

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Навчальний центр заочно-дистанційної освіти
Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра
Освітній рівень

на тему: «Удосконалення системи мотивації праці в закладі охорони здоров'я
(на прикладі КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної
допомоги», смт. Чернівці)»

ДРБА. 013472.02.22.ПЗ

Галузі знань 07 «Управління та адміністрування»
Шифр і назва галузі знань
Спеціальність 073 «Менеджмент»
Шифр і назва галузі спеціальності
Освітня програма «Бізнес-адміністрування»
Шифр і назва освітньої програми

Виконала:
студентка 2 курсу група БАДм-19-2 _____ К.І. Зінич
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник _____ Г.І. Капінос
Підпис Ініціали, прізвище

Нормоконтролер _____ О.М. Косіюк
Підпис Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:
Зав. кафедри _____ Н.М. Тюріна
Підпис Ініціали, прізвище

_____ 202__ р.

Хмельницький 2020

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчальний центр заочно-дистанційної освіти

Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

Освітній рівень магістр

Галузь 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 РОБОТУ

Зінич Катерині Іванівні

Прізвище, ім'я, по батькові студента

1. Тема роботи «Удосконалення системи мотивації праці в закладі охорони здоров'я (на прикладі КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги», смт. Чернівці)»

керівник роботи Капінос Г.І. к.е.н., доцент

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

Затверджено наказом ректора університету від 01.09.2020 р. №118 додаток 14-д

2. Строк подання студентом роботи на кафедру грудень 2020 р.

3. Вихідні дані до роботи статті, монографії, навчальні посібники з заданої теми, статистична інформація підприємства, інформація мережі Інтернет, тощо

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

1 Теоретичні аспекти управління мотивацією трудової діяльності працівників закладів охорони здоров'я

2 Аналіз діяльності КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги»

3 Формування комплексної системи мотивації праці медичних працівників КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги»

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) Структура мотиву праці. Зв'язок потреб, інтересів, мотивів і стимулів. Види мотивів за напрямками інтенсифікації трудової діяльності. Основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги». Модель аудиту працівників Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги. Основні показники оцінки діяльності лікарів та медичного персоналу Центру первинної допомоги. Модель мотивації працівників Чернівецького ЦПМСД. Матриця формування індивідуальної програми професійного і кар'єрного розвитку працівників КНП ЦПМСД

6. Консультанти розділів дипломної роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Теоретичний	Капінос Г.І.		
Аналітичний	Капінос Г.І.		
Проектний	Капінос Г.І.		
Нормоконтроль	Косіюк О.М.		

7. Дата видачі завдання 04.09.2020 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Вибір теми дипломної роботи	вересень 2020	
2	Одержання індивідуального завдання	вересень 2020	
3	Складання календарного плану графіка написання дипломної роботи	вересень 2020	
4	Підготовка до виконання дипломної роботи: підбір та вивчення літератури, участь у виконанні науково-дослідних робіт, інші заходи	жовтень 2020	
5	Уточнення теми дипломної роботи та календарного плану-графіка, виходячи зі специфіки базового підприємства, установи	жовтень 2020	
6	Підготовка першого розділу	жовтень 2020	
7	Підготовка другого розділу	жовтень 2020	
8	Підготовка третього розділу	листопад 2020	
9	Підготовка висновків	листопад 2020	
10	Здача науковому керівнику	листопад 2020	
11	Доопрацювання дипломної роботи з урахуванням зауважень наукового керівника	листопад 2020	
12	Написання та оформлення роботи в остаточному варіанті	грудень 2020	
13	Попередній захист дипломної роботи на кафедрі	грудень 2020	
14	Одержання відгуку наукового керівника	грудень 2020	
15	Одержання рецензії зовнішнього рецензента	грудень 2020	
16	Захист дипломної роботи	грудень 2020	

Студент

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник роботи

Підпис

Ініціали, прізвище

АНОТАЦІЯ

ЗІНИЧ К.І. Удосконалення системи мотивації праці в закладі охорони здоров'я (на прикладі КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги» смт. Чернівці. Керівник роботи – к.е.н., доцент кафедри ЕМА Капінос Г.І. Дипломна робота магістра: 141 с., 15 рисунків, 26 таблиць, 60 джерел посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: МОТИВАЦІЯ, СТИМУЛЮВАННЯ, МЕТОДИ МОТИВАЦІЇ, АУДИТ ПЕРСОНАЛУ, РОЗВИТОК ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Досліджено теоретичні засади управління мотивацією діяльності підприємства. Розглянуто питання сутності мотивації, її зв'язку із процесом стимулювання, визначені особливості управління мотивацією на підприємствах, що працюють у сфері охорони здоров'я. Наведений аналіз роботи закладів охорони здоров'я Чернівецького району Вінницької області. Оцінені результати фінансово-господарської діяльності та охарактеризовані особливості управління персоналом КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги». Запропоновані нові підходи для створення ефективної системи мотивації праці працівників підприємства. Оцінена можливість запровадження кадрового аудиту у роботу комунального підприємства, на основі якого рекомендовано реалізація програми управління кар'єрним та професійним розвитком медичного персоналу.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ МОТИВАЦІЄЮ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	10
1.1 Сутність мотивації, її роль та місце в управлінні підприємствами	10
1.2 Історичні та теоретичні підходи до управління мотивацією праці	35
1.3 Особливості управління мотивацією праці працівників сфери охорони здоров'я	45
Висновки до 1 розділу	54
2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»	55
2.1 Аналіз основних тенденцій розвитку закладів охорони здоров'я у Вінницькій області	55
2.2 Організаційно-правові засади створення і функціонування закладу охорони здоров'я – КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги»	58
2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності комунального підприємства	65
2.4 Аналіз системи управління активами підприємства	72
2.5 Аналіз системи менеджменту персоналу підприємства	77
2.5 Фінансовий та ризик-аналіз діяльності підприємства	86
Висновки до 2 розділу	93
3 ФОРМУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ МОТИВАЦІЇ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ КНП «ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»	94
3.1 Формування загальних рекомендацій із удосконалення процесу мотивування і стимулювання праці працівників підприємства	94
3.2 Запровадження системи аудиту персоналу підприємства	110
3.3 Управління професійним і кар'єрним розвитком медичних працівників	120

	6
Висновки до 3 розділу	133
ВИСНОВКИ	134
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	135
ДОДАТКИ	141

ВСТУП

В умовах швидкозмінного зовнішнього середовища для створення конкурентних переваг керівники підприємств змушені винаходити і використовувати до управління працівниками підприємств нові підходи, що засновані на дієвій системі мотивації.

Проблема спонукання людей до продуктивної праці не є новою. Протягом багатьох століть вона хвилювала кращі уми людства і це не випадково. Працею створюється матеріальна і духовна культура суспільства.

Мотивація працівників є невід'ємною складовою при управлінні підприємством будь-якої сфери. Вона відіграє велику роль і є одним із пріоритетних та складних завдань управління у діяльності будь-якого підприємства незалежно від його специфіки діяльності і від середовища в якому воно перебуває.

Охорона здоров'я є особливою сферою діяльності із забезпечення права громадян на охорону здоров'я, що є надбанням нації, і у зв'язку із цим є пріоритетною у політичному, економічному і соціальному житті держави і суспільства.

Актуальність проблеми мотивації праці медичних працівників пов'язана із тим, що в системі охорони здоров'я процес удосконалення системи мотивації медичних працівників прямо впливає на забезпеченість населення медичним персоналом, якість послуг і в цілому задоволеність населення медичною допомогою. Знизити гостроту існуючих проблем у системі охорони здоров'я, деякою мірою можна шляхом використання всіх способів мотивації професійної діяльності, спрямованої на підвищення продуктивності праці, на раціональне використання ресурсів. Окрім того правильно розроблена система мотивації дозволить медичним установам мобілізувати трудовий потенціал, створити необхідну зацікавленість працівників у отриманні високих результатів, прояві творчого потенціалу, підвищенні рівня компетентності, якості виконуваних робіт у зниженні питомої ваги праці на одиницю медичних послуг.

