02	103,32	103,94	101,22
Тернопільська	99,25	95,27	110,11	101,25
Харківська	93,07	85,53	84,39	74,34
Херсонська	93,47	88,03	89,09	79,73
Хмельницька	94,41	88,80	99,33	95,44
Черкаська	103,15	100,29	99,72	93,15
Чернівецька	88,76	82,64	101,56	95,51
Чернігівська	113,12	106,50	110,09	102,23
<i>Місто</i>				
Київ	104,14	97,91	81,52	73,65
Севастополь	106,33	0,00	85,14	0,00

Джерело: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедрестр МОЗ України»

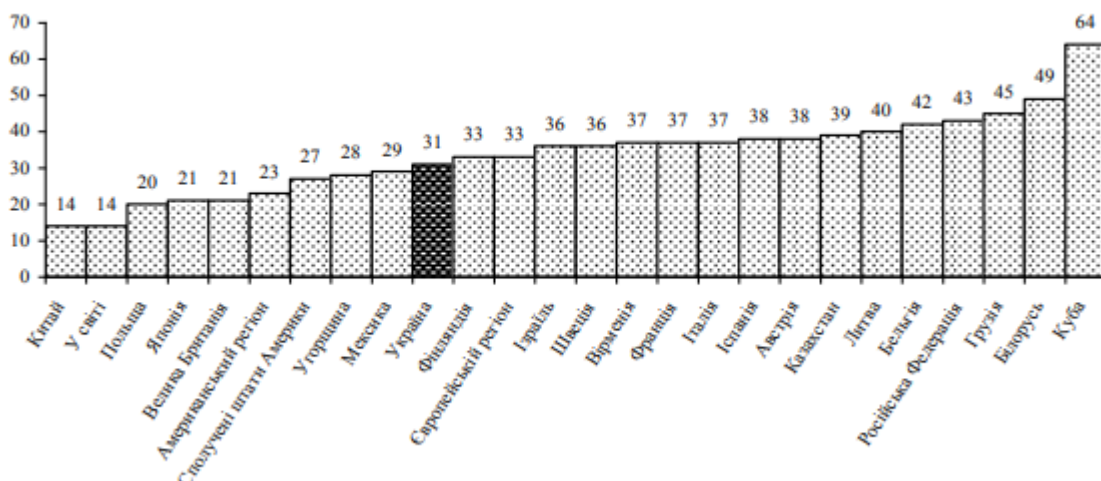


Рисунок 2.1 – Забезпеченість лікарями у світі (на 10 тис. населення)

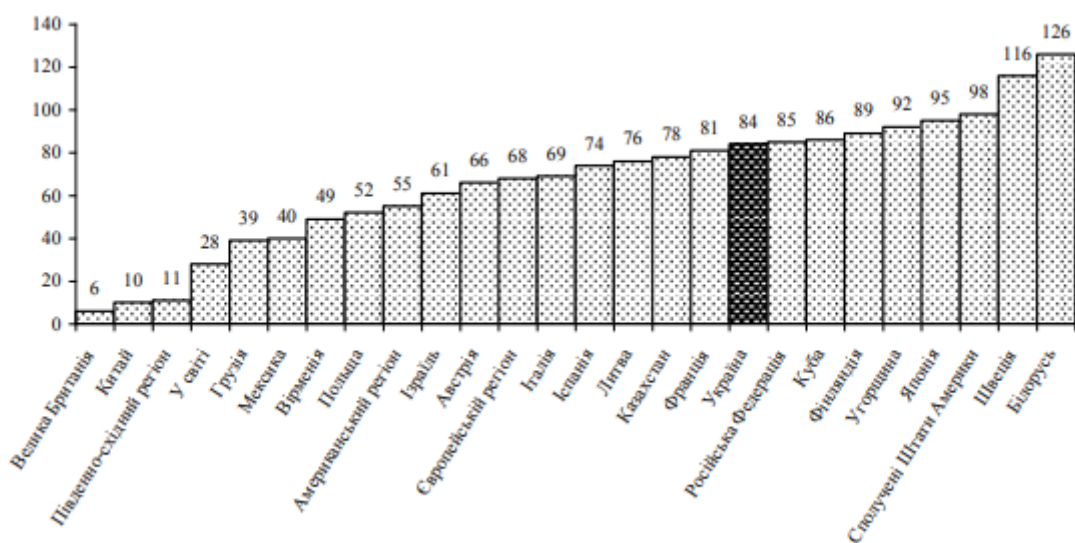


Рисунок 2.2 – Забезпеченість сестринським та акушерським персоналом у світі (на 10 тис. населення)

Негативні зміни в чисельності лікарів станом на 2017 р. сформувалися за рахунок АР Крим, Донецької, Луганської, Харківської областей та м. Севастополя.

Крім того, слід зазначити тривожний факт, що у 2017 р. (порівняно із 2010 р.) зменшилася кількість працюючих лікарів (фізичних осіб) майже в усіх адміністративно-територіальних одиницях (крім Івано-Франківської області). У цілому по Україні кількість лікарів у 2017 р. порівняно з 2010 роком зменшилася на 37 465 особи (на 23,5 %) (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Динаміка чисельності лікарів за регіонами у 2010 р. і 2017 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарів (без зубних), осіб		Зміни в чисельності у 2017 р. порівняно з 2010 р.
	2010 р.	2017 р.	
<b>Україна</b>	<b>197 065</b>	<b>159600</b>	<b>-37465</b>
АР Крим	8898	–	-8898
<i>Область</i>			
Вінницька	7544	7130	-414
Волинська	3846	3792	-54
Дніпропетровська	13 996	12 666	-1330
Донецька	18 283	5531	-12752
Житомирська	4544	4272	-272
Закарпатська	4754	4510	-244
Запорізька	7712	7355	-357
Івано-Франківська	7693	7886	+193
Київська	6500	6234	-266
Кіровоградська	3336	3139	-257
Луганська	8923	1964	-6959
Львівська	13 185	12 757	-428
Миколаївська	3755	3328	-427
Одеська	10 250	9707	-543
Полтавська	6582	6315	-267
Рівненська	4378	4441	-63
Сумська	4090	4062	-28
Тернопільська	5295	5150	-145
Харківська	13 295	12 203	-1092
Херсонська	3389	3199	-190
Хмельницька	5056	4946	-110
Черкаська	4540	4283	-257
Чернівецька	5265	5133	-132
Чернігівська	3897	3583	-314
<i>Місто</i>			
Київ	16 428	16 014	-414
Севастополь	1631	0,00	-1631

Джерело: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України»

За статистичними даними в Україні спостерігається високий рівень регіональної диспропорції лікарських кадрів. Так, при низькій укомплектованості штатних посад лікарів в Луганській – 58,7 %, Донецькій – 64,7 %, Миколаївській – 69,9 %, Кіровоградській – 69,3 %, Київській – 72,9 %, Запорізькій – 75,1 %, Житомирській – 75,3 % в Чернівецькій, Львівській, Закарпатській, Івано-Франківській областях значна частка лікарів працює на неповну ставку, а випускники медичних університетів не можуть влаштуватись на роботу.

У галузі протягом 2017 р. спостерігалися проблеми щодо комплектації штатних посад медичними працівниками (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Кількість штатних посад медичних працівників та укомплектованість ними закладів охорони здоров'я МОЗ України у 2010 р. і 2018 р.

Показник	Рік	
	2010	2018
<i>Лікарі (без зубних лікарів) (тис.)</i>		
Кількість штатних посад	244,00	195,31
з них зайнятих	223,70	172,68
Чисельність фізичних осіб	197,10	159,60
<i>СМП (тис.)</i>		
Кількість штатних посад	450,20	354,13
з них зайнятих	431,60	329,58
Чисельність фізичних осіб	428,70	330,44
<i>Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами (%)</i>		
Лікарі	80,80	81,71
СМП	95,20	93,31
Лікарі	46,90	35,71
СМП	21,50	23,69

Джерело: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України»

Коливання показників структур лікарів за окремими, найбільш суттєвими, групами спеціалістів за 2010–2018 рр. у питомій вазі (у загальній чисельності лікарів) було незначним. Позитивною тенденцією характеризувалися зміни у чисельності лікарів ЗПСМ: їх частка за вказаний період зросла на 7,5 % (в

абсолютних вимірах – на 6 588 особу). Загальна характеристика структури лікарів за групами спеціалістів наведена на рис. 2.3.

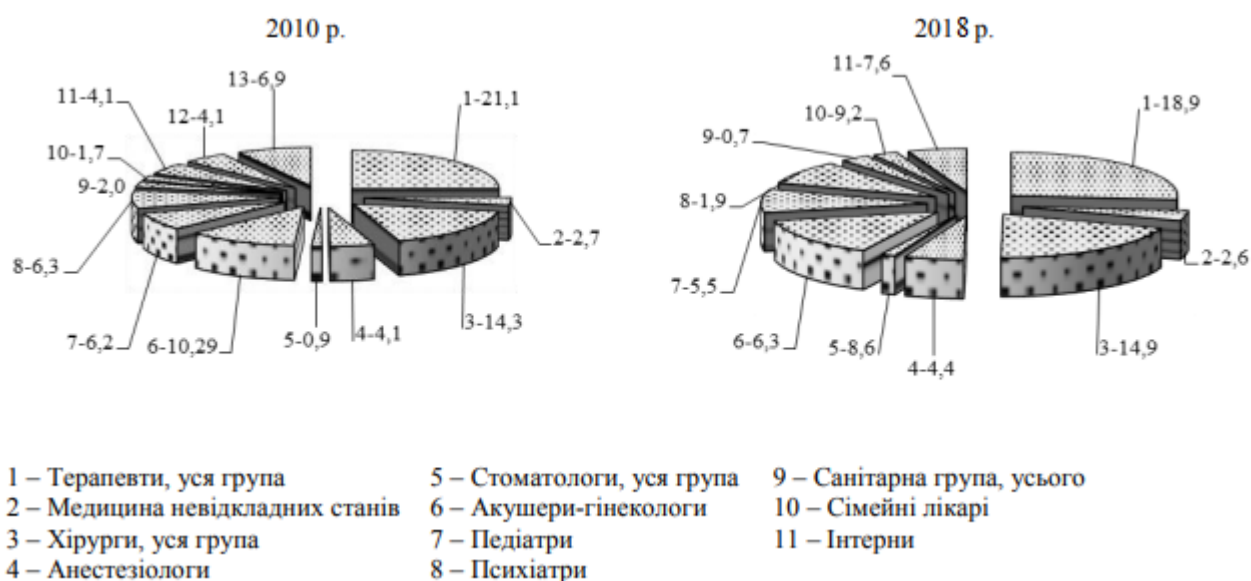


Рисунок 2.3 – Питома вага лікарів окремих спеціальностей у загальній чисельності лікарів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2010 р. і 2018 р. (%)

Серед проблем, які слід вирішити, є зростання питомої ваги працівників пенсійного віку. У 2018 р. питома вага пенсіонерів-лікарів становила близько 27,0 %. (табл. 2.6).

Це потребує в майбутньому пошуку резервів з підготовки медичних кадрів з урахуванням компенсації втрат за цей чинник.

Таблиця 2.6 – Кількість та питома вага працюючих пенсіонерів – лікарів закладів охорони здоров'я системи МОЗ України окремих типів у 2018 р.

Назва	кількість осіб	% до лікарів – фізичних осіб
обласних лікарень	1380	20,0
обласних дитячих лікарень	668	21,1
центральных міських лікарень та міських лікарень	5500	26,0
дитячих міських лікарень	841	23,0
міських поліклінік	1219	28,2
дитячих міських поліклінік	412	28,0
центральных районних лікарень	7790	28,2
районних лікарень	730	28,0
центрів первинної медико-санітарної допомоги	6974	32,2
дільничних лікарень	30	28,0
амбулаторії, сільських лікарських амбулаторії та АЗПСМ	263	21,2
<b>Всього</b>	<b>25807</b>	<b>27,0</b>

Джерело: Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедреєстр МОЗ України»

Окремою проблемою була міграція медичних кадрів, особливо висококваліфікованих. Західноєвропейські країни активно залучали на роботу медиків з інших країн. За останні 30 років у країнах Західної Європи значно зросла чисельність медичних працівників, які отримали освіту за кордоном.

Такі проблеми характерні і для України, особливо щодо зовнішньої міграції кваліфікованих медичних кадрів до країн ЄС, США, Російської Федерації, Білорусі. Це потребує додаткових витрат держави на підготовку відповідних медичних кадрів для компенсації втрат за таке використання кадрового потенціалу.

Така ситуація зумовлена низьким рівнем заробітної плати, відсутністю належних соціально-побутових умов, недосконалою інфраструктурою населених пунктів. Щорічно вибуває понад 6 тис. лікарів за рахунок природної плінності. Тому пріоритетним напрямом розвитку кадрового потенціалу галузі має стати збереження стабільної кадрової ситуації в первинній ланці, особливо у сільській місцевості, з використанням важелів у підготовці лікарських кадрів за цільовим

направленням; віднайдення ресурсів із залученням приватних інвесторів для забезпечення житлом молодих спеціалістів.

Окремо слід подбати про підвищення престижу професії медичного працівника шляхом зростання їх матеріального забезпечення. Незважаючи на це, за 2010–2018 рр. намітилася позитивна динаміка щодо укомплектованості медичним персоналом: укомплектованість лікарями у 2018 р. становила 81,71 % (у 2010 р. – 80,80 %), а дефіцит лікарських кадрів – майже 35,71 тис. осіб (46,90 тис.); укомплектованість СМП – 93,31% (95,20 %), дефіцит середніх медичних кадрів – 23,69 тис. осіб (21,50 тис.).

МОЗ України останніми роками приділяє значну увагу пріоритетному укомплектуванню посад лікарів, які надають ПМСД, зокрема ЛЗП–СЛ. Однак протягом 2010–2018 рр., у зв'язку з поліпшенням тенденцій у Донецькій, Луганській, Львівській областях, укомплектованість ЛЗП–СЛ (за даними статистичних звітів) збільшилась на 0,8 процентні пункти (табл. 2.7).

При цьому критичним є рівень укомплектованості штатних посад лікарів за наступними спеціальностями: лікарі-лаборанти – 28,4 %, лікарі-статистики – 53,0 %, дієтологи – 46,00 %, імунологи – 49 %, бактеріологи – 44,6 %, методисти – 47,4 %, патологоанатоми – 54,5 %, мікробіологи і вірусологи – 54 %, дитяча патологічна анатомія – 49,88, дитяча фтизіатрія – 69,40, дитяча анестезіологія – 68,97, судові психіатри-експерти – 54,7%, лікарі-імунологи – 59,6 %, медицина невідкладних станів – 61,35, психотерапевти – 63,9 %, лікарі функціональної діагностики – 67,8 %, наркологи – 69,5 %, анестезіологи – 73, 6%, серцево-судинні хірурги – 72, 6%, рентгенологи – 73,4 % тощо.

Таблиця 2.7 – Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами у 2010–2018 рр., (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік						
	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017
<b>Україна</b>	<b>73,47</b>	<b>76,46</b>	<b>71,66</b>	<b>71,44</b>	<b>66,27</b>	<b>75,47</b>	<b>74,27</b>
<i>Область</i>							
Вінницька	72,32	77,04	75,18	78,02	77,64	76,00	73,00
Волинська	65,89	71,68	73,94	64,70	76,55	77,00	79,00
Дніпропетровська	68,16	72,0	65,05	65,71	75,31	75,00	74,00
Донецька	66,36	70,21	65,70	68,05	–	63,04	61,00
Житомирська	71,32	76,64	72,53	70,55	73,1	73,1	73,00
Закарпатська	85,14	87,97	93,56	89,40	91,3	92,1	88,00
Запорізька	71,08	77,32	76,21	71,02	74,8	73,00	70,00
Івано-Франківська	69,67	77,21	81,90	95,45	82,23	94,04	95,00
Київська	58,18	70,11	54,10	63,84	69,35	72,00	69,00
Кіровоградська	66,26	70,22	54,81	57,54	53,33	65,01	62,00
Луганська	69,55	70,94	75,64	58,40	62,81	67,00	65,00
Львівська	92,09	93,55	89,25	89,25	28,97	97,00	96,00
Миколаївська	60,00	65,41	48,97	59,21	65,74	64,00	62,00
Одеська	66,01	72,47	65,26	68,58	67,49	69,00	67,00
Полтавська	73,03	75,76	65,19	77,22	72,73	68,00	68,00
Рівненська	64,94	78,90	78,74	67,90	80,37	85,00	84,00
Сумська	70,07	72,93	66,78	69,38	72,30	75,00	75,00
Тернопільська	83,64	86,52	89,20	87,53	81,15	86,00	86,00
Харківська	70,74	71,90	68,77	69,74	71,73	72,00	73,00
Херсонська	58,81	67,68	63,62	53,27	57,14	55,00	54,00
Хмельницька	79,63	86,88	85,90	82,76	81,37	82,00	82,00
Черкаська	74,83	71,27	–	66,20	68,47	67,00	64,00
Чернівецька	79,25	76,23	94,05	86,08	82,1	89,00	91,00
Чернігівська	79,20	80,32	78,44	66,44	62,45	68,00	65,00
м. Київ	76,06	59,87	–	68,50	76,94	78,00	78,00

Джерело: Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедреєстр МОЗ України»

Для характеристики кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я надзвичайно важливими є кваліфікаційні характеристики лікарів системи МОЗ України.

