

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

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

*магістра*

Освітній рівень

на тему: «Удосконалення кадрового менеджменту медичного  
 закладу (на прикладі КП «Деражнянська центральна районна  
 лікарня», м. Деражня)»

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.019079.00.00.ПЗ

Виконав: студентка 2 курсу група БАмз-19-1 \_\_\_\_\_  
 Підпис

О. О. Охоцька  
 Ініціали, прізвище

Керівник \_\_\_\_\_  
 Підпис, дата

А.М. Гончарук  
 Ініціали, прізвище

Нормоконтролер \_\_\_\_\_  
 Підпис, дата

І.В. Грабовська  
 Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

Підпис, дата

Н.М. Тюріна  
 Ініціали, прізвище

\_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

Хмельницький, 2020

Хмельницький національний університетФакультет Економіки та управлінняКафедра Економіки, менеджменту та адмініструванняОсвітній рівень магістрГалузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Шифр, назва

Спеціальність 073 «Менеджмент» ОП «Бізнес-адміністрування»

Шифр, назва спеціальності та освітньої програми

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ р.

З А В Д А Н Н Я  
НА ДИПЛОМНУ РОБОТУОхоцька Олена Олександрівна

Прізвище, ім'я, по батькові студента

1. Тема роботи Удосконалення кадрового менеджменту медичного закладу (на прикладі КП «Деражнянська центральна районна лікарня», м. Деражнякерівник роботи Гончарук А.М., к.е.н., доц.

Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_

2. Строк подання студентом роботи на кафедру грудень 2020 року3. Вихідні дані до роботи Закони України, нормативні акти щодо регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, наукові статті, монографії, підручники, навчальні посібники, ресурси мережі Інтернет-

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

1. Теоретичні основи кадрового менеджменту закладів охорони здоров'я  
2. Аналіз діяльності та ефективності кадрового менеджменту КП «Деражнянська ЦРЛ ХО»3. Заходи удосконалення кадрового менеджменту Деражнянської ЦРЛ5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)  
Рисунок - Сутнісні характеристики кадрового менеджменту; рисунок -  
Складові забезпечення розвитку кадрового потенціалу підприємства;  
таблиця - Управлінська автономія ЗОЗ та функції; рисунок - Цикл  
управління персоналом закладів охорони здоров'я; таблиця - Моделі оплати  
праці медичного персоналу; таблиця - Основні показники діяльності КП  
«Деражнянська ЦРЛ ХО»; рисунок - Динаміка чисельності персоналу  
Деражнянської ЦРЛ ХО; таблиця - Аналіз ефективності управління  
персоналом Деражнянської ЦРЛ ХО; рисунок - Основні фактори, які

вплинули на вибір опитуваних при працевлаштуванні і утримують їх в Деражнянській ЦРЛ; рисунок - Рейтингова оцінка основних факторів, які, на думку опитуваних, можуть впливати на збільшення продуктивності праці; таблиця – Альтернативні моделі оплати праці персоналу Деражнянської ЦРЛ; таблиця - Схема посадових окладів (модель №3); таблиця - Схема тарифних розрядів посад керівних працівників, професіоналів, фахівців та інших працівників; таблиця - Зразок типової моделі кінцевих результатів.

6. Консультанти розділів дипломної роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Теоретичний	Гончарук А.М.		
Аналітичний	Гончарук А.М.		
Проектний	Гончарук А.М.		

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Отримання завдання		
2.	Підбір та опрацювання наукової літератури, звітності підприємства		
3.	Підготовка плану виконання дипломної роботи		
4.	Підготовка теоретичного розділу дипломної роботи		
5.	Підготовка аналітичного розділу дипломної роботи		
6.	Підготовка проектного розділу дипломної роботи		
7.	Підготовка вступу, висновків		
8.	Проходження нормоконтролю		
9.	Попередній захист дипломної роботи		
10.	Захист дипломної роботи		

Студент

\_\_\_\_\_

Підпис

\_\_\_\_\_

Ініціали, прізвище

Керівник роботи

\_\_\_\_\_

Підпис

\_\_\_\_\_

Ініціали, прізвище

## АНОТАЦІЯ

Охоцька О.О «Удосконалення кадрового менеджменту медичного закладу (на прикладі КП «Деражнянська центральна районна лікарня», м. Деражня)». Керівник роботи - канд.екон.наук, доцент кафедри ЕМА Гончарук А.М. Дипломна робота магістра: 116 с., 26 рисунків, 17 таблиць, 49 джерел посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: КАДРОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ, КАДРОВА ПОЛІТИКА, СИСТЕМА МОТИВАЦІЇ ТА ОПЛАТИ ПРАЦІ, СТИМУЛЮВАННЯ.

У першому розділі досліджено поняття і сутність кадрового менеджменту та кадрового потенціалу підприємства. Визначено особливості та проблеми управління персоналом у медичних закладах в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні. Проаналізувати моделі мотивації та оплати праці закладів охорони здоров'я.

У другому розділі надано загальну характеристику КП «Деражнянська ЦРЛ ХО», виконано аналіз основних техніко-економічних показників, кадрового менеджменту, задоволеності умовами та оплатою праці, системою мотивації медичних працівників, проведено стратегічний аналіз.

Третій розділ присвячено формуванню системи заходів, спрямованих на удосконалення кадрового менеджменту КП «Деражнянська ЦРЛ ХО». Зокрема, наведено рекомендації щодо обрання моделі оплати праці персоналу з урахуванням змін умов діяльності Деражнянської ЦРЛ як комунального некомерційного підприємства, вдосконалення механізму стимулювання ефективності праці медичних працівників на основі моделі кінцевих результатів діяльності. Сформовано програму кадрового менеджменту та управління.

## ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	6
1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1 Сутність кадрового менеджменту та кадрового потенціалу підприємства .....	9
1.2 Особливості та проблеми управління персоналом у медичних зкладах в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні	19
1.3 Моделі мотивації та оплати праці закладів охорони здоров'я – світовий досвід.....	31
Висновки до першого розділу.....	44
2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ КП «ДЕРАЖНЯНСЬКА ЦРЛ ХО»	46
2.1 Загальна характеристика комунального підприємства та основних техніко-економічних показників діяльності .....	46
2.3 Аналіз кадрового менеджменту .....	57
2.4 Аналіз фінансового менеджменту .....	70
2.5. Стратегічний аналіз діяльності підприємства.....	78
Висновки до другого розділу.....	81
3 ЗАХОДИ УДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ДЕРАЖНЯНСЬКОЇ ЦРЛ.....	83
3.1 Рекомендації щодо обрання моделі оплати праці персоналу з урахуванням змін умов діяльності Деражнянської ЦРЛ як комунального некомерційного підприємства.....	83
3.2 Вдосконалення механізму стимулювання ефективності праці медичних працівників на основі моделі кінцевих результатів діяльності	97
3.3 Формування програми кадрового менеджменту .....	104
Висновки до третього розділу.....	107
ВИСНОВКИ.....	109
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	117

ДОДАТКИ.....	120
--------------	-----

## ВСТУП

Ключовими ресурсами будь-якої організації є людські ресурси (працівники, кадри), адже саме вони здатні активізувати всі інші види ресурсів, тому можна сказати, що мистецтво управління персоналом базується на вмінні правильно організувати будь-яку діяльність шляхом оптимального використання чинників. Головна роль в організації діяльності закладів охорони здоров'я належить медичному працівнику, отже, управління розвитком кадрів є основним завданням менеджерів з управління персоналом у цій галузі.

Сьогодні спостерігається багато перетворень у сфері охорони здоров'я, але в контексті зміни системи управління персоналом закладу охорони здоров'я досі не запроваджено нових ефективних механізмів та інструментів управління, тому проблема адаптації персоналу медичної сфери до сучасних методів медичного обслуговування, пристосування до функціональних змін у системі управління та змін механізмів фінансового забезпечення залишається актуальною.

Методологія кадрової політики ВООЗ передбачає підготовку кваліфікованих фахівців, забезпечення ними закладів охорони здоров'я, а також виконання цими медичними працівниками відповідних завдань. Як зазначено у «Стратегії реформ – 2020», Коаліційній угоді та в Угоді про асоціацію між ЄС та Україною в період реформ особливо актуальною є формування ефективного кадрового потенціалу, а також підготовка менеджерів в галузі охорони здоров'я. Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, експерти ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку [41].

В закладах охорони здоров'я потрібно сформувавши кадрову політику та стратегію, переглянути систему та форму оплати праці працівників,

удосконалити систему мотивації персоналу, запропонувати якісні методи формування й розвитку кадрів.

Вагомий внесок у дослідження управління персоналом та ролі, яку він відіграє під час досягнення ефективної діяльності підприємства, здійснили такі вітчизняні та зарубіжні науковці, як Н.І. В.М. Данюк, А.М. Колот, О.М. Скібіцький. Одночасно проблема управління персоналом у закладах охорони здоров'я не досліджувалась у національних наукових доробках.

Метою магістерської дипломної роботи є дослідження теоретико-методологічних основ кадрового менеджменту медичних закладів.

Досягнення поставленої мети дослідження обумовило необхідність вирішення таких основних завдань:

- Дослідити поняття і сутність кадрового менеджменту та кадрового потенціалу підприємства;
- Визначити особливості та проблеми управління персоналом у медичних закладах в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- Проаналізувати моделі мотивації та оплати праці закладів охорони здоров'я;
- Виконати аналіз діяльності та ефективності управління персоналом КП «Деражнянська ЦРЛ ХО»;
- Розробити систему заходів покращення кадрового менеджменту КП «Деражнянська ЦРЛ ХО».

Об'єкт дослідження – процеси формування та функціонування системи надання медичних послуг медичними закладами вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Предмет дослідження – методичні положення щодо формування та функціонування системи надання медичних послуг в Україні, кадрового менеджменту закладів охорони здоров'я.

Для досягнення визначених у дипломній роботі мети і завдань автором застосовувався комплекс загальнонаукових методів дослідження: системний

підхід став основою проведеного теоретичних досліджень; факторний аналіз діяльності КП «Деражнянська ЦРЛ ХО» дозволив виявити вплив окремих факторів на його діяльність. За допомогою графічного методу продемонстровано динаміку показників КП «Деражнянська ЦРЛ ХО».

Дипломна робота складається зі вступу, теоретичного, аналітичного та проектного розділів, висновків та переліку джерел посилання. Текст роботи становить 116 с., до розгляду запропоновано 26 рисунків, 17 таблиць, використано 49 літературних джерел.

# 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 1.1 Сутність кадрового менеджменту та кадрового потенціалу підприємства

Кадровий менеджмент як самостійний науковий напрям сформувався в рамках гуманістичної управлінської парадигми та концепції управління людськими ресурсами. Необхідність виникнення кадрового менеджменту обумовлена тим, що в контексті управління персоналом працівник розглядається як власник людського, інтелектуального та соціального капіталу, що володіє професійно-кваліфікаційними характеристиками, що забезпечують його персональну ефективність і конкурентоспроможність.

Поступовий розвиток економіки сприяє появі великих організацій, завдяки чому кадровий менеджмент перетворюється на особливу функцію управління, що вимагає спеціальних знань і навичок. Сьогодні в розвитку економіки багатьох країн найбільш серйозними проблемами вважаються проблеми у сфері роботи з людськими ресурсами.

Кадри – це основний штатний склад кваліфікованих працівників організації, що володіють спеціальними знаннями, трудовими навичками і виконують різноманітні виробничо-господарські функції [8, с. 148]. Термін «кадри» в зарубіжних і вітчизняних джерелах часто ототожнюється лише із частиною працюючих – спеціалістами або робітниками високої кваліфікації і стажем роботи на даному підприємстві.

Кадрова політика визначає основний напрям у роботі з персоналом підприємства, зокрема формуванні їх професійних компетенцій, які б дозволили забезпечити не тільки конкурентоспроможність, але і сталий

розвиток. Кадрова політика визначає генеральну лінію і принципові настанови в роботі з персоналом на довготривалу перспективу.

Незважаючи на існування ряду визначень, таких як: «менеджмент персоналу», «управління персоналом» та «кадровий менеджмент», всі вони об'єднані розумінням об'єкту впливу як сукупності працівників у формі колективу, які реалізують відповідні функції та виконують дії в забезпечення функціонування підприємства, разом зі всіма соціально-економічними відносинами, які виникають в процесі, як всередині підприємства так і при його взаємодії із зовнішнім середовищем при пошуку та найму персоналу та в разі звільнення.

Для визначення рис менеджменту персоналу доцільно узагальнити найбільш розповсюджені визначення досліджуваного поняття. Дослідженнями всі галузі займалися численні вітчизняні та закордонні вчені.

Найвідомішими зарубіжними дослідниками є такі: М. Армстронг, Р. Беннетт, Д. Гест, Х. Грэхем, Р. Марр, Дж. Коул, Н. Корнелиус, В. Санталайнен, А. Фліастер, Р. Хасті І. Хентце та інші.

Значний доробок у розбудову методології менеджменту персоналу внесли дослідники пострадянського простору, серед яких варто виокремити таких: Т. Т. Боровик, В. Л. Карташова, К. Макарова, С. Мордовін, И. Самигін, О. Сардак, Т. Сергієнко, Г. Щьокин, С. Шекшня, С. Шапиро та інші.

Українську школу представляють такі науковці: О. Амосов, Н. Гавкалова, В. Жильченкова, С. Залознова, В. Данилюк, Л. Лазаренко, Г. Одінцева, Л. І. Михайлова, Т. Мостенська, С. Олійник та інші.

Найчастіше менеджмент персоналу визначається в розрізі ефективного використання кадрів для досягнення цілей підприємства.

Такий підхід в більшій мірі відображає концепцію використання трудових ресурсів, який з точки зору дослідників [33, 35, 23, 38] домінував з кінця XIX до 60-х років XX століття, коли людина розглядалася як фактор виробництва, де праця оцінювалася витратами робочого часу і результатами, а зміст управління зводився до організації праці та заробітної плати. В цій

період домінувала економічна парадигма, заснована на теорії тейлоризму. Наголос на досягненні цілей підприємства свідчить про наміри використання кадрового ресурсу. В цілому, незважаючи на споживчий характер підходу до кадрів його домінування є обґрунтованим, оскільки персонал набуває свого статусу саме в межах діяльності підприємства, яке створюється для досягнення конкретних цілей, головними з яких, як відомо, є виробництво продукції, виконання робіт або надання послуг

Необхідність вкладення витрат в розвиток персоналу для залучення якісної робочої сили, яка спроможна забезпечити конкурентоспроможність підприємства і його розвиток, була обґрунтована в рамках концепції управління людськими ресурсами (початок 50-х років ХХ століття). Розвиток цієї концепції пов'язаний із виникненням поняття «людський капітал», який поряд із знаннями, вміннями, навичками, кадрів включає стан здоров'я та рівень вмотивованості співробітників.

Соціальний розвиток та досягнення цілей та інтересів працівників представляє напрямок соціального менеджменту, який виник з початку 80-х років ХХ століття, де людина розглядається як особливий об'єкт управління, а не як ресурс, коли стратегія і структура організації має бути підпорядкована бажанням та здібностям кадрів. Це відповідає гуманістичній парадигмі, яка базується на здобутках соціальної психології. На відміну від управління людськими ресурсами, де акцент робиться на постійному розвитку персоналу, в рамках соціального менеджменту акцентується увага на потребі в постійній самоосвіті.

Ще одну концепцію розуміння ролі персоналу надає дослідник Н.Л. Гавкалова – соціально-економічна парадигма, особливістю якої є розуміння людини як носія та власника інтелектуального, людського, соціального капіталу, який розуміється як синтезований, яка базується на інституціональній теорії та теорії організації.

У сучасній літературі можна зустріти приклади різного тлумачення поняття «кадровий менеджмент». Одні автори у визначенні оперують метою

і методами, за допомогою яких можна цю мету досягти, тобто акцентують увагу на організаційній стороні управління. Інші у визначенні роблять упор на змістовну частину, що відображує функціональну сторону управління.

Типовим прикладом першого підходу може служити визначення, наведене В.П. а саме: кадровий менеджмент – це комплекс взаємозв'язаних економічних, організаційних і соціально-психологічних методів, що забезпечують ефективність трудової діяльності і конкурентоспроможність підприємств [1].

Інший підхід відображений у визначенні управління персоналом, німецької школи менеджменту: кадровий менеджмент (менеджмент персоналу, економіка персоналу) – сфера діяльності, найважливішими елементами якої є визначення потреби в персоналі, залучення персоналу (вербування і відбір персоналу), залучення до роботи, вивільнення, контролінг персоналу, а також структуризація робіт, політика винагород і соціальних послуг, політика участі в успіху, управління витратами на персонал і керівництво співробітниками [2].

М. А. Коргова визначає що, кадровий менеджмент – це відносно самостійна, постійно діюча підсистема менеджменту підприємства, що знаходиться в тісному взаємозв'язку з іншими підсистемами, тому що кадровий менеджмент містить свої цілі, задачі, принципи, положення та складові [2].

Таким чином, кадровий менеджмент є процес спрямованої дії кадрової служби на працівників з метою формування умов для розвитку персоналу промислового підприємства відповідно існуючим стандартам з метою забезпечення ефективності діяльності підприємства.

Як бачимо, в узагальнених та проаналізованих визначеннях кадрового менеджменту знайшли своє віддзеркалення підходи до розуміння ролі людини на підприємстві, які виникли еволюційно під впливом динаміки зовнішнього середовища та взаємодії між найманими працівниками та керівництвом підприємства. Серед відокремлених ключових визначень є ряд

підсистеми кадрового менеджменту які об'єднують процеси необхідні для забезпечення підприємства кваліфікованими кадрами: прийом (формування), планування (розташування, структура працівників), мотивація (стимулювання), винагорода, звільнення, підбір, кадрова політика, адаптація, контролінг (контроль).

Фактично це відображає своєрідний інструментальний підхід до розуміння сутності кадрового менеджменту як управлінського впливу, який набуває форму безпосередніх функції управління, представлених зазначеними підсистемами. Також дослідники визначають, що менеджмент персоналу передбачає вирішення завдань організації, для досягнення яких необхідно відтворення та забезпечення кадрами, а також розвиток людського потенціалу.

Сутнісні характеристики кадрового менеджменту наведено на рисунку 1.1.

Зміст задач кадрового менеджменту складають:

- визначення потреби в кадрах з урахуванням стратегії розвитку підприємства, об'єму виробництва продукції, послуг;
- формування чисельного і якісного складу кадрів (система комплектування, розстановка);
- кадрова політика (взаємозв'язок із зовнішнім і внутрішнім ринком праці, вивільнення, перерозподіл і перепідготовка кадрів);
- адаптація працівників на підприємстві;
- оплата і стимулювання праці;
- оцінка діяльності й атестація кадрів, орієнтація її на заохочення і просування працівників за наслідками праці і цінності працівника для підприємства;

## Кадровий менеджмент

процес спрямованої дії кадрової служби на працівників з метою формування

умов для якісного розвитку персоналу промислового підприємства  
відповідно існуючим стандартам з метою забезпечення ефективності  
діяльності підприємства

### Головна мета кадрового менеджменту

забезпечити підприємство кадрами необхідної кількості і якості,  
організація його ефективного використання, професійного та соціального  
розвитку

### Задачі кадрового менеджменту

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| ✓ визначення потреби в кадрах          | ✓ міжособові відносини між      |
| ✓ формування чисельного і якісного     | працівниками, представниками    |
| складу кадрів                          | адміністрації і суспільними     |
| ✓ кадрова політика                     | організаціями                   |
| ✓ адаптація працівників                | ✓ інтелектуальні цінності       |
| ✓ оплата і стимулювання праці          | працівників                     |
| ✓ оцінка діяльності і атестація кадрів | ✓ об'єднання особистих цілей    |
| ✓ розвиток кадрів                      | працівників з загальними цілями |
|  | підприємства                    |

#### Рисунок 1.1 - Сутнісні характеристики кадрового менеджменту

- система розвитку кадрів (підготовка і перепідготовка, підвищення гнучкості для реалізації набутих під час розвитку компетентностей на виробництві, забезпечення професійно-кваліфікаційного зростання через планування трудової кар'єри;
- відносини між працівниками, представниками адміністрації і суспільними організаціями;
- інтелектуальні цінності працівників;
- взаємини працівників, засновані на довірі, взаємній відповідальності, взаємодопомозі;
- об'єднання особистих цілей працівників з загальними цілями підприємства;

- діяльність багатofункціональної кадрової служби як органу, відповідального за забезпечення підприємства робочою силою і за надійний соціальний захист працівника [2, 3].

Головна мета кадрового менеджменту – забезпечити підприємство кадрами необхідної кількості й якості, організація його ефективного використання, професійного та соціального розвитку.

Реалізація зазначеної мети можлива лише при формуванні кадрового потенціалу відповідної якості.

Кадровий потенціал підприємства (від лат. *Potentia* — можливість, потужність, сила) є загальною (кількісною та якісною) характеристикою персоналу як одного з видів ресурсів, пов'язана з виконанням покладених на нього функцій і досягненням цілей перспективного розвитку підприємства; це наявні та потенційні можливості працівників як цілісної системи (колективу), які використовуються й можуть використані в певний момент часу.

Отже, кадровий потенціал у реальному вигляді може бути представлений можливостями працівників, якістю їх професійної підготовки, трудовими, особистісними, психологічними і фізіологічними якостями, а також, що найбільш важливо, творчими здібностями. Кадровий потенціал підприємства наділений властивостями цілісності, які принципово відрізняють його від властивостей притаманних кожному працівникові окремо [4, 5].

Головна мета формування кадрового потенціалу підприємства — забезпечити підприємство необхідними трудовими ресурсами, здатними вирішити завдання та досягти підприємством поточних і стратегічних цілей. Слід зауважити, що необхідність розвитку кадрового потенціалу визначається, в першу чергу, тим, що певні якості, здібності і можливості працівників можуть бути як задіяні, так і незадіяні у трудовій діяльності, тобто вони є гнучкими утвореннями, що володіють здатністю розвивати ся. Управління цим розвитком повинно здійснюватися постійно з урахуванням

динаміки еволюціонування організації як на етапі формування, так і в процесі використання кадрового потенціалу [5]. Головна мета розвитку кадрового потенціалу визначає під цілі та принципи системи управління персоналом. Останні являють собою правила, основні положення й норми, якими повинні оперувати керівники та фахівці в процесі управління кадрами. Розвиток кадрового потенціалу передбачає реалізацію стратегічних аспектів управління підприємством, такі, наприклад, як розробка й здійснення кадрової політики, в межах якої принципи управління персоналом відображають об'єктивні тенденції, соціальні й економічні закони, враховують наукові рекомендації суспільної психології, теорії менеджменту й організації, тобто арсенал наукового знання, який і визначає можливості ефективного регулювання та координацію людської діяльності [6]. З огляду на це, були виділені компоненти, які, на наш погляд, забезпечують розвиток кадрового потенціалу підприємства (рис. 1.2).

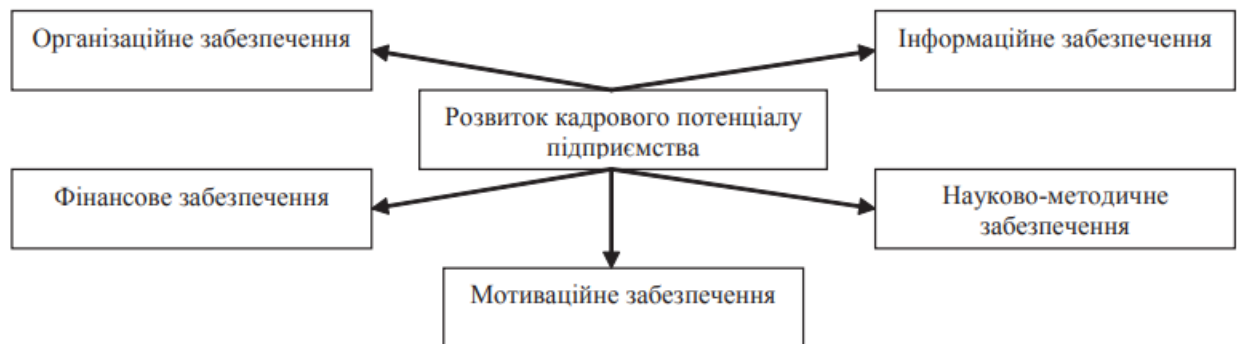


Рисунок 1.2 - Складові забезпечення розвитку кадрового потенціалу підприємства

З рисунка 1.2 видно, що система організаційного забезпечення являє собою взаємозалежну сукупність внутрішніх структурних служб і підрозділів підприємства, що забезпечують розробку й прийняття управлінських рішень по окремих аспектах його кадрової діяльності, і відповідальність за результати цих рішень [4]. Основу цього забезпечення становить чинна на підприємстві структура управління його кадровою діяльністю, елементами

якої є окремі менеджери, служби, відділи та інші організаційні підрозділи управлінського апарату.

Фінансове забезпечення може бути представлене у вигляді сукупних коштів, які спрямовуються на фінансування діяльності в галузі кадрового управління. На підприємстві необхідно створити надійну систему акумулювання та залучення коштів, спрямованих на розвиток професійних якостей провідних співробітників та здійснення виплат персоналу. Її ефективне використання забезпечуватиме повернення капіталу в майбутньому і стимулювання економічного зростання, що виступає одним з ключових завдань сучасного етапу розвитку будь якого підприємства.

Інформаційне забезпечення системи розвитку кадрового потенціалу є сукупністю реалізованих управлінських рішень з обсягу, розміщення та форм організації інформації, яка в системі управління кадрами та при її функціонуванні. Воно включає оперативну інформацію, інформацію щодо планування чисельності кадрів та професійного підбору персоналу, нормативно-довідкову інформацію, яка пов'язана із регламентацією посадових обов'язків, охороною праці, нормуванням праці, класифікатори техніко-економічної інформації та системи документів (уніфікованих та спеціальних), пов'язаних із забезпеченням ефективного використання робочого часу, застосуванням ефективних систем матеріального і морального стимулювання праці тощо.