Підвищення ефективності функціонування підприємств системи охорони здоров'я залежить від багатьох факторів, одним із ключових є: продуктивність праці, зростання якої можливе лише за наявності високих професійних якостей медичного персоналу і досягнення високого рівня мотивації працівника.

Незважаючи на те, що між мотивацією і кінцевим результатом діяльності людини немає однозначного зв'язку – на мотиваційний процес впливає багато випадкових, суб'єктивних факторів – здібності, емоційний стан, вплив третіх осіб тощо, ефективність менеджменту багато в чому залежатиме від того, наскільки адекватними будуть стимулюючі заходи для того, щоб вмотивувати працівників до здійснення тих дій, які потрібні для досягнення цілей організації.

Вивчення проблем мотивації трудової діяльності має як теоретичне, так і пряме практичне значення. Від того, як розуміє та чи інша людина свою трудову діяльність і якими мотивами вона керується, залежить її відношення до роботи. Розуміння внутрішніх механізмів мотивації праці дає змогу виробити ефективну політику в галузі праці і трудових відносин, створити «режим найбільшого сприяння» для тих, хто дійсно прагне росту продуктивності праці. Мотивація трудової діяльності не може бути дієвою без застосування сучасних форм і методів стимулювання персоналу.

Розробкою проблеми мотивації і стимулювання опікувалось багато і вітчизняних, і закордонних вчених. Найбільш відомими є роботи А. Маслоу, К. Альдерфера, Ф. Герцберга, Д. Мак-Клелланда, В. Врума, С. Адамса, Л. Портера, Е. Лоулера. Серед українських вчених можна виділити нароби таких авторів: В. Абрамова, Д. Богині, О. Віханського, О. Грішньової, А. Кібанова, А. Колота, О. Наумова та інш.

Істотною проблемою застосування існуючих підходів і методів є те, що вони розроблені для різних галузей економіки, однак рідко застосовуються у медичній сфері у зв'язку зі специфікою галузі і фахівців, які у ній працюють.

Оскільки ресурси підприємства охорони здоров'я обмежені і найчастіше недостатні, це робить питання їх ефективного використання і створення систе-

ми мотивування особливо актуальними. У той же час відсутність належно, якісно проробленої системи мотивації праці медичного персоналу є серйозною передумовою зниження якості і ефективності його роботи, що негативно позначається на заробітній платі та соціальній атмосфері в колективі і у подальшому призводить до зниження довіри населення до роботи медичного персоналу.

Метою виконання даної дипломної роботи є розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення мотиваційної системи КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги». Відповідно до визначеної мети дослідження в роботі поставлені наступні завдання:

1. Вивчити та узагальнити теоретичні підходи щодо мотиваційного менеджменту на підприємстві;
2. Проаналізувати сучасні проблеми формування мотиваційної системи підприємств медичної сфери;
3. Дослідити особливості формування мотиваційної системи підприємства, що здійснює діяльність у сфері охорони здоров'я;
4. Проаналізувати чинники, які впливають на функціонування та мотиваційну систему об'єкту дослідження;
5. Розробити практичні рекомендації щодо удосконалення системи мотивації на КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги».

Предметом дослідження визначено теоретичні, методичні та прикладні аспекти формування системи управління мотивацією праці працівників підприємства медичної сфери.

Об'єктом дослідження є процес управління мотивацією праці медичних працівників КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги».

У роботі використовуються такі методи дослідження: системний підхід; аналіз; узагальнення; моделювання; анкетування; опитування.

Інформаційною базою є вітчизняні та закордонні публікації, матеріали друкованих та електронних видань, статистичні і фінансові документи КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги».

1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ МОТИВАЦІЄЮ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Сутність мотивації, її роль та місце в управлінні підприємствами

В умовах формування і реалізації нових механізмів господарювання, орієнтованих на ринкову економіку, перед організаціями і, у тому рахунку, закладами охорони здоров'я, постає необхідність працювати по-новому, зважаючи на закони і вимоги ринку, опановуючи нові типи економічної поведінки, пристосовуючи всі сторони діяльності до мінливого зовнішнього середовища. На сьогодні вже ні в кого не повинен викликати сумніви той факт, що найважливішим ресурсом будь-якої організації є її працівники та на скільки тісно пов'язані внески кожного працівника з кінцевими результатами діяльності організації.

Однак далеко не всі керівники розуміють, як важко управляти людським ресурсом. Завдання управлінців і полягає у тому, щоб максимально ефективно використовувати можливості персоналу шляхом пошуку ефективних способів управління працею, що забезпечує активізацію людського фактору.

У той же час, наскільки б сильними не були рішення керівників, ефект від них може бути отриманий лише тоді, коли вони вдало втілені у життя, реалізовані працівниками. Цього можливо досягти тільки у тому випадку, якщо працівники зацікавлені у результатах своєї праці. Вирішальним фактором результативності діяльності людей є їхня мотивація.

Термін «мотивація» вже дуже давно використовувався, в основному, у економічній соціології, педагогіці, психології тощо. У зв'язку із цим проблема мотивації має різні аспекти: біологічний, психологічний, гуманістичний, економічний, організаційно-економічний та ін.

Це пояснювалося низкою причин. По-перше, відсутність належного зв'язку між економічними науками і предметами вказаних вище наук, і, по-друге, у чисто економічному змісті донедавна поняття «мотивація» замінювалось часто поняттям «стимулювання». Таке усічене розуміння мотиваційного процесу приводило до орієнтації на короткострокові економічні цілі, на досягнення моментальної вигоди. Це руйнівно діяло на мотиваційну сторону особистості працівника, не викликало зацікавленості у власному розвитку, самовдосконаленні, однак саме це сьогодні є найважливішим резервом підвищення ефективності діяльності.

Велика увага, що приділяється питанням мотивації в економічній і управлінській літературі дотепер усе ще не дозволяє говорити про єдність думок щодо змісту цієї категорії і потребує критичного аналізу сутності поняття.

Сьогодні з'ясуванню природи мотивів присвячені численні дослідження представників різних напрямків – менеджменту, психології, педагогіки, соціології, політології, юриспруденції тощо.

За останні десятиліття проводилася значна кількість досліджень, присвячених мотивації персоналу. В основному вони були спрямовані на вивчення психологічних, економічних і управлінських аспектів у сфері управління персоналом. Зокрема, проблеми мотивації праці вивчалися багатьма іноземними та вітчизняними вченими. Це знайшло свій відбиток у формуванні різних підходів до характеристики сутності процесу мотивації та визначення самого терміну «мотивація».

Так, зокрема поняття «мотивація праці» різними науковцями трактується неоднаково, хоча більшість визначень багато в чому схожі.

«Мотив» (від грецького *motif* або від латинською *movo* – рухаю) трактується як зовнішнє або внутрішнє спонукання економічного суб'єкта до діяльності для досягнення яких-небудь цілей, а також формування стимулів, що спонукають до цієї діяльності.

Мотив у перекладі з французької означає спонукальну причину, привід до конкретної дії.

По суті мотив – це імпульс і причина людської активності. Він є переважно усвідомленим спонуканням. Розуміння мотивів і потреб дає ключ до пояснення всіх видів організаційної діяльності.

На думку Б. Генкіна, мотивація – це свідоме прагнення до певного типу задоволення потреб, до успіху [9, 10].

А. Колот у підручнику «Мотивація, стимулювання і оцінка персоналу» під мотивацією праці розуміє усе те, що активізує діяльність людини [28].

А. Каптуревський вважає, що мотивація – це надія на успіх і боязнь невдачі.

М. Мескон, М. Альберт та Ф. Хедоурі, автори відомого підручника з менеджменту, визначають мотивацію як процес спонукання себе та інших до діяльності для досягнення особистих цілей і цілей організації [37].