На рівні кваліфікації за атестаційними категоріями в галузі значно вплинули такі групи лікарів: ЛЗПСЛ, терапевти, анестезіологи, неонатологи, педіатри і лікарі медицини невідкладних станів, про що засвідчили такі порівняльні характеристики (табл. 2.8).

Таблиця 2.8. Загальні характеристики рівнів кваліфікації у галузі в цілому порівняно з указаною групою у 2010 р. та 2018 р.

Фахівці	Чисельність лікарів у групі (осіб)		Атестовані на кваліфікаційні категорії у групі (% до загального числа лікарів)	
	2010 р.	2018 р.	2010 р.	2018 р.
Клінічна лабораторна діагностика	3894	3118	90,00	94,00
Лікарі - терапевти	18 883	9221	75,40	91,0
Лікарі - медицини невідкладних станів	5290	4050	79,90	95,00
Лікарі - неонатологи	1734	1457	94,00	94,00
Лікарі - анестезіологи	8106	5562	76,90	97,00
Лікарі - паталогоанатоми	801	694	94,00	92,00
Лікарі - педіатри	12 453	7724	74,60	93,00
ЛЗП-СЛ	8140	14313	60,00	95,00
<b>Усього по галузі</b>	<b>197 065</b>	<b>52167</b>	<b>68,30</b>	<b>94,00</b>

Джерело: Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедреєстр МОЗ України»

Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих і авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності.

Найнижчим є рівень атестації лікарів за наступними спеціальностями: лікарі радіаційної гігієни – 14,3 %, лікарі з комунальної гігієни – 19,4 %, лікарі з гігієни дітей та підлітків – 17,0 %, лікарі-санологи – 23,1 %, лікарі з гігієни харчування – 25,0 %, токсикологи – 47,2 %, лікарі з гігієни праці – 50,0 відсотків.

Треба враховувати, що в Україні рівень атестації медичних кадрів є показником їх кваліфікації. Наведені дані дають можливість говорити про надзвичайно низький рівень кваліфікації в Україні в цілому лікарів санітарно-гігієнічного профілю.

Найпоширенішими проблемами для кадрових ресурсів охорони здоров'я, як в Україні, так і у світі, залишаються:

- дефіцит, дисбаланс і неоптимальна комбінація професійних навичок;
- підвищена мобільність і міграція працівників охорони здоров'я;
- невідповідність цілей стратегій підготовки кадрів і формування політики охорони здоров'я;
- незадовільне робоче середовище;
- недостатня база знань із питань кадрових ресурсів охорони здоров'я і дефіцит фактичних даних для формування політики та прийняття рішень.

Для України основні завдання щодо ефективного використання кадрових ресурсів лежать у площині комплексного підходу до удосконалення й управління галуззю, підготовки і збереження медичних кадрів, оптимізації інфраструктури і ресурсного забезпечення.

Проведений аналіз кадрового забезпечення медичної галузі дає змогу визначити цілі та пріоритети на майбутнє. Необхідно досягти належної ефективності використання наявних ресурсів, їх концентрації на перспективних напрямках, передусім подальшого впровадження ПМСД на засадах ЗПСМ і подальшого розвитку сільської медицини. Слід підвищити професійний рівень медичних працівників шляхом удосконалення післядипломної освіти. Потрібно активізувати профорієнтаційну роботу, на всіх рівнях сприяти відновленню престижу професії медичного працівника та його соціальної захищеності.

З метою вирішення проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні на державному рівні необхідно використовуючи технічні інструменти та керівні принципи, які розроблені та запропоновані ВООЗ, провести комплексну оцінку ситуації в області кадрових ресурсів охорони здоров'я в країні та на її основі розробити та прийняти стратегічний план розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я.

## 2.2 Загальна характеристика підприємства

Комунальне підприємство «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» (КП «ХМЛДЦ»), або Хмельницька міська поліклініка № 1 є лікувально-профілактичним закладі міської комунальної власності.

Хмельницька міська поліклініка № 1 призначена для:

- надання медичної допомоги населенню міста на догоспітальному етапі;
- надання медичної допомоги населенню міста на госпітальному етапі;
- надання медичної допомоги населенню міста при різних видах захворювань та травмах;
- ведення профілактичної роботи.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» заклад було утворено з метою:

- надання багатопрофільної допомоги в районі своєї діяльності;
- проведення широких профілактичних заходів по попередженню зниженню захворюваності;
- диспансеризації населення;
- надання кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги населенню.

Хмельницька міська поліклініка № 1 може використовуватися як база проходження інтернатури випускників медичних ВУЗів та виробничої практики студентів медичного училища. Умови використання медзакладу з цією метою затверджуються наказом управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є юридичною особою. Воно створює структурні підрозділи, згідно діючого законодавства.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» має власне майно, яке відображено на самостійній балансі, має розрахунковий, валютний та інші рахунки в установах банків, штампи, круглу печатку та інші штампи і печатки, які необхідні для виконання завдань, покладених на неї.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» у своїй діяльності керується:

- Конституцією України;
  - Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні»;
  - Основами законодавства України про охорону здоров'я;
  - наказами управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради;
  - рішеннями Хмельницької міської ради;
  - виконавчого комітету Хмельницької міської ради;
  - розпорядженнями міського голови;
- власним статутом.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» має право здійснювати будь-які дії і займатися будь-якою діяльністю, якщо такі дії або така діяльність не заборонені законодавством України, статутом поліклініки.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» має право також здійснювати зовнішньоекономічну діяльність в порядку встановленому діючим законодавством.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» може утворювати філії за погодженням з управлінням охорони здоров'я Хмельницької міської ради.

Філії КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» не є юридичними особами і діють на підставі Положень про них, затверджених управлінням охорони здоров'я Хмельницької міської ради.

Проектна потужність КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» 1200 відвідувань в день.

Юридична адреса: 29013, м. Хмельницький, вул. Подільська, 54.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» надає амбулаторну медичну допомогу населенню, яке проживає на території, закріпленій за нею управлінням охорони здоров'я Хмельницької міської ради.

Крім того, КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» може заключати договори з підприємствами та установами на обслуговування робітників.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» відповідно до покладених на нього завдань:

- надає кваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу населенню міста безпосередньо в поліклініці і на дому;
- здійснює медичний відбір і направляє хворих для санаторно-курортного лікування;
- забезпечує повне і якісне обстеження, встановлює діагноз і організовує своєчасне лікування або направляє хворих при необхідності в інші лікувальні заклади;
- проводить диспансеризацію жителів міста;
- здійснює заходи по профілактиці захворювань;
- забезпечує ведення і передачу обліково-звітної документації у встановленому порядку;
- здійснює експертизу тимчасової непрацездатності, складання трудових рекомендацій для хворих і потерпілих на подальшу їх роботу;
- здійснює заходи по дотриманню санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму;
- організовує роботу щодо санітарно-гігієнічного виховання і пропаганди здорового способу життя;
- надає платні послуги згідно чинного законодавства;
- здійснює медичну практику згідно ліцензії;
- здійснює діяльність з придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, за наявності ліцензії на здійснення відповідних видів діяльності в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

– здійснює види діяльності, для яких необхідне одержання дозволу (ліцензії), після одержання відповідного дозволу (ліцензії) згідно з чинним законодавством України.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» має право:

– співпрацювати з установами та підприємствами України, з іноземними підприємствами незалежно від форм власності;

– укладати угоди з науково-дослідними інститутами, медичними навчальними закладами і спеціалізованими центрами та провідними фахівцями з питань консультативної і лікувально-діагностичної допомоги, підготовки і підвищення кваліфікації фахівців, створення нової медичної апаратури та її виготовлення.

Основними завданнями КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є:

– забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населень міста;

– здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку охорони здоров'я населення, формування здорового способу життя;

– впровадження досягнень науки і техніки передового досвіду;

– організація процесу проходження інтернатури і практики студентами випускниками медичних навчальних закладів;

– впровадження в практику елементів сімейної медицини;

– надання платних послуг згідно чинного законодавства;

– взаємодія з медичними і немедичними закладами і установами при вирішенні питань організації і надання допомоги в т.ч. в надзвичайних ситуаціях;

– інформування управління охорони здоров'я у випадках, за яких це інформування обумовлене чинним законодавством, відповідними директивами та наказами управління охорони здоров'я;

– організація формування, обробки та захисту персональних даних, розпорядником яких є адміністрація поліклініки.

Економічну результативність роботи КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» розглянемо у наступному параграфі дипломоної роботи.

### 2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства

Економічний аналіз діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» розпочнемо з огляду основних техніко-економічних показників його діяльності (табл 2.9).

Таблиця 2.9 – Основні техніко-економічні показники діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Показник	Од.вим.	Рік			Абс.відх.	
		2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Разом доходи	тис.грн	15 457,02	8 871,80	6 425,46	-6 585,22	-2 446,34
Середня кількість працівників	ос.	209	209	207	0	-2
Продуктивність праці персоналу:	тис.грн/ос.	73,96	42,45	31,04	-31,51	-11,41
Фонд заробітної плати штатних працівників	тис.грн	9 716,00	13 526,40	10 950,40	3 810,40	-2 576,00
Середньомісячна заробітна плата працівників	тис.грн/ос.	3,87	5,39	4,41	1,52	-0,98
Разом витрати	тис.грн	15 468,19	8 765,78	6 425,46	-6 702,41	-2 340,32
Витрати на 1 грн. доходу	грн	1,00	0,99	1,00	-0,01	0,01
Чистий прибуток (збиток)	тис.грн	-11,17	106,02	0,00	117,19	-106,02
Рентабельність (збитковість)	%	-0,07	1,21	0,00	1,28	-1,21

Інформація з таблиці 2.9 вказує на те, що результативність КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» протягом 2017-2019

років коливалася: доходи скоротилися з 15 457,02 тис.грн 2017 року, 8 871,80 тис. грн. – 2018 року та 6425,46 2019 року.

Продуктивність праці персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» зменшилася 2018 року на 31,51тис. грн. на одну собу, а 2019 року – на 11,41.

Середньомісячна заробітна плата працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» була досить низькою 2017 року і становила 3,87 тис. грн / ос., через рік значно зросла до 5,39 4,41 тис. грн, але в 2019 році знову зменшилася.

Середня чисельність персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» 2017–2018 років була незмінною, і становила 209 осіб, але вже 2019 року зменшилася на 2 особи.

Фонд заробітної плати штатних працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» в 2018 році зріс на 3 810,40 тис.грн і на 2 576,00 тис. грн скоротився 2019 року.

Витрати КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» КП «ХМЛДЦ» 2018 року зменшилися на 6 702,41 тис. грн, а через рік скоротилася ще на 2 340,32 тис. грн.

Протягом трьох років витрати на 1 грн доходу можна вважати стабільними, адже були на рівні 1,00 на 1,00 грн, тобто підприємство в основному виходило на нульовий щорічний результат.

Чистий збиток КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» 2017 року склав 11,17 тис.грн, чистий прибуток – 106,02 тис. грн. 2018 року та нульовий результат прибутковості 2019 року. Тому рентабельність (збитковість) КП «ХМЛДЦ» 2017 року теж була негативною, 2018 року – позитивною, 2019 року – нульовою.

Динаміка доходів та показників з праці персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» зображені на рис. 2.4 .

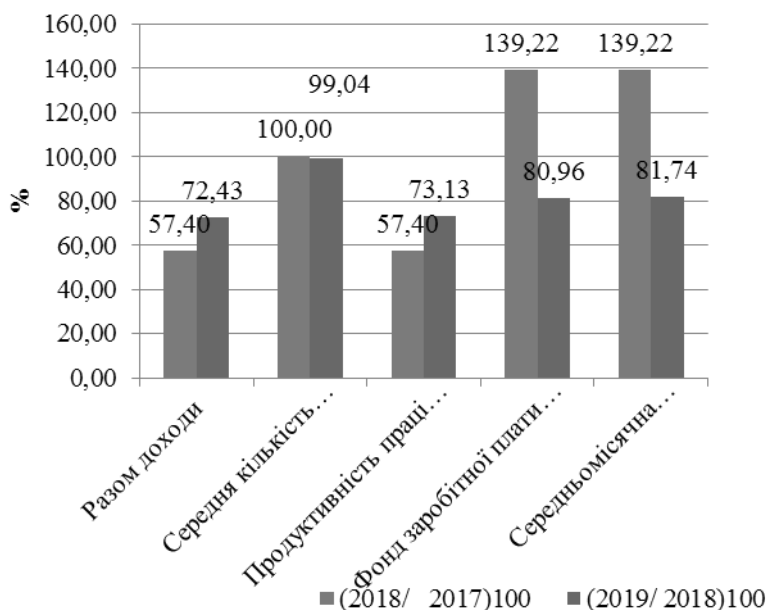
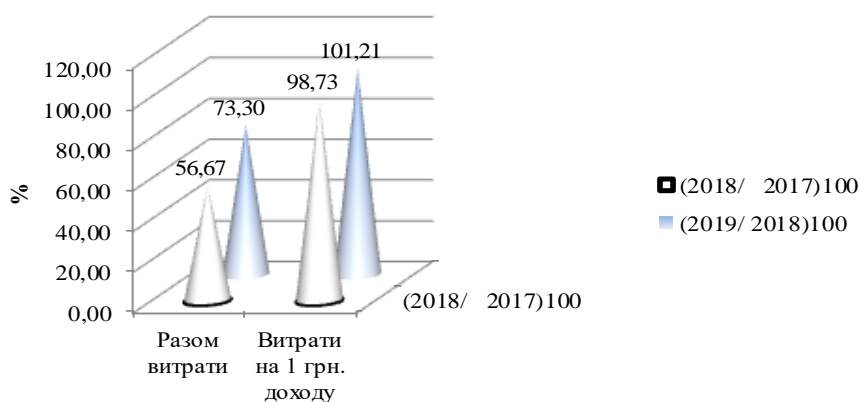


Рисунок 2.4 – Динаміка доходів та показників з праці персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

З рисунку бачимо, що 2019 року КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» працювало найменш ефективно, практично усі показники діяльності цього року продемонстрували низхідну динаміку.

Позитивною для КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» 2019 року була динаміка лише для показників витрат на 1 грн доходу (рис. 2.5).



## Рисунок 2.5 – Динаміка доходу та витрат КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Про матеріально-технічне забезпечення КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» розглянемо у наступному параграфі магістерської роботи.

### **2.3 Аналіз рівня матеріально-технічного забезпечення та структури майна підприємства**

Майно КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» становлять основні фонди та оборотні кошти, а також інші цінності, вартість яких відображається на самостійному балансі поліклініки.

Майно КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є комунальною власністю і закріплюється за нею на праві повного господарського відання.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» володіє, користується та розпоряджається зазначеним майном за згодою власника, вчиняючи щодо нього будь-які дії, які не суперечать чинному законодавству та цьому статуту.

Майно КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» формують:

- надходження з міського бюджету;
- кошти, отримані від установ, організацій та населення від надання платних послуг згідно чинного законодавства;
- кошти, одержанні від здачі в оренду приміщень, обладнання, території;
- добровільні грошові внески;

- кошти, отримані від фізичних і юридичних осіб, як компенсація витрат, на лікування хворих і потерпілих, погіршення здоров'я яких пов'язано з виробництвом, дорожньо-транспортними пригодами, порушенням протиепідемічного режиму та інші кошти, отримання і використання яких на суперечить чинному законодавству України;
- додаткове бюджетне фінансування, що виділяється для ліквідації надзвичайних ситуацій;
- капітальні вкладення та дотації з бюджету.