Науково-методичне забезпечення полягає у побудові єдиної системи документів організаційно-методичного характеру, що визначають норми, правила, вимоги, які використовуються для вирішення завдань, пов'язаних із розвитком кадрів. Спрямоване на забезпечення ефективності підвищення кваліфікації й професійної підготовки кадрів підприємства; науково-методичний супровід процесів розвитку професійно-технічної освіти; впровадження сучасних навчальних та управлінських технологій, стимулювання професійного зростання кадрів, підвищення професійної

майстерності та компетентності, зокрема, через ефективне застосування сучасних форм і методів навчання.

Мотиваційні фактори є складовими механізми зацікавленості у досягненні максимальних економічних та соціальних результатів діяльності підприємства. Це можуть бути фактори різної природи, під впливом яких має місце мотиваційна дія. А оскільки мотиваційна поведінка працівників формується під впливом різноманітних факторів, серед яких зміст праці, визнання її іншими, усвідомлення досягнень, об'єктивна оцінка керівництвом, прагнення до службового зростання, почуття відповідальності, самореалізація у праці, рекомендується проводити мотиваційний моніторинг своїх кадрів. Це дозволить отримати актуальну інформацію, не обхідну для прийняття управлінських рішень. З одного боку, система мотивації праці визначатиме якісний склад кадрового потенціалу, а з другого — вона буде пристосована до параметрів наявного кадрового потенціалу та сприятиме його розвитку [5].

Розвиток кадрового потенціалу є невід'ємною частиною кадрової політики кожного сучасного підприємства, незалежно від виду та особливостей його діяльності. розвиток кадрового потенціалу полягає у підвищенні професійного рівня працівників, їхнього постійного оновлення знань, умінь, навичок за рахунок стимулювання та оцінки внеску кожного працівника в кінцевий результат, а це в свою чергу буде сприяти вирішенню стратегічних цілей підприємства і підвищенню його конкурентоспроможних позицій у економічному світі. Отже, в сучасних економічних умовах розвиток кадрового потенціалу підприємств необхідно розглядати в числі пріоритетних сфер функціонування організації.

## 1.2 Особливості та проблеми управління персоналом у медичних закладах в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні

Майбутнє національної системи охорони здоров'я та її постійний розвиток безпосередньо залежать від її фахівців, які використовують свої здібності та навички, намагаються досягнути самовдосконалення та є вмотивованими до успішної професійної діяльності, оскільки це є ключовим завданням політики управління персоналом у закладах охорони здоров'я сьогодні [15].

Ефективна кадрова політика є потужним інструментом стабільності охорони здоров'я, запорукою успіху реформ, оскільки від професійного рівня керівних кадрів та інших працівників системи охорони здоров'я залежить якість надання медичної допомоги населенню країни.

Якщо звернути увагу на дані від 21 жовтня 2015 року про Резолюцію 70/1 Генеральної Асамблеї ООН «Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року», що включає 17 цілей у галузі сталого розвитку [11], то можна побачити, що однією з цих цілей є Ціль 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці». Серед досягнення цієї Цілі завдання 3 передбачає таке: «істотно збільшити фінансування охорони здоров'я та набір, розвиток, професійну підготовку та утримання медичних кадрів в країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах і малих острівних державах, що розвиваються», а завдання 3d – «нарощувати потенціал всіх країн, особливо країн, що розвиваються, в напрямі раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я» [42].

Сьогодні перед більшістю країн світу постали значні проблеми у сфері охорони здоров'я, що пов'язані з демографічними і епідеміологічними

зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають. Саме тому експерти Європейського регіону ВООЗ закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення здоров'я населення та доступності медичних послуг. Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, фахівці визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку.

До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я експерти ВООЗ відносять такі [40]:

- зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);

- зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я;

- виражена неоднорідність у географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців — загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.);

- відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб у кадрових ресурсах охорони здоров'я;

- недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Трансформація господарського механізму медичної галузі України передбачає зміни організаційно правового статусу медичних закладів, форми власності, характеру взаємовідносин між суб'єктами ринку, фінансових потоків тощо. Серед невідкладних завдань, що є перед вітчизняною системою охорони здоров'я, на перший план виступає вдосконалення кадрової політики, в тому числі у сфері охорони здоров'я. Кадровий

потенціал є найвагомішою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню [41].

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, цілеспрямованих й авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому.

Однак на практиці існує проблема невідповідності управлінського персоналу до використання інноваційних підходів та методів управління, спрямованих на пошук 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 завдання адаптації до ринкових умов господарювання шляхом системної перебудови та вдосконалення механізмів її державного регулювання, а головне, реалізації концепції інтегрованого розвитку та управління медичними кадрами, саме від яких залежить виконання завдань системи.

Наразі проблеми у сфері кадрового забезпечення в Україні є чисельними і комплексними. За даними МОЗ України, 2017 р. до таких проблем відносились:

- скорочення чисельності медичних працівників (як лікарів, так і працівників середньої ланки);

- неукомплектованість посад як лікарів, так і середнього медичного персоналу;
- значне постаріння кадрового потенціалу;
- регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями);
- незадовільна ситуація з кадровим забезпеченням управлінської ланки сфери охорони здоров'я, яка характеризується браком фізичних осіб управлінців, скільки рівнем їхньої підготовки.

Важливою проблемою в Україні є також значне зниження якості кадрів системи охорони здоров'я, яке проявляється [43].

- у низькій конкурентоспроможності випускників вищих медичних навчальних закладів України, тобто зниженням якості кадрів, які приходять у систему охорони здоров'я;
- рівень кваліфікації медичного персоналу, на жаль, знаходиться на неналежному рівні, не дивлячись на те, що за звітами МОЗ України, показники кваліфікації лікарів щорічно зростають;

- збільшенням числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щорічно України за кордон виїжджають понад 6 тис. медиків [46]).

Деякі спеціалісти визначають таку ситуацію як кризову, яка може стати реальною загрозою здоров'ю населення країни [43].

Проблема управління людськими ресурсами (кадри, персонал) та кадровий дефіцит персоналу в галузі охорони здоров'я ВООЗ визнає як «глобальний ризик»; нині в цілому світі не вистачає в середньому 7,2 млн. фахівців медичної сфери. Водночас посилюються проблеми фахової та територіальної диспропорції, тому задля вирішення цих проблем створено Глобальну стратегію для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси на 2016–2030 роки (WHO Global Strategy on Human Resources for Health 2016– 2030). Щодо України, то жоден нормативно-правовий документ, який стосується політики управління кадрами в закладах охорони

здоров'я України, не містить цілісної стратегічної програми, яка передбачає вирішення проблем кадрового забезпечення цієї галузі, не містить задач, механізмів та інструментів реалізації політики управління персоналом у медичній сфері, хоча частково в них відображено можливості підвищення якості навчання та професійної підготовки фахівців медичної сфери шляхом удосконалення національних освітніх стандартів підготовки кадрів медичного персоналу, передбачення кадрового забезпечення згідно з потребами сфери охорони здоров'я, з урахуванням перетворень у цій галузі та в демографічній ситуації країни [10].

Сьогодні в державній системі охорони здоров'я професійні стандарти фахівців не відповідають сучасним світовим вимогам та не дають змоги сформуванню єдині методи встановлення нормативів у різних розділах соціальної, психологічної та медичної сфер, щоб вони сприяли раціональному використанню кадрових ресурсів в організації охорони здоров'я. Нормативно-правові акти, які стосуються номенклатури спеціальностей та посад медичної сфери, потребують удосконалення, як і кваліфікаційні вимоги до посад і характеристики спеціальностей, обліково-звітні дані щодо кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я. Водночас перегляду встановлених стандартів, їх оновлення потребують моніторингова система оцінок якості роботи медичного працівника; методи мотивації та стимулювання, їх ефективність; механізми прогнозування та планування кількості працівників.

З 6 листопада 2017 року в Україні увійшов в дію Закон України « Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 року № 2002, що запровадив автономізацію закладів охорони здоров'я [3]. У зв'язку з цим Законом відбулась автоматизація медичних закладів, що передбачає такі зміни у фінансово-господарській, організаційній та управлінській діяльності (таблиця 1.1).

- 1) Зміна форм власності.

Таблиця 1.1 - Управлінська автономія та функції [49]

Форми	Бюджетна установа	Спеціальний рахунок	Комунальне підприємство	Партнерство державного (комунального) та приватного секторів
Функції	Низький <i>рівень управлінської автономії</i>			високий
Рівні кадр. забезпечення	Наказ МОЗ України №33		Залежать від замовника послуг	Визначаються відповідно до потреб та пріоритетів
Структура організації	Затверджені на національному рівні кваліфікаційні характеристики, методичні рекомендації до посадових інструкцій та звітність		Посадові інструкції залежать від потреб медичного закладу, а відповідальність – від оцінки результатів діяльності	
Підбір кадрів та прийняття на роботу	Власне або делеговане повноваження власника. Наймані працівники бюджетної організації		Власне або делеговане повноваження власника, можливий трудовий договір персоналу з адміністрацією	Трудовий договір, як у приватному сектор
Оцінка результатів діяльності	Відсутня		Залежить від досягнень відповідно до договору на надання послуг, укладеного з замовником послуг та внутрішніх документів підприємства	Залежить від досягнень відповідно до стратегічних пріоритетів
Системи оплати праці	Затверджена на національному рівні ставка та надбавки	Затверджується керівником підприємства (у межах розміру фонду заробітної плати, який визначається керівником з урахуванням виділених підприємству бюджетних коштів)		На індивідуальній основі та надбавки на основі оцінки результатів діяльності
Навчання та організаційний розвиток	Затверджена на національному рівні формальна освіта та підвищення кваліфікації у відповідності до вимог законодавства (закупівля за державний кошт стандартизованої формальної освіти)		Формальна освіта, що залежить від потреб та навчання, що замовляється медичним закладом, та підвищення кваліфікації у відповідності до вимог законодавства	Безперервний професійний розвиток на рівні команди відповідно до стратегічних пріоритетів
Завдання управління	Адміністрування коштів в рамках статей та забезпечення відповідності нормативно-правовій базі	Адміністрування коштів в рамках спеціального рахунку	Укладання договору із замовником послуг	Визначення стратегічних пріоритетів розвитку та координація діяльності з зацікавленими сторонами

2) Збільшення владних повноважень керівників закладів охорони здоров'я, а саме щодо автономності в розпорядженні активами, фінансовим та кадровим фондом організації, встановлення управлінської та організаційної політики.

3) Свобода дій у визначенні форм і методів оплати праці робітників закладів охорони здоров'я.

4) Запровадження сучасних інструментів фінансового менеджменту.

5) Отримання закладами медичного обслуговування, що є підприємствами, права об'єднуватися з іншими медичними закладами, які також діють як підприємства, задля перерозподілу функцій між ними та спільного оптимізованого використання наявних ресурсів.

6) Надання закладам охорони здоров'я можливості наймати лікарів – фізичних осіб, що отримали відповідну ліцензію з дозволом здійснення господарської діяльності з медичної практики [11].

В таблиці 1.1 продемонстровано, у який спосіб ключові змінні величини структури управління кадровими ресурсами зазнають впливу з боку ступеня фінансової, управлінської та стратегічної автономії. Чотири альтернативних варіанти показують у динаміці зростання рівня управлінської автономії в рамках різних форм організації діяльності медичного закладу: від стану справ «медичний заклад як бюджетна установа» до повноцінного партнерства державного і приватного секторів у наданні медичної допомоги населенню, що є передовим європейським досвідом. Два проміжних варіанти, що характеризуються високим рівнем управлінської автономії, але без зміни статусу («спеціальний рахунок») та комунальним підприємством.

Отже, завдяки таким перетворенням, як набуття автономності закладами охорони здоров'я в адміністративній діяльності, розширений спектр можливих фінансових джерел, виникає необхідність максимального та оптимального використання кадрових ресурсів медичних установ, що є можливим за наявності управлінців необхідної компетентності, які здатні

перетворити персонал на конкурентну перевагу, що приводить до досягнення поставлених цілей.

Головна мета ВООЗ у процесі реалізації кадрової політики полягає у підготовці необхідного кваліфікованого персоналу та забезпеченні ним закладів охорони здоров'я, який, відповідно, виконуватиме поставлені завдання. Медичні працівники є стратегічним капіталом, оскільки основним об'єктом капіталовкладень у світі в медичній сфері є кадрове забезпечення, тому проблема управління персоналом медичної галузі є особливо актуальною, оскільки в умовах наявності необхідного кадрового забезпечення політика стратегічного менеджменту здатна активізувати роботу медичних фахівців і максимізувати їх ефективність.

Основною метою кадрової політики та стратегії є забезпечення оптимального балансу процесів оновлення та збереження кількісного та якісного складу персоналу закладів охорони здоров'я відповідно до потреб медичному закладу, вимог законодавства та стану ринку праці медичних кадрів. Таким чином, формування кадрової політики та стратегії, що відображаються у статуті та філософії медичного закладу, колективному договорі, правилах внутрішнього розпорядку, основних положеннях щодо кадрової роботи закладу, передбачає новий якісний етап формування та розвитку кадрів закладу охорони здоров'я, що спрямований на забезпечення сталого розвитку цього закладу зокрема та підвищення якості медичної допомоги загалом.

Враховуючи всі особливості управління кадрами організацій охорони здоров'я, маємо підкреслити вплив керівників медичного персоналу та рівня якості їх діяльності на результативність або неефективність стратегій управління й розвитку галузі охорони здоров'я. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я включає такі етапи (рис. 1.3) [16].

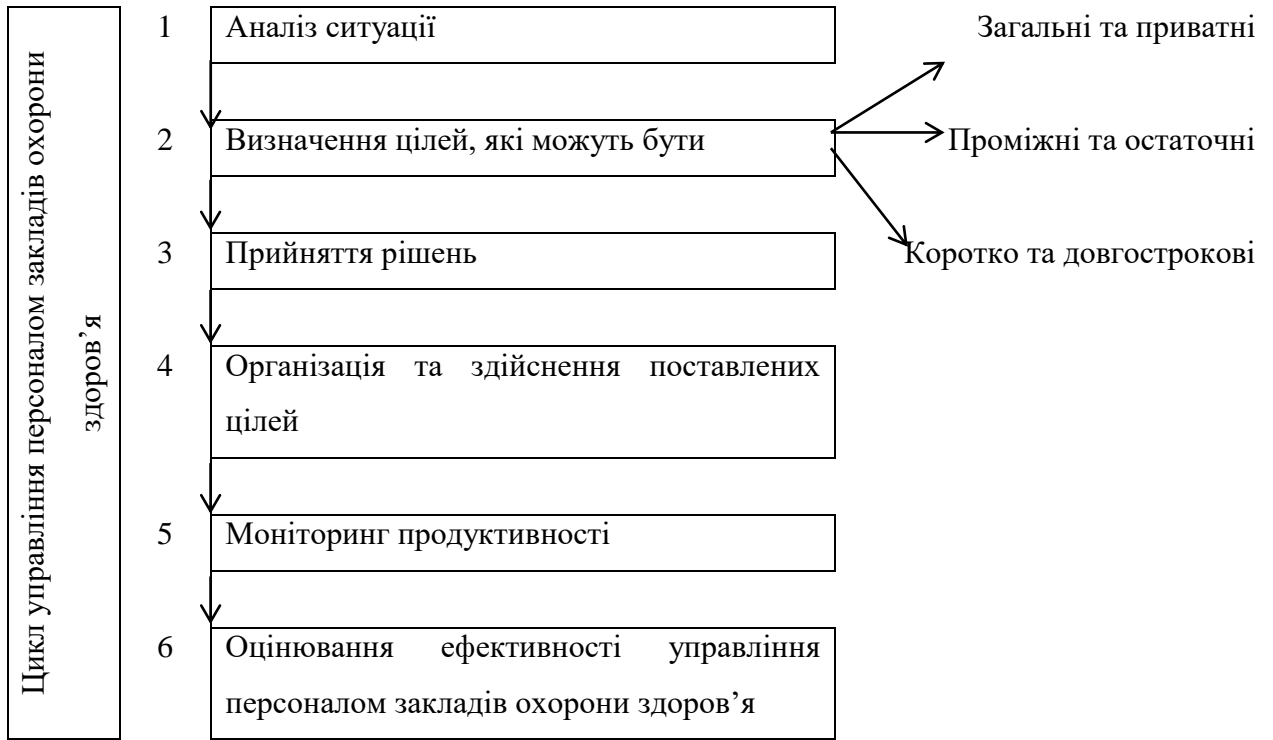


Рисунок 1.3 - Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я [16]

Питання оплати праці робітників організацій охорони здоров'я є однією з найактуальніших соціально-економічних проблем, тому що професія лікаря має одну з найнижчих заробітних плат в Україні. Відповідно до даних Державної служби статистики України розмір середньомісячної заробітної плати медичного персоналу є найнижчим серед рівнів заробітних плат бюджетних працівників (рис. 1.4).



Рисунок 1.4 - Середньомісячна заробітна плата працівників бюджетної сфери України [14]

У 2019 році середньомісячна заробітна плата працівників сфери охорони здоров'я складає 10158,5 грн. порівняно з 11129,33 грн. у сфері освіти та 11970,75 грн. у сфері мистецтва спорту та розваг.

Оплата праці медичним працівникам базується на єдиній сітці оплати праці з урахуванням усіх доплат. Такий тип оплати праці є фіксованим, отже, не залежить від якості та обсягу наданих медичних послуг та медичної допомоги, тому медичний персонал отримуватиме фіксований розмір заробітної плати навіть якщо він не виконав певного обсягу роботи, й навпаки. Наприклад, в однакових умовах працюють два працівника медичної сфери з однаковою кваліфікацією та досвідом роботи, однак один із цих лікарів є висококваліфікованим і в день обслуговує приблизно 30 пацієнтів, а інший працює на половину сили, відповідно, йому в день припадає близько 15 пацієнтів.

Відповідно до фіксованої тарифної системи оплати праці кожен з них отримує однакову заробітну плату. У підсумку цієї ситуації очевидно, що перший лікар змінить своє ставлення до роботи, зменшивши своє напруження, й працюватиме менше, оскільки матеріальних винагород за високо напружену роботу він не отримує.

Така ситуація показує невиконання однієї з найважливіших функцій системою оплати праці для ефективності виконуваної роботи, яка досягається шляхом стимулювання, заохочення та санкціонування. В результаті цього якість медичних послуг знижується, оскільки немає прагнення докладати більше зусиль під час лікування, надання медичних послуг та необхідного догляду за пацієнтом. Отже, у зв'язку з цим виникає необхідність докорінної зміни форм, систем та принципів оплати праці медичного персоналу.

Оплата праці кадрів медичних установ має передбачити доплату працівникам як винагороду за досягнуті результати та за ефективність роботи понад установлених тарифів заробітної плати шляхом впровадження, наприклад, погодинної преміальної системи оплати заробітної плати. Це

дасть змогу зацікавити працівників у їх досягненні кількісних та якісних показників та посиленні відповідальності щодо надання медичних послуг.

Медичний персонал є основою системи охорони здоров'я та її головним ресурсом у виробленні медичних послуг. Таким чином, він створює високоякісну та висококваліфіковану медичну допомогу, тому саме від медичних працівників залежить рівень медичної та соціальної ефективності системи охорони здоров'я загалом, отже, результативність їх роботи залежить від системи управління, якісного мотиваційного механізму й системи оплати праці в медичній галузі.

Організації охорони здоров'я несуть збитки, як і будь-які інші організації у разі неефективного управління фондом оплати праці, а продуктивність праці робітників може зменшуватися за несправедливої чи непрозорої системи стимулювання та компенсацій. Такий розклад створює необхідність зміни системи, форми оплати праці та вдосконалення механізмів, інструментів мотивації та стимулювання праці медичного персоналу, тому варто підкреслити, що головним завданням керівника з управління є формування якісного механізму здійснення мотивації та стимулювання персоналу, оскільки саме він впливає на працівників, активізацію їх діяльності задля підвищення продуктивності та ефективності.

Мотивація – це процес усвідомленого зваженого вибору людиною певної поведінки, яка визначається впливом зовнішніх стимулів та внутрішніх мотивів у сукупності. У трудовій діяльності мотивація дає змогу працівникам задовільнити власні потреби шляхом ефективного виконання трудових обов'язків. Керівники закладів охорони здоров'я, вводячи мотиваційні механізми в дію, вибудовують стійку мотивацію виконання трудових обов'язків, враховуючи основні потреби підлеглих, спонукають їх до діяльності, яка приводить до досягнення поставлених цілей. При цьому індивідуальні та загальні цілі в організації є підпорядкованими, тому механізм мотивації та трудовий механізм мають бути вибудовані

індивідуально під кожного працівника, враховуючи дійсні мотиви поведінки співробітників.

Підкріплюючими елементами мотиваційного процесу є винагороди. Проте ці інструменти мають здійснюватися виключно разом із мотиваційним процесом для побудови ефективного механізму мотивування та стимулювання в організаціях. У розумінні стимулювання мотивації лежить зовнішнє спонукання до здійснення дій на основі інтересу. Кожен керівник зазвичай має справу з мотивацією та стимулюванням підлеглих. Внутрішня винагорода, тобто власне мотивація, здійснюється роботою, адже вона приносить почуття значущості, самоповаги, досягнення результату чи змістовності самої роботи.

Таким чином, найпростішим методом забезпечення та досягнення внутрішньої винагороди є наявність необхідних умов для діяльності та наявність точної постановки завдання. У межах медичної установи прикладом інструментів забезпечення внутрішньої винагороди є створення належних умов роботи завдяки наявності необхідного матеріально-технічного оснащення (наприклад, згідно з примірним табелем матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, затвердженим Наказом МОЗ від 26 січня 2018 року № 148), комп'ютеризації, адекватного навчання медичного персоналу та його розвитку, ротації кадрів тощо. Щодо зовнішньої винагороди, то вона не може виникати від самої роботи, а має надаватись організацією. З точки зору мотивації вона є стимулом до праці, спрямованим на розширену реалізацію фактичного трудового потенціалу. Виходячи з цього, можемо сказати, що стимули та мотивація реалізують стратегію та тактику управління персоналом.

Вирішення проблеми підвищення якості надання медичних послуг та їх ефективності є можливим через здійснення комплексного підходу, що враховує існування різних типів співробітників, таких як співробітники, орієнтовані на оплату праці чи інші матеріальні цінності; співробітники,

орієнтовані на змістовну та суспільно значущу працю; співробітники зі збалансованою значущістю різних цінностей.

Таким чином, актуальною буде модель системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я, яка враховує сучасні методи управління, механізм стратегічного менеджменту, психологічні та економіко-соціальні методи впливу, спрямована на підвищення ефективності працівників, якості надання медичних послуг на державному рівні.

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, 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 [18].

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

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

- 2) 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;

3) 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;

4) використання морально-психологічних й 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»);

5) 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;

б) для реалізації 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 методів з урахуванням особливостей професійної діяльності та психологічного навантаження при роботі у закладах охорони здоров'я.

Отже, підсумовуючи висвітлені проблеми сфери охорони здоров'я, вважаємо, що управління персоналом закладів охорони здоров'я державного сектору в нових умовах господарювання є найбільш значущим і

першочерговим інструментом. А очевидною визнаємо потребу впровадження суттєвих змін у систему формування фонду заробітної плати для медичних працівників, стимулювання та мотивацію персоналу, механізм використання можливостей і потенціалу працівників тощо. 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.

Вважаємо, що застосування досвіду європейських країн з розвиненою системою охорони здоров'я, часткове переймання принципів вітчизняних компаній у галузях економіки у спектрі управління персоналом, застосування новітніх технологій управління є можливими з урахуванням реальних можливостей нашої країни.

### 1.3 Моделі мотивації та оплати праці закладів охорони здоров'я – світовий досвід

Одним з найважливіших методів управління персоналом є його стимулювання. Стимулювання не може бути ефективним без вмотивованості працівників. Часто ці два поняття сприймаються як синоніми, але вони мають різне смислове навантаження. Мотивація – це внутрішнє усвідомлення спонукання до дії, а стимулювання – це зовнішній вплив, який спрямований на суб'єкт. Чим більший ступінь відповідності стимулювання та мотивації робітника, тим більший ефект цієї системи загалом. Головними важелями, що заохочують працівника до праці, є стимул та мотив. Стимул – це певна винагорода, яка виявляється в матеріальній формі (заробітна плата), а мотив – це внутрішнє бажання, спонукальна сила. Робітник відчуває себе комфортне й працює з більшою ефективністю, якщо обидва важелі перебувають в балансі.

Зазвичай поява мотивації співпадає з появою потреб. Потреба – це ситуація, за якої людина відчуває нестачу чогось. Задоволення цієї потреби мотивує її. У схемі представлена модель мотивації, яка виникає в результаті незадоволення потреб (рис. 1.5).

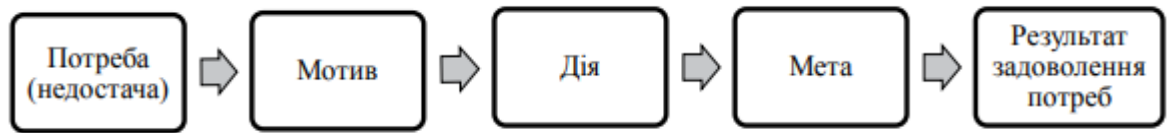


Рисунок 1.5 – Модель мотивації через потреби [30, с. 222]

Виходячи зі схеми, бачимо, що матеріальні потреби є основними для людини. Отже, матеріальне заохочення є вирішальним у системі мотивування, яке здійснюється у формі грошових виплат. Матеріальна система мотивації складається із заробітної плати, надбавки, доплат, премій, відпускних, відсотків, компенсацій та інших грошових виплат. Щодо нематеріальної сторони мотивації, то її видами є похвала, грамоти, дошка пошани, навчання тощо. Високий рівень заробітної плати впливає на ефективність виробництва, мотивацію персоналу безпосередньо. З одного боку, вищий рівень платні допомагає зменшити плинність кадрів та сформувати стабільний трудовий колектив. З іншого боку, це сприяє відбору найбільш кваліфікованих та найбільш професійних працівників на ринку праці. При цьому очевидно є економія для організації, тобто відсутність необхідності перекваліфікації нещодавно прийнятого персоналу та його навчання [32, с. 55–56].