О. Віханській, А. Наумова у своїх підручниках також стверджують, що мотивація – це сукупність внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, які спонукають людину до діяльності, задають границі і форми діяльності та надають цій діяльності спрямованість, орієнтовану на досягнення певних цілей. При цьому під рушійною силою розуміється мотив, який «не тільки спонукає людину до дії, але й визначає, що треба зробити, і те, як буде здійснена ця дія» [6].

И. Герчикова у праці «Менеджмент», визначає мотивацію, як рушійну силу поведінки, як прагнення людини до активної дії з метою задоволення своїх потреб [11].

На думку Є. Уткіна трудова мотивація – це процес стимулювання окремого працівника чи групи працівників до діяльності, спрямованої на досягнення цілей підприємства, на продуктивне виконання прийнятих рішень або визначених робіт [55].

В. Травін та В. Дятлов визначають мотивацію як «прагнення працівника задовольнити свої потреби (одержати певні блага) за допомогою трудової діяльності [49].

А. Кібанов дає таке визначення мотивації – це процес свідомого вибору людиною того або іншого типу поведінки, обумовленого комплексним впливом

зовнішніх (стимули) і внутрішніх (мотиви) факторів. Співвідношення мотивів, що визначають поведінку людину, характеризує його мотиваційна структура [25].

В. Ядов, визначає мотив як внутрішній імпульс активності, сутність якого становить, по-перше, прагнення до реалізації певної потреби особистості, а по-друге, конкретизацію більш загальної потреби в доступних суб'єктові соціокультурних формах і матеріальних або духовних предметах насичення цієї потреби [60].

Вітчизняні науковці Д. Богиня, О. Грішнова вважають, що мотив – це внутрішня стійка психологічна причина поведінки або вчинку [2]; але такі вчені, як І. Завадський і Г. Щокін, визначають мотив як усвідомлену спонукальну причину, основу, підставу до якоїсь дії чи вчинку [59].

На думку З. Румянцевої, процес мотивації охоплює: встановлення або оцінку незадоволених потреб; формулювання цілей, спрямованих на задоволення потреб; визначення дій, необхідних для задоволення потреб [33].

А. Костикова та С. Черкасов у своїй праці визначають, що «у самому загальному виді, мотивація – це процес спонукання себе та інших людей до діяльності через формування мотивів поведінки для досягнення власних цілей та цілей організації» [29].

О. Крушельницька та Д. Мельничук вважають, що «Мотивація праці – це бажання працівника задовольнити свої потреби через трудову діяльність... Мотивація – це довготерміновий вплив на працівників з метою зміни за заданими параметрами структури ціннісних орієнтацій та інтересів, формування відповідної мотиваційної системи і розвиток на цій основі трудового потенціалу» [32].

У роботі Л. Лукічової зазначається, що мотивація реалізує такі основні функції: планування мотивації, що охоплює виявлення актуальних потреб, встановлення їх ієрархії, планування стратегії і цілей мотивації; здійснення мотивації (створення умов, що відповідають потребам; забезпечення винагородою за необхідні результати; створення у працівника впевненості в досягненні поставлених цілей; формування у працівника враження про високу цінність вина-

городи); управління мотиваційними процесами (контроль мотивації; порівняння результатів із необхідними; корегування мотиваційних стимулів; підбір кадрів з високим рівнем внутрішньої мотивації) [36].

П. Рогожин, та А. Гойко вказують на те, що «мотивація праці – це система заходів, спрямованих на підвищення продуктивності праці і поліпшення якості праці та професійне зростання працівника».

В. Шатун вказує, що мотивація – це вид управлінської діяльності, що забезпечує процес спонукання себе та інших працівників до діяльності, спрямованої на досягнення особистих цілей і цілей організації. Мотивація також може розглядатися як процес створення системи умов, що впливають на поведінку людини та спрямованість її дій у необхідному для організації напрямі, тобто на досягнення мети [40].

А Ф. Уайтлі говорить про те, що «мотивація – емпірична наука. Ми ніколи не зможемо виділити та зміряти усі змінні і їх дії» [53].

Така різноманітність визначень засвідчує, що мотивація праці – це складне і багатопланове явище, яке потребує всебічного вивчення. На поведінку людини в процесі трудової діяльності впливає комплекс факторів-мотиваторів, що спонукають її до діяльності: зовнішніх – на рівні держави, галузі, регіону, підприємства і внутрішніх – складових структури самої особистості працівника (потреби, інтереси, цінності людини, пов'язані з ними та соціокультурним середовищем, особливості трудової ментальності тощо).

У найбільш простому викладені, мотивація праці – це прагнення працівника задовольнити потреби (одержати певні блага) за допомогою трудової діяльності. Структура мотиву подана на рисунку 1.1 [23].

При розгляді мотивації варто зосередитися на факторах, які змушують людину діяти і підсилюють її дії. Основні з них: потреби, інтереси, мотиви і стимули.

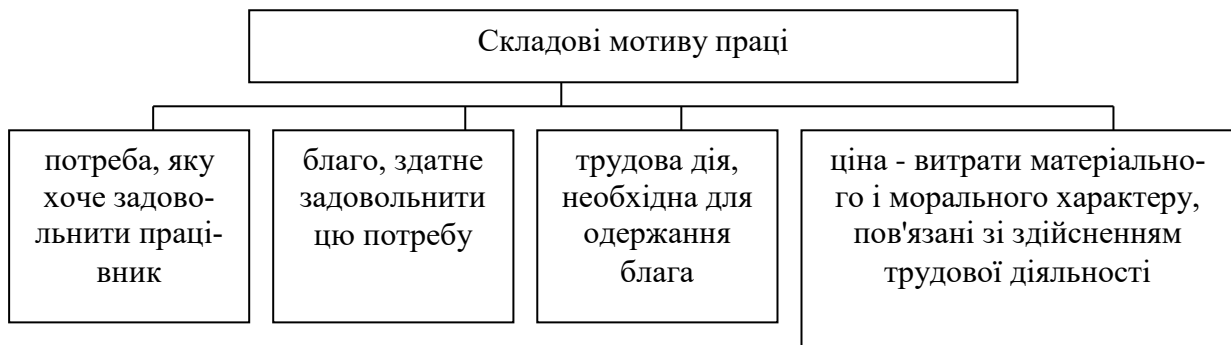


Рисунок 1.1 – Структура мотиву праці

У різних людей у різному співвідношенні знаходяться рухомі сили і регулятори поведінки: інстинкти, інтереси, потреби (табл. 1.1) [14].

Таблиця 1.1 – Основні рухомі сили та регулятори поведінки людей

Вид	Пояснення
Інстинкт	це перша, нижча форма спонукання (наприклад, харчовий, оборонний, статевий і стадний інстинкт)
Інтереси	вибіркове ставлення особистості до певного об'єкта, цілеспрямоване прагнення, потреба, які викликані сукупністю соціально-економічних умов життя людини, колективу, суспільства. Можна виділити такі інтереси: матеріально-житлові зручності, гастрономічні вироби, одяг тощо; духовно-пізнавальні інтереси, інтереси до літератури, мистецтва; соціально-суспільні інтереси – до громадської, організаційної роботи та ін.
Потреби	необхідність (відсутність чогось), яку відчуває людина у певних умовах життя і розвитку. Усвідомлюючись, вони проявляються у формі мотивів поведінки людської особистості, соціальної групи, суспільства в цілому

Ефективно управляти можна лише за таких умов, коли є чіткі уявлення про потреби, мотиви діяльності виконавця, про його позицію, ціннісну орієнтацію тощо. Хоча мотив породжується певною потребою, що виступає кінцевою причиною людських дій, виражає готовність до дії, спонукає до неї, але він може і не перерости в дію або поведінку. Слід мати на увазі, що людина не завжди усвідомлює свої спонукання (цілі, потреби, ідеали, направленість своєї особистості тощо). Людина не завжди добре знає себе і не в змозі давати собі точну самооцінку. Тому вимога, яку приписують Сократу: «Пізнай самого себе» є донині актуальною.