Збитки КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», завдані поліклініці в результаті порушення її майнових прав громадянами, юридичними особами, державними органами відшкодовуються в судовому порядку.

Ціни (тарифи) на послуги, що надаються КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» встановлюються згідно чинного законодавства України.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є неприбутковою юридичною особою з моменту реєстрації в порядку, визначеному законом, що регулює діяльність відповідної неприбуткової організації.

Доходи (прибутки) КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» використовуються виключно для фінансування видатків на її утримання, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її статутом.

Розподіл отриманих доходів (прибутків) КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» або їх частини забороняється між Засновником та працівниками (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску) та інших пов'язаних з нею осіб.

Вартість необоротних, оборотних активів та власного капіталу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» з 2017 по 2019 року змінювалася порізно (табл. 2.10).

Таблиця 2.10 – Активи та пасиви КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», тис. грн

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Нефінансові активи	10 827,01	10 154,25	9 842,28	-672,76	-311,97
Основні засоби	16 055,17	15 360,19	9 647,94	-694,98	-5 712,24
Запаси	1 075,46	450,88	194,34	-624,58	-256,54
Фінансові активи	278,09	539,66	536,08	261,58	-3,58
Поточна дебіторська заборгованість: за розрахунками з бюджетом	0,00	8,02	0,00	8,02	-8,02
за розрахунками із соціального страхування	0,00	0,00	7,89	0,00	7,89
інша поточна дебіторська заборгованість	0,00	12,72	0,00	12,72	-12,72
Грошові кошти та їх еквіваленти розпорядників бюджетних коштів та державних цільових фондів у національній валюті, у тому числі в:	278,09	518,92	528,19	240,84	9,27
касі	13,95	16,37	0,15	2,42	-16,22
казначействі	264,14	502,56	528,04	238,42	25,49
Власний капітал та фінансовий результат	10 246,25	10 638,51	10 356,70	392,26	-281,81
Внесений капітал	9 751,55	9 876,87	10 446,72	125,32	569,86
Фінансовий результат	494,70	761,64	-90,02	266,94	-851,66
Зобов'язання	858,85	55,40	21,66	-803,45	-33,74

Нефінансові активи КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» протягом 2017–2019 років постійно скорочувалися, що відбувалося за рахунок зменшення вартості основних засобів та запасів.

Фінансові активи КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» 2018 року збільшилися на 261,58 тис. грн, однак через рік вони скоротилися на 3,58 тис. грн.

В період 2017–2019 років за окремими складовими зростала також дебіторська заборгованість, обсяги грошових коштів та внесеного капіталу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Натомість

зобов'язання КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» скоротилися.

Динаміка зміни вартості активів та пасивів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» представлена на рис. 2.6.

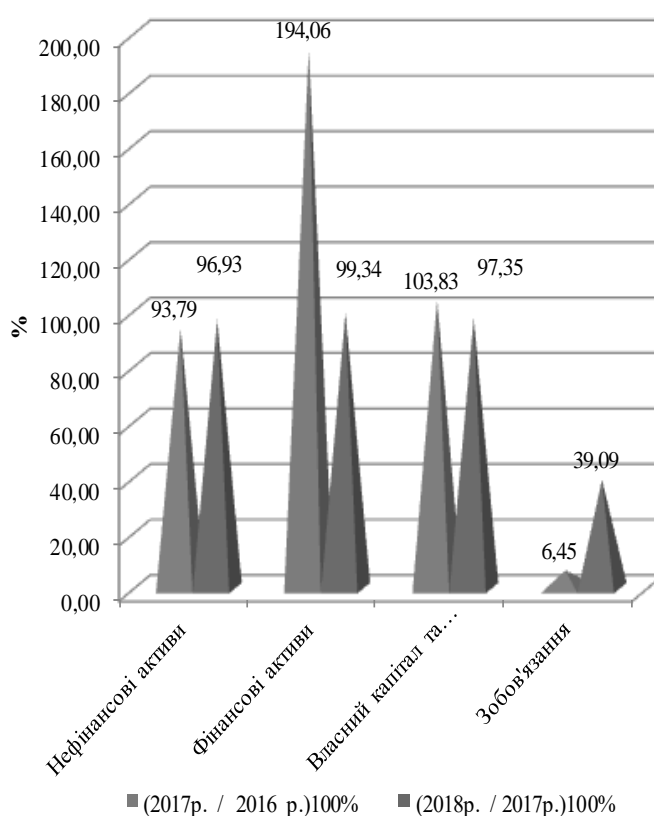


Рисунок 2.6 – Динаміки зміни вартості активів та пасивів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Активи та пасиви КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» протягом 2018 року показали загальну низхідну динаміку. Через рік тенденція до зменшення зберіглася для зобов'язань та не фінансових активів. Фінансові активи 2019 роу зросли на 94,06 %, Власний капітал збільшився на 3,83 відсотка.

Матеріально-технічне забезпечення КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» здійснюється, виходячи з необхідності його

ефективної та ритмічної роботи, економічного використання матеріальних ресурсів.

Оперативну діяльність КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» щодо матеріально-технічного забезпечення служб і підрозділів підприємство виконує шляхом:

- придбання нового високоефективного обладнання, інструментарію, що забезпечує більш якісне і ефективне надання медичної допомоги населенню;
- утримання автотранспорту для виконання певних робіт.

До складу матеріальних і прирівняних до них витрат КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» відносяться:

- кошти на оплату праці (крім всіх видів премій);
- канцелярські і господарські витрати;
- службові відрядження та учбові витрати;
- видатки на медикаменти та перев'язувальні засоби;
- придбання м'якого інвентарю;
- проведення ремонтних робіт.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» встановлює ліміти витрат ресурсів за умови дотримання мінімальних нормативів в межах затвердженого кошторису.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» здійснює оперативний, статистичний та бухгалтерський облік результатів своєї роботи, веде статистичну звітність відповідно до встановленого чинним законодавством порядку.

Первинний, оперативний, поточний облік та звітність в КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» проводиться в суворій відповідності до затверджених облікових та звітних форм.

Відомості не передбачені державною статистичною звітністю, можуть надаватись КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» на договірній основі.

Щодо необоротних активів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» слід зазначити, що вони протягом трьох розрахункових років постійно зменшувалися, що відбувалося переважно за рахунок скорочення вартості основних засобів (табл. 2.11).

Таблиця 2.11 – Аналіз матеріально-технічної бази КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», тис. грн

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Разом доходи	15457,02	8871,80	6425,46	-6585,22	-2446,34	57,40	72,43
Середня кількість працівників	209	209	207	0	-2	100,00	99,04
Основні фонди, всього	9644,78	9647,94	9647,94	3,16	0,00	100,03	100,00
Первісна вартість	15360,19	15820,54	15820,54	460,35	0,00	103,00	100,00
Знос	5715,41	6172,60	6172,60	457,19	0,00	108,00	100,00
Фондоозброєність	46,15	46,16	46,61	0,02	0,45	100,03	100,97
Фондовіддача	1,60	0,92	0,67	-0,68	-0,25	57,38	72,43
Ступінь зношеності основних засобів, %	37,21	39,02	39,02	1,81	0,00	104,86	100,00

Величина основних фондів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» протягом 2017–2019 років практично не змінювалася. В 2018 році зросла на 3 % зросла їх первісна вартість, але на 8 % збільшився знос. Тому фондоозброєність з 2017 по 2019 рік майже не змінювалася, а фондівіддача суттєво скоротилася.

Структуру основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» можна проаналізувати з таблиці 2.12.

Таблиця 2.12 – Структура основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Показник	Рік		Абс.відх. 2018- 2017	Темп росту, % (2018/2017)100
	2017	2018		
Земельні ділянки	1 691,626	1 691,626	0	100
Будинки, споруди, передавальні пристрої	4 221,30	4 168,03	-53,26	98,74
Машини та обладнання	3 194,22	3 130,06	-64,16	97,99
Інструменти, прилади, інвентар (меблі)	160,42	157,59	-2,83	98,24
Тварини та багаторічні насадження	3,36	3,36	0,00	100,00
Малоцінні необоротні матеріальні активи	350,39	475,64	125,25	135,75
Білизна, постільні речі, одяг та взуття	23,48	21,65	-1,84	92,18
Разом	9 644,78	9 647,94	3,16	100,03

Майже усі складові основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» з 2017 по 2018 роки зазнали скорочення вартості.

Збільшилася вартість лише малоцінних необоротних матеріальних активів. Вартість земельних ділянок, тварин та багаторічних насаджень не змінилася. Тому, загальна величина основних засобів теж майже не змінилася.

Структура основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» представлено на рисунку 2.7.

Динаміка складових структурних елементів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» зображено на рис. 2.8.

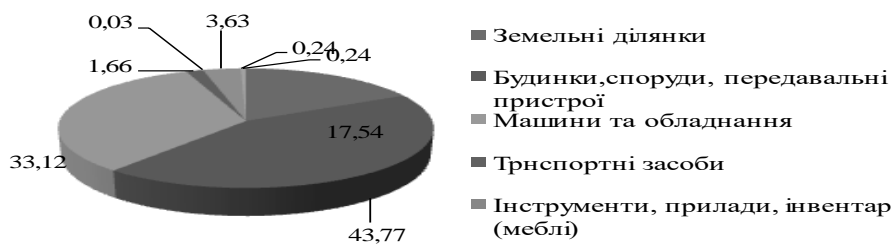


Рисунок 2.7 – Структура основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» 2017 року

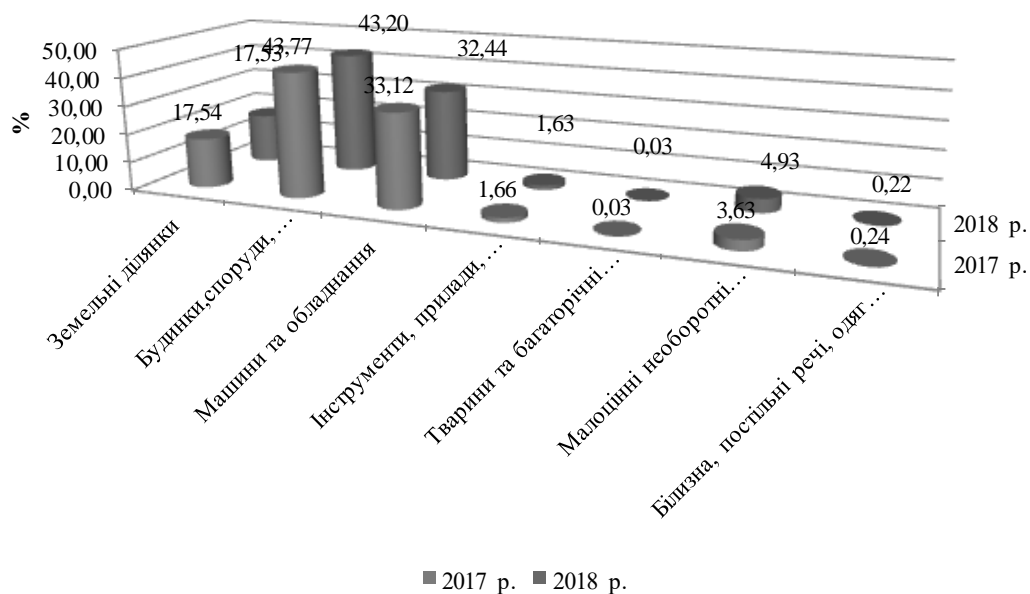


Рисунок 2.8 – Динаміка структури основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Як бачимо з рисунку, в структурі основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» 2017 року найбільша частка будинків, споруд та передавальних пристроїв, хоч вона й зменшилася на 0,57 % у 2018 році.

Значною також є частка машин та обладнання у структурі основних засобів Структура основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» 2017 року, але вона теж зменшується до 2018 року.

Близько 18 % у структурі основних засобів займають земельні ділянки. Питома вага інших структурних одиниць не перевищує 5 відсотків.

Про фінансові результати Структура основних засобів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» слід зазначити, що через реорганізацію підприємства 2018 року порядок ведення його звітності дещо змінювався протягом 2017–2019 років, тому порівнювати показники різних років дуже важко і не завжди припустимо.

Доходи та витрати КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» з 2017 року скорочувалися паралельно (табл. 2.13).

Таблиця 2.13 – Фінансові результати КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Усього доходів від обмінних операцій	15 442,29	8 858,06	6 396,63	-6 584,24	-2 461,42
Усього доходів від необмінних операцій	14,73	13,74	28,83	-0,98	15,08
Усього доходів	15 457,02	8 871,80	6 425,46	-6 585,22	-2 446,34
Усього витрат за обмінними операціями	15 442,24	7 945,94	5 540,53	-7 496,30	-2 405,41
Усього витрат за необмінними операціями	25,95	819,84	884,93	793,89	65,09
Усього витрат	15 468,19	8 765,78	6 425,46	-6 702,41	-2 340,32
Профіцит/дефіцит за звітний період	-11,17	106,02	0,00	117,19	-106,02

Це мало свій вплив на результативність діяльності підприємства, тому 2017 року у КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» дефіцит склав 11,17 тис.грн.

В структурі елементів витрат за обмінними операціями КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» значна питома вага належить заробітній платі та матеріальним витратам (табл. 2.14).

Таблиця 2.14 – Елементи витрат за обмінними операціями КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Витрати на оплату праці	9 815,42	5 093,47	3 895,33	-4 721,95	-1 198,14
Відрахування на соціальні заходи	1 963,35	1 037,26	789,53	-926,09	-247,73
Матеріальні витрати	3 189,83	1 762,56	842,88	-1 427,27	-919,68
Амортизація	196,33	52,66	0,00	-143,68	-52,66
Інші витрати	277,31	0,00	12,79	-277,31	12,79
Усього	15 442,24	7 945,94	5 540,53	-7 496,30	-2 405,41

Елементи витрат за обмінними операціями КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» протягом 2017–2019 років скорочувалася більшою чи меншою мірою.

Структура елементів операційних витрат КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» зображена на рисунку 2.9.

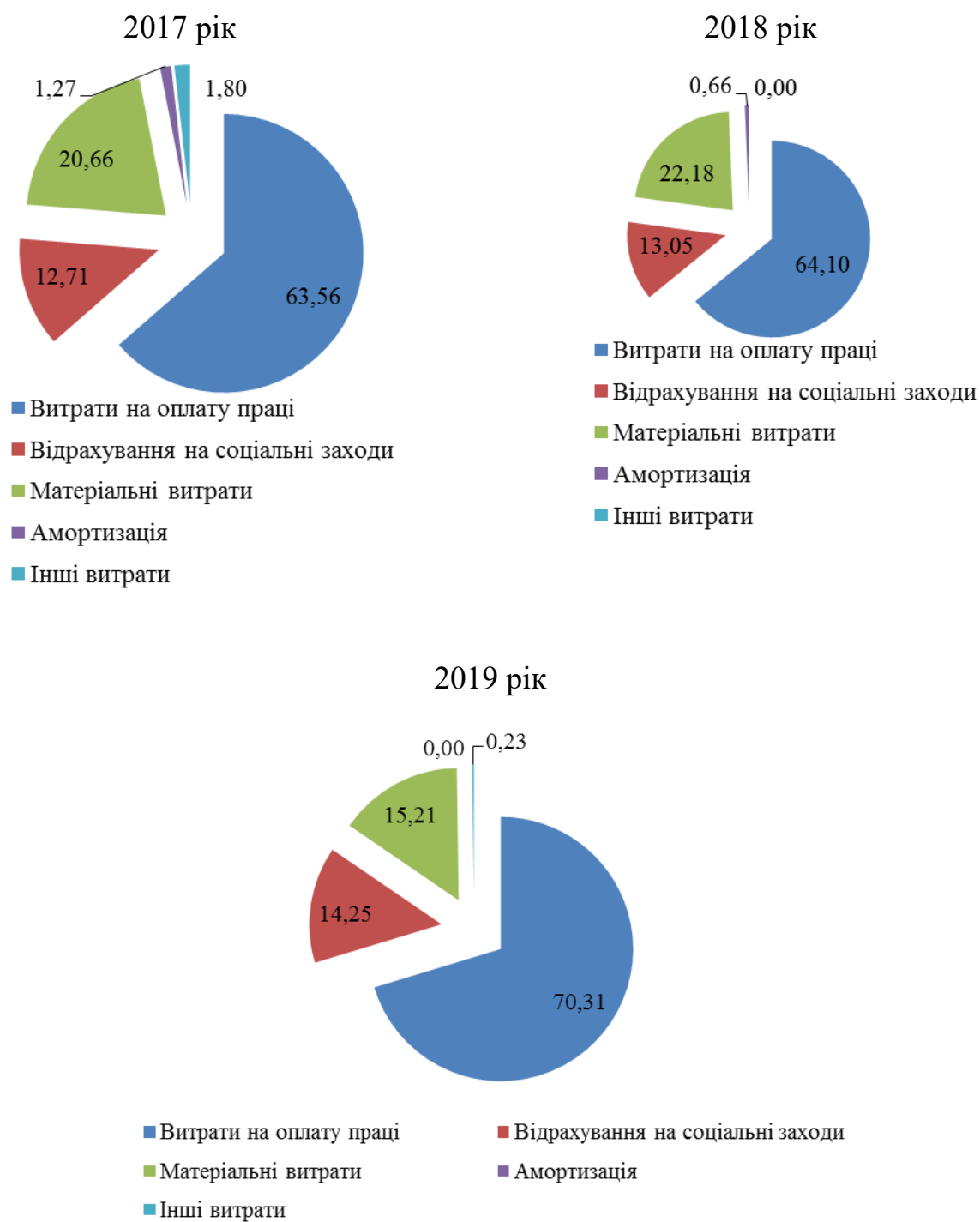


Рисунок 2.9 – Структура елементів операційних витрат КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Дані рисунку 2.9 вказують на те, що частка витрат на зарплату 2017 року КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» становила 63,56 %, а 2019 року вона вже збільшилася до 70,31 відсотка.