У світовій практиці завжди увага приділялась питанню мотивації праці. Вітчизняна трудова мотивація полягає в оплаті праці, заснованій на тарифних ставках та посадових окладах, проте це є малоефективним. Використання світового досвіду є необхідною умовою формування системи мотивування. Серед розмаїття моделей таких систем виділяють японську, шведську, американську, німецьку, англійську, французьку моделі.

Японська модель. Після Другої світової війни японська економіка розпочала стрімке відновлення, що спричинило привернення уваги до тих методів, за допомогою яких був досягнутий такий ефект. Японський бізнес у XX – на початку XXI ст. розвивається під впливом філософії кайдзен.

Термін «кай дзен» з японської означає безперервний процес покращення, вдосконалення. Цей процес здійснюється в постійній взаємодії між менеджерами та працівниками компанії.

Філософію кай дзен розробив японський фахівець Масаакі Імаї. Однією з особливостей японської моделі є вимога від усіх та кожного особистих зусиль. Менеджменту доводиться докладати свідомі та постійні зусилля для підтримки духу вдосконалення. Це не значить, що керівництво щосили виділяє, хто досяг вражаючих успіхів або здійснив переворот.

У центрі уваги кай дзен перебуває швидше процес, ніж результат. Сильна сторона японського менеджменту полягає в успішній розробці та застосуванні системи, яка визнає цілі, роблячи акцент на способи їх досягнення [35, с. 34].

Відповідно до концепції кай дзен керівництво має перш за все підтримувати та стимулювати прагнення робітників удосконалювати процес. У багатьох японських компаніях існує так звана система пропозицій, під час оцінювання якої сплачуються заохочувальні премії. Якщо запропоновані нововведення допоможуть досягнути економії, то працівник отримує винагороду сумі збережених коштів. Окрім того, доплату може отримати як розробник індивідуального проекту, так і група робітників. Ця система впроваджується більшою мірою не для економічної вигоди від пропозицій, а для зміни ставлення персоналу до роботи та збільшення зацікавленості до справи.

Використання філософії кайдзен в Україні зможе сприяти підвищенню кваліфікаційного рівня робітників, зростанню морального клімату та корпоративного духу в організації, а також зможе допомогти підвищити

рівень конкурентоспроможності окремих галузей і економіки загалом, проте в довгостроковій перспективі.

Шведська модель. Швеція – приклад країни, яка підтримує модель соціального забезпечення, поширеної в скандинавських країнах.

Шведські профспілки протягом майже 70 років проводять політику солідарної заробітної плати. Основні її принципи такі:

- рівність праці та її оплати на основі галузевих домовленостей;
- мінімізація розриву між максимальною та мінімальною заробітною платою.

Перший принцип свідчить про те, що працівники з однаковою кваліфікацією та обов'язками в різних організаціях отримують однакову заробітну плату, незважаючи на результати господарської діяльності цих організацій. Досягнення другого принципу полягає у зростанні рівня зарплати низькооплачуваних робітників та стримуванні високооплачуваних [36].

Підприємства Швеції практикують матеріальне стимулювання робітників шляхом залучення їх до участі в прибутку. Лише близько 20% підприємств виплачують премії всім працівникам. Ці премії поділяються на ті, що виплачуються щорічно, та відстрочені не менш ніж на 5 років. Це мотивує персонал до збільшення продуктивності праці.

Застосування досвіду Швеції в нашій країні зможе допомогти розширити виробництво в більшості галузях, а також матиме стимулюючий ефект для працівників.

Американська модель. Американська модель мотивації праці кардинально відрізняється від шведської, оскільки вона побудована на заохоченні найбільш активних працівників. В цій системі діє «оцінка заслуг», яка впливає на заробітну плату працівників однакої кваліфікації, проте різної якості та результативності роботи.

Оцінювання проводиться шляхом анкетування, опитування, рейтингового балу. Розрізняють такі фактори оцінювання:

- виробничі, а саме продуктивність праці, норма виробітку, використання робочого часу;

- особистісні, а саме ініціативність, активність, лідерські якості, робота в команді.

Більшість компаній у США використовує дві популярні системи преміювання. Сутність цих систем полягає в тому, що в разі прибутковості компанії створюється преміальний фонд, який розподіляється таким чином: 25% акумулюються в резервний фонд, а решта суми розподіляється в пропорції 1:3 між адміністрацією та працівниками.

Матеріальна мотивація персоналу також залежить від кількості освоєних кваліфікацій. Якщо працівник майстерно володіє більше, ніж однією професією, він може отримати певну суму балів, яка зможе конвертуватися в додаткову оплату праці.

Окрім доплат і премії, наприклад, відомі американські компанії “Google”, “Facebook”, “Proctor&Gamble” застосовують такі форми мотивації праці, як безкоштовне харчування, безкоштовне транспортування до місця роботи, персональні знижки на вироблену продукцію, подорожей, безкоштовна йога [37]. Застосування такої моделі підвищує мобільність працівників всередині організації, рівень задоволеності роботою, що приводить до покращення.

Англійська модель. Відмінною ознакою великобританської моделі є партнерські відносини між працівником та підприємцем. Працівники зазвичай беруть активну участь в капіталі, власності. Нині існують дві форми зарплатні, а саме грошова та акціонерна. Тобто працівник, окрім заробітної плати, може купувати акції підприємства та отримувати дивіденди. Також досить часто практикується оплата праці, яка повністю залежить від прибутку підприємства.

На англійських підприємствах застосовують різні системи преміювання. Перший напрям визначає суму премії залежно від виробітку, другий – якості роботи та виробленої продукції, а третій напрям поєднує

показники попередніх двох. Крім того, працівник має змогу отримати 5–8% тарифної ставки надбавки за умови присутності на робочому місці повного робочого тижня [38].

Як і для американської системи, для англійської характерні підвищення зацікавленості персоналу шляхом надання оплачуваних відпусток, субсидій, грошової допомоги для навчання працівників або підвищення їх кваліфікаційного рівня тощо.

Переїняття досвіду Великобританії дасть змогу збільшити інтерес працюючих до зростання виробництва та отримання прибутку, адже від цього прямо залежить оплата їх праці.

Французька модель. Система мотивування праці у Франції характеризується індивідуалізацією, що полягає у врахуванні таких показників під час оплати праці, як професійна кваліфікація, якість виконаної роботи та активність працівника у розробленні пропозицій. Також на рівень зарплати впливають стаж роботи, вік, освіта [39, с. 83–85].

Для преміювання працівників проводиться багатофакторний аналіз. За допомогою балів оцінюється праця робітників за 6 показниками:

- 1) професійні знання;
- 2) виробіток;
- 3) якість роботи;
- 4) ініціативність;
- 5) етика виробництва;
- 6) дотримання правил техніки безпеки.

На відміну від іноземних систем мотивування, у Франції існують штрафні санкції, коли працівник відсутній на робочому місці від 3 до 5 днів (надбавка зменшується на 25%), якщо його немає понад 10 днів (надбавка зменшується на 100%).

Використання французької моделі здійснює мотивуючий вплив на ефективність та якість роботи, а також стимулює працівників отримувати високий кваліфікаційний рівень.

В цілому, працівників лікарні можна мотивувати до ефективного надання медичної допомоги як фінансовими інструментами, так і іншими (нефінансовими) засобами. Який саме спосіб мотивації будуть найбільш дієвими на конкретному підприємстві, вирішує адміністрація закладу охорони здоров'я з урахуванням попереднього досвіду роботи, якісного складу персоналу, фінансових можливостей та середньострокових цілей розвитку медичного закладу.

До нефінансової мотивації та стимулювання відносять:

- налагодження ефективного діалогу між керівництвом і персоналом;
- виокремлення участі кожного працівника в досягненні мети діяльності закладу та важливості внеску кожного;
- визначення підходів до мотивації, стимулювання на основі нових методів моніторингу роботи персоналу;
- відзначення якісно виконаної роботи;
- забезпечення навчання та професійного розвитку персоналу;
- фінансування участі в конференціях, у тому числі міжнародних;
- забезпечення зворотного зв'язку тощо.

Науковцями Т.А. Вежновець, В.Д. Парій проведено дослідження щодо визначення мотиваційних типів медичних працівників закладів охорони здоров'я [40]. Зокрема було проведено психологічне дослідження лікарів та медичних сестер ЗОЗ м. Херсона та області за методикою визначення мотиваційних типів Герчакова В.І.

Використана методика дозволяє оцінити у працівника середній індекс в умовних одиницях за 5 мотиваційними типами (інструментальний (ІН), професійний (ПР), патріотичний (ПА), господарський (ГО), люмпенізований (ЛЮ)).

Для кожного мотиваційного типу характерний свій внутрішній провідний мотив, який визначає головну цінність у роботі:

- для ІН типу – заробітна плата,
- для ПР типу – професійний успіх,

для ПА – причетність до спільної справи,

для ГО – відповідальність,

для ЛЮ – уникнення будь-якої роботи (табл. 1.2).

За результатами дослідження було визначено, що у структурі мотиваційних типів у групі лікарів переважає частка ПР типу, у групі медичних сестер – ПА типу.

Таблиця 1.2 - Провідні внутрішні мотиви для мотиваційних типів при дослідженні медичних працівників закладів охорони здоров'я

Провідний мотив	Мотиваційний тип
1. Заробітна плата та інші види матеріальної винагороди	ІН
2. Зміст роботи, вміння впоратися із завданням будь-якої складності, визнання їх високого рівня професіоналізму	ПР
3. Причетність до спільної важливої справи, суспільне визнання їх участі в загальних досягненнях	ПА
4. Високий рівень відповідальності, відсутність зовнішнього контролю ГО	
5. Уникнення будь-якої роботи, мінімізація трудових зусиль на рівні, допустимому з боку безпосереднього керівника	ЛЮ

Тобто провідний мотив лікарів – це професійний успіх, а медичних сестер – причетність до суспільно важливої справи. У структурі мотиваційних типів у групі лікарів повністю відсутній ЛЮ тип. Ймовірно, що відсутність такого типу серед лікарів обумовлена природнім професійним відбором у професії. Лікарі, для яких провідною цінністю в роботі є відсутність трудової діяльності або її здійснення під постійним контролем керівника, не можуть бути ефективними у наданні медичної допомоги населенню, ймовірно, йдуть із професії та змінюють її на іншу. Серед

медичних сестер достовірно більше працівників, головною цінністю в трудовій діяльності для яких є уникнення будь-якої роботи.

Результати аналіз структури мотиваційних типів свідчать, що частка ІІ типу, для якого провідним мотивом є зарплата, у структурі мотиваційних типів, як у групі лікарів, так і у групі медичних сестер, має найменше значення (відповідно  $5,71 \pm 3,0\%$  та  $4,0 \pm 2,0\%$ ). Вказане свідчить про те, що заробітна плата не є провідним внутрішнім мотивом та головною цінністю в їх роботі. Однак її значенням у системі мотивації медичних працівників нехтувати не можна.

Зазначене вказує на різні механізми мотивації медичних працівників у залежності від їх посади. Тобто, лікарів можна вмотивувати до роботи створенням можливості їх професійного розвитку та досягнення професійного успіху, а для медичних сестер – забезпеченням причетності до суспільно важливої справи та постійного контролю їх діяльності.

Однак, у будь-якому випадку, продумана система оплати праці працівника лікарні зазвичай має більш істотний вплив на його трудову поведінку, ніж просте підвищення розміру посадового окладу. Саме тому сьогодні в більшості країн світу намагаються будувати достатньо складні схеми оплати праці медичного персоналу, які фактично зводяться до реалізації у сфері охорони здоров'я принципу Р4Р (pay-for-performance – «плата за результат»), що застосовується в бізнесі. Плата за результат полягає у врахуванні якісних та кількісних показників діяльності конкретного працівника під час визначення розміру його заробітної плати.

Залежно від ступеня впровадження принципу Р4Р можна виділити такі моделі оплати праці медичного персоналу (Таблиця 1.3):

Таблиця 1.2 - Моделі оплати праці медичного персоналу

Назва	Характеристика	Переваги	Недоліки
Модель «100% зарплата»	Лікар отримує заздалегідь узгоджену та	Проста в адмініструванні та	Не стимулює інших медичних

	фіксовану заробітну плату	підходить для оплати праці нових медичних працівників або персоналу з невеликим досвідом роботи	працівників до продуктивної роботи.
Модель «Заробітна плата плюс бонуси»	Полягає у встановленні працівнику базового окладу, який за результатами діяльності та з урахуванням особистої продуктивності може доповнюватися додатковими виплатами у вигляді бонусів	Заохочує працівника виконувати свої трудові обов'язки таким чином, щоб отримати додаткові виплати	Великий ризик недобросовісної поведінки з боку працівників
Модель рівних часток	Розподіл частини прибутку закладу охорони здоров'я порівну між працівниками, які надають медичну допомогу	Розподіл коштів формує їхню зацікавленість у підвищенні рентабельності всього закладу, зменшенні розміру видатків	Нівелює особисті досягнення працівника (попередній досвід, набуті навички, якість виконання трудових обов'язків)
Модель продуктивності	Прив'язка розміру заробітної плати працівника до відсотка від надходжень, які він приносить	Така прив'язка коштів формує їхню зацікавленість у підвищенні рентабельності всього закладу	Великий ризик недобросовісної поведінки з боку працівників

1. Модель «100% зарплата», відповідно до якої лікар отримує заздалегідь узгоджену та фіксовану заробітну плату. Ця модель є простою в адмініструванні та підходить для оплати праці нових медичних працівників або персоналу з досвідом роботи. Проте вона не стимулює інших медичних працівників до продуктивної роботи.

2. Модель «Заробітна плата плюс бонуси» полягає у встановленні працівнику базового окладу, який за результатами діяльності та з урахуванням продуктивності може доповнюватися додатковими виплатами у

вигляді бонусів. Ця модель заохочує працівника виконувати свої трудові обов'язки таким чином, щоб отримати додаткові виплати. Бонуси, у свою чергу, можуть бути прив'язані до різних індикаторів, таких як задоволеність пацієнтів, якість роботи працівника, його продуктивність або комбінація переліченого.

3. Модель рівних часток передбачає розподіл частини прибутку медичного закладу порівну між працівниками, які надають медичну допомогу. Розподіл коштів формує їхню зацікавленість у підвищенні рентабельності всього закладу, зменшенні розміру видатків. Однак така модель нівелює особисті досягнення працівника (попередній досвід, набуті навички, якість виконання трудових обов'язків тощо).

4. Модель продуктивності усуває недолік попередньої моделі шляхом прив'язки розміру заробітної плати працівника до відсотка від надходжень, які він приносить. При цьому з надходжень попередньо вираховуються кошти, які спрямовуються на покриття витрат, пов'язаних із утриманням закладу.

Також важливо, щоб критерії для визначення розміру заробітної плати працівників не містили дискримінаційних умов. Наприклад, у 2015 році у ЗМІ Словенії повідомили про дискримінацію лікарів у Люблянському клінічному центрі (УКС), де заробітна плата двох хірургів з однаковим стажем відрізнялася на суму 3 254 євро. Як з'ясувалося пізніше, роботодавець нарахував одному працівнику заохочувальні виплати за 380 понаднормових годин, однак це не відповідало кількості годин у місяці. Внаслідок цього відбулися численні страйки лікарів. Після вказаних подій було прийнято Галузеву угоду (The Collective agreement for the healthcare and social care activity in Slovenia), що привело до покращення ситуації.

Висновки до розділу.

Розвиток кадрового потенціалу є важливою частиною кадрової політики кожного сучасного підприємства, незалежно від виду та

особливостей його діяльності. Розвиток кадрового потенціалу полягає у підвищенні професійно-кваліфікаційного рівня працівників, їхнього постійного оновлення знань, умінь, навичок за рахунок стимулювання та оцінки внеску кожного працівника в кінцевий результат, а це, в свою чергу, буде сприяти вирішенню стратегічних цілей підприємства і підвищенню його конкурентоспроможності.

Ефективна кадрова політика є потужним інструментом стабільності охорони здоров'я, запорукою успіху реформ, оскільки від професійного рівня керівних кадрів та інших працівників системи охорони здоров'я залежить якість надання медичної допомоги населенню країни. Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, експерти ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку. Зокрема, за даними МОЗ України останнім часом спостерігається: скорочення чисельності медичних працівників (як лікарів, так і працівників середньої ланки); неукомплектованість посад як лікарів, так й середнього медичного персоналу; значне постаріння кадрового потенціалу; регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями); збільшення числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції тощо.

Наразі в Україні триває реформа системи охорони здоров'я, спрямована на подолання визначених та багатьох інших проблем. Відбувається автоматизація медичних закладів, що передбачає зміни у фінансово-господарській, організаційній діяльності. Завдяки таким перетворенням виникає необхідність максимального та оптимального використання кадрових ресурсів медичних установ, що є можливим за наявності управлінців необхідної компетентності.

Сьогодні в більшості країн світу намагаються будувати достатньо складні схеми оплати праці медичного персоналу, які фактично зводяться до

реалізації у сфері охорони здоров'я принципу Р4Р (pay-for-performance – «плата за результат»), що застосовується в бізнесі.

## 2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ КП «ДЕРАЖНЯНСЬКА ЦРЛ ХО»

### 2.1 Загальна характеристика комунального підприємства та основних техніко-економічних показників діяльності

Комунальне підприємство "Деражнянська ЦРЛ ХО" – є закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації у плановому порядку \ в екстрених випадках й передбачає проведення діагностики, надання консультацій, реабілітації та профілактики травм, отруєнь, патологічних й фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів населення, що постійно проживає на території Деражнянського району та інших територій.

Комунальне підприємство «Деражнянська центральна районна лікарня Хмельницької області» (далі - Деражнянська ЦРЛ ХО, Підприємство) створене рішенням сесії Деражнянської районної ради від 28 серпня 2019 року 2-35/2019 в результаті реорганізації шляхом перетворення Деражнянської центральної лікарні в комунальне підприємство.

Деражнянська ЦРЛ ХО здійснює некомерційну діяльність спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів у сфері охорони здоров'я, без мети одержання прибутку, а також приймає участь у виконанні державних й місцевих програм у сфері охорони здоров'я.

В Деражнянській ЦРЛ ХО у 2020 році налічується 270 штатних посад з них: лікарів - 57,5; середній медперсонал - 108,75; інший персонал - 53,25; молодший медперсонал – 54,75 штатних одиниць. Організаційна структура Деражнянської ЦРЛ ХО наведена на рисунку 2.1.

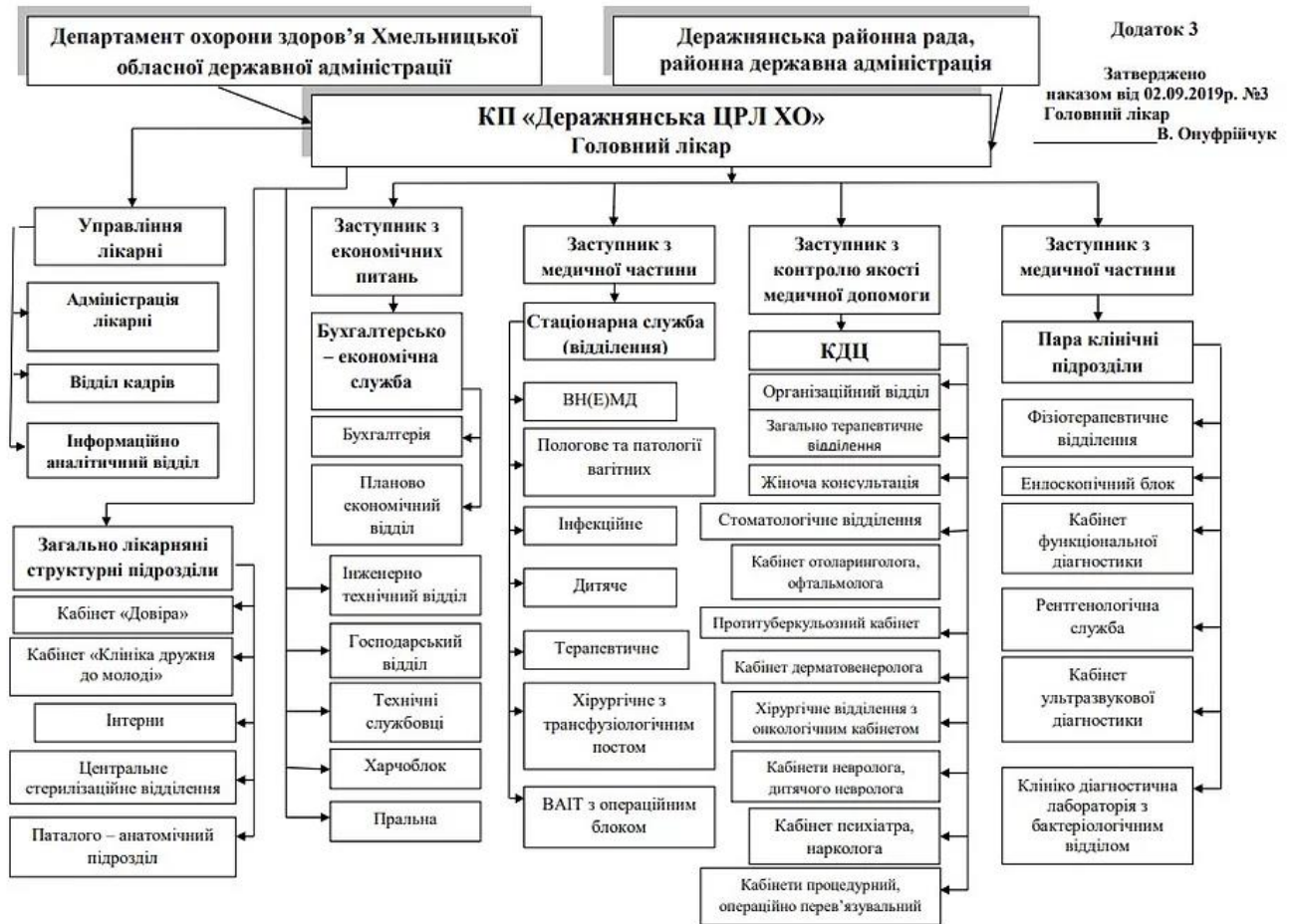


Рисунок 2.1 - Організаційна структура Деражнянської ЦРЛ ХО

При визначенні організаційно - управлінського типу структури управління, керівництво Деражнянської ЦРЛ ХО застосувало лінійно-функціональну організаційну структуру, яка бере за основу розподіл повноважень та відповідальності за функціями управління і прийняття рішень по вертикалі. Така структура надає змогу організувати управління за лінійною схемою (керівник – заступники - завідувачі відділень), а спеціалісти управління комунального підприємства допомагають лінійним керівникам вирішувати управлінські завдання. Водночас поділ праці у сфері управління зумовлює групування однорідних за функціями робіт й зосередження таких робіт у підрозділах апарату управління комунального підприємства.

Адміністративно-господарський персонал Деражнянської ЦРЛ ХО згрупований за блоками: управління лікарні (адміністративний персонал,

відділ кадрів, інформаційно-аналітичний відділ); бухгалтерське-економічна служба (планово-економічний відділ, бухгалтерія); інженерно-технічний відділ; господарський відділ; технічні службовці; харчоблок; пральня.

Структура управління Деражнянської ЦРЛ ХО затверджена наказом від 03 вересня 2019 та впроваджена в дію з періоду створення підприємства. Сукупністю елементів структури управління Деражнянської ЦРЛ ХО є: керівництво лікарні, керівники структурних підрозділів, завідувачі відділень, старші медичні сестри.

Загальними лікарняними структурними підрозділами Деражнянської ЦРЛ ХО є центральне стерилізаційне відділення, патолого-анатомічний підрозділ.

До стаціонарної служби відноситься відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги, інфекційне відділення для дорослих, пологове відділення з ліжками патології вагітних, терапевтичне відділення з ліжками неврологічного профілю, педіатричне відділення, хірургічне відділення з травматологічними, гінекологічними ліжками та ХОСПіс, відділення анестезіології - інтенсивної терапії (ВАІТ) з операційним блоком.

Консультативно-діагностичний центр (КДЦ) має реєстратуру, кабінет про огляду, консультативні кабінети терапевта та педіатра, кабінет ендокринолога, підлітковий кабінет, кабінет кардіолога, жіночу консультацію, стоматологічний хірургічний кабінет, ортопедичний кабінет, стоматологічний терапевтичний кабінет, кабінет отоларинголога, протитуберкульозний кабінет, кабінет офтальмолога, хірургічний кабінет, урологічний кабінет, травматологічний кабінет, онкологічний кабінет, неврологічний кабінет, кабінет психіатра, кабінет нарколога, процедурний, операційно-перев'язувальний кабінет.

До пара клінічних служб Деражнянської ЦРЛ ХО відносять: фізіотерапевтичне відділення, ендоскопічний кабінет, флюорографічний кабінет, кабінет функціональної діагностики, кабінет ультразвукової діагностики, клініко-діагностична лабораторія з бактеріологічним відділом.