Слід зазначити, що практично у всіх визначеннях мотивації, наведених вище, прослідковується і підкреслюється тісний взаємозв'язок мотивів і потреб, що виступає принциповим моментом у розумінні природи мотивації. Це озна-

чає, що потреби людини є основним джерелом її активності. Поведінка людини визначається потребою, яка домінує у певний момент часу. Із психологічної точки зору потребами називаються фізіологічні або психологічні відчуття нестачі чого-небудь. Це також те, від чого людина прагне звільнитися, тому що поки потреба існує, вона дає про себе знати і вимагає усунення.

Люди прагнуть або чогось досягти, або чогось уникнути, відповідно вони по-різному реагують на потреби: задовольняють, пригнічують або зовсім не реагують.

Мотиви виникають і формуються на основі потреб. Як відзначає В. Ковальов, «мотиви є відбитком потреб» [43]. І якщо потреба людини – це відсутність чогось, то мотиви – це спонукання людини ліквідувати цю нестачу. Мотиви вторинні відносно потреб. Без потреб мотивів не буде.

Мотиви за своєю суттю є усвідомленою потребою. Тому «мотив – це вже не сама потреба, а її відбиток, прояв. Це трансформована і конкретизована потреба» [43]. Щоб стати мотивом, потреби повинні активізуватися, вийти на перший план, стати нагальними. Так Прохоренко М. у своїй роботі наводить слова Н. Кондратьєва – «...у кожний даний момент людина можуть відчувати низку потреб, але діяти вона буде у відповідності з потребами, що перемогли» [43]. Сила мотиву визначається ступенем актуальності тієї чи іншої потреби для індивіда. Чим більше відчутна нестача у певному благові, тим сильніше прагнення його одержати, тим активніше діє індивід. Нестача, відзначає Ф. Котлер, що досягла досить високого рівня інтенсивності, стає мотивом. Мотив (або спонукання) – це потреба, що стає настільки нагальною, що змушує людину шукати шляхи і способи її задоволення [30].

Потреби, як і їхнє задоволення, можуть бути усвідомленими і не усвідомленими. Слід враховувати, що потреб у людини дуже багато і вони різноманітні. Дотепер немає однієї всіма прийнятої ідентифікації певних потреб. В залежності від системи відносин, у якій розглядаються людські потреби, у сучасній науці застосовується різна їхня класифікація. Більшість психологів погоджуються, що потреби в принципі можна класифікувати на первинні і вторинні.

В основі ієрархії потреб лежать, насамперед, біологічні потреби (збереження і підтримки життя). Первинні потреби є по своїй природі фізіологічними і, як правило, вродженими. Прикладами можуть служити потреби в їжі, воді, потреба дихати, спати і сексуальні потреби.

Первинність цієї групи потреб визначається тим, що по своїй генетичній природі, людина – істота біологічна, але, з іншого боку, її діяльність здійснюється в суспільстві і, отже, не може не відрізнятися від поведінки-інших біологічних істот.

Вторинні потреби по своїй природі психологічні. Наприклад, потреби в успіху, повазі, прихильності, владі і т. ін.

Найбільші потенційні можливості необмеженого розвитку мають духовні потреби: інтелектуальні, естетичні, етичні, творчі.

Якщо первинні потреби закладені генетично, то вторинні усвідомлюються з досвідом. Оскільки люди мають різний набутий досвід, вторинні потреби людей різняться більшою мірою, ніж первинні.

Отже, у кожної людини є потреби, які формують у неї стан спрямованості задовольнити їх. Саме тому потреби не можна безпосередньо спостерігати або виміряти, про них можна судити лише за поведінкою людей.

Потреби можна задовольнити винагородою, давши людині те, що вона вважає для себе цінним. Але в поняття «цінність» різні люди вкладають неоднаковий зміст, а, отже, розрізняються і їхні оцінки винагороди. Наприклад, заможна людина, можливо, буде вважати кілька годин відпочинку в колі родини більше значними для себе, ніж гроші, які вона одержить за понаднормову роботу на благо організації. Для працюючих в науковій установі більш цінними можуть виявитися повага колег і цікава робота, а не матеріальні вигоди, які б вони одержали, виконуючи обов'язок, наприклад, продавця в престижному магазині.

Що стосується винагород, то «внутрішню» винагороду людина одержує від роботи, відчуваючи значимість своєї праці, маючи почуття до певного колективу, задоволення від спілкування дружніх відносин з колегами.

«Зовнішня» винагорода – це зарплата, просування по кар'єрних сходах,

символи службового статусу і престижу.

Самі по собі потреби не є спонукальним мотивом до дії. Важливе значення в ухваленні рішення про вибір напрямків задоволення потреб приділяється інтересам людини. Для того щоб потреби перетворилися в мотив необхідний ще один важливий елемент мотивації – зовнішня причина, під якою розуміють додатковий вплив із боку зовнішніх стосовно людині об'єктів.

Лише пройшовши через свідомість людини потреби трансформуються у інтерес. Щоб інтерес перетворився в реальність, потрібний поштовх, мотив, під впливом якого людина починає діяти і задовольняти свої потреби.

Процес мотивації матеріалізується в конкретних діях і вчинках людини. І якщо людина працює погано, то це ще не означає, що вона недостатньо «замотивована», що вона не прагне працювати краще. Причиною може бути відсутність інтересу. Спонування людини до більш ефективної роботи зі сторони керівного органу, у такій ситуації можуть ні до чого не привести. Тут потрібні зусилля, пов'язані зі створенням інтересу до діяльності, що дозволить працівникові найбільше повно реалізувати свої здібності та забезпечить досягнення цілей, які він ставить перед собою.

Основою управління на основі мотивації буде вплив певним чином на інтереси учасників трудового процесу для досягнення найкращих результатів діяльності.

Те, як пов'язані між собою такі поняття, як потреби, інтереси, мотиви і стимули можна зрозуміти з рис. 1.2.

Виходячи з різноманіття потреб можна говорити про те, що не меншою буде і різноманітність мотивів людини.

Дійсно мотиви праці різні. Вони поділяються по потребах, які працівник прагне задовольнити за допомогою праці, по тих благах, які потрібні для задоволення потреб, за тією ціною, яку працівник готовий заплатити за одержання благ. Загальне в них завжди тільки те, що задоволення потреб, одержання бажаних благ обов'язково пов'язані із трудовою діяльністю.



Рисунок 1.2 – Зв'язок потреб, інтересів, мотивів і стимулів

Базові потреби людини та їх співвідношення із мотивами можна прослідкувати з допомогою таблиць 1.2-1.3.

На основі потреб можна виділити такі групи мотивів праці, це:

- мотиви змісту праці;
- мотиви суспільної корисності;
- статусні мотиви, пов'язані із суспільним визнанням плодотворності трудової діяльності;
- мотиви одержання матеріальних благ;
- мотиви, орієнтовані на певну інтенсивність.