Динаміка елементів витрат за обмінними операціями КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» представлена на рис. 2.10.

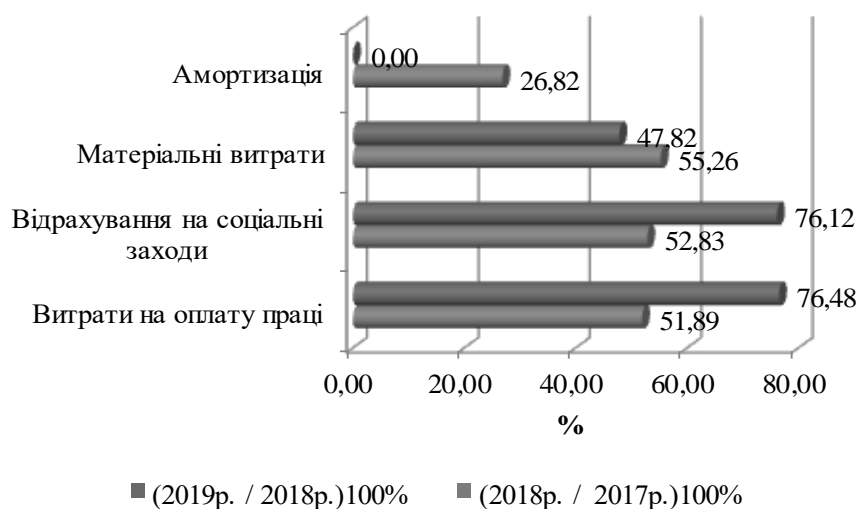


Рисунок 2.10 – Динаміка елементів витрат за обмінними операціями КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

З рисунку видно, що 2018 року скорочення величини елементів за усіма статтями КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» склало від 75 до 45 відсотків.

## **2.4 Аналіз системи управління персоналом КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»**

Організаційно-функціональна структура КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» формується відповідно до чисельності та вікової структури населення закріпленого за поліклінікою.

Трудовий колектив КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» становлять усі працівники, які своєю працею беруть участь в її діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди), а також інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з підприємством.

Трудовий колектив виконує свої обов'язки відповідно до функціональних обов'язків, які розробляються і вдосконалюються адміністрацією КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» і затверджуються головним лікарем.

Робота персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» регулюється згідно правил внутрішнього трудового розпорядку та колективного договору.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» очолює головний лікар, який відповідає встановленим державою кваліфікаційним вимогам. Він призначається і звільняється міським головою.

Керівник КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» керує її діяльністю, вирішує усі питання, що входять в його компетенцію, а також:

- формує структуру, штатний розпис і кошторис в межах діяльності та фонду оплати праці, а також затверджує Положення про структурні підрозділи;
- видає накази в межах своєї компетенції, організує і контролює їх виконання;
- планує і розподіляє видаткову частину єдиного кошторису доходів та видатків здійснюється на підставі лімітної довідки про асигнування, наданої

управлінням охорони здоров'я Хмельницької міської ради у визначений термін після затвердження бюджету;

- є розпорядником коштів в межах затвердженого кошторису;
- вирішує питання прийому та звільнення з роботи працівників згідно з чинним законодавством;
- визначає потребу, формує та надає замовлення на кадри для свого закладу в управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради;
- виступає від імені поліклініки, представляє її інтереси в межах наданих повноважень, розпоряджається майном зі згоди власника, укладає договори, видає доручення, відкриває розрахункові рахунки, має право першого підпису на юридичних, фінансових документах.

Головний лікар КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» несе персональну відповідальність за всі види діяльності поліклініки та за виконання покладених на нього функцій, встановлює ступінь відповідальності своїх заступників та керівників структурних підрозділів за керівництво ними окремими ділянками їх діяльності, а також за роботу всіх інших служб та підрозділів.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» встановлює системи та розміри оплати праці, використовуючи державні тарифні ставки, встановлює посадові оклади згідно діючих галузевих інструкцій з оплати праці, відповідних наказів вищестоящих організацій.

За потреби КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» має право:

- запрошувати консультантів із числа висококваліфікованих спеціалістів;
- приймати на роботу по трудовій угоді спеціалістів на час виконання певних робіт.

У своїй діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» підзвітне управлінню охорони здоров'я Хмельницької міської ради, органам, які надали ліцензії на проведення окремих видів послуг.

Службові особи КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» за недостовірність державної звітності несуть відповідальність встановлену чинним законодавством України.

Основні показники з праці персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» за 2017–2019 роки представлені в (табл. 2.15).

Таблиця 2.15 – Кількість штатних працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» за четвертий квартал звітних років, осіб

Показник	Рік			Абс.відх.		Відносне відх., %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/ 2017)100	(2019/ 2018)100
Облікова кількість штатних працівників на кінець звітнього періоду, у т.ч.:	209	209	207	0	-2	100,00	99,04
чоловіки	39	36	34	-3	-2	92,31	94,44
жінки	170	173	173	3	0	101,76	100,00
Кількість прийнятих штатних працівників, у т.ч.:	8	6	4	-2	-2	75,00	66,67
чоловіки	1	1	0	0	-1	100,00	0,00
жінки	7	5	4	-2	-1	71,43	80,00
Кількість звільнених штатних працівників, у т.ч.:	12	3	6	-9	3	25,00	200,00
чоловіки	2	1	2	-1	1		200,00
жінки	10	2	4	-8	2	20,00	200,00
Коефіцієнт обороту з прийому, %	3,83	2,87	1,93	-0,96	-0,94	75,00	67,31
Коефіцієнт обороту з звільнення, %	5,74	1,44	2,90	-4,31	1,46	25,00	201,93
Коефіцієнт плинності, %	5,74	1,44	2,90	-4,31	1,46	25,00	201,93

Облікова кількість штатних працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» на кінець четвертого кварталу 2017 року становила 209 осіб.

Через рік у цей період на КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» працювало теж 209 осіб, 2019 року чисельність працівників

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» скоротилася до 207 осіб.

Варто зазначити, що найбільше зменшення штату персоналу протягом 2017–2019 років відбувалося за рахунок чоловіків, однак частка жінок у структурі персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є переважаючою.

Прийнятих на КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» штатних працівників підприємства на кінець четвертого кварталу 2018 року стало менше на 2 особи, до кінця четвертого кварталу 2019 року – теж на 2 особи.

Кількість звільнених штатних працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» була найбільшою 2017 року. До кінця 2018 року було звільнено 12 осіб, 2018 року – 3 особи, 2019 року – 6 осіб.

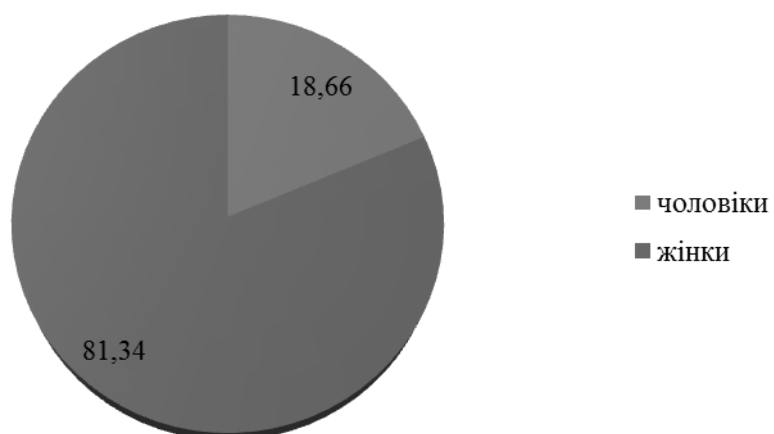
Коливання спостерігалися протягом 2017–2019 років також у структурі персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» (рис. 2.11).

В 2017 році кількість жінок у загальній чисельності персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» становила 81,34 %, чоловіків було 18,667 % відповідно.

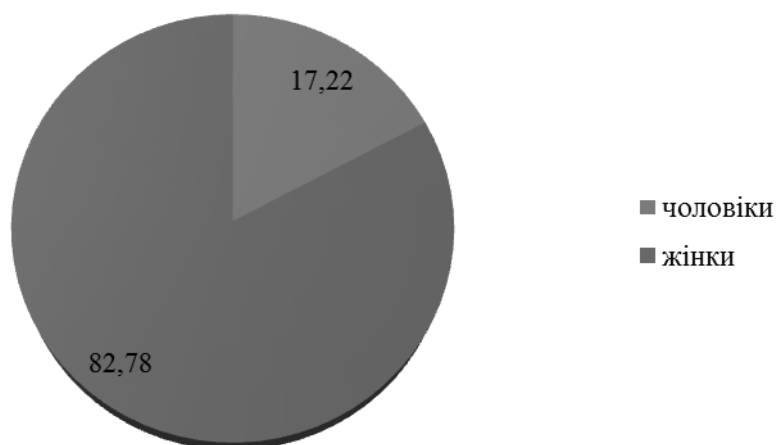
В 2018 році жінок на підприємстві стало більше – 82,78 %, чоловіків зменшилося до 17,22 % осіб.

Через рік жінок знову стало трохи більше, їх чисельність серед працівників збільшилася майже на 1 %, а кількість чоловіків серед персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» зменшилася до 16,43 відсотків.

2017 рік



2018 рік



2019 рік

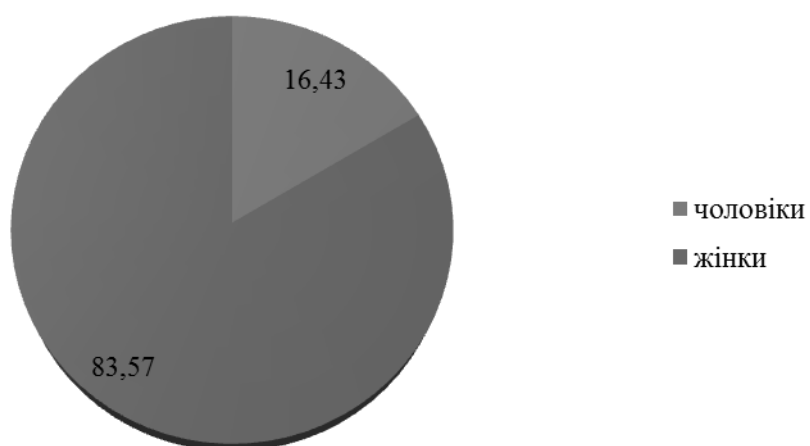


Рисунок 2.11 – Статова структура персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Що стосується динаміки руху кадрів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» в період з 2017 по 2019 рік з рисунку 2.12 бачимо, що приріст звільнених працівників значно перевищує кількість прийнятих в 2019 році, і набуває висхідного вигляду для обох показників 2018 року.

Враховуючи динаміку усіх показників протягом 2017–2019 років облікова кількість штатних працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» на кінець звітного періоду зменшилася на 0,96 відсотків.



Рисунок 2.12 –Динаміка руху кадрів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Динаміка основних показників-коефіцієнтів з руху кадрів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» засвідчує попередні висновки (рис. 2.13).

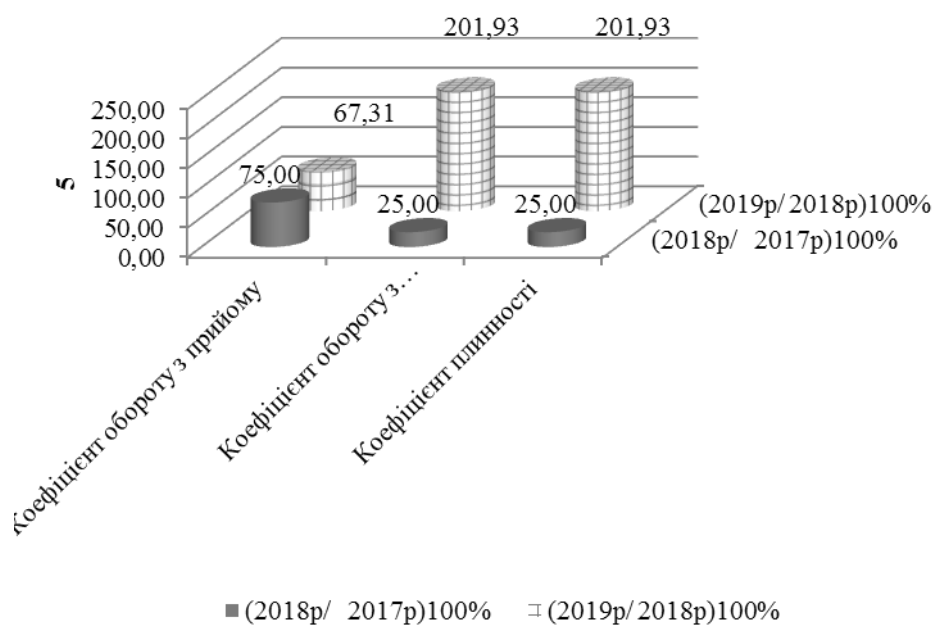


Рисунок 2.13 – Динаміка коефіцієнтів з руху кадрів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Найшвидше протягом 2017-2018 років зростає коефіцієнт обороту зі звільнення та коефіцієнт плинності кадрів (201,93 %). В 2018 році порівняно з 2017 роком зменшення зазнають усі показники руху кадрів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Щодо фонду оплати праці штатних працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» протягом 2017–2019 років наявне коливання його розмірів, що спостерігається для переважної кількості усіх результируючих показників підприємства (табл. 2.16).

Таблиця 2.16 – Склад фонду оплати праці штатних працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Показник	Рік			Абс.відх.		Відносне відх, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/ 2017)100	(2019/ 2018)100
Облікова кількість штатних працівників на кінець звітнього періоду	209	209	207	0	-2	100,00	99,04
Фонд оплати праці штатних працівників, усього	9 716,00	13 526,40	10 950,40	3810,40	-2576,00	139,22	80,96
Фонд основної заробітної плати	5 938,00	6 360,00	7 068,00	422,00	708,00	107,11	111,13
Фонд додаткової заробітної плати	2 825,60	3 776,40	3 790,00	950,80	13,60	133,65	100,36
Заохочувальні та компенсаційні виплати	964,40	3 390,00	92,40	2425,60	-3297,60	351,51	2,73

Аналіз результативності діяльності персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» розпочнемо з огляду виявленої лікарями захворюваність населення протягом 2017–2019 років, що зростала практично за усіма хворобами (табл. 2.17).

Висхідною є тенденція щодо збільшення виявлених новоутворень, зростання кількості хвороб системи кровообігу (на 20 в 2019 році при зменшенні їх на 426 – 2018 року), органів травлення, кишечника та очеревини.

Зокрема в 2018 році було зафіксовано скорочення захворюваності щодо усіх хвороб, крім виявлення новоутворень, 2019 рік ознаменувався негативними тенденціями відносно переважної більшості хвороб (рис.2.14).