Для узгодження інтересів між працівниками й апаратом управління Деражнянської ЦРЛ ХО щодо питань регулювання трудових правовідносин, впорядкування системи оплати праці, посилення мотивації працівників у вирішенні завдань, що стоять перед підприємством, забезпечення матеріальної зацікавленості працівників у відповідальному ставленні до своїх посадових обов'язків, забезпечення соціального захисту і матеріальної підтримки працівників, керівництвом Деражнянської ЦРЛ ХО розроблено колективний договір на 2020-2025 роки, який прийнятий на загальних зборах трудового колективу 01 квітня 2020 року та зареєстрований в управлінні соціального захисту населення Деражнянської райдержадміністрації про що, внесений відповідний запис до реєстру галузевих (міжгалузевих) територіальних угод, колективних договорів, змін і доповнень до них. Положення договору оприлюднені на сайті Деражнянської райдержадміністрації у розділі Управління соціального захисту населення.

Керівництво Деражнянської ЦРЛ ХО постійно підвищує конкурентоспроможність закладу, зокрема ведеться робота щодо оновлення основних засобів, покращення матеріально-технічної бази підприємства, підвищення якості надання медичних послуг. У 2020 році закуплено дефібрилятор, насоси шприцеві, монітори пацієнта, концентратор кисню.

Для покращення надання медичної допомоги та процесу догляду за пацієнтами у вересні 2020 року закуплено шість протипролежневих матрасів OSD-303 на суму 9 600,0 грн., помпу для ентерального харчування "НК 300" на суму 16 860,0 грн. та глюкометр "Контоирплюс" на суму 850,0 грн.

У 2021 році підприємством планується поліпшення матеріально - технічної бази, а саме передбачено придбання: концентратора кисню, відсмоктувача хірургічного, електрокардіографа портативного, візка зі знімними ношами, дозатора для ін'єкційних ліків (опіоїдів).

Керівництвом Деражнянської ЦРЛ ХО за останні роки проведено ряд заходів з енергозбереження на суму понад 6 898,6 тис.грн., а саме:

- проведено капітальний ремонт даху стаціонару та харчоблоку;

- встановлено додатково чотири твердопаливних котла;
- замінено віконні та дверні блоки;
- проведено повну заміну на ЛЕД ламп;
- встановлено тепловідбивні екрани;
- проведено заміну системи теплопостачання.

Завдяки впровадженню енергоефективних та енергозберігаючих заходів, економія фінансових ресурсів склала 6,4% на суму понад 125,2 тис. грн. на рік, при цьому покращено умови перебування та обслуговування пацієнтів лікарні.

Рішенням Деражнянської районної ради сьомого скликання від 23 березня 2020 року № 2-40/2020 для КП «Деражнянська ЦРЛ ХО» затверджено програму розвитку та фінансової підтримки на 2020-2022 роки.

Зокрема одним із основних завдань програми є придбання предметів, матеріалів, обладнання та оплата капітальних й поточних ремонтних робіт, реконструкції. На виконання зазначеної програми, підприємством за кошти районного бюджету у 2020 році придбано медичне обладнання:

- медичне відео ендоскопічне обладнання в кількості одна одиниця на суму 1098,0 тис.грн;
- медична ендоскопічна камера Shrek SYGW-601 в кількості одна одиниця на суму 60,0 тис. гривень.

Окрім цього, на виконання програми розвитку, з районного бюджету виділено комунальному підприємству кошти на поточний ремонт котельні, які вже виконані у повному обсязі, на суму 131,0 тис. гривень.

Основні показники роботи ЦРЛ наведено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Основні показники діяльності КП «Деражнянська ЦРЛ ХО»

	2017	2018	2019	Відхилення	Темп зміни, %
Кількість працівників, чол з	263	289	259	-4	98,48

них					
Лікарів, чол	57	61	55	-2	96,49
Середній медичний персонал, чол	107	116	104	-3	97,20
Проліковано хворих	4 302	4 378	4 267	-35	99,19
Відвідувань поліклініки, кільк	108 768	116 870	95 542	-13 226	87,84
Середня заробітна плата, грн	4 651	4 833	5 160	509	110,94
Загальна вартість капіталу ЦРЛ, тис грн	18965970	13488543	13684356	-5 281 614	72,15
Основні засоби (первісна вартість), грн	19246113	19204063	19210625	-35 488	99,82
Основні засоби (залишкова вартість), грн	8210971	7865631	8002343	-208 628	97,46
Ступінь зносу, %	57,34	59,04	58,34	1	101,76
Доходи, грн у т.ч.	23 335 345	28 206 027	28 186 543	4 851 198	120,79
Бюджетні асигнування, грн	21 494 872	26 411 848	26 083 167	4 588 295	121,35
Доходи від надання послуг, грн	150 797	290 278	272 098	121 301	180,44
Витрати, грн	24 264 868	28 526 093	28 574 117	4 309 249	117,76
Профіцит/дефіцит, грн	-929 523	-320 066	-387 574	541 949	0,00
Фондовіддача, грн	2,84	3,59	3,52	0,68	123,94
Фондоозброєність, грн	73 179,14	66 450,04	74 172,30	993,16	101,36
Продуктивність праці, грн	88 727,55	97 598,71	108 828,35	20 100,80	122,65
Коефіцієнт обертання капіталу, част.од	1,23	2,09	2,06	0,83	167,41
Тривалість обороту капіталу ЦРЛ	292,59	172,16	174,78	-117,82	59,73

За даними таблиці 2.1 спостерігаємо негативну тенденцію зменшення кількості працівників лікарні, зокрема за період дослідження відбулось зменшення персоналу на чотири особи, з них лікарів на 2 особи, середнього медичного персоналу на 5 осіб. Питома вага лікарів за період 2017-2019 роки майже незмінна і становить близько 21 %.

Поряд із зменшенням кількості персоналу (темп зміни 98%, лікарів 96,5%), майже не змінюється кількість пролікованих хворих (зменшення незначне - 1%) та зменшується кількість відвідувань поліклініки (зменшення

на 12%). Середньомісячна заробітна плата зростає ( темп приросту 10%), однак має надзвичайно низький рівень (5 160 у 2019 році).

Загальна вартість капіталу лікарні зменшується (рис. 2.2).



Рисунок 2.2 – Динаміка капіталу Деражнянської ЦРЛ ХО

Ефективність діяльності лікарні залежить від наявності медичного, діагностичного устаткування, тобто основних фондів. У Комунального підприємства «Деражнянська ЦРЛ ХО» спостерігається негативна тенденція до зменшення основних засобів (темп зміни 99% протягом 2017-2019 рр), однак ступінь зношення значний (58% у 2019 році) і має тенденцію до зростання (рис. 2.3, 2.4).

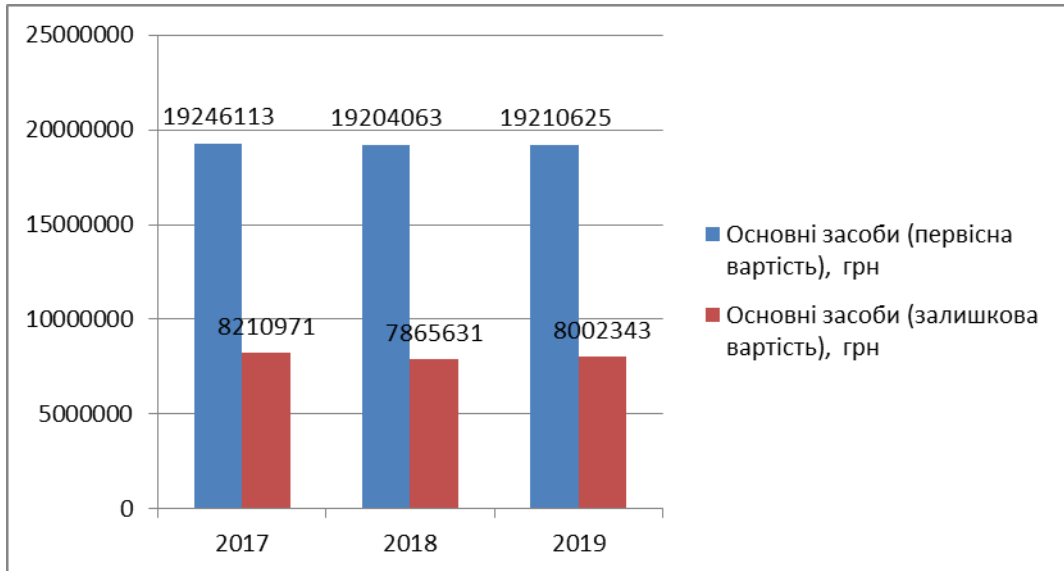


Рисунок 2.3 – Динаміка основних фондів ЦРЛ

Деражнянська ЦРЛ ХО оновлює основні засоби недостатньо швидко.

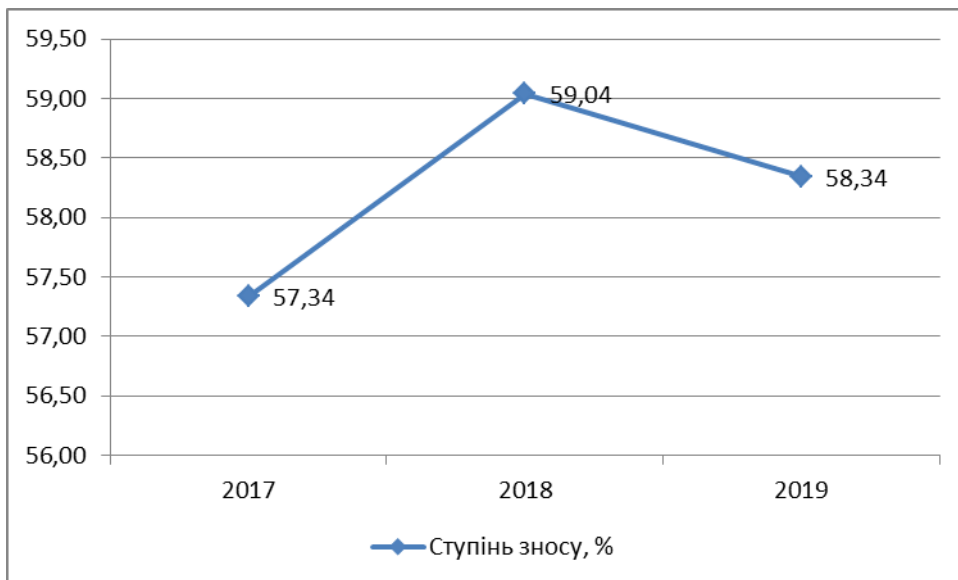


Рисунок 2.4 – Динаміка ступеня зношення основних фондів лікарні

Динаміку доходів та витрат за період 2017-2019 роки представлено на рисунку 2.5.



Рисунок 2.5 – Динаміка доходів і витрат Деражнянської ЦРЛ ХО

Спостерігається позитивна динаміка зростання доходів КП «Деражнянська ЦРЛ ХО» (темп зміни 117%), однак витрати щороку переважають, що спричинило наявність дефіциту бюджету у 2017-2019 роках.

За структурою доходів спостерігаємо збільшення бюджетних асигнувань (темп приросту 21%) та зростання доходів надання платних медичних послуг (темп приросту 80%).



Рисунок 2.6 – Динаміка бюджетних асигнувань та доходів від надання платних медичних послуг Деражнянської ЦРЛ ХО

Далі виконаємо аналіз відносних показників. Зокрема фондovіддача є показником, що характеризує ефективність використання основних засобів, тобто обсяг послуг, наданих в лікарні з одиниці основних виробничих фондів. Зважаючи, що доходи лікарні зростають швидшими темпами а ніж основні засоби, спостерігаємо незначне зростання показника фондovіддачі (рис. 2.7). За період дослідження Деражнянська ЦРЛ ХО отримала у 2019 році 3,52 грн з одиниці основних фондів.

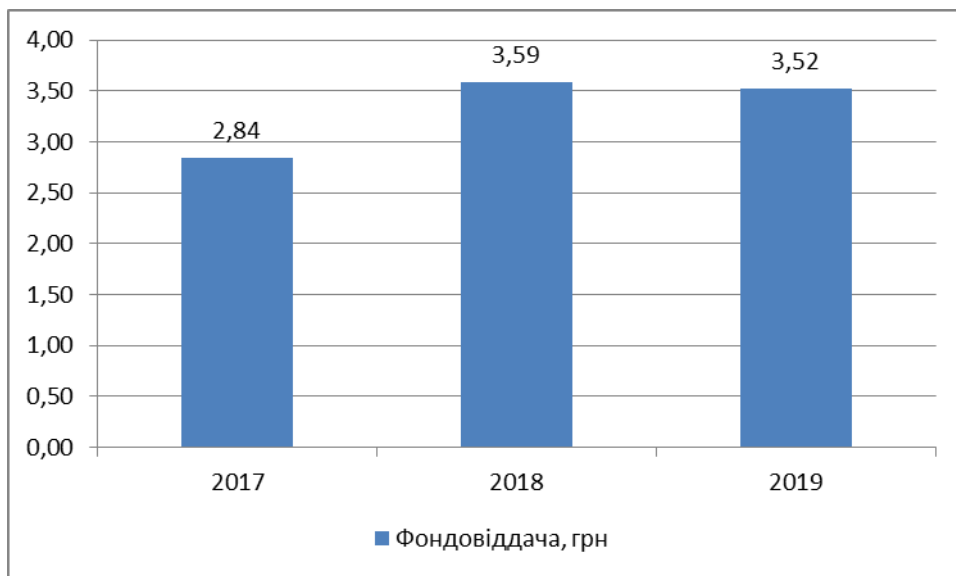


Рисунок 2.7 – Динаміка показника фондovіддачі КП «Деражнянська ЦРЛ ХО»

Фондоозброєність праці є показником, що характеризує вартість основних виробничих фондів припадають на одного фахівця, для Деражнянської ЦРЛ ХО динаміка позитивна – зростання на 1,3%.

Показник продуктивності праці характеризує ефективність персоналу підприємства та показує здатність працівника надавати певну кількість послуг за одиницю часу, для Деражнянської ЦРЛ ХО спостерігаємо позитивну динаміку – зростання на 18,8%.

Як підсумковий показник ефективності діяльності лікарні коефіцієнт обертання капіталу демонструє ефективність управління власним капіталом компанії. Для Деражнянської ЦРЛ цей показник

становить в середньому 2, що свідчить скільки послуг було продано на кожну гривню фінансування лікарні.

Ділова активність лікарні виявляється у швидкості обороту його капіталу. Прискорення оборотності капіталу свідчить про більш інтенсивне його використання і про зростання ділової активності ЦРЛ. Навпаки, уповільнення оборотності коштів є ознакою спаду ділової активності. Від швидкості обороту капіталу лікарні залежить прибутковість, і як результат - ліквідність, платоспроможність, фінансова стійкість комунального підприємства.

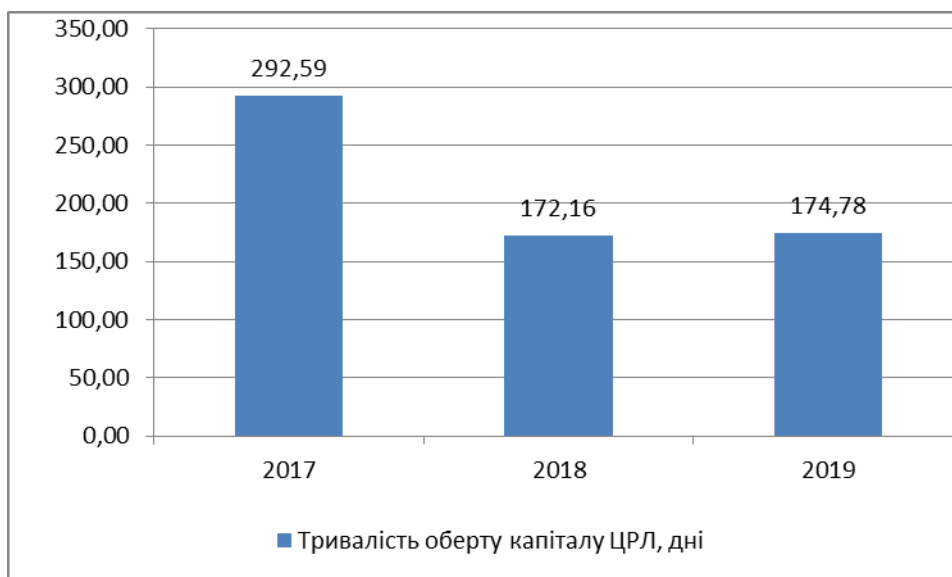


Рисунок 2.8 – Динаміка показника тривалості оборту капіталу Деражнянської ЦРЛ ХО

Для Деражнянської ЦРЛ ХО тривалість оборту капіталу складає 174 дні і має тенденцію до скорочення, що свідчить про підвищення ділової активності.

На сьогодні комунальним підприємством очікується прийняття рішення по програмі пільгового кредитування проектів у сферах (водопостачання, теплопостачання, реконструкції мереж, очищення стічних вод та енергетичної утилізації відходів) на проведення реконструкції твердопаливної котельні, вартістю проекту 2 мільйони гривень.

## 2.2 Аналіз кадрового менеджменту

Як у будь-якій сфері діяльності, результати господарювання, у даному випадку – надання медичних послуг, значною мірою залежать від достатності та якості трудових ресурсів, тобто кадрового забезпечення.

Станом на початок 2020 року в лікарні працюють медичні працівники, 55 лікарів, із них вищої категорії – 27 чоловік, I категорії – 15 чоловік, II категорії – 8 чоловік; 104 чоловіка середнього медичного персоналу, із них вищої категорії – 62 чоловік, 27 – I категорії та II категорії – 9. На перше місце медики ставлять професійне відношення до хворого, пацієнта.

Таблиця 2.2 – Аналіз ефективності управління персоналом Деражнянської ЦРЛ ХО

Показники	2017	2018	2019	Відхилення	Темп зміни, %
Кількість працівників, чол з них	263	289	259	-4,00	98,48
Лікарів, чол	57	61	55	-2,00	96,49
Середній медичний персонал, чол	107	116	104	-3,00	97,20
Співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів	1,88	1,90	1,89	0,01	100,73
Витрати на оплату праці, тис. грн	14 679,4	16 760,3	16 037,4	1358,0	109,25
Середня заробітна плата, грн	4651,28	4832,85	5160,07	508,79	110,94
Доходи, тис. грн	23 335,35	28 206,03	28 186,54	4 851,19	120,79
Продуктивність праці, тис. грн/чол	88,727	97,598	108,828	20,1	122,65
Основні засоби (первісна вартість), тис. грн	19 246,11	19 204,06	19 210,63	-35,488	99,82
Фондоозброєність, тис.грн/особу	73,179	66,450	74,172	0,993	101,36

Дані таблиці 2.2, рис. 2.9. показують, що КП «Деражнянська ЦРЛ ХО» має негативну динаміку зменшення кількості персоналу, як у загальній кількості, так і лікарів. Питома вага лікарів за період дослідження майже незмінна становить близько 21%.

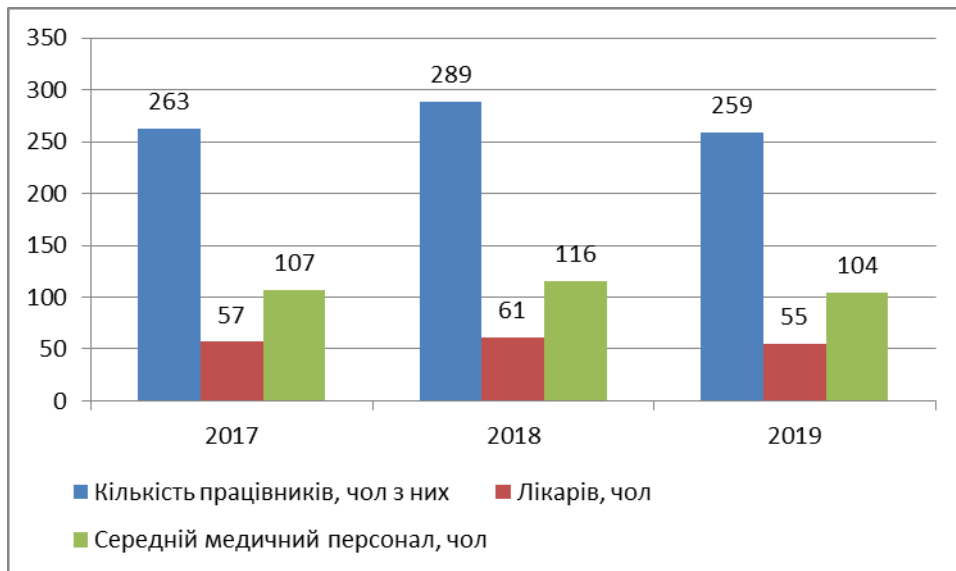


Рисунок 2.9 – Динаміка чисельності персоналу Деражнянської ЦРЛ ХО

Поряд із зменшенням кількості персоналу (темп зміни 98%, лікарів 96,5%), дещо зменшується кількість пролікованих хворих (зменшення незначне - 1%) та кількість відвідувань поліклініки (зменшення на 12,2%) – таблиця 2.1, 2.2.

На сьогодні в країні склалася нераціональна структура медичних працівників. Темпи скорочення середнього медичного персоналу вищі за темпи скорочення чисельності лікарів. Внаслідок цього співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів з 2,39 у 2000 р. впало до 2,03 у 2019 р. Ураховуючи, що, за даними ВООЗ, оптимальне співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів становить 4 до 1, структура забезпеченості Деражнянської ЦРЛ ХО становить 1,89 і є нераціональною та й стає гіршою.

Середньомісячна заробітна плата зростає, однак має надзвичайно низький рівень - див. рисунок 2.10.



Рисунок 2.10 – Динаміка середньомісячної заробітної плати Деражнянської ЦРЛ ХО

Фондоозброєність праці є показником, що характеризує вартість основних виробничих фондів припадають на одного фахівця, для Деражнянської ЦРЛ ХО динаміка позитивна – зростання на 1,3%, (рис. 2.11).

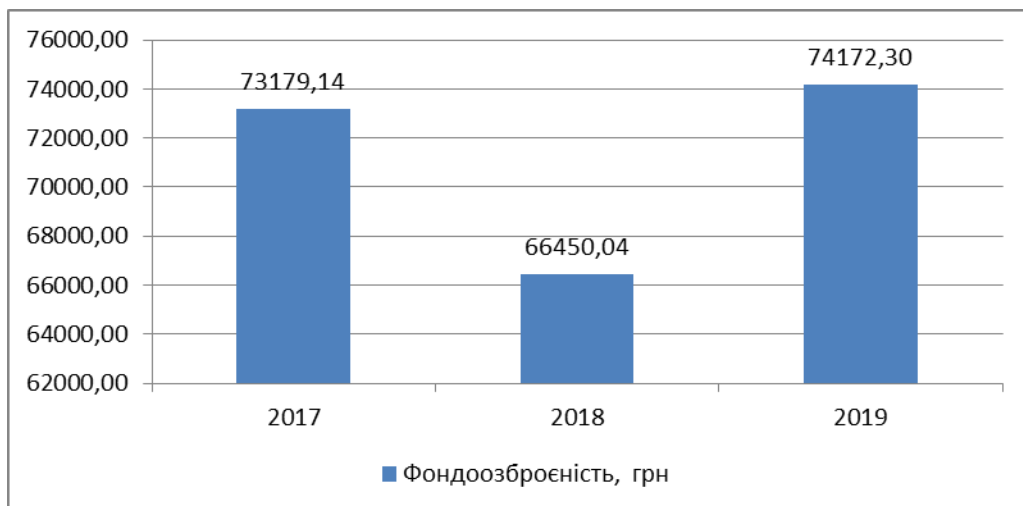


Рисунок 2.11 – Динаміка показника фондоозброєності праці Деражнянської ЦРЛ ХО

Показник продуктивності праці це коефіцієнт, який, з одного боку, характеризує ефективність використання персоналу підприємства, а, з іншого боку, показує здатність працівника надавати певну кількість послуг за одиницю часу, для Деражнянської ЦРЛ ХО (рис. 2.12) спостерігаємо позитивну динаміку – зростання на 18,8%.



Рисунок 2.12 – Динаміка продуктивності праці Деражнянської ЦРЛ ХО

Однак позитивні зміни цього показника забезпечені з одного боку зростанням бюджетних асигнувань (тобто надходжень від реалізації послуг з обслуговування населення згідно програми медичних гарантій), а з іншого зменшенням кількості працівників на чотири особи.

Позитивну тенденцію має питома вага атестованих лікарів, зростання з 72,6% у 2017 році до 90% у 2019 році (рис. 2.13). Негативну – питома вага атестованого середнього медичного персоналу, зниження з 82% у 2017 році до 68% у 2019 році.