Таблиця 1.2 – Співвідношення потреб людини і мотивів її діяльності

Група потреб	Тип мотиву
Відноситься до суспільної корисності праці і обумовлює відношення до роботи, як до свого боргу перед суспільством, як прояв прагнення особистості реалізувати себе в певній сфері суспільного життя, відіграти певну соціальну роль, взяти участь у суспільно значимій діяльності	Суспільний мотив
Пов'язана зі змістом праці і відображає необхідність у реалізації фізичних і духовних потреб особистості шляхом з'єднання своєї активності з певною професією, спеціальністю	Мотиви досягнення і самореалізації
Пов'язані із працею як джерелом засобів існування. У неї входять потреби людини в заробітку і забезпеченні достатку для своєї родини, у задоволенні соціально-побутових потреб	Соціально-економічні мотиви
Статусні потреби, пов'язані з положенням індивіда в первинній групі і у трудовому колективі в цілому	Мотив влади, самоствердження

Таблиця 1.3 – Взаємозв'язок потреб та факторів мотивації працівників

Мотиваційні фактори	Потреби, що визначають зміст мотиваційних факторів
Заробіток	Потреба мати високу заробітну плату, матеріальні винагороди, набір пільг та надбавок
Фізичні умови праці	Потреба мати гарні умови праці та комфортне навколишнє середовище
Структурування роботи	Потреба мати чітко структуровану роботу, встановлені правила та директиви виконання
Соціальні контакти	Потреба спілкуватися з багатьма людьми, мати тісні стосунки з колегами
Стійкі взаємовідносини	Потреба формувати і підтримувати довгострокові стабільні стосунки з невеликою кількістю колег
Визнання	Потреба у тому, щоб оточуючі цінували досягнення та успіхи індивідуума
Прагнення до досягнень	Потреба ставити для себе складні цілі та досягати їх
Влада і впливовість	Прагнення керувати іншими, прагнення до конкуренції та впливовості
Різноманітність і зміни	Потреба в постійних змінах, бажання постійно бути готовому до дій
Креативність	Потреба бути постійно думаючим працівником, відкритим до нових ідей
Самовдосконалення	Потреба у самовдосконаленні та розвитку особистості
Цікава та корисна робота	Потреба мати суспільно корисну роботу

Слід зазначити, що найчастіше мотив виражає не одну, а одразу декілька потреб. Наприклад, мотив одержання матеріальних благ ґрунтується на потребі в повазі і суспільному визнанні (людей із статками більше поважають і визнають у суспільстві, у них більше прав і пільг, влади), на потребі в безпеці і захищеності (наприклад, люди з високими доходами можуть забезпечити собі безхмарне життя після виходу на пенсію або при одержанні травми чи хвороби, які не дозволять працювати далі) і, нарешті, на фізіологічній потребі, яка вимагає задоволення найбільш елементарних людських потреб.

Розглянемо ще один підхід до поділу мотивів. Данський психолог К. Мадсон виділив 19 основних мотивів, поділивши їх на чотири групи [6]. Перша група – органічні мотиви: голод, спрага, статевий потяг, материнське почуття, відчуття болю, холоду, спеки, анальні потреби, потреба дихати. Друга група – емоційні мотиви: страх, або прагнення безпеки, агресивність, або бійцівські риси. Третя група – соціальні мотиви: прагнення контактів, жага влади (відстоювання своїх домагань), прагнення діяльності.

Четверта група – мотиви діяльності: потреба у досвіді, у фізичній діяльності, цікавість (інтелектуальна діяльність), потреба у збудженні (емоційна діяльність), жага творчості (комплексна діяльність).

В цілому можна виділити такі види мотивів, що визначають напрями та інтенсивність трудової діяльності працівників, табл. 1.4.

Таблиця 1.4 – Види мотивів за напрямками інтенсифікації трудової діяльності

Вид мотиву	Спосіб впливу
Мотив самоствердження	Прагнення затвердити себе в соціумі, пов'язаний з відчуттям власної гідності, честолюбством, самолюбством. Людина намагається довести оточуючим, що вона чогось варта, прагне отримати певний статус в суспільстві, хоче, аби її поважали і цінували. Інколи прагнення до самоствердження відносять до мотивації престижу (прагнення отримати або підтримати високий соціальний статус).
Мотив ідентифікації	Ідентифікація з іншою людиною – прагнення бути схожим на героя, кумира, авторитетну особистість (батьків, вчителя, тренера, зірку спорту, кіно або іншу особистість). Цей мотив спонукає працювати і розвиватися. Він є особливо актуальний для дітей і молоді, які намагаються наслідувати інших людей в своїх діях.
Мотив влади	Це прагнення суб'єкта впливати на людей. Потреба у владі – одна з найголовніших рушійних сил людських дій, це прагнення зайняти керівну позицію в групі (колективі), спроба керувати людьми, визначати і регламентувати їх діяльність.
Мотив саморозвитку	Прагнення до саморозвитку, самовдосконалення – це важливий мотив, який спонукає людей багато працювати і розвиватися. Це прагнення до повної реалізації своїх здібностей і бажання відчувати свою компетентність.
Мотив досягнення	Мотив досягнення – це прагнення досягти високих результатів і майстерності в діяльності; він проявляється у виборі складних завдань і прагненні їх виконати.
Мотив афіліації	Афіліація – це прагнення до встановлення або підтримки стосунків з іншими людьми, прагнення до контакту і спілкування з ними. Сутність афіліації полягає в цінності спілкування. Афіліативне спілкування – це таке спілкування, яке приносить задоволення, захоплює, подобається людині.
Просоціальні мотиви	До цієї групи відносяться мотиви, пов'язані з усвідомленням суспільного значення діяльності, з почуттям обов'язку, відповідальності перед групою або суспільством. У випадку дії просоціальних (суспільно важливих) мотивів відбувається ідентифікація індивіда з групою. Людина не лише вважає себе членом певної соціальної групи, не лише ототожнює себе з нею, але і живе її проблемами, інтересами і цілями.

Слід зазначити, що суб'єкт управління може впливати на об'єкт (працівників організації) або примушуючи його до певних дій силою, або надаючи якісь блага. У зв'язку із цим у розрізняють ще два види мотивації: позитивну і негативну.

Позитивна мотивація – реалізується через прагнення досягнути успіху у своїй роботі. Вона пов'язана певним чином із проявом позитивних емоцій і почуттів, наприклад, схвалення тих, з ким працює ця людина.

Окреме місце займає негативна мотивація. Це спонукання, викликані усвідомленням можливих неприємностей, незручностей, покарань, які можуть слідувати в разі невиконання діяльності.

У разі дії негативної мотивації людину спонукає до діяльності страх перед можливими неприємностями або покаранням і прагнення їх уникнути.

До негативної мотивації відноситься все те, що пов'язане із застосуванням

осуду, несхвалення, що пов'язано із покаранням не тільки матеріальним але й психологічним. При негативній мотивації люди прагнуть втекти від проблем. Острах покарання приводить до виникнення негативних емоцій і почуттів і, як наслідок, з'являється небажання працювати. Характерною рисою покарання є те, що багаторазове його суттєво знижує його дію. Це психологічна особливість живих істот. Люди звикають до негативного впливу, покарань і, зрештою, перестають реагувати на них, тобто стають толерантними до насильства. У той же час слід зазначити, що довгостроковий вплив негативної мотивації шкідливим чином відображається не тільки на результатах праці, але й на особистості працівника.

Як не дивно, але подібну дію можливо відзначити і щодо винагород. Якщо людина постійно одержує винагороди – матеріальні або соціально-психологічні, то згодом вони також втрачають своє мотиваційне навантаження, тобто перестають діяти.



Рисунок 1.5 – Види мотивів і мотивації

Цікавим є підхід до типології мотивів В. Герчікова, який систематизував не тільки мотиви, а конкретні мотиваційні типи працівників. Він подає п'ять мотиваційних типів у рамках цієї концепції [12]:

1. Інструментальний тип. Сама робота не є для такого працівника значущою цінністю і розглядається лише як джерело заробітку та інших благ, що будуть одержані в якості винагороди за працю. Але його цікавлять не будь-які гроші, а саме заробіток; тому він буде працювати з максимальною віддачою на будь-якій роботі, якщо його праця буде справедливо і високо (у його розумінні) оплачуватися. Інструментально мотивований працівник орієнтований на «голий» заробіток, бажано готівкою і негайно. Він противник інших форм заохочення, індіферентний до форми власності і працедавця.

2. Професійний тип. Працівник цього типу цінує в роботі її зміст, можливість проявити себе і довести (не тільки оточуючим, але й собі), що він може впоратися з важким завданням, яке не кожному під силу. Професійно мотивований працівник вважає найважливішою умовою діяльності реалізацію своїх професійних здібностей, знань і можливостей. Його в значній мірі хвилюють зміст праці і характер роботи. Ці працівники віддають перевагу самостійності у роботі і відрізняються розвиненою професійною гідністю. До керівника найчастіше відноситься з іронією чи зверхньо. Як правило, працівник з професійним типом мотивації досить швидко стає кращим фахівцем.