Таблиця 2.17 – Рівень захворюваності населення контингенту обслуговування КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Найменування класів та окремих хвороб	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Усі хвороби:					
дорослі (18р. і старші)	1489	845	984	-644	139
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	780	439	385	-341	-54
у тому числі деякі інфекційні та паразитарні хвороби					
дорослі (18р. і старші)	14	5	7	-9	2
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	10	3	4	-7	1
Новоутворення					
дорослі (18р. і старші)	171	306	466	135	160
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	77	204	358	127	154
з них доброякісні новоутворення шкіри					
дорослі (18р. і старші)	86	44	42	-42	-2
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	38	15	23	-23	8
молочної залози					
дорослі (18р. і старші)	4	1	1	-3	0
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	3	0	1	-3	1
Хвороби системи кровообігу					
дорослі (18р. і старші)	694	268	288	-426	20
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	382	138	135	-244	-3
атеросклероз					
дорослі (18р. і старші)	75	30	28	-45	-2
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	61	24	21	-37	-3
флебіт, тромбо-флебіт, арикозне розширення вен					
дорослі (18р. і старші)	256	110	71	-146	-39
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	150	63	43	-87	-20
Хвороби органів травлення					
дорослі (18р. і старші)	212	96	107	-116	11
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	123	36	50	-87	14
дорослі (18р. і старші)	3	2	1	-1	-1
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	0	0	0	0	0
неспецифічний виразковий коліт					
дорослі (18р. і старші)	3	1	1	-2	0
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	2	0	0	-2	0
інші хвороби кишечника та очеревини					
дорослі (18р. і старші)	51	23	51	-28	28
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	15	4	13	-11	9
жовчнокам'яна хвороба					
дорослі (18р. і старші)	39	14	15	-25	1
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	27	9	12	-18	3
хвороби підшлункової залози					
дорослі (18р. і старші)	6	2	3	-4	1
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	5	0	1	-5	1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини					
дорослі (18р. і старші)	303	133	94	-170	-39
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	130	44	27	-86	-17
з них інфекції шкіри та підшкірної клітковини					
дорослі (18р. і старші)	120	73	47	-47	-26
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	41	31	14	-10	-17
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини					
дорослі (18р. і старші)	44	15	10	-29	-5
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	30	3	4	-27	1
Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення					
дорослі (18р. і старші)	8	1	1	-7	0
з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	2	1	0	-1	-1
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин					
дорослі (18р. і старші)	38	20	11	-18	-9

з них чол. - 60р. та старші, жінки - 55р. та старші	22	9	3	-13	-6
---	----	---	---	-----	----

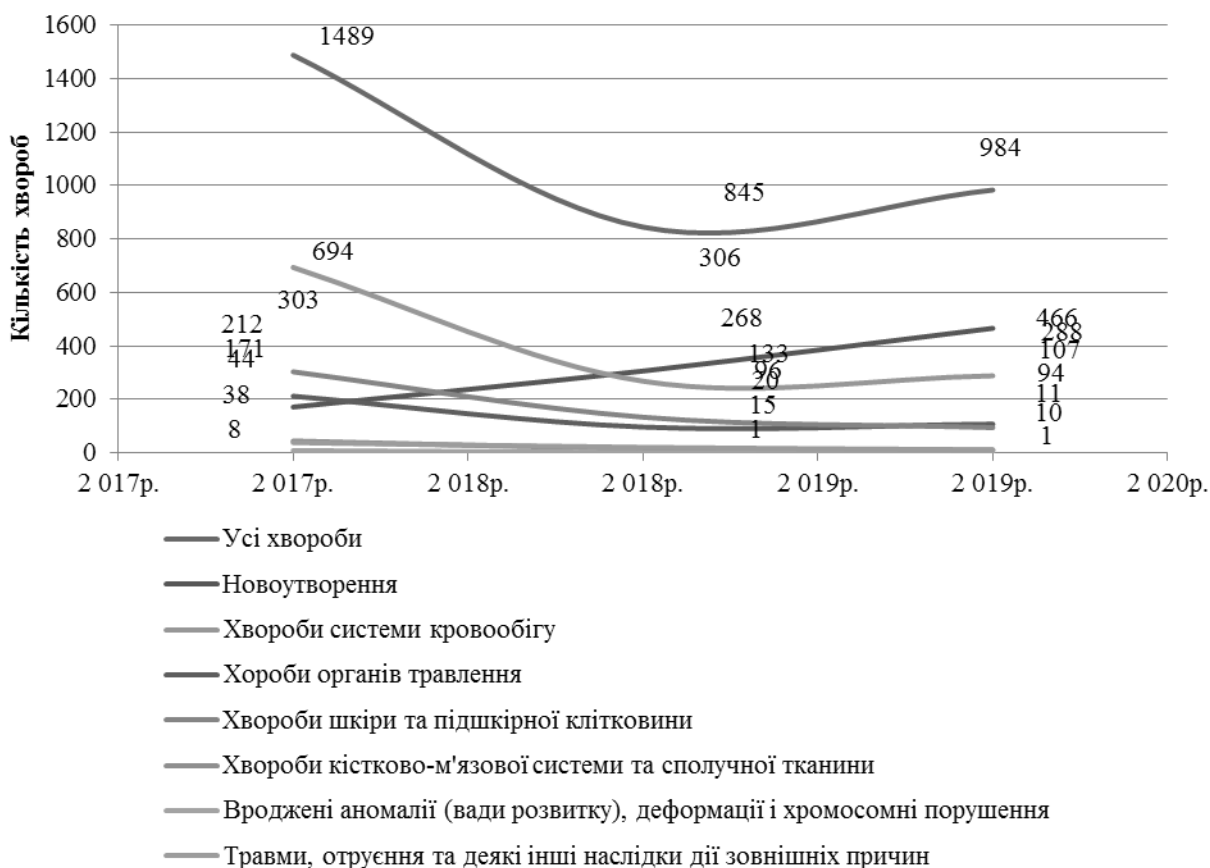


Рисунок 2.14 – Абсолютна величина кількості хвороб населення контингенту обслуговування КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

З рисунку 2.14 можна зробити висновки щодо значних темпів виявлення новоутворень, якщо 2017 року їх було 171, то 2019 року вже 466.

Динаміки захворюваності населення контингенту обслуговування, на жаль, є висхідною 2019 року практично за уіма найвагомими складовими.

Хоча 2018 року спостерігається найбільше скорочення щодо практично усіх хвороб, однак досить негативні результати захворюваності населення засвідчують існуючу негативну тенденцію. Очевидною є проблема з профілактикою та ранньою діагностикою перелічених хвороб (рис. 2.15).

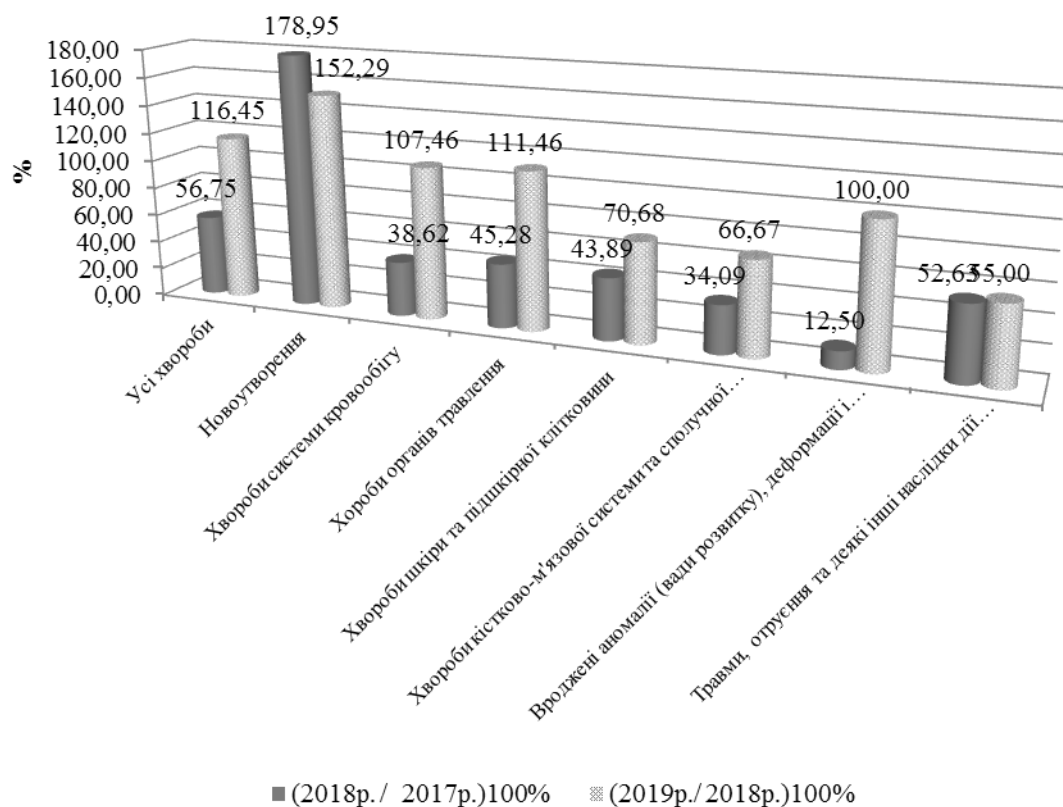


Рисунок 2.15 – Динаміка захворюваності населення контингенту обслуговування КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Важливо також проаналізувати активність відвідування населенням контингенту обслуговування за окремими фахівцями поліклініки. За результатами такого аналізу можна зробити висновок про значне скорочення візитів пацієнтів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» у цілому та за різними причинами (табл. 2.18).

Таблиця 2.18 – Відвідування хірурга населенням контингенту обслуговування КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Всього прийнято хворих	6 768	3 185	2 414	-3 583	-771	47,06	75,79
із них по захворюванню	5 171	2 452	1 880	-2 719	-572	47,42	76,67
Профілактичні огляди	1 597	733	534	-864	-199	45,90	72,85

Приблизно на 50,0 % менше хірург КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» оглянув 2018 року усіх пацієнтів, а також з причини захворюваності та профілактики. В 2019 році негативна тенденція все ще зберіглася, хоча й динаміка трохи сповільнилася.

Натомість відвідування онколога населенням контингенту обслуговування КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» протягом 2017–2019 років зросло на 236 % на початку періоду та на 54 % – вкінці (табл. 2.19).

Таблиця 2.19 – Відвідування онколога населенням контингенту обслуговування КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп росту, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Всього прийнято хворих	251	844	1300	593	456	336,25	154,03
із них по захворюванню	251	844	1300	593	456	336,25	154,03

З метою узагальнення попередньо викладеної інформації та для визначення стратегічних цілей організації нами був проведений SWOT-аналіз, результати якого представлено на рисунку 2.16.

Таким чином, можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо розмірів та коливання практично усіх результуючих показників діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» змешувалися, практично паралельно з витратами закладу. Витрати хоч і зменшувалися але недостатньо, рентабельність закладу є досить низькою, персонал підприємства зменшився лише на 2 особи, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу теж скоротилися.

<b>Сильні сторони</b>	<b>Слабкі сторони</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- вигідне географічне розташування</li> <li>- наявність зручної транспортної інфраструктури та зв'язку</li> <li>- покриття території мобільним та інтернет зв'язком кількох операторів, в наявності 4 точки бездротового wi-fi доступу до мережі інтернет для відвідувачів та пацієнтів</li> <li>- наявність внутрішньої комп'ютерної мережі між робочими місцями</li> <li>- високопрофесійний персонал</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- легковажне ставлення населення до свого здоров'я</li> <li>- низький освітній та санітарний рівень населення</li> <li>- недовірливе ставлення до медичних працівників</li> <li>- розповсюдження пияцтва та алкоголізму, наркоманії</li> <li>- існуюча система охорони здоров'я не забезпечує надання достатньо якісної медичної допомоги населенню</li> <li>- недостатня забезпеченість медичними кадрами (лікарі)</li> <li>- досить швидке зростання діагностованих онкохворих</li> <li>- недостатність діагностичного обладнання, функціональних ліжок тощо</li> </ul>
<b>Можливості</b>	<b>Загрози</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- участь у проектах та грандах</li> <li>- залучення фахівців з інших закладів охорони здоров'я;</li> <li>- співпраця з проектами міжнародної технологічної допомоги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- несистемна реформа в охороні здоров'я</li> <li>- низький рівень оплати праці медичних працівників</li> <li>- низький рівень медикаментозного забезпечення, відсутність сучасного медичного обладнання та методів клінічного діагностування</li> </ul>

Рисунок 2.16 – SWOT-аналіз КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Отже, подальшими перспективами розвитку КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» з метою забезпечення удосконалення системи управління персоналом підприємства можуть слугувати заходи, щодо забезпечення високого рівня якості та доступності медичних послуг; підвищення рівня задоволення пацієнтів; покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу; оптимізація діяльності лікарні тощо.

## Висновки розділу 2

Для України основні завдання щодо ефективного використання кадрових ресурсів лежать у площині комплексного підходу до удосконалення й управління галуззю, підготовки і збереження медичних кадрів, оптимізації інфраструктури і ресурсного забезпечення.

Проведений аналіз кадрового забезпечення медичної галузі дає змогу визначити цілі та пріоритети на майбутнє. Необхідно досягти належної ефективності використання наявних ресурсів, їх концентрації на перспективних напрямках, передусім подальшого впровадження ПМСД на засадах ЗПСМ і подальшого розвитку сільської медицини. Слід підвищити професійний рівень медичних працівників шляхом удосконалення післядипломної освіти. Потрібно активізувати профорієнтаційну роботу, на всіх рівнях сприяти відновленню престижу професії медичного працівника та його соціальної захищеності.

З метою вирішення проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні на державному рівні необхідно використовуючи технічні інструменти та керівні принципи, які розроблені та запропоновані ВООЗ, провести комплексну оцінку ситуації в області кадрових ресурсів охорони здоров'я в країні та на її основі розробити та прийняти стратегічний план розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я.

За результатами аналітичного огляду показників діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо розмірів та коливання практично їх усіх. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» зменшувалися, практично паралельно з витратами закладу. Витрати хоч і зменшувалися але недостатньо, рентабельність закладу є досить низькою, персонал підприємства зменшився лише на 2 особи, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу теж скоротилися. Тому подальшими

перспективами розвитку КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» з метою забезпечення удосконалення системи управління персоналом підприємства можуть слугувати заходи, щодо забезпечення високого рівня якості та доступності медичних послуг; підвищення рівня задоволення пацієнтів; покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу; оптимізація діяльності лікарні тощо.

### **3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»**

#### **3.1 Прикладні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я**

Майже кожного дня в будь-якій організації відбуваються зміни, що пов'язані з професійним життям працівників, тому керівникам і менеджерам, щоб утримати на ринку своє підприємство на високому конкурентоспроможному рівні, необхідно приймати виважені управлінські рішення. Процес прийняття управлінського рішення у вітчизняних закладах охорони здоров'я стає все більш ускладненим з огляду на наростання різноспрямованості аспектів, які визначають ефективність подальшої реалізації таких рішень у сучасних умовах. Реформування вітчизняної медицини, обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, поширення прогресивних методик лікування та діагностування, зростання захворюваності населення та підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг – чинники, які формують нові виклики до всіх учасників взаємовідносин у медичній галузі.

Спектр управлінських рішень у закладах охорони здоров'я представлений на (рис. 3.1).

Плани просуваються вверх-вниз до того часу, допоки всі учасники не дійдуть згоди. Варто враховувати, що кінцеве рішення має відповідати загальній місії, стратегії організації, завданням, пріоритетам і прийматися в контексті наявних у медичному закладі фінансових ресурсів.