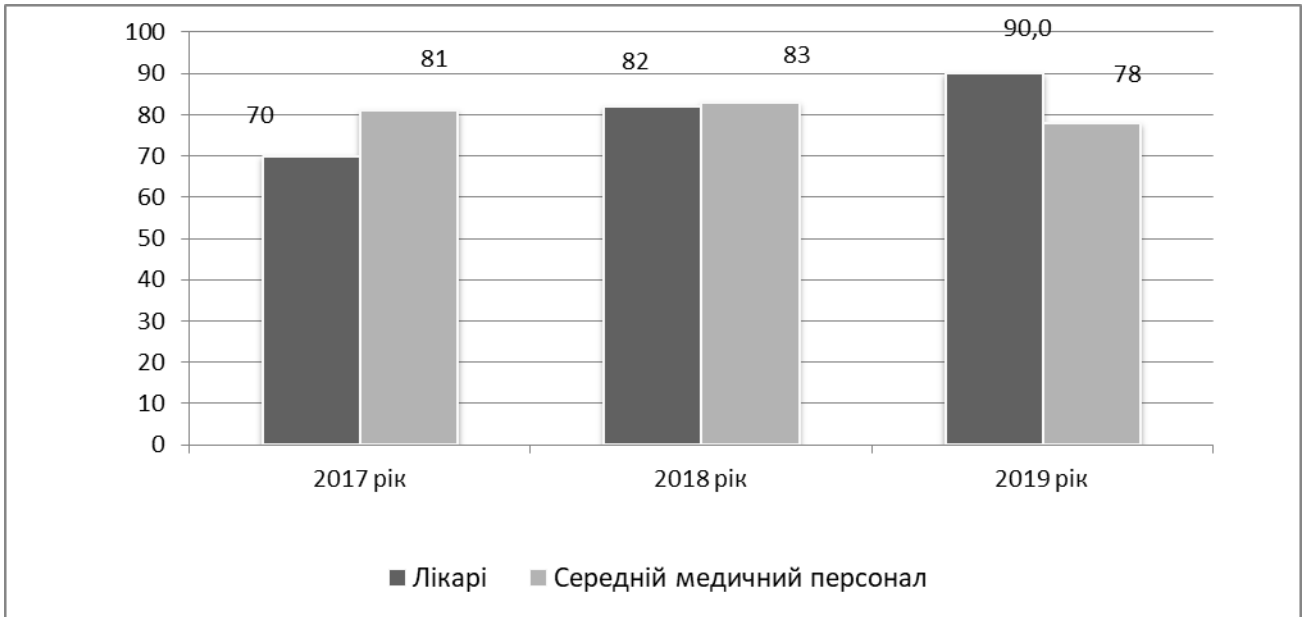


Рисунок 2.13 - Питома вага атестованих осіб Деражнянської ЦРЛ ХО, %

Якщо розглянути структуру лікарів за категоріями, то за період дослідження вона майже не змінна. У 2019 році більше 44% становлять лікарі вищої категорії, 32,5% - першої категорії, 4,6% - другої (рис. 2.14).

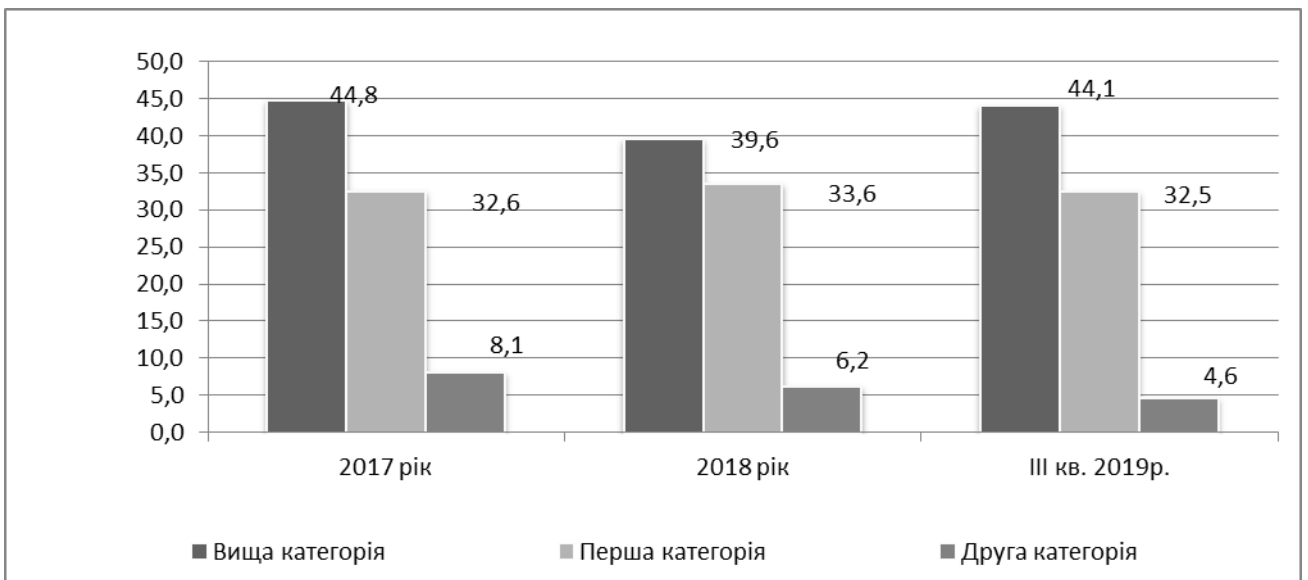


Рисунок 2.14 – Динаміка атестації лікарів Деражнянської ЦРЛ ХО, %

Однак, негативним є те, що більшу питому вагу лікарів складає персонал пенсійного та передпенсійного віку, що свідчить про дуже низький рівень оновлення кадрів, а середнього медичного персоналу - особи працездатного віку (рисунок 2.15, 2.16).

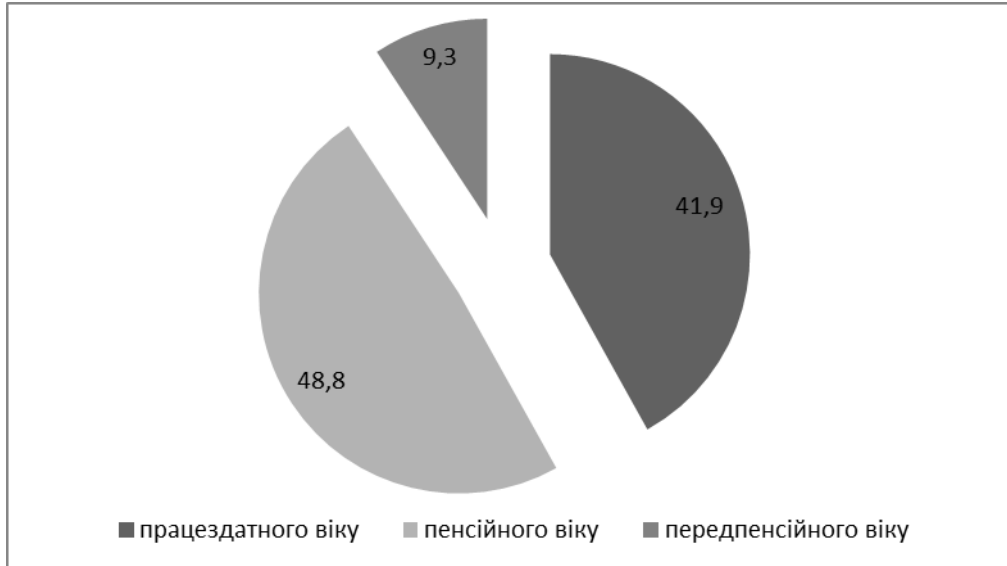


Рисунок 2.15 - Питома вага осіб пенсійного віку (лікарі) Деражнянської ЦРЛ ХО, %

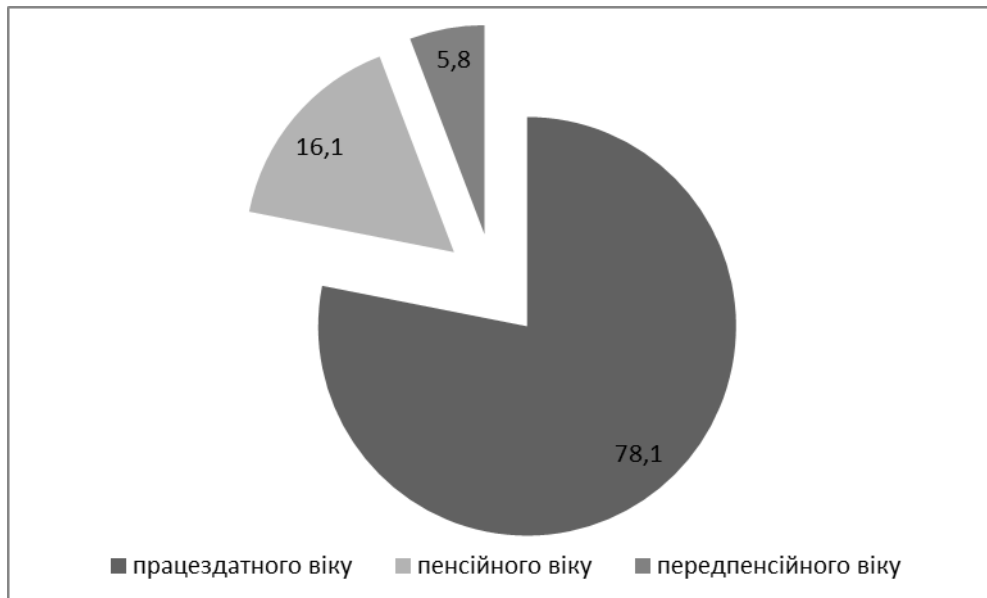


Рисунок 2.16 - Питома вага осіб пенсійного віку (молодші спеціалісти з медичною освітою) Деражнянської ЦРЛ ХО, %

Зокрема, питома вага працівників працездатного віку серед лікарів Деражнянської ЦРЛ ХО становить майже 42% у 2019 році, пенсійного віку – 48,8%, передпенсійного – 9,3%.

В свою чергу, молодші спеціалісти з медичною освітою на 78,1% складають особи працездатного віку (рис. 2.16).

Далі виконаємо аналіз задоволеності умовами та оплатою праці, системою мотивації медичних працівників Деражнянської ЦРЛ ХО. Останнім часом значно посилилась роль соціологічних методів при розробці сучасних систем управління закладами охорони здоров'я для прийняття обґрунтованих управлінських рішень, адже заклад охорони здоров'я є соціальною системою, де лідируючі позиції займає людський капітал [24]. Значну роль у підвищенні ефективності й задоволеністю роботою медичних працівників відіграють умови праці, соціального захисту, організація управлінського процесу для забезпечення діяльності закладу, а також стимулювання як спосіб зовнішньої підтримки, завдяки якому здійснюється вплив на активність персоналу, прискорення управлінських процесів, спонукання співробітників до активної діяльності [21 – 23, 25, 26]. Одночасно зацікавленість в роботі, високий рівень мотивації обумовлюють надання якісних та своєчасних медичних послуг [27 – 29].

Дослідження проведено серед лікарів-терапевтів Деражнянської ЦРЛ ХО упродовж вересня 2020 року шляхом опитування з метою отримання достовірної інформації стосовно задоволеності умовами та оплатою праці, а також системою мотивації.

Опитано 36 лікарів (28 жінок, 8 чоловіків), відгук склав 100%. Середній вік опитуваних складав  $50,2 \pm 14,7$  років;  $96,8 \pm 2,2\%$  серед опитаних мали стаж роботи понад 5 років; переважна більшість (87,9%) мали вищу категорію.

Опитування проводилося за спеціально розробленою структурованою анкетною, яка включала в себе соціально-демографічні характеристики і

фактори, що впливають на рівень задоволеності умовами роботи і оплатою праці, а також відношення до діючих мотиваційних механізмів.

Як модель шкали оцінки окремих запитань анкети використано шкалу сумарних оцінок Лайкерта (англ. Likert scale), у якій респондентам пропонувалося висловити ступінь своєї згоди або незгоди з деяким набором висловлювань. Зокрема, це стосувалося оцінки існуючої системи мотивації оплати праці Деражнянської ЦРЛ, задоволеності умовами праці та професійної діяльності, переліку факторів, що можуть впливати на збільшення продуктивності праці. Таким чином, ці положення дозволили в лаконічній формі оцінити ступінь вірогідності з максимально можливою точністю оціночних значень.

Рівні задоволеності умовами праці та професійної діяльності серед працівників Деражнянської ЦРЛ оцінювалися за 10 факторами:

- технічний стан приміщень,
- санітарно-гігієнічні умови праці,
- оснащення необхідним обладнанням,
- забезпеченість комп'ютерною технікою,
- доступ до Інтернет-ресурсів,
- електронних баз даних,
- режим роботи і робочого часу,
- рівень навантаження,
- рівень оплати праці,
- психологічний клімат в колективі,
- відношення керівництва до працівників,
- система зовнішнього і внутрішнього контролю якості медичної допомоги).

Результати дослідження показали, що більшість опитуваних були цілком задоволені технічним станом приміщень (41,3%) та скоріше задоволені, ніж незадоволені (36,5%), тобто сумарно позитивні відповіді надали майже 80% опитуваних.

Санітарно-гігієнічними умовами праці задоволені 85,7% опитуваних, у т. ч. 47,6% цілком задоволені, 38,1% – скоріше задоволені, ніж незадоволені.

Стосовно оснащення необхідним обладнанням, то 31,7% опитуваних повідомили, що цілком задоволені і 44,4% скоріше задоволені. Майже подібну оцінку отримала й забезпеченість комп'ютерною технікою, доступу до Інтернет-ресурсів, електронних баз даних (відповідно 47,6% опитуваних цілком задоволені, 36,5% скоріше задоволені, ніж незадоволені; 6,3% вказали на свою повну незадоволеність, а для 1,6% складно було визначитися з відповіддю).

Основні характеристики, які вплинули на вибір серед опитуваних свого місця роботи під час працевлаштування та утримання на посаді під час роботи у закладі представлено на рис. 2.17.

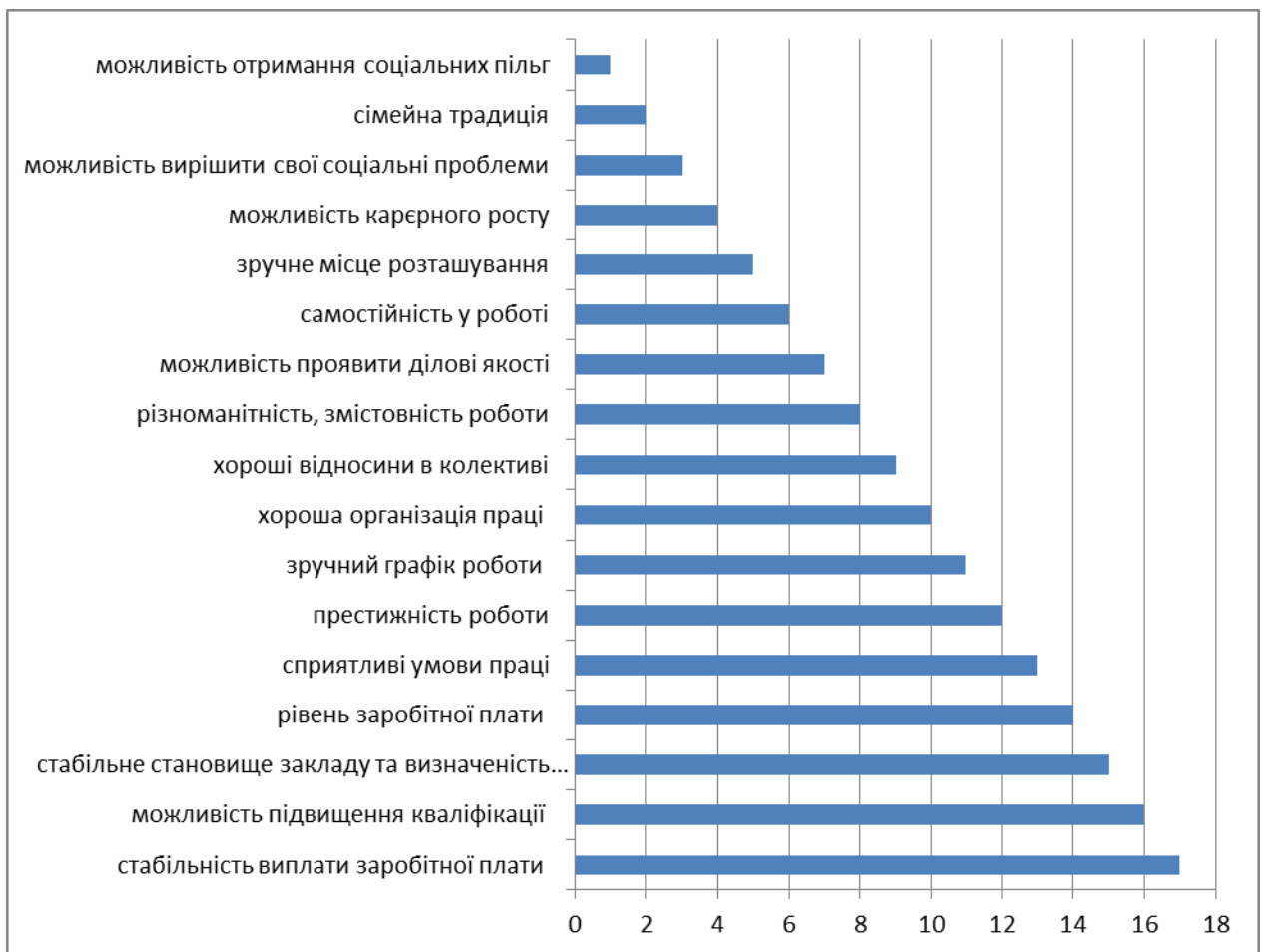


Рисунок 2.17 - Основні фактори, які вплинули на вибір опитуваних при працевлаштуванні і утримують їх в Деражнянській ЦРЛ

За рейтинговою оцінкою перші три місця за вищевказаними двома позиціями співпадають, зокрема, основними були й залишаються такі фактори: стабільність виплати заробітної плати (перше рейтингове місце), можливість підвищення кваліфікації (друге місце), стабільне становище закладу та визначеність його перспектив (третє місце).

Такі характеристики як рівень заробітної плати (61,9%), сприятливі умови праці (58,72%), престижність роботи (54,0%), зручний графік роботи (52,4%), хороша організація праці (47,6%) займали з 4 по 8 рейтингові місця при працевлаштуванні на роботу в ЦРЛ.

Стосовно задоволеності мотивацією оплати праці, то результати опитування показали, що понад 40% опитуваних вважають систему мотивації оплати праці в закладі ефективною (при цьому абсолютно ствердно відповіли на це запитання тільки 9,5%), одночасно 12,7% вказали на її неефективність. При цьому слід відзначити, що 30,2% опитуваних не змогли ні позитивно, ні негативно відповісти на це запитання.

Оцінка елементів матеріального впливу на рівень оплати праці проведена за такими характеристиками: достатність рівня заробітної плати, залежність розміру премії від затрат робочого часу на профілактичні заходи (виявлення у пацієнтів факторів ризику розвитку захворювання, у т. ч. поведінкового характеру), обсягу й якості виконаної роботи, результатів індивідуальної та групової роботи з профілактики серед прикріпленого населення (табл. 2.3).

Результати дослідження показали, що тільки 3 опитувані (9%) цілком задоволені рівнем оплати праці в Деражнянській ЦРЛ, в той час, коли кожен третій (31,7%) з опитаних був незадоволений, ніж задоволений її рівнем, а 39,7% опитуваних відзначили, що вони скоріше задоволені, ніж незадоволені. В цілому, 58,7% опитуваних вважають рівень заробітної плати достатнім. Про важливість матеріальних стимулів вказали 98,4% опитуваних Деражнянської ЦРЛ.

Таблиця 2.3 - Оцінка опитуваними важливості окремих елементів матеріального впливу на рівень оплати плати

Елементи матеріального впливу	Варіант відповіді	К-сть осіб	%
Достатній рівень заробітної плати	Так	21	58,7
	Ні	15	41,3
Залежність розміру премії від затрат робочого часу на профілактичні заходи (виявлення у пацієнтів факторів ризику розвитку хвороби, в т. ч. поведінкового характеру)	Так	30	84,1
	Ні	6	15,9
Залежність розміру премії від обсягу і якості виконаної роботи	Так	15	41,3
	Ні	21	58,7
Залежність розміру премії від результатів індивідуальної та групової роботи з профілактики серед прикріпленого населення	Так	9	25,4
	Ні	27	74,6

Аналіз відповідей опитуваних Деражнянської ЦРЛ щодо важливості елементів матеріального впливу у закладі засвідчив, що в певній мірі розмір премії залежить від затрат робочого часу на профілактичні заходи (виявлення серед пацієнтів факторів ризику розвитку захворювань), про що зазначили 84,1% опитуваних. Такий елемент стимулювання, як залежність розміру премії від результатів індивідуальної та групової роботи з профілактики серед прикріпленого населення, на думку опитуваних не має значного впливу щодо мотивації підвищення оплати (відповідно про це зазначили 74,6% опитаних). Також 58,7% опитуваних вважають, що при визначенні премії важливо враховувати залежність її розміру від обсягу і якості виконаної роботи.

Слід зазначити, що кожен третій респондент зазначив про важливість наявності тісного зв'язку розміру заробітної плати з виконаною роботою в часі. Серед пріоритетних заходів щодо сприяння підвищенню оплати праці опитуваними визначені такі: «Переорієнтація діяльності на широке

впровадження профілактичних технологій, особливо при виявленні хронічних неінфекційних захворювань» (позитивні відповіді 82,5% опитуваних ) та «Запровадження і використання на практиці локальних протоколів» (відповідно 30,2% опитуваних відповіли «Так», 39,7% – «Скоріше так»).

Про важливість нематеріальних стимулів мотивування праці відзначили 92,1% опитуваних . Найвищу оцінку в 10 балів отримали серед опитуваних такі нематеріальні стимули як відгуки від пацієнтів (63,1%), комфортна психологічна обстановка в колективі (60% опитуваних ), повага членів колективу (52,3%).

При цьому окремі нематеріальні стимули не знайшли позитивного відгуку серед опитуваних . Близько половини опитаних оцінили такі матеріальні стимули як участь у прийнятті управлінських рішень, можливість кар'єрного росту та творчої реалізації у роботі, неформальні заходи як вид нематеріального стимулювання в 0 балів 77,8% опитуваних відзначили, що за час їх трудової діяльності у закладі до них не застосовувалися матеріальні стягнення (де преміювання) у випадку виявлення недосягнення виконання планових показників.

Оцінка опитуваними факторів, що можуть впливати на збільшення продуктивності праці, показала на важливість таких характеристик:

- суттєве зростання рівня заробітної плати (76,2% опитуваних );
- матеріальна зацікавленість у результатах праці (74,6%);
- перспективи й можливість для підвищення кваліфікації (73,0%);
- преміальні доплати за обсяг і якість профілактичної діяльності (69,8%);
- використання в практиці ефективних методів профілактики і лікування (69,8%);
- доступ до мережі Інтернет (63,5%);

- врахування при визначенні стимулюючої частини заробітної плати тільки тих показників, на які працівник має можливість реально впливати (57,1%);
- гарантія стабільної роботи та перспективи для кар'єрного росту (55,6%);
- використання автоматизованих робочих місць, електронного реєстру, електронного документообігу (50,8%) (рис. 2.18).

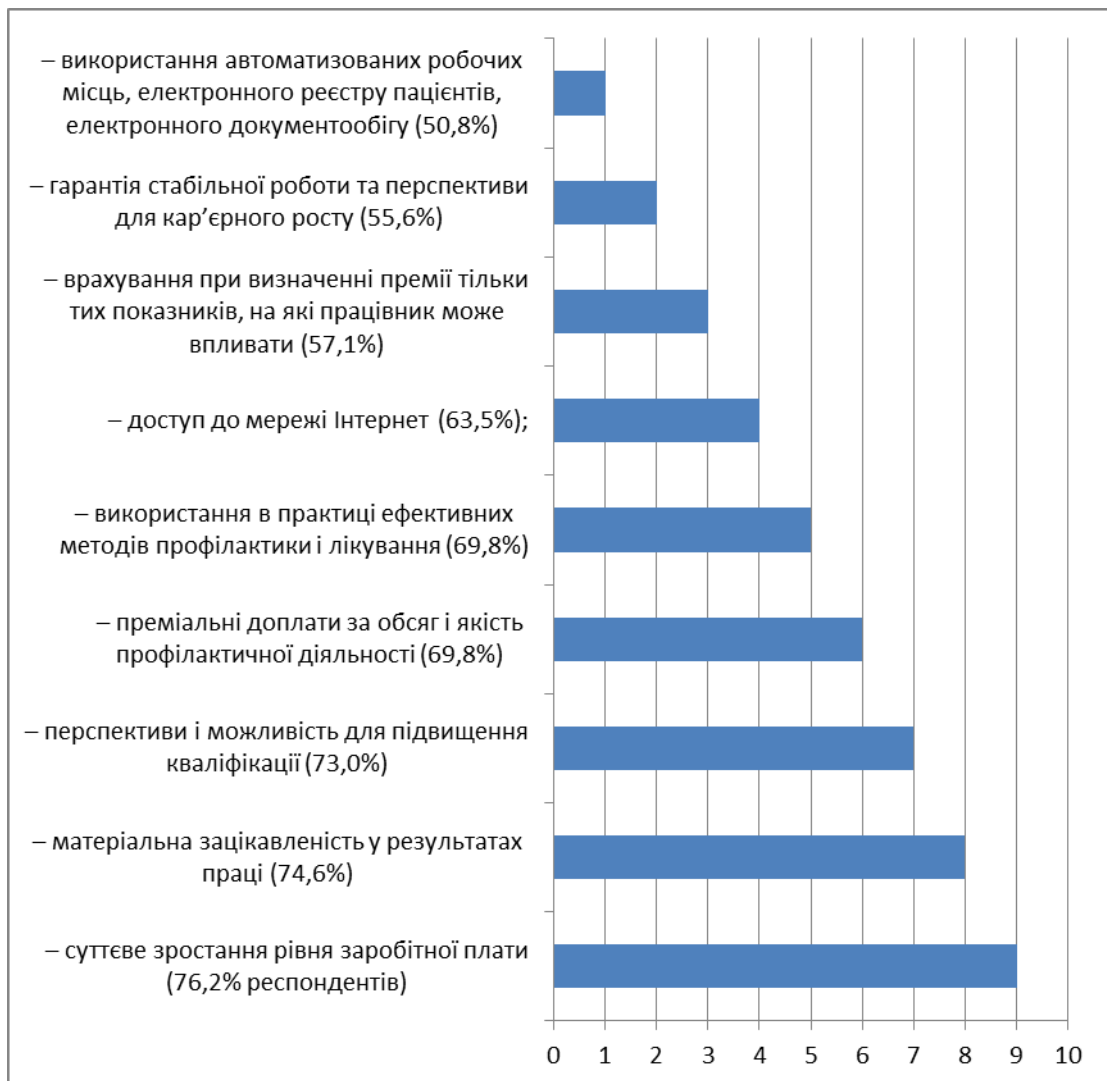


Рисунок 2.18 - Рейтингова оцінка основних факторів, які, на думку опитуваних, можуть впливати на збільшення продуктивності праці

Таким чином, проведеним аналізом, виявлено, що, на думку опитуваних, рівень заробітної плати (навіть за умов її суттєвого зростання та/або збільшення преміальних доплат) не має найбільший вплив на підвищення

мотивації. Основним підґрунтям щодо її підвищення, на думку лікарів, є чітке виконання ними своїх функціональних обов'язків та врахування адміністрацією закладу при прийнятті рішень щодо матеріальних та нематеріальних стимулів результатів діяльності працівників та виконання трудової дисципліни.