3. Патріотичний тип. Працівників цього типу цікавить участь у реалізації спільної, дуже важливої для організації справи. «Патріот» характеризується тим, що основа його мотивації до праці – високі ідейні і людські цінності: побудова соціалістичного суспільства, досягнення рівності, соціальної гармонії і т. ін. Їм властива переконаність у своїй потрібності для організації, відрізняються готовністю взвалити на себе додаткову відповідальність заради досягнення результатів спільної справи. Для них важливо суспільне визнання участі в загальних досягненнях.

4. Хазяйський тип. Виражається в добровільному прийнятті працівником

на себе повної відповідальності за виконувану роботу. Працівник з таким типом мотивації буде виконувати свою роботу з максимальною віддачою, не наполягаючи на її цікавості або високій оплаті, не вимагаючи ні додаткових вказівок, ні постійного контролю. «Господарська» мотивація, заснована на досягненні і примноженні власності, багатства, матеріальних благ і т. ін. Для такого працівника майже не потрібна зовнішня мотивація. Для нього достатньо цієї внутрішньої ідеї постійного збільшення матеріальних благ. Потреби таких працівників практично безграничні. Але такими працівниками важко керувати – вони самостійні і не тільки не потребують наказів або покарань, але й не терплять їх. Цей тип мотивації характерний насамперед для людей, зайнятих підприємницькою діяльністю.

5. Люмпенізований працівник. Працівник цього типу має дуже слабку мотивацією до ефективної роботи. У нього низька кваліфікація і він не прагне її підвищувати; він безвідповідальний і намагається уникнути будь-якої роботи, пов'язаної з особистою відповідальністю; він сам не проявляє ніякої активності і негативно відноситься до активності інших. Його основне прагнення – мінімізувати свої трудові зусилля на рівні, допустимому з боку безпосереднього керівника. У силу цих якостей він як працівник цінується невисоко, не може забезпечити себе своєю працею і змирився з цим.

Такий працівник віддає перевагу зрівняльному розподілу матеріальних благ. Його постійно переслідує відчуття заздрості і незадоволеності порядком розподілу благ в суспільстві. Такі працівники не люблять відповідальності, індивідуальних форм праці.

Здебільшого поведінка людей є результатом одночасної дії низки мотивів. Для досконалості тих або інших дій (наприклад, для виконання будь-якої роботи) важливі всі компоненти мотиваційної системи.

Керівник має прагнути того, щоб мотиви діяльності гарантували максимальне задоволення від роботи. Будь-яка праця містить елементи цікавості та можливості задоволення потреби у фізичній та емоційній діяльності. І саме від керівника залежить те, на скільки уміло він зможе створювати можливості для

реалізації мотивів.

Мотивування є основою у керуванні людиною. Ефективність управління суттєво залежить від того, наскільки успішно здійснюється процес мотивування.

Що стосується самого мотиваційного процесу, то він може бути представлений у вигляді 6 стадій впливу на поведінку людини факторів-мотиваторів. Звичайно, саме така кількість стадій – це умовність: на практиці не завжди зберігається чітка їх послідовність та розмежування. Проте для з'ясування логіки, «технології» процесу мотивації доцільним є розгляд усіх відокремлених стадій (рисунок 1.3).

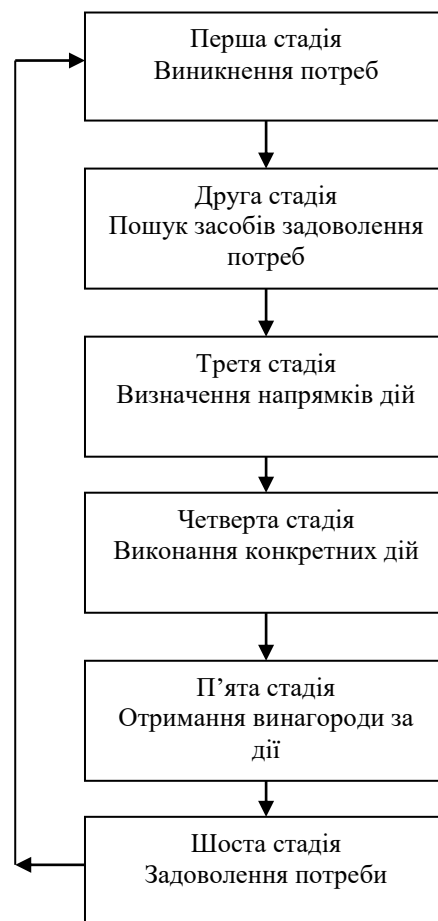


Рисунок 1.3 – Загальна схема реалізації процесу мотивації

Перша стадія – виникнення потреби. Потреба проявляється як відчуття людиною нестачі чогось. Ця нестача дає про себе знати і «вимагає» свого задоволення.

Друга стадія – пошук способів задоволення потреби. Наявність потреби вимагає від людини певної реакції. Люди по-різному можуть намагатись усунути потреби: задовольнити, заглушити, не помічати. Але в більшості випадків виникає необхідність щось зробити, здійснити, вжити певних заходів.

Третя стадія – визначення цілей, напрямків дій. Людина визначає, що їй треба конкретно отримати та зробити для задоволення потреби. На цій стадії відбувається погодження чотирьох моментів: що я матиму після усунення потреби; що я мушу зробити, щоб отримати те, чого бажаю; наскільки досягне те, чого я бажаю; наскільки те, що я можу реально отримати, задовольнить потребу.

Четверта стадія – реалізація конкретних дій. На цій стадії людина докладє зусиль для того, щоб досягти поставлених цілей.

П'ята стадія – отримання винагороди за виконані дії. Доклавши певні зусилля, людина отримує те, що має задовольнити її потребу або те, що вона може обміняти на бажаний об'єкт (предмет, послугу, цінність). На цій стадії з'ясується, наскільки здійснене людиною збігається з очікуваним результатом. Залежно від цього відбувається послаблення, збереження або посилення мотивації.

Шоста стадія – задоволення потреби. Залежно від рівня задоволення потреби, величини винагороди і її адекватності докладеним зусиллям людина припиняє діяльність до виникнення нової потреби, або продовжує пошуки заходів для задоволення наявної потреби.

Залежно від того якою є мета мотивування, які, завдання воно вирішує можна виділити два основних типи мотивування.

Перший тип полягає в тому, що шляхом зовнішніх впливів на людину викликаються певні мотиви, які спонукують людину здійснювати певні дії, що приводять до бажаного для мотивуючого суб'єкта результату. При цьому типі мотивування треба добре знати те, які мотиви можуть спонукати людину до бажаних дій і те, як викликати ці мотиви. Цей тип мотивування багато в чому нагадує варіант торговельної угоди: “Я даю тобі що ти хочеш, а ти даєш мені

те, що я хочу”. Якщо у двох сторін не виявляється точок взаємодії, то і процес мотивування не зможе відбутися.

Другий тип мотивування своїм основним завданням визначає формування певної мотиваційної структури людини. У цьому випадку основна увага зосереджена на тому, щоб розвинути і підсилити бажані для суб'єкта мотиви людини, і навпаки, послабити ті мотиви, які заважають ефективному управлінню людиною. Цей тип мотивування носить характер виховної і освітньої роботи і часто не пов'язаний з якимись конкретними діями або результатами, які очікується одержати від людини у вигляді підсумків її діяльності. Другий тип мотивування вимагає набагато більше зусиль, знань і здібностей для його реалізації. Однак його результати суттєво перевершують результати першого типу мотивування. Організації, що освоїли його і використовують у своїй практиці, можуть набагато успішніше і результативніше управляти своїми працівниками.