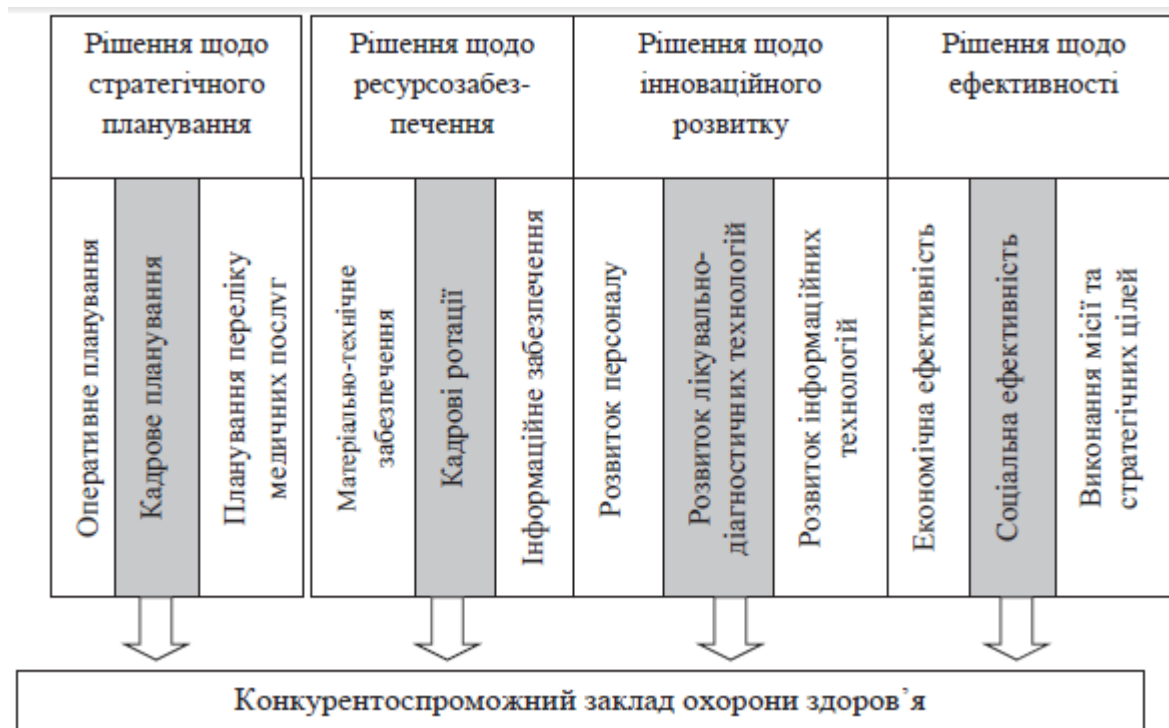


Рисунок 3.1 – Класифікація стратегій організації

Усі управлінські рішення мають відповідати таким вимогам:

- бути конкретизованими кількісно: результат кожного управлінського рішення має вимірюватися кількісним показником, досягнення якого буде прийматися як факт виконання;
- характеризуватися терміном виконання;
- бути досяжним: в організації достатньо ресурсів і можливостей для його виконання чи запропоновано план із залучення таких ресурсів чи набуття необхідних можливостей;
- закріплено відповідальну особу за виконання такого рішення.

Прийняття управлінських рішень у закладах охорони здоров'я стосується таких сфер менеджменту:

- планування (організаційне, операційне, фінансове, кадрове, планування розширення/скорочення переліку медичних послуг);
- фінансовий контролінг і управління оплатою праці;
- розподіл ресурсів і кадрові ротації;

- розвиток ресурсів, зокрема використання прогресивних інформаційних технологій, упровадження технологічних інновацій, підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- загальна ефективність – підвищення ефективності й продуктивності медичного закладу.

Узагальнено схему прийняття управлінського рішення можна представити так (рис. 3.2).

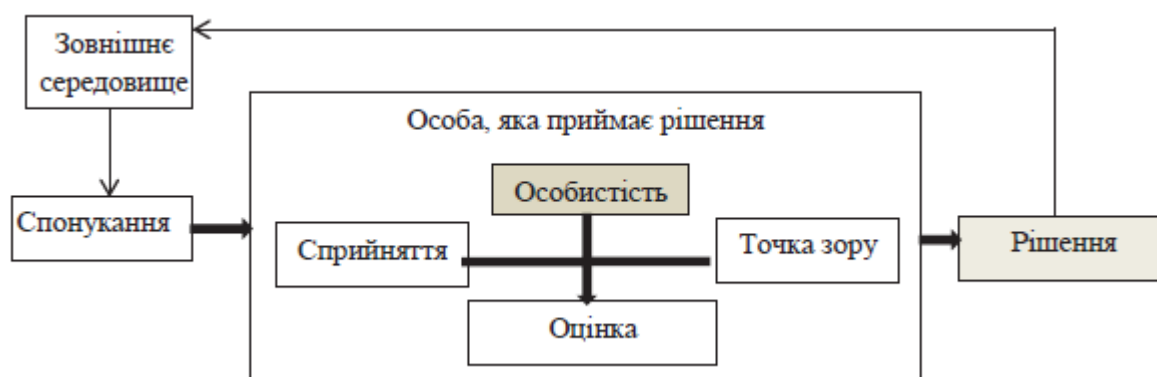


Рисунок 3.2 – Схема ухвалення управлінського рішення

Охарактеризуємо основні складники процесу ухвалення управлінського рішення. Рішення залежить від особистості, яка його ухвалює. Це найбільш суб'єктивний складник, оскільки характеристики особистості є індивідуальними, залежать як від особистісних рис, так і професійних компетентностей менеджера. Організація і вибір стратегії можуть впливати на процес формування професійних компетентностей менеджера, водночас характеристики його особистісних рис є частково спадковими, частково набутими під впливом життєвого досвіду, і часто поза межами організації.

Залежно від позиції на ринку (позиція лідера на ринку, позиція організації, яка кидає виклик ринковому оточенню, позиція послідовника, позиція організації, яка знає своє місце на ринку) застосовуються різні стратегії конкурентної боротьби.

Прийняття остаточного рішення про подальший розвиток медичної установи – явище індивідуалізоване, як уже зазначалося вище. Водночас, практикою господарювання розроблено низку типових видів стратегій, які закладено як основу для усіх інших. Ширину спектру класичних стратегій, щодо яких приймаються стратегічні рішення і в медичній галузі, подано на рис. 3.3.



Рисунок 3.3 – Класифікація стратегій закладу охорони здоров'я

Вибір стратегії організації суттєво впливає на вибір альтернативного рішення й сприйняття менеджера, тобто уявлення про наслідки виконання рішення, які залежать від активності тих чи інших органів чуття менеджера на момент прийняття рішення.

Узагальнюючи напрацювання, до чинників, які найбільше впливають на вибір альтернативи управлінського рішення, варто віднести цілі медичного закладу, пріоритети та інтереси вищого керівництва (власників) (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Ціннісні орієнтації керівників медичного закладу

Орієнтації	Категорії цінностей	Типи пріоритетних цілей медичного закладу
Теоретичні	Знання, навички, кваліфікація, раціональне мислення	Довгострокові дослідження та розробки, активна участь у підвищенні кваліфікації
Економічні	Практичність, корисність	Зростання, прибутковість, результативність, задоволеність клієнтів, динаміка обсягу наданих послуг
Політичні	Влада, визнання	Загальний обсяг капіталу, чисельність працівників, громадська активність керівництва
Соціальні	Добрі стосунки в колективі та з клієнтами, відсутність конфліктів, скарг	Соціальна відповідальність, сприятлива атмосфера в закладі
Естетичні	Художня гармонія, форми та симетрія	Сервіс, якість, комфортність, дизайн
Релігійні	Моральні норми	Етика

Точка зору менеджера також визначається набором тих чинників, які були ним відмоніторені під час підготовки рішення. Який спектр чинників увійшов у вибірку під час моніторингу, залежить від ситуації, часу на підготовку, рівня професійної компетентності менеджера, складності й структурованості завдання, яке необхідно вирішити, інших чинників.

Отже, узагальнюючим критерієм, що впливає на результат оцінки ситуації, що потребує вирішення, й на кінцеве рішення загалом, є сукупність сприйняття й точки зору менеджера.

Вихідною точкою для прийняття управлінського рішення є ціль, яку необхідно досягнути. Процес виконання рішення передбачає якусь визначену ціль щодо розв'язання проблеми, створення нового рівня виконання чи запобігання небажаній ситуації.

Управлінські рішення доцільно розподіляти на два класи: програмовані і непрограмовані.

Програмовані рішення добре структуровані, у працівників уже є досвід виконання подібних рішень, імовірність прогнозованих наслідків висока. Такі рішення доцільно прописати у формі процедур чи алгоритмізованих процесів, що спростить їх виконання. Вони характеризуються високим ступенем ефективності виконання та, як правило, раціональні щодо ресурсовикористання.

Проблематичними в ухваленні й забезпеченні виконання є непрограмовані рішення. Вони є слабо структурованими, наслідки їх виконання є слабо прогнозованими, у персоналу недостатньо досвіду, містять високий ступінь ризику.

Інтуїтивні рішення – врахування попереднього досвіду та впливу чинників на основі відчуттів особи, яка приймає рішення.

В основі рішень, заснованих на судженнях, покладено довіру до авторитетного експерта чи аналітика. Менеджер приймає рішення, базуючись на висновках чи рекомендаціях інших фахівців.

Раціональні рішення передбачає визначену послідовність етапів розроблення та ухвалення: діагностику проблеми, формування системи обмежень та критеріїв, окреслення альтернатив, їх оцінку та остаточний вибір.

Окремого дослідження заслуговує проблематика ухвалення індивідуального чи групового рішення. Тут доцільно виокремити рішення, прийняті в результаті партисипативного управління.

Сучасні погляди на процеси партисипації, скоріше за все, відображають намагання корпоративного менеджменту підвищити рівень ефективності реалізації управлінських рішень. При цьому, як правило, партисипативні стратегії формуються виходячи з таких позитивних характеристик:

- зростає зрілість працівників (їхні здатність та готовність до праці);
- стає все більш ефективним делегування прав нижчому рівню, вдаються до децентралізації відповідальності, пов'язаної з прийняттям рішень;
- ці стратегії підвищують ефективність реалізованих рішень (японці приймають рішення відносно повільніше, але вони значно краще реалізують прийняті рішення);
- забезпечують краще розуміння рішень і проблем їх реалізації;
- підвищують поінформованість і вміння, що можуть знадобитися групі й індивідуумам у зв'язку з майбутніми завданнями;
- забезпечують здатність груп, організаційних систем і організацій розв'язувати проблеми активним та продуктивним способом;
- часто створюють механізм для зростання працівників і керівників нижчої ланки так само, як і поліпшують комунікацію на цьому важливому рівні;
- здатні оптимізувати і часто оптимізують комунікацію та співробітництво між відділами й службами. Життєво важливі внутрішні канали зв'язку нерідко є складною проблемою у сфері результативності й продуктивності, вирішити її можна за допомогою правильно спроектованих програм участі працівників;
- відкривають шлях для необхідних інновацій в організаційних системах.

Узагальнення закордонного досвіду дає змогу виділити найбільш перспективні шляхи реалізації патерналістської концепції.

Один із таких шляхів – внутрішньоорганізаційний патерналізм. Суть цих відносин полягає у створенні умов постійного міцного захисту прав та інтересів найманого працівника у сфері праці, контролі над реалізацією розроблених разом з організацією соціальних завдань і планів та наданні всілякої допомоги в їх здійсненні. Усе частіше організації намагаються не лише декларувати, а й реалізовувати базові принципи соціальної відповідальності, зокрема щодо економічної активності капіталу та участі в капіталі працівників.

Нова місія організацій на практиці проявляється в різних формах: у турботі про надання найманому працівнику місця роботи, поліпшенні умов праці і побуту, пом'якшенні проблем наймання та звільнення, зростанні доходів, підвищенні

кваліфікації і перепідготовці, врегулюванні конфліктів між різними соціальними групами найманого персоналу всередині організації.

Теоретичне дослідження партисипації дає змогу виділити кілька послідовних ступенів патерналізму.

Перший ступінь може бути пов'язаний із наданням визначених умов праці найманому працівникові, включаючи місце роботи, зміст, норми праці, можливість росту кваліфікації і т. д., забезпечуючи його інтереси і потреби у сфері зайнятості.

Другий ступінь зумовлений коректуванням умов праці на підставі потреб та інтересів самого працівника, що концентрується на специфічних проблемах праці і повсякденного життя. При цьому намагаються гармонізувати інтереси організації та найманого на роботу персоналу поза контрактними відносинами.

Третій ступінь патерналізму характеризується встановленням самим найманим працівником умов своєї праці, включаючи рівень заробітної плати, тривалість робочого дня, зайнятість протягом тижня і місяця, перелік обов'язків, а також системи пільг. Організація, як і раніше, забезпечує роботу, місце праці і т. д., однак частина умов визначається самим працівником.

Четвертому ступеню патерналізму властиві надання широкої соціальної підтримки працівникам, постійне розширення переліку турбот і відповідальності за найманий персонал, не обмежуючись сферою праці.

Нарешті, існує «нульова» ступінь патерналізму, за якого рівень заробітної плати й умови праці такі, що не існує ніяких претензій із боку найманого працівника і він не потребує підтримки й турботи організації.

Упровадження партисипативних програм і методів залучення працівників, які належно спроектовані й інтегровані з організаційними та управлінськими процесами, здатні призвести не лише до оптимізації процесів прийняття управлінських рішень, а й забезпечити ефективніше їх виконання.

Залучення й участь працівників до розроблення та ухвалення управлінських рішень мають такі характеристики:

- голос під час вирішення проблем;

- консультації, пошуки згоди;
- прийняття остаточного рішення на виконання;
- цілеспрямовані, систематизовані спроби виявити і використовувати індивідуальні та колективні знання й навички;
- спільне прийняття рішень;
- діюче делегування повноважень;
- спільне виявлення проблем і відповідних дій;
- можливість створити належні умови й установки;
- механізм для поліпшення співпраці працівників та адміністрації.

Використання переваг партисипативного управління також передбачає участь працівників в управлінні капіталом та розподілі прибутку організації.

Для підвищення ефективності управлінських рішень у закладах охорони здоров'я використання переваг партисипативного управління також є доцільним, особливо з огляду на наростаючий вплив різноманітність чинників, що зумовлюють розвиток таких організацій у сучасних умовах.

Особливість рішень у галузі є їх соціальна значимість. Тут першочерговим є не лише задоволення потреб пацієнтів, а й питання етики, відповідального ставлення до життя і здоров'я пацієнта, встановлення доцільності, обсягу й матеріального еквіваленту медичних послуг.

Отже, управлінські рішення в закладах охорони здоров'я мають структуру та особливості, типові й для інших організацій, що функціонують у ринкових умовах. Водночас першочерговим під час надання медичних послуг є принцип не нашкодити, а створити умови для збереження й поліпшення здоров'я клієнта.

### **3.2 Реалізація принципів партисипативного управління через застосування диференційованого підходу до оцінювання та стимулювання діяльності медичного персоналу**

Загальновідомо, що в поліклініках, де працюють два і більше лікарів одного фаху, внаслідок різних причин не спостерігається однаковий об'єм працезатрат, хоча кожному з них нараховується при інших рівних умовах (стаж, категорія) однакова заробітна плата.

Очевидно, що ця ситуація, успадкована разом з соціалістичною системою охорони здоров'я, вкрай несправедлива по відношенню до кращої частини наших лікарів, які працюють самоввідано та висококваліфіковано. Досить часто об'єм їх працезатрат та вартість останніх фактично перевищує той рівень, що формально відповідає офіційній тривалості робочого часу і розміру заробітної плати.

Одним із суттєвих заохочувальних мотивів лікарсько праці є матеріальне стимулювання. Тим не менше, при всій очевидній актуальності даної проблеми питанням адекватного стимулювання на основі науково обґрунтованого визначення їх працезатрат не приділяється достатньо уваги.

Оскільки економічна оцінка об'єму працезатрат лікарів залежить від ступеня їх розумового, фізичного і психологічного навантаження, нами поставлена мета на основі організаційних та медико-економічних стандартів [4, 7, 15, 16] обґрунтувати можливість визначення об'ємів працезатрат та їх вартості відповідно до рівня кваліфікації лікарів та ступеню складності захворювань за допомогою бальної оцінки їх роботи, що на нашу думку, є передумовою для реалізації відповідних заохочувальних мотивів, в т. ч. і матеріального стимулювання праці лікаря.

Низка організаційних та медико-економічних механізмів таких, як поділ захворювань на клініко-статистичні групи (КСГ) і ступені їх складності по результатам хронометражних досліджень, принципи розрахунку нормативних та понаднормативних об'ємів роботи лікаря, обґрунтування системи бальної оцінки

останніх, механізм визначення вартості працезатрат лікаря – це ті розділи, які лягли в основу визначення об'єму працезатрат та їх вартості щодо лікарів поліклініки.