Важливим у визначенні розміру заробітної плати є обсяг і якість виконаної роботи. Пріоритетними заходами щодо сприяння підвищенню оплати праці є переорієнтація діяльності на широке впровадження профілактичних технологій, особливо при виявленні хронічних неінфекційних захворювань та запровадження і використання на практиці локальних протоколів. Серед нематеріальних стимулів підвищення мотивування працівників ЦРЛ є позитивні відгуки від пацієнтів, комфортна психологічна обстановка в колективі, повага членів колективу.

### 2.3 Аналіз фінансового менеджменту

КП "Деражнянська ЦРЛ ХО" надано можливість застосування сучасних управлінських підходів завдяки прийнятим у 2017 році законодавчим та нормативним актам щодо реформування галузі охорони здоров'я (зокрема: Закон про «автономізацію ЗОЗ» та Методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства; Закон про державні фінансові гарантії, який визначає зобов'язання з надання необхідних пацієнтам послуг медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості, ухвалено створення Національної служби здоров'я України та прийнято положення про госпітальні округи), зокрема: формування кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної

структури закладу; встановлювання форм оплати праці працівникам за чинним законодавством; управління фінансами та активами; придбання медичного обладнання та виробів, а також фінансування яке здійснюється на основі власного фінансового плану, що дозволяє бути більш гнучкими та самостійними.

Фінансування Деражнянської ЦРЛ ХО за 2018-2019 роки та I півріччя 2020 року проводилось для забезпечення другого рівня надання медичної допомоги, надходження фінансових ресурсів здійснювалось відповідно до затверджених асигнувань (доходів) комунального підприємства до складу яких входили:

- кошти отримані від НСЗУ відповідно до укладеного договору;
- фінансування з державного, обласного, районного, сільських бюджетів з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою);
- фінансова підтримка із місцевих бюджетів;
- надання комунальним підприємством платних послуг;
- залучення додаткових коштів для розвитку якісної медичної допомоги на вторинному рівні;
- інших джерел фінансування не заборонених законодавством України.

Аналіз стану фінансування Деражнянської ЦРЛ ХО вказує, що у 2018 році комунальним підприємством отримано асигнувань в сумі 25 379,9 тис.грн., або 98,72% до затверджених асигнувань, за 2019 рік – 28 186,2 тис.грн., або 99,73% до затверджених асигнувань, за перше півріччя 2020 року – 16 057,8 тис.грн, або 93,74% до затверджених асигнувань.

Найбільшу питому вагу в складі загальних доходів займає дохід від медичної субвенції (рис. 2.19), який у 2018 році склав 17 954 тис.грн. або 70,7%, за 2019 рік – 18 740 тис.грн. (66,5%). У I півріччі 2020 року дохід від медичної субвенції за I квартал поточного року склав 5 009 тис.грн. (31,2%), що на 1 390 тис. грн. менше ніж дохід у II кварталі від НСЗУ за договором

про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій який склав – 6 400 тис. грн. або 39,6% до загальних доходів.

Дохід від районного бюджету на поточні видатки склав у 2018 році 3 706 тис.грн. або 14,6%, за 2019 рік – 4 101 тис.грн. (14,5%) та за перше півріччя 2020 року – 2 294 тис.грн. (14,3%).

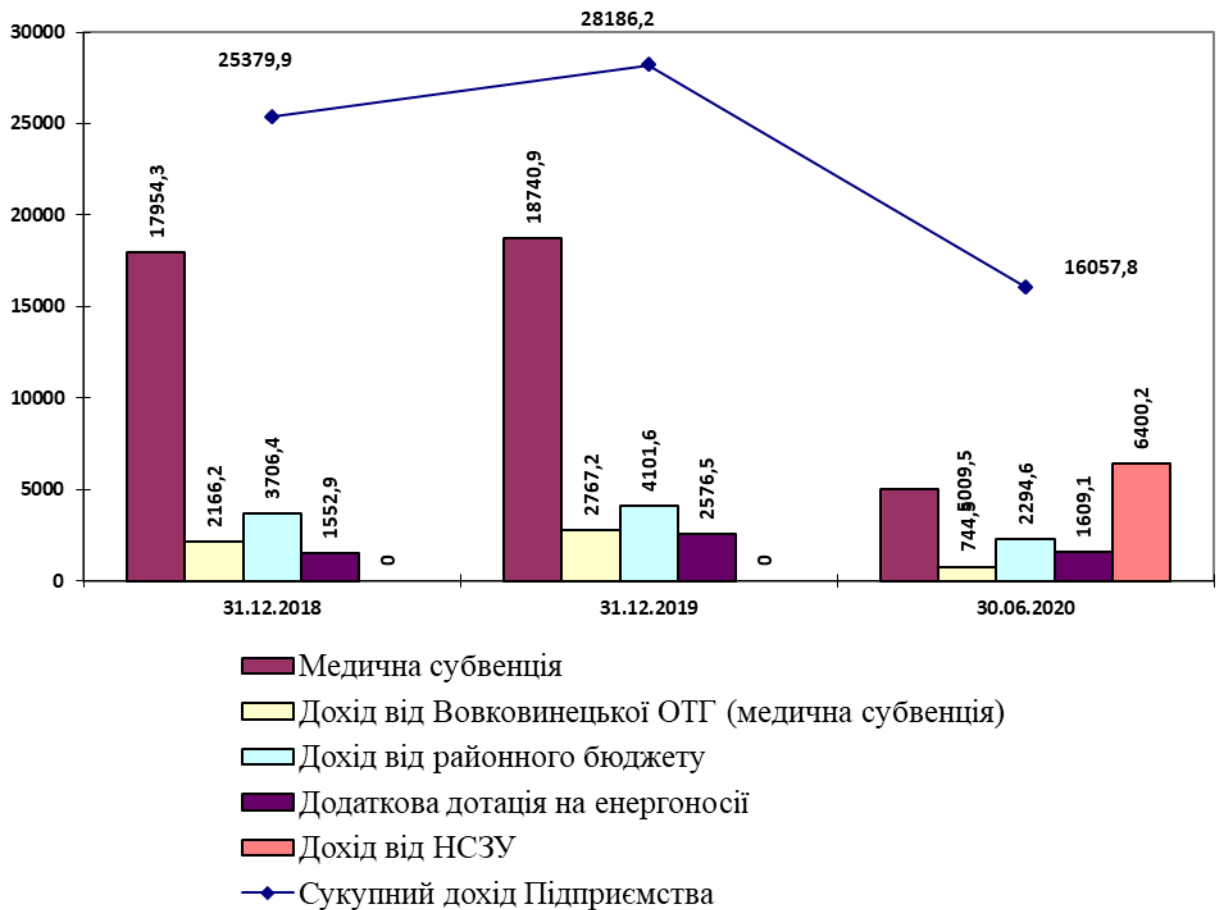


Рисунок 2. 19 - Структура фінансування (доходів) підприємства за 2018-2019 та I півріччя 2020 року (тис. грн.)

Дохід від Вовковинецької ОТГ у 2018 році склав 2 166 тис.грн. або 8,5%, за 2019 рік – 2 767 тис.грн. (8,5%) та за I півріччя 2020 року - 744 тис.грн. (4,6%).

На оплату енергоносіїв профінансовано у 2018 році – 1 553 тис. грн., у 2019 році – 2 576 тис. грн. та за перше півріччя 2020 року – 1 609 тис. гривень.

Далі розглянемо структуру фінансування Деражнянської ЦРЛ за статтями витрат за 2018-2019 та перше півріччя 2020 року (рисунок 2.18). Найбільшу питому вагу в складі фінансування займає оплата праці, яка у 2018 році складала 20 183 тис. грн. (79,5%), у 2019 – 22 184 тис.грн. (78,7%), за перше півріччя 2020 – 12 001 тис.грн. (74,7%).

Фінансування на інші статті витрат склали (рис. 2.20):

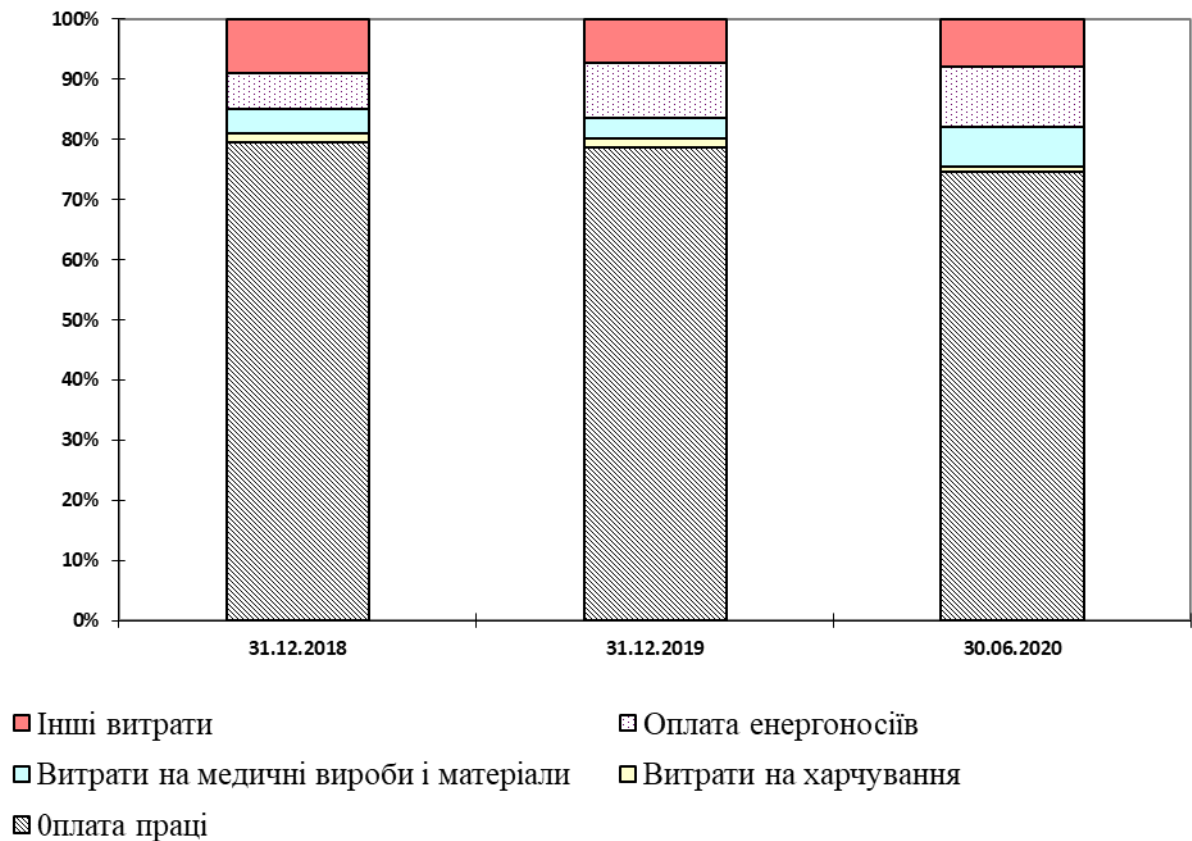


Рисунок 2.20 - Структура фінансування Деражнянської ЦРЛ по статтях витрат за 2018-2019 та I півріччя 2020 року

- на медичні вироби і матеріали у 2018 році – 1 022 тис.грн. (4,0%), у 2019 році – 1 003 тис.грн. (4,0%), за I півріччя 2020 року – 1 053 тис.грн. (6,5%);

- на харчування у 2018 році - 366 тис.грн. (1,4%), у 2019 році - 394 тис.грн. (1,4%), за I півріччя 2020 року – 133 тис.грн. (0,8%);

- на оплату енергоносіїв у 2018 році – 1 553 тис.грн. (6%), у 2019 році - 2576 тис.грн. (9,1%), за I півріччя 2020 року – 1 609 тис.грн. (10,0%);

- інші витрати склали у 2018 році – 2 256 тис.грн. (9%), у 2019 році – 2 028 тис.грн. (7,1%), за I півріччя 2020 року – 1 261 тис.грн. (7,8%).

Впродовж останніх років суттєво покращено матеріально-технічну базу комунального підприємства, зокрема придбано сучасне і якісне медичне обладнання, комп'ютерну техніку, тощо, на зазначені капітальні видатки профінансовано у 2018 році - 536,8 тис.грн., у 2019 році - 1 556 тис.грн., та за I півріччя 2020 року – 2 378 тис. гривень.

Так, у 2020 році районним бюджетом виділено Деражнянської ЦРЛ кошти в сумі 2 214 тис.грн., за які закуплено медичне обладнання зокрема, на суму 1 098,0 тис.грн., 2 шт. ел. кардіографів на суму 122,7 тис.грн., дефібрилятор на суму 199,9 тис.грн., насоси шприцеві на суму 164,0 тис.грн., мобільний рентген апарат на суму 380,4 тис.грн., в кількості 2 шт. на суму 44,4 тис.грн., 2 монітори пацієнта на суму 126,7 тис.грн., концентратор кисню на суму 93,3 тис. гривень.

На 2020 рік, обсяг спонсорських та благодійних інвестицій склав 194 тис. грн., за які закуплено мобільний рентген апарат на суму 180,4 тис.гривень на суму 13,3 тис. гривень.

Зважаючи на те, що отримані інвестиції від благодійних внесків є важливим додатковим джерелом фінансових ресурсів, підприємство надалі буде налагоджувати співпрацю з меценатами й спонсорами для отримання додаткових фінансових ресурсів, які будуть спрямовуватись на покращення матеріально-технічного стану, придбання необхідного обладнання для надання населенню медичних послуг відповідно до вимог за пакетами медичних гарантій.

З метою реалізації програми медичних гарантій Деражнянською ЦРЛ укладено з Національною службою здоров'я України договір про медичне

обслуговування населення за програмою медичних гарантій за наступними пакетами медичних послуг із наступним фінансуванням – таблиця 2.4.

Таблиця 2.4 – Обсяги фінансування за програмою медичних гарантій

№ п/п	Найменування медичної послуги	Запланована вартість послуг, згідно договору, на квітень-грудень 2020 року	в тому числі на квітень-серпень 2020 року	Фактично отримано	Відхилення, (гр.5-гр.4)
1	2	3	4	5	6
1	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	2 582 504,54	1 425 030,65	1 425 030,65	0
2	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	10 906 666,06	6 066 985,10	6 066 985,10	0
3	Медична допомога при пологах	1 610 933,94	862 419,18	756 650,79	-105 768,4
4	Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу	4 511 587,99	2 506 437,75	2 506 437,75	0
5	Гістероскопія	64 864,80	64 864,80	0,00	-64 864,8
6	Езофагогастроуденоскопія	366 927,49	178 947,89	141 921,61	-37 026,28
7	Колonosкопія	8 495,28	8 495,28	1 887,84	-6 607,44
8	Цистоскопія	62 590,32	62 590,32	38 441,74	-24 148,58
9	Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям	345 975,66	192 208,70	153 766,96	-38 441,74
	Всього:	20 460 546,08	11 367 979,67	11 091 122,4	-276 857,24

Всього, зазначеним договором на період квітень - грудень 2020 року передбачено доходи в сумі 20,5 млн гривень, у тому числі на квітень-серпень поточного року в сумі 11,4 млн гривень.

За квітень - серпень поточного року Деражнянська ЦРЛ отримало фактично доходів на загальну суму 1 1091 тис грн., або 97,6% до запланованих.

За результатами аналізу структури доходів Деражнянської ЦРЛ, невиконання доходів пов'язано з протиепідемічними заходами спрямованих на забезпечення заходів на боротьбу з гострою респіраторною хворобою COVID-19.

Комунальним підприємство Деражнянська ЦРЛ проведено роботи з капітального ремонту зокрема капітальний ремонт даху нового лікувального корпусу із утепленням на суму 1 420 тис. грн., проведено повну заміну вікон на металопластикові, а також проведено значну заміну дверей.

У поточному році проведено роботи з поточного ремонту боксу інфекційного відділення на суму 69 тис.грн., поточний ремонт приміщення приймального відділення на суму 142 тис.грн., ремонт приміщення пологового залу для небезпечних інфекційних захворювань на суму 128,6 тис. гривень, поточний ремонт підлоги терапевтичного відділення на суму 91 тис. гривень.

Одночасно, на виконання основних вимог до будівель і споруд з пожежної безпеки, визначених державними будівельними нормами України, за кошти Деражнянського районного бюджету розпочато проведення капітального ремонту з влаштування автоматичної сигналізації та системи оповіщення про пожежу, управління евакуацією людей стаціонару (нового та старого лікувальних корпусів) на суму 300,00 тис. гривень.

Керівництвом Деражнянської ЦРЛ подано заявку до управління житлово-комунального господарства Хмельницької державної адміністрації щодо участі у 2021 році в програмі пільгового кредитування проектів у сферах (теплопостачання, водопостачання, реконструкції теплових мереж,

очищення стічних вод та енергетичної утилізації відходів) на проведення реконструкції твердопаливної котельні, вартість проекту складає 2 011 843,0 гривень.

На меті у подальшому передбачається проведення ремонту будівлі стаціонару (старого та нового лікувальних корпусів) вартістю проекту 14 959,28 тис. гривень.

Далі розглянемо структуру витрат КП «Деражнянська ЦРЛ ХО» (табл. 2.5., рис.2.21).

Таблиця 2.5 – Елементи операційних витрат, тис грн

Елементи витрат	2017		2018		2019		Відхилення	
	грн	%	грн	%	грн	%	грн	%
Витрати на оплату праці	14 679,4	60,50	16 760,3	58,75	16 037,5	60,71	1 358	0,21
Відрахування на соціальні заходи	3 071,8	12,66	3 509,4	12,30	3 436,9	13,01	365	0,35
Матеріальні витрати	5 346,7	22,04	7 055,5	24,73	5 788,2	21,91	441	-0,12
Амортизація	1 057,1	4,36	1 081,0	3,79	322,37	1,22	-734	-3,14
Інші витрати	109,2	0,45	119,9	0,42	832,6	3,15	723	2,70
Разом	24 264,2	100,00	28 526,2	100,00	26 417,6	100,00	2 153	0,00

Як бачимо за даними таблиці 2.5, основну питому вагу витрат ( 60,7% 2019 р.) складають витрати на оплату праці, відрахування на соціальні заходи становлять 13%. Обидві величини мають тенденцію до зростання як у грошовому еквіваленті, так і за структурою. Структуру витрат Деражнянської ЦРЛ наведено на рисунку 2.21.

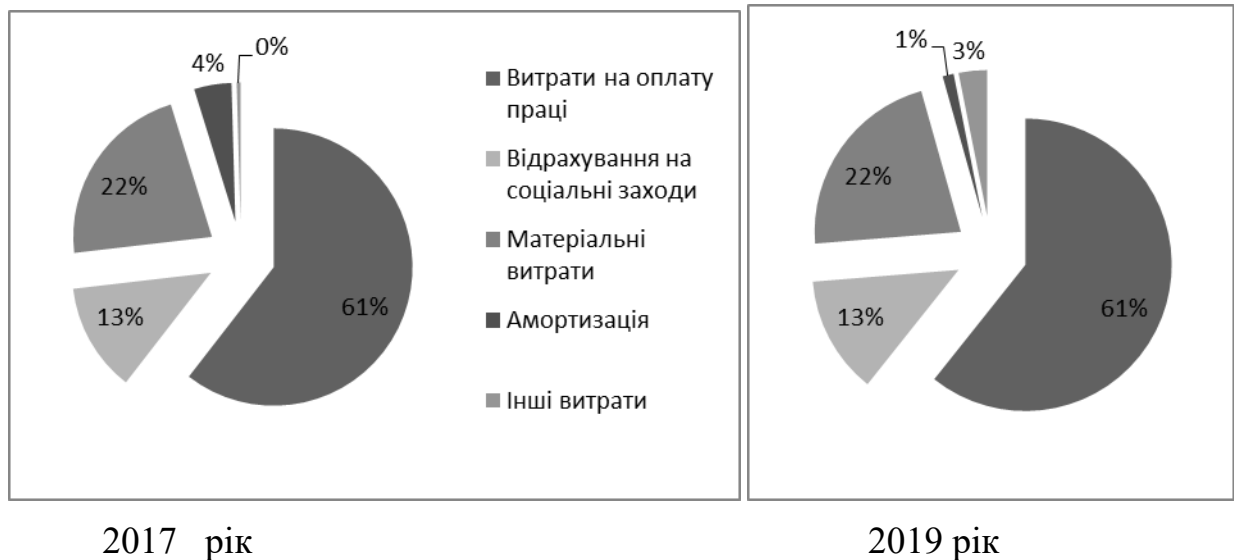


Рисунок 2.21 – Структура витрат Деражнянської ЦРЛ

Величина матеріальних витрат Деражнянської ЦРЛ зростає, збільшення становить 441 тис. грн, однак у структурі спостерігаємо зменшення питомої ваги. На амортизацію припадало в 2019 році 1,2% витрат, що становить близько 322 тис. грн, протягом періоду дослідження ця величина зменшилась у три рази.

#### 2.4 Стратегічний аналіз діяльності підприємства

Стратегічний аналіз підприємства є багаторівневим дослідженням зовнішнього й внутрішнього середовища стратегічного потенціалу підприємства, їх взаємодії, для визначення стратегічної орієнтації, на основі якої формується стратегія управління підприємством.

Для аналізу середовища Деражнянської ЦРЛ використаємо методіку SWOT-аналізу (табл. 2.6). Цей вид аналізу вважається одним з найбільш популярних, результативних видів аналітики будь-якого типу бізнесу. Він надає допомогу у виявленні зовнішніх і внутрішніх факторів, які прямим або непрямым чином впливають на успішність компанії.

Таблиця 2.6 - Матриця SWOT-аналізу для Деражнянської ЦРЛ

	Сильні сторони(S)	Слабкі сторони (W)
Внутрішнє середовище	<ul style="list-style-type: none"> <li>- можливість розширення спеціалізації;</li> <li>- ефективність менеджменту;</li> <li>- кваліфікований персонал;</li> <li>- досвід роботи;</li> <li>- комфортні умови, утеплений корпус лікарні;</li> <li>- досвід залучення цільового фінансування з різних джерел</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- несформований поки імідж;</li> <li>- оплата праці медичним працівникам базується на єдиній сітці оплати праці з урахуванням усіх доплат. Такий тип оплати праці є фіксованим, отже, не залежить від якості та обсягу наданих медичних послуг та медичної допомоги;</li> <li>- нестача фінансових ресурсів, розрахункова сума коштів НСЗУ за пакетами не перекриває витрати лікарні;</li> <li>- відсутність чіткого бачення стратегії розвитку у зв'язку з реформуванням СОЗ;</li> <li>- морально й фізично застаріла база медичного обладнання</li> </ul>
	Можливості (O)	Загрози (T)
Зовнішнє середовище	<ul style="list-style-type: none"> <li>- залучення інвесторів;</li> <li>- партнерство з різними групами</li> <li>- перехід до більш ефективних методів управління персоналом;</li> <li>- розвиток телемедицини, співпраця в області лікування й реабілітації з провідними науковими медичними закладами;</li> <li>- створення палат підвищеної комфортності;</li> <li>- подальше поліпшення амбулаторно-поліклінічної й стаціонарної допомоги із застосуванням нових лабораторно-діагностичних і лікувальних технологій;</li> <li>- надання платних лікувальних послуг на існуючій базі для відпочиваючих і гостей міста</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- зменшення населення території; □</li> <li>- низький рівень достатку;</li> <li>- конкуренція по зарплатні між лікарнями</li> <li>- зміна потреб споживачів;</li> <li>- несприятлива політична ситуація;</li> <li>- несприйняття населенням надання платних медичних послуг;</li> <li>- зниження фінансування у результаті впровадження програми медичних гарантій</li> <li>- зниження планової медичної допомоги, диспансеризації і профілактичних оглядів у зв'язку з пандемією</li> <li>- емоційне вигоряння персоналу у період пандемії</li> </ul>

В SWOT аналізі бізнесу є 4 основні чинники, за допомогою яких оцінюється ефективність кампанії:

- сильні, конкурентні переваги компанії;
- слабкі сторони проекту;
- можливості і зовнішні чинники, які можна використовувати для розвитку підприємства в майбутньому;
- загрози, які можуть перешкодити розвитку компанії в найближчі кілька років.

Виходить, що аббревіатура SWOT розшифровується з англійської як: S – strength, W – weakness, O – opportunities, T – threats. Як приклади сильних сторін можна привести такі якості, як низький показник собівартості, лояльність аудиторії, якість реклами і розсилок.

До погроз відносяться такі показники, як: поява великих конкурентів, зменшення загального розміру обраної ніші, перешкоди з боку держави.

Отже, головною сильною стороною можна виділити персонал, досвід роботи, ефективний менеджмент. А головним недоліком підприємства є відсутність чіткого бачення стратегії розвитку у зв'язку з реформуванням; морально й фізично застаріла база медичного обладнання; низький рівень використання інформаційних технологій, нестача фінансових ресурсів, кваліфікованих кадрів. Можливостями комунального підприємства є партнерство, перехід до більш ефективних методів управління персоналом; розвиток теле медицини, співпраця в області лікування й реабілітації з провідними науковими медичними закладами тощо.