Перший і другий типи мотивування не слід протиставляти, в сучасній практиці управління керівники прагнуть сполучати обидва ці типи.

В основному дослідники виділяють такі методи мотивації персоналу (рис. 1.4) [11].

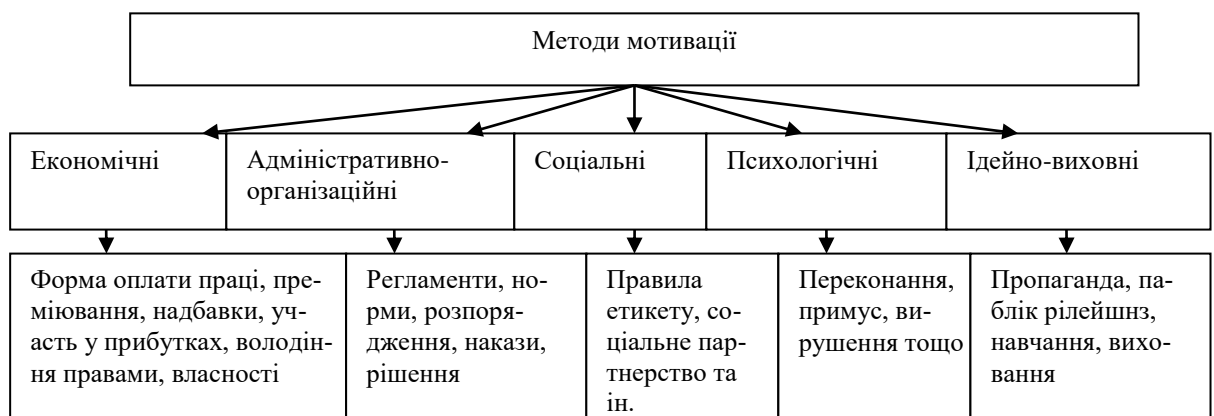


Рисунок 1.4 – Основні методи мотивації

Економічний аспекти мотивації є досить важливим і одним з основних методів мотивації є матеріальне стимулювання. Так, наприклад, Н. Кабушкін вважає, що під економічними методами у сучасному значенні розуміють «економічний розрахунок, заснований на свідомому використанні всієї системи

економічних законів та категорій ринкової економіки» [24]. Економічні методи мотивації – це методи, які опираються на економічні інтереси працівників. Їх основу складає формування доходів підприємств та організацій, а також кожного робітника в залежності від особистого трудового внеску (рис. 1.5) [11].

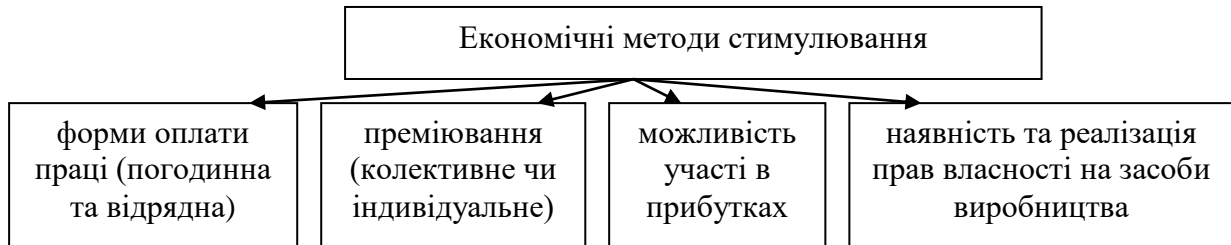


Рисунок 1.5 – Економічні методи стимулювання персоналу підприємства

Можна зробити висновок, що методи економічної мотивації – це сукупність прийомів та інструментів, основне завдання яких – посилення зацікавленості персоналу та кожного робітника в отриманні високого доходу/прибутку.

Провідна роль у матеріальній мотивації трудової діяльності належить заробітній платі як основній формі доходу найманих працівників. Водночас зауважимо, що взаємозв'язок заробітної плати, як і доходів у цілому, і мотивації трудової діяльності складний і суперечливий.

Для розуміння внутрішніх механізмів мотивації трудової діяльності принципово важливим є визначення чинників, які впливають на рівень матеріальної мотивації, дієвість матеріальних стимулів і з'ясування їхньої природи.

Матеріальну мотивацію трудової діяльності слід розглядати як похідну від комплексної дії низки макро- і мікроекономічних чинників, зокрема:

- рівня заробітної плати та її динаміки;
- наявності прямої залежності рівня заробітної плати від кількості, якості і результатів праці;
- диференціації заробітної плати на підприємстві і у суспільстві загалом;
- структури особистого доходу;
- матеріального забезпечення наявних грошових доходів та деяких інших.

Дослідження механізму впливу означених чинників на матеріальну мотивацію розпочнемо зі з'ясування місця рівня заробітної плати та її динаміки в си-

стемі мотивів і стимулів.

Рівень заробітної плати значною мірою визначає можливості повноцінного відтворення робочої сили, а відтак – і силу мотивації. Штучне заниження вартості робочої сили протягом багатьох століть було могутнім дестабілізуючим і демотивуючим фактором. У ХХ столітті у свідомості більшості політиків і підприємців стався переворот щодо доходів населення, їхньої ролі в розвитку суспільства. «Висока заробітна плата – висока ефективність» – таким є один з девізів сучасного менеджменту.

Вплив високої заробітної плати на мотивацію трудової діяльності та підвищення ефективності виробництва багатоплановий.

По-перше, більш високий рівень заробітної плати (у порівнянні з середньоринковим її значенням) сприяє зниженню плинності кадрів, а отже, формуванню стабільного трудового колективу. За умови зниження плинності персоналу роботодавець має змогу скоротити витрати на винайм та навчання персоналу, спрямувати вивільнені кошти на розвиток діяльності, що у свою чергу забезпечує підвищення конкурентоспроможності продукції.

По-друге, проведення політики високої заробітної плати дає змогу відібрати на ринку праці підготовленіших, досвідченіших, ініціативних, орієнтованих на успіх працівників, продуктивність праці яких потенційно вища середнього рівня. У цьому разі досягається також економія коштів на навчання, перекваліфікацію знов прийнятих на роботу.

По-третє, висока заробітна плата є чинником підвищення старанності, відповідальності, інтенсивності праці. До цього спонукає як намагання «відпрацювати» винагороду, що є вищою за середньоринкову, так і побоювання бути звільненим та втратити вигідніші умови продажу послуг робочої сили.

Розглядаючи означену проблематику через призму реалій сьогодення, маємо підкреслити, що нині в Україні проблема зростання заробітної плати перетворилася в потребу всього суспільства та є передумовою як підвищення мотивації трудової діяльності, так і сталого економічного розвитку в цілому.

Рівень матеріальної мотивації значною мірою залежить від наявності

прямого зв'язку між трудовим внеском і винагородою за послуги праці. Цей зв'язок досягається належною організацією заробітної плати, яка на практиці є організаційно-економічним механізмом оцінки трудового внеску найманих працівників і формування параметрів заробітної плати відповідно до цієї оцінки, вартості послуг робочої сили та стану ринку праці.

Мотивація трудової діяльності безпосередньо пов'язана також з диференціацією доходів населення, особливо економічно активного.

На рівень трудової активності негативно впливає, за свідченням світової практики, як незначна, так і завелика диференціація доходів. Перша призводить до зрівнялівки, а друга – до соціальної несправедливості. В обох випадках рівень мотивації трудової діяльності низький. Тому країни з розвинутою ринковою економікою, починаючи із середини ХХ століття, розпочали активний перегляд політики доходів у напрямі забезпечення більшої соціальної справедливості.

Згідно літературних джерел, до соціально-психологічних мотивів особистості можна віднести низку мотивів, що подані в таблиці 1.5.

Методи соціального регулювання застосовують для впорядкування соціальних відносин шляхом виділення та регулювання інтересів та цілей різних груп та індивідів. До цих методів відносяться договори, взаємні зобов'язання, системи відбору персоналу, розподілу та задоволення соціальних потреб. Соціальні методи управління мотивацією включають соціальні способи та прийоми впливу на процес формування та розвитку колективу, на процеси спілкування, які відбуваються всередині нього.