Тільки економічні важелі, які приводять до певних фінансових розрахунків, можуть забезпечити те, що так необхідно хворому – якість медичного обслуговування. А це потребує науково обґрунтованої розробки методик оцінки рівня складності праці медичного персоналу, що буде слугувати вирішенню проблеми диференційовано оплати їх праці та визначення нормативної вартості медично послуги.

Система КСГ забезпечує оцінку об'єму роботи лікаря, якість медично допомоги, диференціацію оплати праці медиків.

Норма, як міра праці, яка використовується для оцінки праці, слугує основою оплати.

Зазначені вище принципи формування нормативів праці, які виконують роль економічних нормативів, ми взяли за основу визначення працезатрат лікаря поліклініки.

Як приклад практичної реалізації вищезазначених організаційних стандартів, демонструємо методику визначення працезатрат та їх вартості у лікарів отоларингологів поліклініки, алгоритм роботи яких в розділі діагностика і лікування організаційно в принципі є такими, як і у інших профільних фахівців поліклініки.

Щодо вказаної спеціальності вважаємо логічним і доцільним з врахуванням діагностичних, клінічних і лікувальних особливостей отоларингологічні захворювання розподілити на чотири клініко- статистичні групи (КСГ) – хвороби вуха, носа і біляносових синусів, глотки та гортані.

Як зазначалось, одним із критеріїв об'єму та напруженості роботи лікаря на амбулаторному прийомі є ступені складності виконувано ним роботи. З огляду на логічне уявлення про працю лікаря і результати проведеного хронометражу ми виділили три ступеня складності:

– перша – це профілактичні огляди;

- друга – діагностика захворювань ЛОР органів;
- третя – лікування захворювань ЛОР органів.

Для одержання обґрунтованих показників хронометраж виконувався щодо кожної із вказаних КСГ окремо. Як приклад, демонструємо визначення хронометражних показників другого ступеню складності захворювань всіх КСГ (табл. 3.1, 3.2, 3.3, 3.4).

Таблиця 3.2 – Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ-1 Захворювання вуха (ступінь складності II)

Ч/ч	Технологічні елементи	Макс.термін (з врахув. додаткових маніп. і процедур.)	Макс.термін (без врахув. додаткових маніп.і процедур.)
1	Анамнез	1 хв.	1 хв.
2	Огляд, перкусія, пальпація ділянки вух, отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше)	3 хв.	1 хв.
3	Використання мікроскопії (воронкаЗілля, мікроскоп та інше)	2 хв.	1 хв.
4	Тест на сприйняття мови (пошепки та розмовної мови)	2 хв.	1 хв.
5	Ріноскопія (можлива анемізація слизової оболонки носа)	2 хв.	30 сек.
6	Задня ріноскопія (можлива анестезія зіва)	2 хв.	30 сек.
7	Обстеження носоглотки (пальцева проба) в т.ч.у дітей	2 хв.	–
8	Запис в амбулаторній карті (анамнез,об'єкт статус, діагноз,назначення,рекомендації та інше.)	3 хв.	2 хв.
9	Виписка рецептів ,лікарняного листа, заключення, та інше	3 хв.	2 хв

В середньому друга ступінь складності – 14,5 хв.

Таблиця 3.3 – Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ-2 Захворювання носа та біляносових пазух (ступінь складності II)

Ч/ч	Технологічні елементи	Макс.термін (з врахув. додаткових маніп. і процедур.)	Макс. термін( без врахув. додаткових маніп.і процедур)
1	Анамнез	1 хв.	1 хв.
2	Огляд, перкусія, пальпація у ділянці проекції біляносових пазух,передня риноскопія(можлива анемізація слизової оболонки носа), вивчення R - грам, висновків інших обстежень.	5 хв.	1 хв.
3	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва).	3 хв.	1 хв.
4	Фарінгоскопія	30 сек.	10 сек.
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва).	3 хв.	1 хв.
6	Отоскопія(можливо видалення сірки, корок та інше).	2 хв.	30 сек.
7	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект статус, діагноз,назначення, рекомендації та інше.)	3 хв.	2 хв.
8	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення, довідки , направлення,рекомендації та інше.)	3 хв.	2хв.
	Загалом	21 хв.30 сек. (1290 сек.)	8 хв.40 сек.( 520 сек.)

В середньому друга ступінь складності – 15,08 хв.

Таблиця 3.4 – Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ-3 Захворювання глотки (ступінь складності II)

Ч/ч	Технологічні елементи	Макс.термін (з врахув. додаткових маніп. і процедур)	Макс. термін (без врахув. додаткових маніп.і процедур)
1	Анамнез	1 хв.	1 хв.
2	Фарингоскопія (можлива анестезія зіва для подолання глоточного рефлекса)	2 хв.	10 сек.
3	Задня ріноскопія (можлива анестезія зіва і фіксація піднебінної завіски по Ундрицю)	5 хв.	30 сек.
4	Ріноскопія( можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв.	30 сек.
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва)	3 хв.	1 хв.
6	Отоскопія(можливо видалення сірки, корок та інше)	2 хв.	30 сек.
7	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект, статус, діагноз,назначення,рекомендації та інше)	3 хв.	2 хв.
8	Виписка рецептів , лікарняного листа, заключення, довідка , направлення, рекомендації та інше)	3 хв.	2 хв.
	Загалом	21хв.(1260 сек.)	7 хв.40 сек. (640 сек.)

В середньому друга ступінь складності – 14,3 хв.

Таблиця 3.5 – Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ-4 Захворювання гортані (ступінь складності II)

Ч/ч	Технологічні елементи	Макс.термин (з врахув. додаткових маніп. і процедур)	Макс. термін (без врахув. додаткових маніп. і процедур)
1	Анамнез	1 хв.	1 хв.
2	Огляд, пальпація ділянки гортані,непряма ларингоскопія(можлива анестезія зіва і гортаної глотки та інше)	5 хв.	1 хв.
3	Фарингоскопія	30 сек.	10 сек.
4	Передня риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки та інше)	2 хв.	30 сек.
5	Отоскопія(можливо видалення сірки, корок та інше)	2 хв.	1 хв.
6	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект статус, діагноз,назначення,рекомендації та інше)	3 хв.	2 хв.
7	Виписка рецептів .лікарняного листа, заключення, довідки , направлення, рекомендації та інше)	3 хв.	2 хв.
	Загалом	16 хв.(960 сек.)	7 хв.40 сек. (640 сек.)

В середньому друга ступінь складності – 11,8 хв.

Таким чином, витрата часу на хворих всіх отоларингологічних локалізацій II ступеня складності в середньому складає: 1

$$(14,5+15,08+14,3+11,8) : 4 = 14\text{хв.}$$

Аналогічно одержані хронометражні показники I та III ступеня складності, в результаті чого працезатрати лікаря, які відносяться до I ступеня складності на одне відвідування склали 8 хв, III – 25 хв.

Представлений розрахунковий норматив працезатрат лікаря поліклініки є одночасно і економічним нормативом, який може отримати вартісну оцінку у вигляді певно частини встановленої державою заробітної платні лікаря.

Для цього була використана формула:

$$Cm = (Гф \cdot Vm \cdot Kn) : Гб , \quad (3.1)$$

де  $Cm$  – річний фонд заробітної плати лікаря;

$Vm$  – технологічний (нормативний) термін на одне відвідування;

$Kn$  – поправочний коефіцієнт розрахункових норм часу;

$Гб$  – річний бюджет робочого часу лікаря.

Для одержання інформації про річний бюджет заробітної плати ми скористалися даними про мінімальну тарифну ставку лікаря отоларинголога, розмір якої у відповідності до наказу Міністра праці і соціально політики України від 05.10.2005р. № 308\519 становить без врахування кваліфікаційно категорії і стажу – 2027 грн за один місяць, чи 24 324 грн – за рік.

Річний бюджет робочого часу ЛОР лікаря поліклініки розрахований у відповідності до ст. 77 Кодексу законодавства України про охорону здоров'я, на підставі якого тривалість робочого дня даного лікаря на одну ставку становить 7 год. 42 хв. (чи 462 хв.). Виходячи з цього, з врахуванням кількості робочих днів року (250) вираховується річний бюджет робочого часу лікаря поліклініки – 115 500 хв. (462 хв · 250 днів).

Що стосується поправочного коефіцієнта  $Kn$ , то він включає в структуру робочого дня лікаря т.зв. підготовчо-заклучні розділи роботи (30 хв.), технологічні перерви (дві по 10 хв.) і технологічний час на прийом відвідувачів.

Вказаний коефіцієнт розраховується по формулі:

$$Kn = П : Д, \quad (3.2)$$

де  $K_n$  – поправочний коефіцієнт;

$P$  – тривалість робочого дня лікаря;

$D$  – час, необхідний для виконання працезатрат.

У нашому випадку:

$$K_n = 462 \text{ хв} : (462 \text{ хв.} - 50 \text{ хв.}) = 1,12.$$

Як приклад, демонструємо розрахунок вартості працезатрат лікаря у випадку прийому хворого III ступеня складності:

$$C_m = 24\,324 \text{ грн} \cdot 25 \text{ хв.} \cdot 1,12 : 115\,500 \text{ хв.} = 3,44 \text{ грн.}$$

Аналогічно визначається вартість працезатрат лікаря, коли він приймає відвідувачів I та II ступеня складності, яка у нашому випадку складає 1,10 і 1,93 грн відповідно.

Система підвищуючих коефіцієнтів розміру вартості дозволяє внести відповідні поправки до визначення вартості виконаного прийому хворих лікарями в залежності від різниці у їх кваліфікації та стажу.

### **3.3 Практичні рекомендації використання диференційованого підходу до оцінювання та стимулювання діяльності медичного персоналу**

Сформуємо практичні рекомендації використання диференційованого підходу до оцінювання та стимулювання діяльності медичного персоналу. Припустимо, що амбулаторний прийом хворих проводить лікар I атестаційно категорії і стажем роботи більше 10 років. У цьому випадку застосовується так званий підвищуючий коефіцієнт. Для його визначення враховується розмір

мінімально місячно тарифно ставки лікаря, розмір надбавки за I категорію і за стаж – 5 291,48грн.

Співвідношення вказано заробітно платні до розміру мінімального посадового окладу лікаря складає величину його підвищуючого коефіцієнта (1 634 грн : 1 182 грн) – 1,38.

Таким чином, вартість працезатрат лікарів з більш високою кваліфікацією збільшується відповідно до його категорії і стажу. В згаданому вище випадку вартість прийому хворого III ступеня складності вже буде складати (3,44 грн · 1,38) – 4,75 грн.

З метою спрощення оціночно характеристики результатів роботи лікаря на амбулаторному прийомі за визначений термін (робочий день, місяць, рік) вважаємо доцільним застосовувати систему бально оцінки. Остання виконує роль оціночних умовних або нормативних одиниць працезатрат.

Система бальної оцінки аналізованої роботи передбачає відповідність одиниці працезатрат лікаря тако, як один профілактичний огляд –одному балу. Потім із збільшенням працезатрат в зв'язку з прийомом хворих наростаючого ступеня складності (II–III) – відповідно збільшується і термін прийому, і кількість балів. Оскільки у нас визначені хронометражні показники I,II, і III ступенів складності роботи – 8,14 та 25 хв. відповідно, а робота лікаря I ступеня складності оцінена в один бал, то друга ступінь повинна бути оцінена в: (14 хв. : 8хв.) – 1,7 бала, а третя – в 3,13 бала (25 хв. : 8 хв.).

Нормативний об'єм роботи лікаря поліклініки зайнятого на одну ставку і технологічний норматив працезатрат якого відповідає стандартній тривалості робочого дня - 7 год 42хв. можна оцінити балами з врахуванням вищезгаданого поправочного коефіцієнта (Кп) .

Наприклад, в одному кабінеті за один робочий день прийнято відвідувачів: I ступеня складності – 5 (8 хв. · 5) – 40хв. робочого часу лікаря. Зароблено 5 балів (5 · 1бал), II ступеня – 11хво-рих (11 · 14хв) – 172 хв. робочого часу, зароблено (11 · 1,7 бала) – 19 балів і III ступеня складності – 7 хворих (7 · 3,13 бала) – 22 бала.

Всього – 46 балів (413 хв). Тобто, 46 балів, це той максимум, яким може бути оцінена нормативна праця лікаря за один день(7 год 42хв.)

Оскільки одним із основоположних принципів нашої охорони здоров'я є доступність і безвідмовність медичної допомоги, то регулювати норму прийому хворих практично неможливо. Тому особливістю даної роботи є готовність прийому кожного дня більшо ніж норматив, кількості відвідувачів, що потребує від персоналу виконання понаднормативного об'єму медично роботи, тобто змінної частини, яка на думку В.М. Лехан підлягає додатковій оплаті.

Наприклад, в згаданому кабінеті той же лікар за один робочий день прийняв 12 відвідувачів з приводу профілактичного огляду (12 балів), 15 хворих II ступеня складності – 25 балів, 7 хворих III – 22 бала, всього – 59 балів. Очевидно, що у даному випадку рівень понаднормативного об'єму роботи лікаря оцінюється в 13 балів (59-46). Маючи, як зазначалось вище, розрахункову вартість одного бала – 1,1 грн, можливо визначити вартість вказаних понаднормативних працезатрат лікаря :  $13 \text{ балів} \cdot 1,1 \text{ грн} = 15,4 \text{ грн}$ .

Система бально оцінки по кінцевим результатам праці лікаря на амбулаторному прийомі дозволяє визначити розмір адекватного матеріального стимулювання, а також запропонувати варіанти інших заохочувальних мотивів високопродуктивно праці. Припустимо, що адміністрація поліклініки, де працюють три лікарів одного фаху, по результатам їх праці за квартал виділила премію в розмірі 3000 грн. Відомо, що лікар «А» за вказаний період заробив 38 понаднормативних балів, лікар «Б» – 65 і лікар «В» всього 22. Сума всіх балів складає 125. В даному випадку вартість одного бала – 24 грн (3000 грн : 125). Відповідно лікар «А» одержує премію в розмірі (24 грн. · 38) – 912 грн. лікар «Б» – (24 · 65) – 1 560 грн, лікар «В» – (24 · 22) – 528 грн.

Практична реалізація вказаних вище рекомендацій, які будуть виконуватись по єдиній технології в поліклініці, дозволить встановити відповідний професійний рейтинг серед лікарів кожно спеціальності шляхом порівняння кількості зароблених балів, наприклад, по підсумках року. Очевидно, що найвищий рейтинг

лікаря, крім перспективи визначення розміру матеріальних стимулів, є суттєвим фактором мотивації якісно і ефективно роботи.

Щодо лікарів, які внаслідок різноманітних причин не користуються авторитетом пацієнтів і робота яких оцінюється кількістю балів меншою, ніж нормативна, у адміністрації поліклініки можуть виникнути обґрунтовані аргументи для оголошення конкурсу на заміщення посад цих лікарів.

Представлені розрахунки показують, що в умовах бюджетного фінансування є немало резервів, раціональне використання яких дозволяє провести визначення працезатрат по кінцевим результатам роботи лікаря відповідно з рівнем кваліфікації, об'єму і якістю роботи кожного співробітника ЛПУ.

Слід підкреслити, що реалізація рекомендованого методичного підходу передбачає створення спеціальної комп'ютерної програми обов'язкової для всіх поліклінік регіону. Її використання виключила би необхідність проводити відповідні розрахунки працезатрат та їх вартості безпосередньо лікарями поліклініки.

Принципово важливим є обов'язкове дотримання лікарем оптимально моделі обстеження і лікування.

Практична реалізація алгоритму вказаних організаційних стандартів передбачає необхідність певної підготовчої роботи по розподілу захворювань на КСГ, ступені складності, хронометражу та бальної оцінки останніх з врахуванням загальноузгоджувальних методик.

Розрахунки зароблених лікарями балів та вартості їх нормативних і понаднормативних працезатрат виконуються за конкретний термін (місяць, квартал, рік) операторами відповідно до розробленої комп'ютерної програми.

Контроль достовірності та якості інформації, яка вноситься в комп'ютер, покладається на лікарів, завідуючих профільними відділеннями та адміністрацію поліклініки.

Відсутність умов для матеріального стимулювання за понаднормативну роботу може бути компенсована іншими адекватними способами заохоченнями, в

т. ч. присвоєння лікарю більш високого професійного рейтингу в поліклініці, регіоні, та інше.