Загрозами є зниження фінансування завдяки зменшенню планової медичної допомоги, диспансеризації і профілактичних оглядів у зв'язку з пандемією, відсутність мотивації, емоційне вигорання персоналу у період пандемії, несприйняття населенням надання платних медичних послуг.

#### Висновки до розділу

Комунальне підприємство «Деражнянська центральна районна лікарня Хмельницької області» надає спеціалізовану (вторинну) медичну допомогу в

амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації у плановому порядку або в екстрених випадках для населення, що постійно проживає (перебуває) на території Деражнянського району та інших територій.

Аналіз кадрового менеджменту показав, що у 2020 році в КП "Деражнянська ЦРЛ ХО" налічується 270 штатних посад з них: лікарів - 57,5.

Має негативну динаміку зменшення кількості персоналу, як у загальній кількості, так і лікарів. Питома вага лікарів за період дослідження майже незмінна і становить близько 21%.

Структура забезпеченості Деражнянської ЦРЛ ХО становить 1,89 і є нераціональною та й надалі стає гіршою, враховуючи, що, за даними ВООЗ, оптимальне співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів становить 4 до 1.

Середньомісячна заробітна плата зростає, однак має надзвичайно низький рівень. Показники ефективності використання персоналу мають позитивну тенденцію, однак забезпечені з одного боку зростанням бюджетних асигнувань, а з іншого зменшенням кількості працівників.

Позитивну тенденцію має питома вага атестованих лікарів. Негативну – питома вага атестованого середнього медичного персоналу. Негативним є те, що більшу питому вагу лікарів складає персонал віку, що свідчить про низький рівень оновлення кадрів.

У роботі виконано аналіз задоволеності умовами та оплатою праці, системою мотивації медичних працівників Деражнянської ЦРЛ, зокрема проведено опитування 36 лікарів, яке показало, що стабільність виплати заробітної плати та можливість підвищення кваліфікації є основними характеристиками, які вплинули утримання на посаді (рис. 2.17); рівень заробітної плати має найбільший вплив на підвищення мотивації (рис. 2.18). Основним підґрунтям щодо її підвищення, на думку лікарів, є також чітке виконання ними своїх функціональних обов'язків та врахування адміністрацією закладу результатів діяльності працівників, трудової

дисципліни. Важливим, на думку лікарів, у визначенні розміру заробітної плати є обсяг і якість виконаної роботи. Серед нематеріальних стимулів підвищення мотивування працівників є позитивні відгуки від пацієнтів, комфортна психологічна обстановка в колективі, повага членів колективу.

Керівництво Дераднянської ЦРЛ постійно покращує діяльність закладу. Зокрема ведеться робота щодо оновлення основних засобів, покращення матеріально-технічної бази підприємства, підвищення якості надання медичних послуг. За останні роки проведено ряд заходів з енергозбереження.

Фінансування діяльності лікарні та її розвитку за 2018-2019 роки та I півріччя 2020 року проводилось за рахунок: коштів отриманих від Національної Служби здоров'я України відповідно до укладеного договору; фінансування з державного, обласного, районного, селищних, сільських бюджетів з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою); надання фінансової підтримки із місцевих бюджетів; надання комунальним підприємством платних послуг та інших джерел фінансування не заборонених законодавством України.

### 3 ЗАХОДИ УДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ДЕРАДНЯНСЬКОЇ ЦРЛ

3.1 Рекомендації щодо обрання моделі оплати праці персоналу з урахуванням змін умов діяльності Деражнянської ЦРЛ як комунального некомерційного підприємства

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 року № 2002, що запровадив автономізацію закладів охорони здоров'я [3], керівництво Деражнянської ЦРЛ змінило форму власності на комунальне некомерційне підприємство й має зобов'язання та повноваження щодо автономності в розпорядженні активами, фінансовим та кадровим фондом, встановлення управлінської та організаційної політики.

Отже, завдяки таким перетворенням, виникає необхідність максимального та оптимального використання кадрових ресурсів медичної установи, що є можливим за наявності управлінців необхідної компетентності, які здатні перетворити персонал на конкурентну перевагу, що сприятиме досягненню поставлених цілей.

Таким чином, в умовах впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я постає питання врегулювання виробничих й трудових відносин за новими правилами на комунальних некомерційних підприємствах (КНП). Відповідно до «Методичних рекомендацій та роз'яснення з питань укладання колективних договорів комунальних некомерційних підприємств» затверджених від 2 березня 2020 року підготовлених за Проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»

[18] пропонуються рекомендації щодо розроблення та прийняття нового колективного договору для медичних установ та різні моделі мотивації та оплати праці, які Деражнянська ЦРЛ може обрати з метою формування нової ефективної кадрової політики.

Для визначення моделі оплати праці персоналу, яка буде найбільш ефективною в Деражнянській ЦРЛ, необхідно насамперед визначити розмір фонду оплати праці, тобто встановити, скільки саме коштів заклад зможе виділити на оплату праці своїх працівників.

Визначення розміру фонду оплати праці (далі – ФОП) являє собою підготовчий етап перед початком погодження умов колективного договору Деражнянської ЦРЛ та положення про преміювання працівників, адже керівник закладу має розуміти його межі.

Деражнянська ЦРЛ має власні витрати на ті чи інші потреби (комунальні послуги, оренда приміщення, заробітна плата працівників тощо). У зв'язку з чим доцільно навести примірні показники, за якими загальний бюджет комунального підприємства може поділятися на декілька фондів, у тому числі на фонд оплати праці [18, с.16]:

- 20–25% коштів - на посадові оклади медичних працівників підприємства;

- 18% коштів – на оплату праці адміністративно-господарського персоналу (посадові оклади, доплати, надбавки, інші заохочувальні виплати та преміювання);

- 22–25% коштів – на преміювання працівників підприємства;

- 20% коштів – на оплату комунальних послуг, оренду приміщень (до 2022 року ці виплати здійснюються за рахунок місцевих бюджетів), амортизацію обладнання, витратні матеріали тощо;

- 8–10% – резервний фонд;

- 0,5% від ФОП за попередній рік – на фінансування витрат на охорону праці відповідно до частини 3 статті 19 Закону України «Про охорону праці» та 0,3% від ФОП – на культурно-масову, фізкультурну і оздоровчу роботу

відповідно до статті 44 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» (за наявності на підприємстві профспілкової організації).

Таким чином, у підсумку на виплату заробітних плат комунальне підприємство Деражнянська ЦРЛ витрачатиме 60–68% від свого загального бюджету. Наведений приклад розподілу бюджету є орієнтовним і залежить від видаткової та дохідної частин підприємства. Нині обсяг коштів на оплату праці персоналу досліджуваного медичного закладу переважно становить до 80% у загальній структурі витрат, а тому актуальним залишається питання порядку зміни системи оплати праці в реорганізованому закладі.

У кожному закладі охорони здоров'я може бути своя система мотивації медичних працівників залежно від виду медичної допомоги, що він надає, та від мети, якої заклад має досягти. Пропонуємо окремо розглянути моделі мотивації працівників Деражнянської ЦРЛ, що діє у формі КНП і є надавачем вторинної медичної допомоги амбулаторних та стаціонарних умовах

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оплату медичних послуг вторинної медичної допомоги, яка надається в амбулаторних умовах, може здійснювати НСЗУ за глобальною ставкою (глобальна ставка передбачає сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період - частина 2 статті 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення») або ставкою на медичну послугу (оплата за ставкою на медичну послугу полягає у сплаті надавачам медичної допомоги фіксованої суми за кожну надану послугу).

Оплата має здійснюватися за відповідний звітний період у порядку, встановленому договором, укладеним між Деражнянською ЦРЛ і НСЗУ. З урахуванням системи фінансування закладів охорони здоров'я, які забезпечують надання медичної допомоги в амбулаторних умовах, пропонуються три моделі фінансового стимулювання працівників (таблиця 3.1).

Аналогічно відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оплата медичних послуг закладів охорони здоров'я, де надаються медичні послуги стаціонарної допомоги, може здійснюватися як сума:

- глобальних ставок;
- добутку кількості пролікованих випадків, ставки на пролікований випадок, запланованого індексу структури випадків та коефіцієнта рівня стаціонару.

Як і при амбулаторній допомозі, виплата коштів має здійснюватися ретроспективно на підставі поданої звітності щодо кількості пролікованих випадків. Таким чином, оплата праці працівників Деражнянської ЦРЛ, які надають медичну послугу в стаціонарних умовах, може формуватися за чотирма моделями, наведеними у таблиці 3.1.

Перша модель оплати праці буде найбільш ефективною для медичних закладів, що отримують фінансування за глобальною ставкою в поєднанні зі ставкою за медичну послугу. Тому встановлювати періодичне преміювання для персоналу за надану медичну послугу недоцільно.

В свою чергу, закріплення в колективному договорі можливості отримання працівниками КНП разових премій дозволить врахувати особистий внесок кожного працівника у формування загального доходу КНП і заохотити його до сумлінного виконання своїх трудових обов'язків. Також рекомендуємо конкретизувати критерії оцінювання наданих працівником амбулаторно-поліклінічних послуг, щоб визначити конкретний розмір премії, який підлягатиме нарахуванню працівникові за результатами кварталу чи року, а також умови виплати в разі припинення трудового договору до закінчення відповідного періоду.



Таблиця 3.1 – Альтернативні моделі оплати праці персоналу Деражнянської ЦРЛ

МОДЕЛЬ № 1	МОДЕЛЬ № 2	МОДЕЛЬ № 3	МОДЕЛЬ №4
Нормативні документи, необхідні для реалізації:			
колективний договір, положення про преміювання, наказ керівника про затвердження штатного розпису, наказ керівника про зміну істотних умов праці працівників.	колективний договір, положення про преміювання, наказ керівника про затвердження штатного розпису, наказ керівника про зміну істотних умов праці працівників.	колективний договір (з додатками)	колективний договір, положення про преміювання, наказ керівника про затвердження штатного розпису, наказ керівника про зміну істотних умов праці працівників.
Опис моделі			
1. Керівник затверджує наказом штатний розпис, за яким розмір посадових окладів лікарів та іншого персоналу закріплюється на поточному рівні або збільшується (частина 3 статті 97 КЗпП України). 2. У положенні про преміювання, яке є додатком до колективного договору, або безпосередньо в колективному договорі закріплюється разове преміювання працівників за результатами кварталу або року (частина 2 статті 97 КЗпП України) залежно від результатів діяльності та досягнень кожного працівника.	1. Розміри посадових окладів працівників КНП – надавачів ВМД встановлюються за зразком Моделі № 1. 2. У положенні про преміювання, яке є додатком до колективного договору, або безпосередньо в колективному договорі закріплюється разове преміювання працівників за результатами кварталу чи року (умови виплати премії в разі припинення трудового договору до закінчення відповідного періоду), а також періодичне преміювання у вигляді відсотка від доходу за кількість наданих ними медичних консультацій.	У колективному договорі зазначається про встановлення: 1) розміру базового посадового окладу (тарифної ставки) працівника першого тарифного розряду за повністю виконану місячну норму часу на рівні мінімальної заробітної плати, визначеної законом України про Державний бюджет України на відповідний рік. Додатками до колективного договору затверджуються схема посадових окладів (Табл. 3.2) та схема тарифних розрядів (Табл. 3.3). 2) розмірів підвищень, доплат, надбавок, премій, матеріальної допомоги, допомоги на оздоровлення, матеріальної допомоги для вирішення соціально-побутових питань на рівні не нижчому, ніж визначені законодавством.	За цією моделлю на підприємстві створюються бригади. Кожному члену бригади встановлюється посадовий оклад у штатному розписі, що затверджується наказом керівника КНП. Додатково працівникам підприємства, що входять до бригад, встановлюється премія у формі відсотка від різниці між доходами та витратами підприємства з урахуванням коефіцієнта трудової участі (КТУ) відповідної бригади у формуванні доходу. Бригадир (завідувач або лікар, що працює спільно у бригаді з середнім медичним персоналом або лікарями) самостійно визначає КТУ і конкретні розміри премій для конкретних працівників своєї бригади. Після цього бригадир здійснює подання до головного бухгалтера КНП щодо нарахування відповідних премій зазначеним у поданні працівникам.

Продовження таблиці 3.1

Рекомендації щодо застосування			
<p>Буде ефективною для медичних закладів, що отримують фінансування за глобальною ставкою в поєднанні зі ставкою за медичну послугу.</p> <p>Недоцільно встановлювати періодичне преміювання для персоналу за кожну надану медичну послугу.</p> <p>Доцільно - отримання працівниками КНП разових премій з урахуванням особистого внеску</p>	<p>Буде зручною, якщо оплата послуг буде здійснюватися із застосуванням тарифів, де можна відстежити частку надходжень за надання амбулаторно-поліклінічних послуг певної спеціальності в загальному доході ЦРЛ, виокремити особистий внесок лікаря, який надавав стаціонарну допомогу, в загальний дохід КНП.</p> <p>Недолік - великий ризик недобросовісної поведінки з боку працівників</p> <p>Доцільно - ввести систему внутрішнього контролю за діяльністю лікарів однієї спеціальності</p>	<p>Може бути застосована для медичних працівників різних категорій, передбачає розгалужену систему підвищення посадових окладів, доплат, надбавок відповідно до конкретних умов оплати праці.</p> <p>Система рекомендована Профспілкою працівників охорони здоров'я України</p>	<p>Бригада безпосередньо бере участь у формуванні доходів КНП, зацікавлена у зменшенні видатків КНП та отримує частину від цього доходу.</p> <p>Існує ризик виникнення суб'єктивізму при призначенні премії, що може викликати невдоволення деяких працівників КНП. Важливо закріпити критерії оцінки та визначення КТУ кожного працівника</p>
Сфера застосування			
<p>Може бути застосована як до працівників амбулаторії, так і тих, що надають медичну допомогу у стаціонарних умовах</p>	<p>Може бути застосована як до працівників амбулаторії, так і тих, що надають медичну допомогу у стаціонарних умовах</p>	<p>Може бути застосована як до працівників амбулаторії, так і тих, що надають медичну допомогу у стаціонарних умовах</p>	<p>Може бути застосована тільки до працівників, що надають медичну допомогу у стаціонарних умовах</p>

Друга модель мотивації персоналу медичного закладу буде зручною, якщо оплата амбулаторно-поліклінічних послуг буде здійснюватися із застосуванням тарифів, де можна відстежити надходжень за надання медичних послуг певної спеціальності в загальному доході КНП.

Подібна модель оплати праці лікарів в амбулаторних відділеннях застосовується в Німеччині та Канаді. Оплата праці цих лікарів прив'язана до кількості наданих медичних послуг: чим більше послуг буде надавати лікар, тим більшою буде частка від загального бюджету закладу охорони здоров'я. Як результат, недоліком такої системи оплати праці медичного персоналу є великий ризик недобросовісної поведінки з боку самих працівників. Так, у вказаних країнах трапляються непоодинокі випадки призначення пацієнтові непотрібних процедур, недбалого ставлення до інших трудових обов'язків, які не впливають на дохід лікаря (таких як координація медичної допомоги, ведення захворювань, заповнення медичної документації тощо).

Для уникнення вищезгаданих недоліків системи доцільно використовувати досвід Нідерландів, де модернізували принцип оплати «за надану послугу» і розділили загальний бюджет закладів медичної допомоги на бюджети амбулаторних відділень. Оскільки в медичному закладі всі лікарі однієї спеціальності претендують на частку в загальному доході відділення, вони стають зацікавленими не тільки в оплаті наданих ними медичних послуг, а й у тому, щоб колеги не збільшували розміру своїх заробітних плат за рахунок призначення надмірних аналізів або консультацій. Таким чином, у лікарнях ввели систему внутрішнього контролю за діяльністю лікарів однієї спеціальності.

Альтернативним варіантом контролю може бути встановлення у колективному договорі однією з підстав для не виплати премії засвідчення факту зловживання медичним працівником наданням надмірної кількості амбулаторно-поліклінічних послуг пацієнтові в межах одного направлення.

Подібну систему оплати праці медичного персоналу було запроваджено в Польщі. Зокрема, з метою зменшення випадків тривалого та малоефективного лікування в медичних закладах встановили диференціацію відсотка від доходу за пролікований випадок залежно від кількості днів перебування пацієнта у стаціонарі. Передбачається, що чим менше пацієнт перебуває у стаціонарі під час надання медичних послуг, тим більший відсоток (розмір премії) буде у лікаря, який надавав такі послуги.

Третя модель мотивації та оплати праці передбачає затвердження схеми посадових окладів (Табл. 3.2) та схеми тарифних розрядів (Табл. 3.3).

Таблиця 3.2 - Схема посадових окладів (модель №3)

Тарифний розряд	Тарифний коефіцієнт	Посадовий оклад, грн*
1	1,00	5 000
2	1,10	5500
3	1,21	6050
4	1,33	6650
5	1,46	7300
6	1,61	8050
7	1,77	8850
8	1,95	9750
9	2,14	10700
10	2,36	11800
11	2,59	12950
12	2,85	14250
13	3,14	15700
14	3,45	17250
15	3,80	19000
16	4,18	20900
17	4,59	22950
18	5,05	25250

\* Розмір базового посадового окладу (тарифної ставки) працівника першого тарифного розряду за повністю виконану місячну норму часу встановлено на рівні мінімальної заробітної плати, визначеної

Законом про Державний бюджет України на відповідний рік». Базовий посадовий оклад працівника 1 тарифного розряду станом на 01 січня відповідного року (станом на 01.09.2020 – 5 000 грн).

Таблиця 3.3 - Схема тарифних розрядів посад керівних працівників, професіоналів, фахівців та інших працівників

Посада	Діапазон розрядів за тарифною сіткою
<b>Керівні працівники</b>	
Керівники (головний лікар, директор, начальник, завідувач) закладів охорони здоров'я	14–18
Завідувачі відділень	11–15
Головна медична сестра	10–12
Начальник планово-економічного відділу; головні фахівці закладів охорони здоров'я	10–12
Начальники (завідувачі) відділів, служб та інших підрозділів	10–11
<b>Професіонали та фахівці</b>	
Лікар-хірург і лікар-ендоскопіст, який здійснює оперативне втручання; лікар-анестезіолог (лікар загальної практики – сімейний лікар – за наявності) Лікар-хірург-інтерн	11–14 10
Лікарі інших спеціальностей, провізор, лікар-інтерн, провізор-інтерн, лікар-стажист	9–13
Професіонали та фахівці, зайняті на роботах з рентгенівською, радіологічною, радіаційною, радіометричною, дозиметричною, радіохімічною, лазерною, плазмовою, компресійною, вакуумною, електронною, телеметричною, ультразвуковою апаратурою, приладами, обладнанням, препаратами	6–11
Фахівці з базовою вищою та неповною вищою медичною і фармацевтичною освітою; фахівці з вищою немедичною освітою	6–12
<b>Інші працівники</b>	
Молодший медичний персонал, допоміжний персонал аптекних закладів, продавець оптики, дезінфектор	3–4

Окрім цього третя модель передбачає встановлення розмірів підвищень, доплат, надбавок, премій, матеріальної допомоги, допомоги на оздоровлення, матеріальної допомоги для вирішення питань на рівні не нижчому, ніж визначені:

- спільним наказом Мінпраці та МОЗ «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення»;

- постановами Кабінету Міністрів України: «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери»; від «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я»; «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз» (згідно з профілем або за наявності відповідних підрозділів у закладі); «Деякі питання оплати праці працівників протитуберкульозних закладів» (згідно з профілем або за наявності відповідних підрозділів у закладі); «Деякі питання оплати праці медичних працівників системи екстреної медичної допомоги» (згідно з профілем або за наявності відповідних підрозділів у закладі); «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», а також іншими актами законодавства.

Крім того, з метою оптимальної диференціації рівня заробітної плати в колективному договорі встановлюються такі конкретні умови оплати праці (відповідно до Наказу МОЗ України):

1. Підвищення посадових окладів:

- за керівництво структурним підрозділом – завідувачам структурних підрозділів – лікарям, керівникам з числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою (старшим сестрам медичним тощо);
- за старшинство – фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою (старшим сестрам медичним, фельдшерам тощо);
- за оперативне втручання;
- за наявність кваліфікаційної категорії – керівникам закладу, зокрема медичному директору, та заступникам з числа лікарів і провізорів, керівникам з числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою та головним сестрам медичним (головним фельдшерам);
- за керування санітарним транспортом – водіям на 20%;

- у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці – на 15–60% посадового окладу (тарифної ставки);

- за роботу з вірусом імунодефіциту людини – на 60% посадового окладу (тарифної ставки);

- лікарям, фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою і професіоналам з вищою не медичною освітою та науковим працівникам, що допущені до медичної діяльності, молодшим медичним сестрам спеціалізованих лікарень та структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які здійснюють діагностику туберкульозу і надають:

1. лікувально-профілактичну допомогу хворим на заразну форму туберкульозу – на 60% у зв'язку зі шкідливими й важкими умовами праці та надбавку за тривалість безперервної роботи у розмірі до 60% окладу залежно від стажу роботи на відповідній посаді у зазначених закладах;

2. лікувально-профілактичну допомогу хворим на активну форму туберкульозу – на 30% у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці та надбавку за тривалість безперервної роботи у розмірі до 40% окладу залежно від стажу роботи на відповідній посаді в зазначених закладах.

## 2. Виплата доплат лікарні:

- за суміщення професій (посад), виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника, розширення зони обслуговування або збільшення обсягу виконуваних робіт – у розмірі до 50 % окладу за основною посадою включно;

- за роботу у вечірній час – у розмірі 20-годинної тарифної ставки (окладу, посадового окладу) за кожну годину роботи в такий час. Вечірнім вважати час з 18 до 22 години;

- за роботу в нічний час – у розмірі 35% посадового окладу. Нічним вважати час з 10 години вечора до 6 години ранку;

- за роботу в нічний час – у розмірі 50% посадового окладу тим, хто надає екстрену медичну допомогу, за кожну годину роботи в нічний час. Нічним вважати час з 10 години вечора до 6 години ранку;

- працівникам, які мають науковий ступінь: доктора наук – 25% до посадового окладу; кандидата наук – 15% до посадового окладу;

- для водіїв легкових та санітарних автомобілів, автомобілів невідкладної медичної допомоги, яким установлено ненормований робочий день, – 25% посадового окладу за відпрацьований час;

- працівникам, зайнятим на роботах зі шкідливими й важкими умовами праці, за результатами атестації робочих місць – до 12% посадового окладу;

- працівникам, які використовують у роботі дезінфікуючі засоби, зайняті прибиранням туалетів, – 10% посадового окладу;

### 3. Виплата надбавок:

I. за вислугу років лікарям, фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою й професіоналам з вищою немедичною освітою залежно від стажу роботи (у тому числі з урахуванням періоду роботи в закладах охорони здоров'я до їх реорганізації) у розмірі:

- 10% в посадового окладу – при стажі роботи понад три роки;

- 20% посадового окладу – при стажі роботи понад 10 років;

- 30% посадового окладу – при стажі роботи понад 20 років;

II. за тривалість безперервної роботи – 10–80% окладу;

III. за почесне звання «заслужений» – 20% о окладу, «народний» – 40% посадового окладу;

IV. за знання та використання в роботі іноземної мови: однієї – 10%, двох і більше мов – 25% посадового окладу;

V. за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи (на строк її виконання); складність, напруженість у роботі – 50% посадового окладу;

- VI. за професійну майстерність робітникам VI і вище розрядів – у відсотках до посадового окладу: III розряду – 12%, IV розряду – 16%, V розряду – 20%, VI і вищих розрядів – 24%;
- VII. водіям легкових автомобілів за класність, за фактично відпрацьований час: водіям II класу – 10%; водіям I класу – 25%;
- VIII. лікарям, фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою системи екстреної медичної допомоги:
  - за особливий характер праці – у розмірі 20 % посадового окладу (з подальшими підвищеннями);
  - за особливі умови праці – у розмірі 20% посадового окладу (з підвищеннями).

#### 4. Інші виплати:

- допомога на оздоровлення – у розмірі посадового окладу під час надання основної відпустки;
- щорічна матеріальна допомога для вирішення соціально-побутових питань – у розмірі до одного посадового окладу (ставки заробітної плати) на рік.

Положення про надання працівникам зазначених видів матеріальної допомоги мають бути оформлені як додатки до колективного договору.

Четверта модель може бути застосована до персоналу стаціонарного відділення і передбачає створення у лікарні окремих бригад. Кожному члену бригади встановлюється посадовий оклад у штатному розписі, що затверджується наказом керівника КНП.

Працівникам підприємства, що входять до бригад, додатково встановлюється премія у формі відсотка від різниці між доходами та витратами підприємства з урахуванням коефіцієнта трудової участі бригади у формуванні доходу.

Бригадир (завідувач або лікар, що працює спільно у бригаді з середнім медичним персоналом або лікарями) самостійно визначає коефіцієнт і конкретні розміри премій для конкретних працівників своєї бригади. Після

цього здійснює подання до головного бухгалтера КНП щодо нарахування відповідних премій зазначеним у поданні працівникам.

Як результат, бригада безпосередньо бере участь у формуванні доходів КНП, зацікавлена у зменшенні видатків КНП та отримує частину від цього доходу. Працівники бачать прямий зв'язок між результатами своєї праці та змінами розміру їхньої заробітної плати.

Досвід інших країн демонструє таке: у Республіканській лікарні Тбілісі діяла система розподілу бюджету медичного закладу: 35% коштів ішло на потреби лікарні, а решта – на заробітну плату працівникам. Однак, система себе не виправдала: медичні працівники недостатньо заробляли і тому не бажали працювати належним чином. Тоді прийнято рішення про зміну положень колективного договору, що стосувалися системи оплати праці, зокрема, було погоджено перераховувати 35% від вартості кожної оплаченої медичної послуги на заробітну плату лікарів та медичного персоналу. Окрім того, було впроваджено бригадний метод оплати праці, тобто фактичний розподіл коштів між працівниками цього медичного закладу здійснювали безпосередньо працівники.