### **Висновки до розділу 3**

Окреслено основні складники процесу ухвалення управлінського рішення. Зокрема, виявлено вирішальний вплив особистості керівника на якість управлінського рішення. Це найбільш суб'єктивний складник, оскільки характеристики особистості є індивідуальними, залежать як від особистісних рис, так і професійних компетентностей менеджера. Медичний заклад може впливати на процес формування професійних компетентностей менеджера, водночас характеристики його особистісних рис є частково спадковими, частково набутими під впливом життєвого досвіду, і часто поза межами закладу.

Досліджено прикладні аспекти партисипації та виокремлено етапність і особливості застосування партисипативного управління під час розроблення й реалізації управлінських рішень у закладі охорони здоров'я.

Подано результати моніторингу ціннісних орієнтацій, пріоритетів та інтересів власників закладів охорони здоров'я, врахування яких є необхідним під час формування системи стратегічних рішень такого закладу. Неврахування бачення пріоритетів розвитку з боку керівників часто призводить до розбалансування процесів практичної реалізації стратегічних рішень, тому на цьому аспекті акцентовано увагу.

Запропоновано схематичну модель реалізації системного підходу до прийняття стратегічних рішень у закладі охорони здоров'я, в якій конкретизовано весь спектр управлінських рішень та їх етапність, охарактеризовано особливості застосування такої моделі в стратегічних рішеннях закладу охорони здоров'я.

Реалізація партисипативного управління через використання рекомендованого методичного підходу до визначення об'єму та вартості працезатрат амбулаторних лікарів і варіанти стимулювання їх праці передбачає, що принципово важливим є обов'язкове дотримання лікарем оптимально моделі обстеження і лікування. Практична реалізація алгоритму вказаних організаційних стандартів вимагає певної підготовчої роботи по розподілу захворювань на КСГ, ступені складності, хронометражу та бальної оцінки останніх з врахуванням загальноузгоджувальних методик.

Розрахунки зароблених лікарями балів та вартості їх нормативних і понаднормативних працезатрат виконуються за конкретний термін (місяць, квартал, рік) операторами відповідно до розробленої комп'ютерно програми .

Контроль достовірності та якості інформації, яка вноситься в комп'ютер, покладається на лікарів, завідуючих профільними відділеннями та адміністрацію поліклініки.

Відсутність умов для матеріального стимулювання за понаднормативну роботу може бути компенсована іншими адекватними способами заохоченнями, в т. ч присвоєння лікарю більш високого професійного рейтингу в поліклініці, регіоні, та інше.

## ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження з питань управління персоналом закладу охорони здоров'я дали змогу зробити такі висновки:

За результатами огляду теоретико-методичних основ управління персоналом закладів охорони здоров'я нами були зроблені подані нижче висновки.

Ефективна робота підприємства здійснюється завдяки наявності висококваліфікованих кадрів, правильного розподілу їх функціональних обов'язків та системи управління, яка значною мірою залежить від впливу зовнішніх та внутрішніх факторів, а також системи роботи та використання методів управління персоналом.

З'ясовано, що «персонал підприємства» – це сукупність працівників, які мають необхідну професійну підготовку або досвід практичної роботи та їх склад може змінюватись під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів.

Окреслено, що управління персоналом підприємства – це діяльність яка повинна враховувати потреби, можливості, знання, уміння та стаж роботи, з метою ефективного використання потенціалу персоналу та забезпечувати планомірний і організаційний вплив за допомогою організаційних, економічних та соціальних заходів зі створенням належних умов праці, що надасть можливість підвищити показники продуктивності праці та рівня конкурентоспроможності підприємства.

Встановлено, що ефективна система управління персоналом є одним з ключових напрямів підвищення рівня конкурентоспроможності підприємства.

Аналіз стану, проблем та перспектив розвитку кадрового менеджменту у вітчизняній галузі охорони здоров'я показав, що в даний час, на відміну від інших секторів економіки, практично відсутні ефективні й уніфіковані для різних лікувально-профілактичних установ технології управління кадрами.

Залишаються невирішеними питання професійного відбору медичних працівників, періодичного оцінювання їх діяльності, питання трудової мотивації й

адаптації, службово-професійного просування, навчання персоналу на робочому місці, його вивільнення. Управління кадрами медичних установ фактично зведено до формалізованих процедур набору і звільнення співробітників, що не дозволяє ефективно використовувати їх трудовий потенціал. Існуюча нині процедура відбору та найму кадрів у лікувально-профілактичних установах є оцінювання роботодавцем лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги інші характеристики претендента на вакантну посаду.

Отже, можна стверджувати, що управління персоналом закладів охорони здоров'я державного сектору в нових умовах господарювання є найбільш значущим і першочерговим інструментом. А вдосконалення процесу управління персоналом в системі управління медичним закладом дасть змогу ефективно управляти людськими ресурсами, що принесе як економічні, так і соціальні результати індивіду, колективу, організації загалом.

Для України основні завдання щодо ефективного використання кадрових ресурсів лежать у площині комплексного підходу до удосконалення й управління галуззю, підготовки і збереження медичних кадрів, оптимізації інфраструктури і ресурсного забезпечення.

Проведений аналіз кадрового забезпечення медичної галузі дає змогу визначити цілі та пріоритети на майбутнє. Необхідно досягти належної ефективності використання наявних ресурсів, їх концентрації на перспективних напрямках, передусім подальшого впровадження ПМСД на засадах ЗПСМ і подальшого розвитку сільської медицини. Слід підвищити професійний рівень медичних працівників шляхом удосконалення післядипломної освіти. Потрібно активізувати профорієнтаційну роботу, на всіх рівнях сприяти відновленню престижу професії медичного працівника та його соціальної захищеності.

З метою вирішення проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні на державному рівні необхідно використовуючи технічні інструменти та керівні принципи, які розроблені та запропоновані ВООЗ, провести комплексну оцінку ситуації в області кадрових ресурсів охорони

здоров'я в країні та на її основі розробити та прийняти стратегічний план розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я.

За результатами аналітичного огляду показників діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» можна зробити висновки про наявність окремих, як негативних так і позитивних тенденцій щодо розмірів та коливання практично їх усіх. Протягом 2017–2019 років доходи та витрати КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» зменшувалися, практично паралельно з витратами закладу. Витрати хоч і зменшувалися але недостатньо, рентабельність закладу є досить низькою, персонал підприємства зменшився лише на 2 особи, середньомісячна заробітна плата та продуктивність праці персоналу теж скоротилися. Тому подальшими перспективами розвитку КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» з метою забезпечення удосконалення системи управління персоналом підприємства можуть слугувати заходи, щодо забезпечення високого рівня якості та доступності медичних послуг; підвищення рівня задоволення пацієнтів; покращення умов праці та підвищення мотивації персоналу закладу; оптимізація діяльності лікарні тощо.

Окреслено основні складники процесу ухвалення управлінського рішення. Зокрема, виявлено вирішальний вплив особистості керівника на якість управлінського рішення. Це найбільш суб'єктивний складник, оскільки характеристики особистості є індивідуальними, залежать як від особистісних рис, так і професійних компетентностей менеджера. Медичний заклад може впливати на процес формування професійних компетентностей менеджера, водночас характеристики його особистісних рис є частково спадковими, частково набутими під впливом життєвого досвіду, і часто поза межами закладу.

Досліджено прикладні аспекти партисипації та виокремлено етапність і особливості застосування партисипативного управління під час розроблення й реалізації управлінських рішень у закладі охорони здоров'я.

Подано результати моніторингу ціннісних орієнтацій, пріоритетів та інтересів власників закладів охорони здоров'я, врахування яких є необхідним під

час формування системи стратегічних рішень такого закладу. Неврахування бачення пріоритетів розвитку з боку керівників часто призводить до розбалансування процесів практичної реалізації стратегічних рішень, тому на цьому аспекті акцентовано увагу.

Запропоновано схематичну модель реалізації системного підходу до прийняття стратегічних рішень у закладі охорони здоров'я, в якій конкретизовано весь спектр управлінських рішень та їх етапність, охарактеризовано особливості застосування такої моделі в стратегічних рішеннях закладу охорони здоров'я.

Реалізація партисипативного управління через використання рекомендованого методичного підходу до визначення об'єму та вартості працезатрат амбулаторних лікарів і варіанти стимулювання їх праці передбачає, що принципово важливим є обов'язкове дотримання лікарем оптимально моделі обстеження і лікування. Практична реалізація алгоритму вказаних організаційних стандартів вимагає певної підготовчої роботи по розподілу захворювань на КСГ, ступені складності, хронометражу та бальної оцінки останніх з врахуванням загальноузгоджувальних методик.

Розрахунки зароблених лікарями балів та вартості їх нормативних і понаднормативних працезатрат виконуються за конкретний термін (місяць, квартал, рік) операторами відповідно до розробленої комп'ютерно програми .

Контроль достовірності та якості інформації, яка вноситься в комп'ютер, покладається на лікарів, завідуючих профільними відділеннями та адміністрацію поліклініки.

Відсутність умов для матеріального стимулювання за понаднормативну роботу може бути компенсована іншими адекватними способами заохоченнями, в т. ч. присвоєння лікарю більш високого професійного рейтингу в поліклініці, регіоні, та інше.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1. Галенко В. П. Управління персоналом і ефективність підприємств. [Текст] / В.П. Галенко. – СПб: СПбГУЕФ – 2004. – 54 с.
2. Кибанова А. Я. Управління персоналом організації [Текст] / flood ред. Кибанова А. Я.,Шекшня С. В. – М.: ИНФРА-М, 2008. – 62 с.
3. Марр Р. Людські ресурси управління. [Текст] / Марр Р., Фліастер А. – М.: справа, 2003. С.11–22.
4. Людина і праця:словник[авт.-уклад. Маслов Є. В.] [Текст] – 2004. – № 1. – 127 с.
5. Федорняк Л. С. Сутність поняття «персонал підприємства» [Текст] / Федорняк Л. С. // Економіка: проблеми теорії та практики. Збірник наукових праць. – Дніпропетровськ. – 2007. – Вип. 181: Т 7. – С. 12– 33.
6. Николенко Н. П. Менеджмент человеческих ресурсов [Текст]: [практическое пособие] / Н. П. Николенко; Н. П. Николаенко. – Москва: Страхование Ревю, 2004. – 356 с.
7. Мельничук Д. П. Трудовий потенціал в системі оцінки людського капіталу України [Текст] / Д. П. Мельничук // Вісник ЖДТУ. Економічні науки. – 2007. – № 4(42). – С. 219-181.
8. Бажан І. І. Сутність категорії «трудовий потенціал» та її економічна природа [Текст] / І. І. Бажан // Формування ринкових відносин в Україні. – 2003. – № 1(20). – С. 69-73.
9. Крушельницька О. В. Управління персоналом [Текст]: навчальний посібник для студ. вищ. навч. закладів / О. В. Крушельницька, Д. П. Мельничук ; М-во освіти і науки України. – 2-ге вид., перероб. і доп. – К. : Кондор, 2009. – 308 с.
10. Арсенова Е.В. Экономика предприятия [Текст]: учебник / Е. В. Арсенова, Я. Д. Балыков, И. В. Корнеева и др.; Под ред. Н. А. Сафронова. – М.: Юристъ, 2008. – 581 с.

11. Покропивний С. Ф. Экономика предприятия: Учебник [Текст] / Подобщ. ред. д-ра екон. наук, проф. С. Ф. Покропивного. – Пер. с укр. 2-го перераб. и доп. изд. – К.: КНЭУ, 2002. – 608 с.
12. Макаровська Т. П. Економіка підприємства [Текст]: навч. посіб. / Т. П. Макаровська, Н. М. Бондар. – К. : МАУП, 2003. – 304 с.
13. Іванілов О. С. Економіка підприємства [Електронний ресурс] : підручник / О. С. Іванілов. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 728 с.
14. Скопылатов И. А. Управление персоналом [Текст]: учебное пособие для студентов вузов / И. А. Скопылатов, О. Ю. Ефремов. – СПб.: Изд-во Смольного ун-та, 2000. – 400 с.
15. Меньшикова М. А. К вопросу об управлении персоналом как к системе и как к интегрированной подсистеме организации [Електронний ресурс] / М. А. Меньшикова // Ученые записки Курского государственного университета. – 2008. – № 3(7). – Режим доступа: <http://scientific-notes.ru/pdf/007-07.pdf>.
16. Шегда А. В. Учебное пособие: Основы менеджмента [Текст] / А. В. Шегда – К.: Товариство «Знання», КОО, 2008. – 512 с.
17. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.
18. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. Вісник Дніпропетровського університету. Серія “Економіка”. 2014. Вип. 8–2. С. 12–18.
19. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році / Державна служба статистики України. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2018/zb/06/zb\\_zoz\\_17.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf).
20. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років URL: <http://moz.gov.ua>.
21. Міхальчук В.М. Підготовка управлінських кадрів для галузі охорони здоров'я. URL:

[http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/pidgotovka\\_upravlinskih\\_kadriv\\_dlya\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovya\\_mihalchuk\\_v.m.pdf](http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/pidgotovka_upravlinskih_kadriv_dlya_galuzi_ohoroni_zdorovya_mihalchuk_v.m.pdf).

22. Білинська М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. *Главный врач*. 2007. № 11 (79). С. 69 – 73.

23. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування й реалізації). URL: [http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg\\_dpozou.pdf](http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf).

24. Латишев Є.Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції. *Одеський медичний журнал*. 2005. № 1 (87). С. 109 – 115.

25. Менеджмент у фармації: підруч. / О.Є. Кузьмін, Б.П. Громовик, Г.Д. Гасюк та ін.; за ред. О.Є. Кузьміна і Б.П. Громовика. Вінниця: Нова книга, 2005. 448 с.

26. Носуліч Т.М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку. *Демографія та соціальна економіка*. 2006. № 1/2006. С. 173 – 179.

27. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: кол.моногр. / О.В. Баєва, М.М. Білинська, Л.І. Жаліло та ін.; за ред. О.В. Баєвої, І.М. Солоненка. Київ: МАУП, 2007. 376 с.

28. Амоша О. І. Розвиток трудового потенціалу промисловості на засадах соціальної відповідальності: концептуальне та науково-методичне забезпечення. *Вісник економічної науки України*. 2016. № 2 (31). С. 3-8.

29. Борисовский В. С. Опыт использования современных форм организации и оплаты труда в условиях городской поликлиники. / В. С. Борисовский, С. Т. Пушин, В. Ф. Поеный // В кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я Укра ни. / Матеріали Всеукра нсько науково-практично конференці. Житомир, – 2002.-е. 13-15.

30 Гаврилов В. А. Оценка эффективности труда медицинского персонала учреждения здравоохранения. / В. А. Гаврилов, Ю. Н. Мисник // Экономика здравоохранения: Материалы рясп. Пленума научного совета, Ижевск – 2000. – с.10-11.

31. Гаврилов В. А. Инструкция по определению расценок на исследования и процедуры вспомога-тельной лечебно-диагностической службы учреждений здравоохранения. \ \ ВНИИ социальной гигиены,эко-номики и управления здравоохранением Н. А. Семашко. - 2-е изд. переработ - М., 2001. – 33с.

32. Голяченко О. М. Економіка укра нсько здоровоохорони (О. М. Голяченко, А. О. Голяченко.) Вінниця. «Віноблдрукарня», 2006. – 100с.

33. Голяченко О. М. Організаційні проблеми гарантованого обсягу медично допомоги, які має вирішити самостійна Укра на. / О. М. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг.охорони здоров'я Укра ни - 2004. - № 3 - с.46-50.

34 Карпачова М. П. К вопросу дифференцированной оплаты труда в условиях свободного выбора участковых врачей - терапевтов / М. П. Карпачова, М. В. Потехина, В. М. Колитин, В. Г. Эрнстова // Вопросы совершенство-вания организации и оплаты труда в здравоохранении.М.: 1989.-С.35-38.

35. Корнійчук О. П. Шляхи ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я в першу чергу у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях там. Києві /О. П. Корнійчук // Вісник.соц.гігієни та орг.охорони здоров'я Укра ни. - 2011. - №3- с.78-85.

36. Коренев Н. М. Системный анализ затрат рабочего времени в амбулатории общей практики - семейной меди-цины. Харьковской области. / Н. М. Коренев, Т. Г. Сулима, Т. В. Пересыпкина//Сімейна медицина. - 2010- №3 -с. 15-20.

## ДОДАТКИ