Після перерозподілу бюджету в Республіканській лікарні Тбілісі лікарі та медичний персонал почали краще виконувати свої обов'язки, збільшилась кількість прийнятих пацієнтів, що сприяло зростанню доходів медичного закладу.

Наведена ситуація є прикладом того, що прозора система оплати праці, де простежується прямий зв'язок між результатами праці працівників та змінами розмірів їхньої заробітної плати, позитивно впливає на мотивацію медичного персоналу до більш ефективної та більш продуктивної праці.

Однак, оскільки розмір премій працівників із числа бригади визначається бригадиром, існує ризик виникнення суб'єктивізму при призначенні премії, що може викликати невдоволення деяких працівників КНП. Тому важливо закріпити критерії оцінки та визначення КТУ кожного працівника.

### 3.3 Вдосконалення механізму стимулювання ефективності праці медичних працівників на основі моделі кінцевих результатів діяльності

Високого рівня ефективності праці у Деражнянській ЦРЛ можна досягти лише за умови встановлення тісного зв'язку між результатами праці та розмірами її оплати. Тому виникає потреба в оцінці ефективності праці на рівні окремого медичного працівника, який буде ґрунтуватися на принципах комплексності, об'єктивності, вагомості, обґрунтованості, справедливості, обізнаності, простоти, прив'язки та гласності.

Інноваційним елементом цього підходу є визнання того, що результатами будь-якої діяльності можна керувати, а значить – і вдосконалювати. Іншими словами, управління більше не зосереджується на ресурсах, а зосереджується на отриманні очікуваних результатів. Щодо конкретно кадрових ресурсів, управління на основі оцінки результатів діяльності рівня, моніторингу та покращення результатів діяльності кадрів до рівня, на якому вони можуть сприяти покращенню загальних результатів діяльності організації. Це визначення дуже цінне, тому що воно вказує на три важливі кроки у впровадженні системи управління на основі оцінки результатів діяльності: оцінка рівня слугує основою для моніторингу та покращення.

Ефективність праці медичного працівника базуватиметься на використанні моделей кінцевих результатів діяльності. Модель кінцевих результатів діяльності (МКР) є якісним показником, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікаря, відділення та лікувально-профілактичного закладу. Вона включає:

- показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД);

- нормативні значення (НЗ) показників;
- шкалу оцінки досягнутих результатів.

Показники результативності (ПР) відображатимуть кінцевий результат (розповсюдженість окремих захворювань, смертність, відновлення працездатності, рівень якості лікування та ін.). Ними можна визначити ступінь досягнення цілей колективом Деражнянської ЦРЛ і виконання основних функцій шляхом визначення ступеня відповідності реально досягнутих значень ПР до запланованих нормативних.

Нормативи встановлюють з урахуванням:

- багаторічної динаміки показників у місті, регіоні, області;
- середнього рівня;
- темпів передбачуваних змін показника в результаті виконання відповідних організаційних і лікувально-профілактичних заходів.

Бажано, щоб норматив не менше ніж на 5 % перевищував попередній рівень. Це потребує значних зусиль і суттєвого поліпшення якості медичної допомоги.

За нормативи беруть похідні величини (відносні чи середні). Відхилення від нормативних значень дозволяє оцінити досягнутий результат у відносних одиницях.

Показники дефектів (ПД) нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад: наявність занедбаних випадків соціально-значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обґрунтовані скарги ). Враховуються грубі порушення в роботі Деражнянської ЦРЛ. ПД будемо вимірювати у відносних і абсолютних величинах.

Для кожного ПР експертним шляхом буде встановлена оцінка досягнення нормативного значення від 1 до 10 балів, яка визначає відносну важливість його серед інших. Для одиниці відхилення кожного ПР і ПД встановлено ціну в балах (табл. 3.4).

“Вартість” досягнення нормативів встановлюється для кожного показника та відображує рангову значущість цього показника серед інших.

Показник результативності визначається за формулою:

$$ПР = НЗ + (ФП - НП) \times ОВ, \quad (3.1)$$

Таблиця 3.4 - Зразок типової моделі оцінювання кінцевих результатів

Найменування показників	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка в балах		
			норматива	відхилення	
				знак	на одиницю вимірювання
Показники результативності					
Первинний вихід на інвалідність (на 10 тисяч населення)		40	4	-	1
Реабілітація інвалідів	% до тих, що мають інвалідність	12	3	+	1
Рівень якості лікування	% від стандарту	100	5	+	0,05
Середня тривалість лікування в стаціонарі	День	12	6	-	0,3
Показники дефектів					
Обгрунтовані скарги	На 10000 населення	-		-	0,3
Виявлення хворих на туберкульоз у пізніх стадіях	На 10000 населення	-		-	0,1

де ПР - показник результативності; НЗ - нормативне значення моделі в балах; ФП - фактичний показник; НП - нормативний показник; ОВ - одиниця вимірювання.

Розглянемо методику визначення , якщо фактичні дані становили:

- первинний вихід на інвалідність - 42,0 на 10 тисяч населення;
- реабілітація інвалідів - 12,4 %;
- рівень якості лікування - 85 %;

- середня тривалість перебування на лікарняному листку - 12,5 днів;
- частота обґрунтованих скарг - 3 на 10 тисяч;
- частота виявлення хворих на туберкульоз - 2 на 10 тисяч.

У наведеному прикладі для першого показника результативності - первинного виходу на інвалідність - нормативне значення 40,0 оцінюється в 4 бали (таблиця 3.4). Відхилення, яке дорівнює 1 на 10 тисяч населення, оцінюється в 1 бал. При цьому знак "-" у п'ятій колонці означає, що при збільшенні значення показника відносно до нормативу оцінка в балах буде зменшена.

Якщо фактичний вихід на інвалідність становить, наприклад, 42 на 10 тисяч населення, то цей показник становить:

$$ПР1 = 4 - (42 - 40,0) \times 1 = 2;$$

Для другого показника - реабілітація інвалідів - при досягненні значення 12,4%, ПР2 становить:

$$ПР2 = 3 + (12,4 - 12,0) \times 1 = 3,4;$$

При фактичному рівні якості лікування у 85 %:

$$ПР3 = 5 + (85 - 100) \times 0,05 = 4,25;$$

Якщо фактична середня тривалість лікування в стаціонарі становить 12,5 днів, тоді:

$$ПР4 = 6 - (12,5 - 12) \times 0,3 = 5,85.$$

Показники дефектів визначаються як добуток фактичного показника на одиницю вимірювання. В нашому прикладі, якби на 10 тисяч населення було 3 обґрунтованих скарги, то  $ПД1 = 3 \times 0,3 = 0,9$ .

Якби виявлення хворих на туберкульоз у пізніх стадіях становило 2,0 на 10 тисяч населення, тоді:  $ПД2 = 2 \times 0,1 = 0,2$ .

Коефіцієнт досягнення результату (КДР) визначається відношення різниці між реально досягнутою сумою балів показників результативності та сумою балів дефектів до суми значень всіх показників результативності:

$$КДР = ((ПР1+ПР2 +... + ПРn) - (ПД1+ПД2 +... +ПД n)) / (НЗ1+НЗ2+...+НЗn) ;$$

$$КДР = ((2+ 3,4 +5,85+ 1,7)- (0,9 +2))/ (4 +3 +5 +6) = 0,8$$

Якщо сума показників дефектів перевищить суму показників результативності, КДР буде виражений від'ємним числом.

Значну частину фактичних показників результативності отримують за даними розробки облікових документів лікарні. Поряд з цим, до моделей включають також показники, отримані за даними експертних оцінок, які дозволяють оцінити якість лікувально-діагностичного процесу, а саме рівні якості лікування та диспансеризації. Останні показники визначають для конкретних хворих або диспансеризований шляхом оцінки відповідності між повнотою та якістю наданої допомоги та її стандартом.

За пропозицією Г.Н. Царик рівень якості лікування слід визначати за такою формулою:

$$РЯЛ = (ОНЗ + ОЯ) / 200 \% , \quad (3.2)$$

де РЯЛ - рівень якості лікування;

ОНЗ - оцінка виконання набору діагностичних, лікувально-оздоровчих заходів і правильність постановки діагнозу;

ОЯ - оцінка якості лікування (стан здоров'я пацієнта після закінченого лікування).

Для оцінки ОДЗ, ОД, ОЛЗ і ОЯ пропонуються такі шкали (табл. 3.5 – 3.8).

Таблиця 3.5 - Шкала оцінки діагностичних заходів (ОДЗ, %)

Параметр	Оцінка
Діагностичне обстеження не проведене	0
Виконані окремі малоінформативні обстеження	25
Обстеження проведено наполовину	50
Обстеження проведено майже повністю	75
Обстеження проведено повністю	100

Таблиця 3.6 - Шкала оцінки діагнозу (ОД, %)

Параметр	Оцінка
Невідповідність між встановленим діагнозом й клініко діагностичними даними	0
Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	50
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	75
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань	100

Таблиця 3.7 - Шкала оцінки лікувально-оздоровчих заходів (ОЛЗ, %)

Параметр	Оцінка
Лікувально-оздоровчі заходи практично не проводились	0
Виконані окремі процедури, маніпуляції та заходи	25
Лікувально-оздоровчі заходи виконані наполовину	50
Лікувально-оздоровчі заходи виконані майже повністю; є окремі недоліки	75

Набір лікувально-оздоровчих заходів виконано повністю	100
---	-----

Таблиця 3.8 - Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (ОЯ, %)

Параметр	Оцінка
Очікувані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні	0
Незначне покращання стану здоров'я при явних відхиленнях результатів пара клінічних досліджень від нормативних значень	50
Досягнуто очікуваних результатів лікувально-профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів пара клінічних досліджень від нормативних значень	75
Отримані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації повністю відповідають очікуваним результатам	100

При проведенні інтегральної оцінки рівня якості лікування (РЯЛ) слід враховувати значущість складових частин за допомогою відповідних індексів. Наприклад, для оцінки діагностичних заходів запропонуємо індекс, що дорівнює 0,5; для оцінки діагнозу - 0,1; для оцінки лікувально-оздоровчих заходів - 0,4; для оцінки якості - 1.

Виходячи з цього, РЯЛ визначається за формулою:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \times \text{ОДЗ} + 0,1 \times \text{ОД} + 0,4 \times \text{ОЛЗ} + 1 \times \text{ОЯ}) / 200 \%$$

Якщо діагностичні заходи виконано на 65%, правильність встановлення діагнозу - 50 %, лікувально-оздоровчі заходи - на 70 %, оцінка якості лікування становила 75 %, тоді:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \times 65 \% + 0,1 \times 50 \% + 0,4 \times 70 \% + 1 \times 75 \%) / 200 = 0,7.$$

Кінцевий результат діяльності медичного працівника спричинить зменшення розміру надбавки враховуючи результати діяльності та якість лікування у ЦРЛ.

### 3.3 Формування програми кадрового менеджменту

З метою підвищення кадрового потенціалу Деражнянської ЦРЛ, зокрема, забезпечення фахівцями необхідної кваліфікації, формування ефективної вмотивованої команди, підвищення рівня кваліфікації лікарського та середнього медичного персоналу, попередження емоційного вигорання працівників лікарні в умовах пандемії, з урахуванням попередніх рекомендацій щодо оновлення системи мотивації та оплати праці, пропонуємо перелік заходів спрямованих на удосконалення кадрового менеджменту (таблиця 3.9).

Таблиця 3.9 - Програма кадрового менеджменту

Програми/заходи	Строки виконання	Залучені партнери	Мета	Потрібні ресурси
1. Оптимізація чисельності та штату працівників	2021	КНП	Раціональні організаційна структура, оптимізований штат працівників	-
2. Обрання моделі оплати праці персоналу з урахуванням змін умов діяльності Деражнянської ЦРЛ як комунального некомерційного підприємства	до 2022	КНП	Працює прозора та зрозуміла система оплати праці працівників КНП	-

3 Введення системи мотивації працівників, що враховує кінцеві результати діяльності (магнетизовану/немагнетизовану)	до 2022	КНП	Працює прозора та зрозуміла система мотивації працівників	-
4. Проведення періодичного навчання: - затвердити план навчання (підвищення кваліфікації) для всіх категорій персоналу - організувати систематичне вивчення протоколів діагностики, лікування	До 2023	КНП ОТГ	100% персоналу пройшли навчання	60 000
5 Впровадження підйомних для молодих лікарів, що згодні працювати не менше 5 років в громаді	до 2022	ОТГ	Збільшується кількість молодих фахівців працюють в закладі	20 000
6 Проведення обговорень в колективі в форматі "Що я можу зробити?". Впровадити правила обговорення	до 2023	КНП	Кожна нарада проводиться в форматі обговорення	-
7. Ініціювати розроблення та затвердження місцевих програм, які сприятимуть посиленню соціального захисту медичних працівників	2023	КНП ОТГ	90% ефективних та кваліфікованих працівників	60 000
8. Розробити систему корпоративних заходів, спрямованих на покращення командної взаємодії, співпраці	2021	КНП	Адміністрація закладу – затверджений система корпоративних заходів	20 000

У рамках проведення реорганізації, автономізації Деражнянської ЦРЛ необхідно переглянути штатний розпис медичного закладу з метою оптимізації чисельності та штату працівників. У цьому разі може бути використано кілька варіантів кадрових рішень, а саме: продовження трудових відносин з працівником на попередній посаді, переведення працівника на іншу посаду та звільнення працівника за скороченням якщо це не спричинить погіршення якості та доступності медичної допомоги.

Враховуючи нову модель фінансування системи охорони здоров'я та Деражнянської ЦРЛ зокрема, постає питання врегулювання виробничих і трудових відносин за новими правилами на комунальних некомерційних підприємствах (КНП), необхідним є розроблення та прийняття нового колективного договору та обрання раціональної моделі мотивації та оплати праці, які Деражнянська ЦРЛ може обрати з метою формування нової ефективної кадрової політики. Вдосконалити механізм стимулювання ефективності праці медичних працівників на основі моделі кінцевих результатів діяльності.

В умовах сьогодення якість та ефективність медичної допомоги значною мірою залежить не лише від застосування сучасних клінічних технологій, протоколів, ресурсного забезпечення лікарні, але й від рівня кваліфікації медичного персоналу. Тому важливо стимулювати медичний персонал Деражнянської ЦРЛ до підвищення власного професійного рівня й професійної майстерності шляхом самопідготовки і самонавчання. Відповідно необхідно затвердити план навчання (підвищення кваліфікації) для всіх категорій персоналу згідно з актуальними потребами медичного закладу, стратегічними цілями й завданнями; організувати систематичне вивчення протоколів діагностики та лікування найбільш поширених захворювань, перевірку знань та практичних навичок, у т. ч. щодо виконання основних реанімаційних заходів

Удосконалити систему моніторингу та оцінювання знань, умінь і практичних навичок персоналу.

Створити фінансові та соціально-побутові умови для залучення молодих фахівців й досвідченого, висококваліфікованого персоналу для роботи у Деражнянській ЦРДЛ. Ініціювати розроблення та затвердження місцевих програм, що сприятимуть посиленню соціального захисту медичних працівників, у т. ч. після досягнення пенсійного віку, організації дозвілля та культурного відпочинку сімей з дітьми, залучення інвестицій у медичну та суміжні галузі ОТГ.

Розробити систему корпоративних заходів, спрямованих на покращення командної взаємодії, співпраці, покращення психоемоційного стану.

#### Висновки до розділу

В умовах впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я постає питання врегулювання виробничих і трудових відносин за новими правилами для комунальних некомерційних підприємств (КНП). Відповідно до «Методичних рекомендацій та роз'яснення з питань укладання колективних договорів комунальних некомерційних підприємств» затверджених від 2 березня 2020 року підготовлених за Проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» Деражнянська ЦРЛ може обрати раціональну для себе модель мотивації та оплати праці з метою формування нової ефективної кадрової політики. Нами рекомендується до впровадження третя модель. Зокрема вона передбачає затвердження схеми посадових окладів (Табл. 3.2) та схеми тарифних розрядів (Табл. 3.3).

Запропоновано вдосконалення механізму стимулювання ефективності праці медичних працівників на основі моделі кінцевих результатів діяльності, яка є узагальненим якісним показником, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікаря, відділення та лікувально-профілактичного закладу. Вона включає: показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД).

Показники результативності максимально відобразатимуть кінцевий результат (розповсюдженість окремих захворювань, смертність, відновлення працездатності, рівень якості лікування та ін.). Ними можна визначити ступінь досягнення цілей колективом Деражнянської ЦРЛ і виконання основних функцій шляхом визначення ступеня відповідності реально досягнутих значень ПР до запланованих нормативних.

Показники дефектів нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад: наявність занедбаних випадків соціально-

значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обґрунтовані скарги тощо).

Така оцінка впливатиме на розмір надбавки враховуючи результати діяльності та якість лікування.

З метою підвищення кадрового потенціалу Деражнянської ЦРЛ, зокрема, забезпечення фахівцями необхідної кваліфікації, формування ефективної вмотивованої команди, підвищення рівня кваліфікації лікарського та середнього медичного персоналу, попередження емоційного вигорання працівників лікарні в умовах пандемії, з урахуванням попередніх рекомендацій щодо оновлення системи мотивації та оплати праці, запропоновано перелік заходів спрямованих на удосконалення кадрового менеджменту.

## ВИСНОВКИ

Головна роль в організації діяльності закладів охорони здоров'я належить медичному працівнику, вони є стратегічним капіталом, оскільки основним об'єктом капіталовкладень у світі в медичній сфері є саме кадрове забезпечення отже, розвиток кадрового потенціалу є основним завданням менеджерів з управління персоналом у цій галузі. Сутнісні характеристики кадрового менеджменту наведено на рисунку 1.1. Складові забезпечення розвитку кадрового потенціалу підприємства наведено на рисунку 1.2. Ефективна кадрова політика є потужним інструментом стабільності охорони здоров'я, запорукою успіху реформ, оскільки від професійного рівня керівних кадрів та інших працівників системи охорони здоров'я залежить якість надання медичної допомоги населенню країни. Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, експерти ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку. Зокрема, за даними МОЗ України останнім часом спостерігається: скорочення чисельності медичних працівників (як лікарів, так і працівників середньої ланки); неукомплектованість посад як лікарів, так і середнього медичного персоналу; значне постаріння кадрового потенціалу; регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями); збільшення числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції тощо.

Наразі в Україні триває реформа системи охорони здоров'я, спрямована на подолання визначених та багатьох інших проблем. Відбувається автоматизація медичних закладів, що передбачає зміни у фінансово-господарській, організаційній та управлінській діяльності. В таблиці 1.1 продемонстровано, у який спосіб ключові змінні величини

структури управління кадровими ресурсами зазнають впливу з боку ступеня фінансової, управлінської та стратегічної автономії.

Отже, завдяки таким перетворенням виникає необхідність максимального та оптимального використання кадрових ресурсів медичних установ, що є можливим за наявності управлінців необхідної компетентності. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я включає етапи.

Питання оплати праці робітників організацій охорони здоров'я також є однією з найактуальніших соціально-економічних проблем, тому що професія лікаря має одну з найнижчих заробітних плат в Україні. Відповідно до даних Державної служби статистики України розмір середньомісячної заробітної плати медичного персоналу є найнижчим серед рівнів заробітних плат бюджетних працівників (рис. 1.4).

Медичний персонал є основою системи охорони здоров'я та її головним ресурсом у виробленні медичних послуг. Таким чином, він створює високоякісну та висококваліфіковану медичну допомогу, тому саме від медичних працівників залежить рівень медичної та соціальної ефективності системи охорони здоров'я загалом, отже, результативність їх роботи залежить від системи управління, якісного мотиваційного механізму й системи оплати праці в медичній галузі.

Саме тому сьогодні в більшості країн світу намагаються будувати достатньо складні схеми оплати праці медичного персоналу, які фактично зводяться до реалізації у сфері охорони здоров'я принципу Р4Р (pay-for-performance – «плата за результат»), що застосовується в бізнесі. Залежно від ступеня впровадження принципу Р4Р можна виділити такі моделі оплати праці медичного персоналу (Таблиця 1.3).

Комунальне підприємство «Деражнянська центральна районна лікарня Хмельницької області» надає спеціалізовану (вторинну) медичну допомогу в амбулаторних або стаціонарних умовах на території Деражнянського району та інших територій.

Аналіз кадрового менеджменту показав, що у 2020 році в КП "Деражнянська ЦРЛ ХО" налічується 270 штатних посад з них: лікарів - 57,5.

Має негативну динаміку зменшення персоналу, як у загальній кількості, так і лікарів. Питома вага лікарів за період дослідження майже незмінна і становить близько 21%. Структура забезпеченості середнім медичним персоналом Деражнянської ЦРЛ становить 1,89 і є нераціональною та й надалі стає гіршою, враховуючи, що, за даними ВООЗ, оптимальне співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів становить 4 до 1 (таблиця 2.2).

Середньомісячна заробітна плата зростає, однак має надзвичайно низький рівень. Показники ефективності використання персоналу мають позитивну тенденцію, однак забезпечені з одного боку зростанням бюджетних асигнувань, а з іншого зменшенням кількості працівників.

Позитивну тенденцію має питома вага атестованих лікарів. Негативну – питома вага атестованого середнього медичного персоналу. Негативним є те, що більшу питому вагу лікарів складає персонал пенсійного та передпенсійного віку, що свідчить про низький рівень оновлення кадрів.

У роботі виконано аналіз задоволеності умовами та оплатою праці, системою мотивації медичних працівників Деражнянської ЦРЛ, зокрема проведено опитування 36 лікарів, яке показало, що стабільність виплати заробітної плати та можливість підвищення кваліфікації є основними характеристиками, які вплинули утримання на посаді (рис. 2.17); рівень заробітної плати має найбільший вплив на підвищення мотивації (рис. 2.18). Основним підґрунтям щодо її підвищення, на думку лікарів, є також чітке виконання ними своїх функціональних обов'язків та врахування адміністрацією закладу результатів діяльності працівників, трудової дисципліни. Важливим, на думку лікарів, у визначенні розміру заробітної плати є обсяг і якість виконаної роботи. Серед нематеріальних стимулів підвищення мотивування працівників є позитивні відгуки від пацієнтів, комфортна психологічна обстановка в колективі, повага членів колективу.

У проектному розділі дипломної роботи зауважено, що оскільки керівництво Деражнянської ЦРЛ змінило форму власності на комунальне некомерційне підприємство і в умовах впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я постає питання врегулювання виробничих і трудових відносин за новими правилами для комунальних некомерційних підприємств (КНП). Відповідно до «Методичних рекомендацій та роз'яснення з питань укладання колективних договорів комунальних некомерційних підприємств» затверджених від 2 березня 2020 року підготовлених за Проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» Деражнянська ЦРЛ може обрати раціональну для себе модель мотивації та оплати праці з метою формування нової ефективної кадрової політики.

Таким чином, з урахуванням системи фінансування закладів охорони здоров'я, які забезпечують надання вторинної медичної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах, пропонуються чотири моделі оплати праці та фінансового стимулювання працівників (таблиця 3.1). Нами рекомендується до впровадження третя модель. Зокрема вона передбачає затвердження схеми посадових окладів (Табл. 3.2) та схеми тарифних розрядів (Табл. 3.3).

Окрім цього у роботі зазначено, що прозора система оплати праці, де простежується прямий зв'язок між результатами праці працівників та змінами розмірів їхньої заробітної плати, позитивно впливає на мотивацію медичного персоналу до більш ефективної та більш продуктивної праці. Відповідно запропоновано вдосконалення механізму стимулювання ефективності праці медичних працівників на основі моделі кінцевих результатів діяльності, яка є узагальненим якісним показником, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікаря, відділення та лікувально-профілактичного закладу. Вона включає: показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД); нормативні значення (НЗ) показників; шкалу оцінки досягнутих результатів.

Показники результативності максимально відобразатимуть кінцевий результат (розповсюдженість окремих захворювань, смертність, відновлення працездатності, рівень якості лікування та ін.). Ними можна визначити ступінь досягнення цілей колективом Деражнянської ЦРЛ і виконання основних функцій шляхом визначення ступеня відповідності реально досягнутих значень ПР до запланованих нормативних.

Показники дефектів нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад: наявність занедбаних випадків соціально-значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обґрунтовані скарги тощо).

Типову модель оцінювання кінцевих результатів, та приклад обрахунку коефіцієнту досягнення результату наведено у таблиці 3.4. Приклад є вузьким, тому слід зазначити, що до цієї моделі можна включити також показники, отримані за даними експертних оцінок, які дозволяють оцінити якість лікувально-діагностичного процесу, а саме рівні якості лікування та диспансеризації. При проведенні інтегральної оцінки рівня якості лікування слід враховувати значущість складових частин за допомогою відповідних індексів. Наприклад, для оцінки діагностичних заходів запропоновано індекс, що дорівнює 0,5; для оцінки діагнозу індекс - 0,1; для оцінки лікувально-оздоровчих заходів - 0,4; для оцінки якості - 1.

Така оцінка впливатиме на розмір надбавки враховуючи результати діяльності та якість лікування.

Таким чином, з метою підвищення кадрового потенціалу Деражнянської ЦРЛ, зокрема, забезпечення фахівцями необхідної кваліфікації, формування ефективної вмотивованої команди, підвищення рівня кваліфікації лікарського та середнього медичного персоналу, попередження емоційного вигорання працівників лікарні в умовах пандемії, з урахуванням попередніх рекомендацій щодо оновлення системи мотивації та оплати праці, пропонуємо перелік заходів спрямованих на удосконалення кадрового менеджменту (таблиця 3.9).

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