Одним із завдань при вивченні проблеми мотивації праці є розмежування категорій «мотивація» і «стимулювання». Категорія «мотивація праці» є для вітчизняної економічної науки порівняно новим поняттям і вивчене меншою мірою, ніж поняття «стимулювання праці». В наукових працях деяких учених ці категорії змішуються та ототожнюються, однак – це невірно.

Таблиця 1.5 – Соціально-психологічні мотиви особистості

Мотиви	Характеристика мотивів
Стадність (потреба бути в колективі)	Даний мотив особливо характерний для східного (японського) стилю управління персоналом, групова мораль, відсутність індивідуального змагання, корпоративна культура і т.д. Потреба «працювати в гарному колективі», на думку багатьох соціологів, дотепер входить у провідну групу орієнтації працівника.
Мотив самоствердження	Характерний для багатьох працівників, переважно молодого і зрілого віку. Він є власне мотивуючим фактором співробітників високої кваліфікації.
Мотив самостійності	Притаманний працівникам з «господарською» мотивацією, що готові жертвувати стабільністю, а іноді і більш високими заробітками заради установки «бути господарем і самостійно вести свій бізнес».
Мотив надійності (стабільності)	Це мотив самостійності з протилежним знаком. Якщо в першому випадку працівники віддають перевагу ризику, активний пошук нових видів діяльності, то в другому – перевага віддається стабільності буття і діяльності.
Мотив отримання нового	Лежить в основі багатьох елементів ринкового менеджменту, і насамперед маркетингу. На ньому побудована система створення матеріально-речовинного світу в економічно розвинутих країнах. Саме він використовується виробниками нових товарів і послуг.
Мотив справедливості	Скільки років існує людство, стільки років йде полеміка про те, що справедливо, а що несправедливо в цьому світі. У кожному суспільстві встановлюється своє розуміння справедливості, недотримання якої веде до демотивації працівників, а часом і до катаклізмів.
Мотив змагання	Один з найсильніших мотивів, що діяли за всіх часів. Визначений ступінь вираження змагальності генетично притаманний кожній людині.

Схематично взаємозв'язок та відмінність мотивації і стимулювання праці представлені на рис. 1.6.

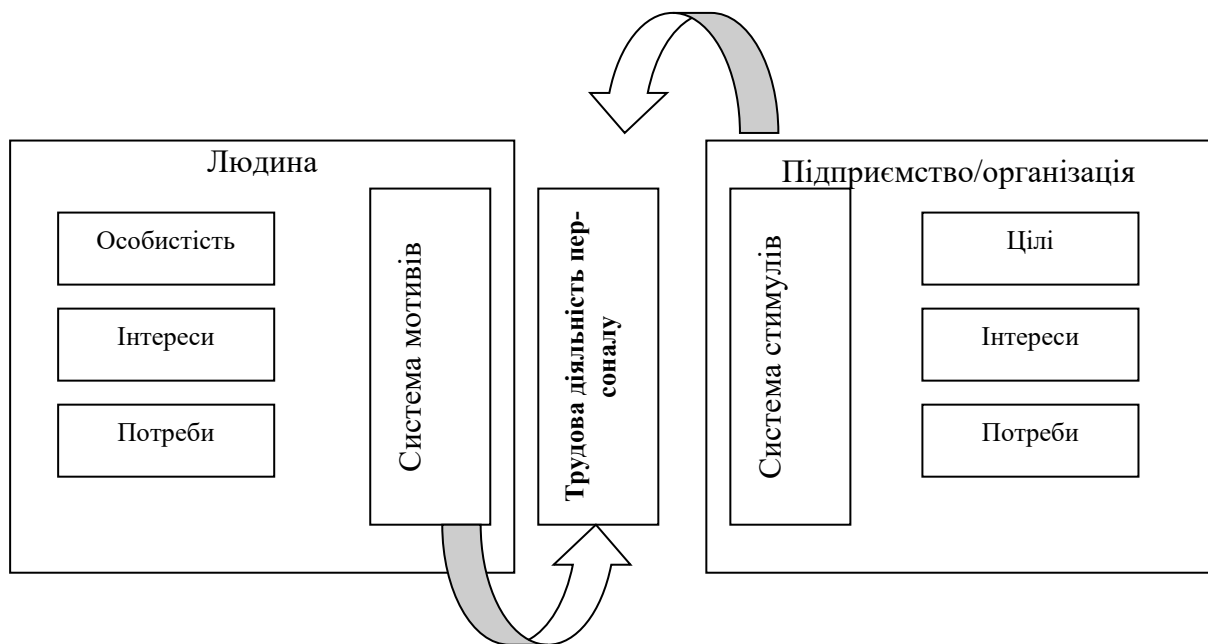


Рисунок 1.6 – Зв'язок параметрів стимулювання та мотивації

Стимулювання – це безперервний процес формування і удосконалення системи стимулів, унікальних для кожного конкретного підприємст-

ва/організації, за допомогою яких, здійснюючи зовнішній вплив і спонукуючи персонал до праці, підприємство задовольняє свої потреби, досягаючи поставлених цілей і гарантуючи персоналу винагороду за працю.

Стимулювання – це процес зовнішнього впливу на людину, її трудову діяльності з боку підприємства. І якщо мотивація – це внутрішнє устремління працівника, то стимулювання – це виключно зовнішній процес.

Стимул (від лат. stimulus (дослівно – гостра палка, якою кололи звірів і гладіаторів на арені, змушуючи їх битися) – це спонукання до дії або причина поведінки людини.

Реакція на конкретні стимули не однакова у різних людей. Тому самі по собі стимули не мають абсолютного значення або змісту, якщо люди не реагують на них. Наприклад, в умовах розвалу грошової системи, коли практично нічого неможливо купити за гроші, заробітна плата і грошові знаки в цілому втрачають свою роль стимулів і можуть бути дуже обмежено використані в управлінні людьми.

У якості стимулів можуть виступати окремі предмети, дії на інших людей, обіцянки і багато чого іншого, що може бути запропоновано людині, як компенсація за її дії або що вона бажала би одержати в результаті певних дій. Людина не обов'язково свідомо реагує на дію стимулів. На окремі стимули її реакція навіть може не піддаватися свідомому контролю.

Процес використання різних стимулів для мотивування людей називається процесом стимулювання.

Стимулювання принципово відрізняється від мотивування. Суть цієї відмінності полягає в тому, що стимулювання – це один із засобів, за допомогою якого може здійснюється мотивування. При цьому чим вище рівень розвитку відносин в організації, тим рідше як засоби управління людьми застосовується стимулювання. Це пов'язане з тим, що виховання і навчання, як один з методів мотивування людей приводять до того, що члени організації самі проявляють зацікавлену участь у справах організації. Здійснюючи необхідні дії не чекаючи або ж взагалі не одержуючи відповідного стимулюючого впливу.

Щодо визначення самої дефініції «стимулювання праці», то так, зокрема О. Крушельницька та Д. Мельничук зазначають, що стимулювання як тактика вирішення проблем є орієнтацією на фактичну структуру ціннісних орієнтацій і інтересів працівника, на більш повну реалізацію наявного трудового потенціалу [32]. А. Колот під стимулюванням розуміє процес зовнішнього впливу на людину для спонукання її до конкретних дій або процес, що спрямований на усвідомлене пробудження в неї певних мотивів та цілеспрямованих дій. Стимулювання впливає на зусилля, старанність, наполегливість, націленість, сумлінність персоналу організації.

Отже стимул в управлінні персоналом – це дія на працівника ззовні з метою спонукання його до діяльності [28]. У той же час мотив – це спонукання людини до діяльності, викликане з середини його власними потребами, емоціями [28]. Стимул і мотив не завжди узгоджуються між собою.

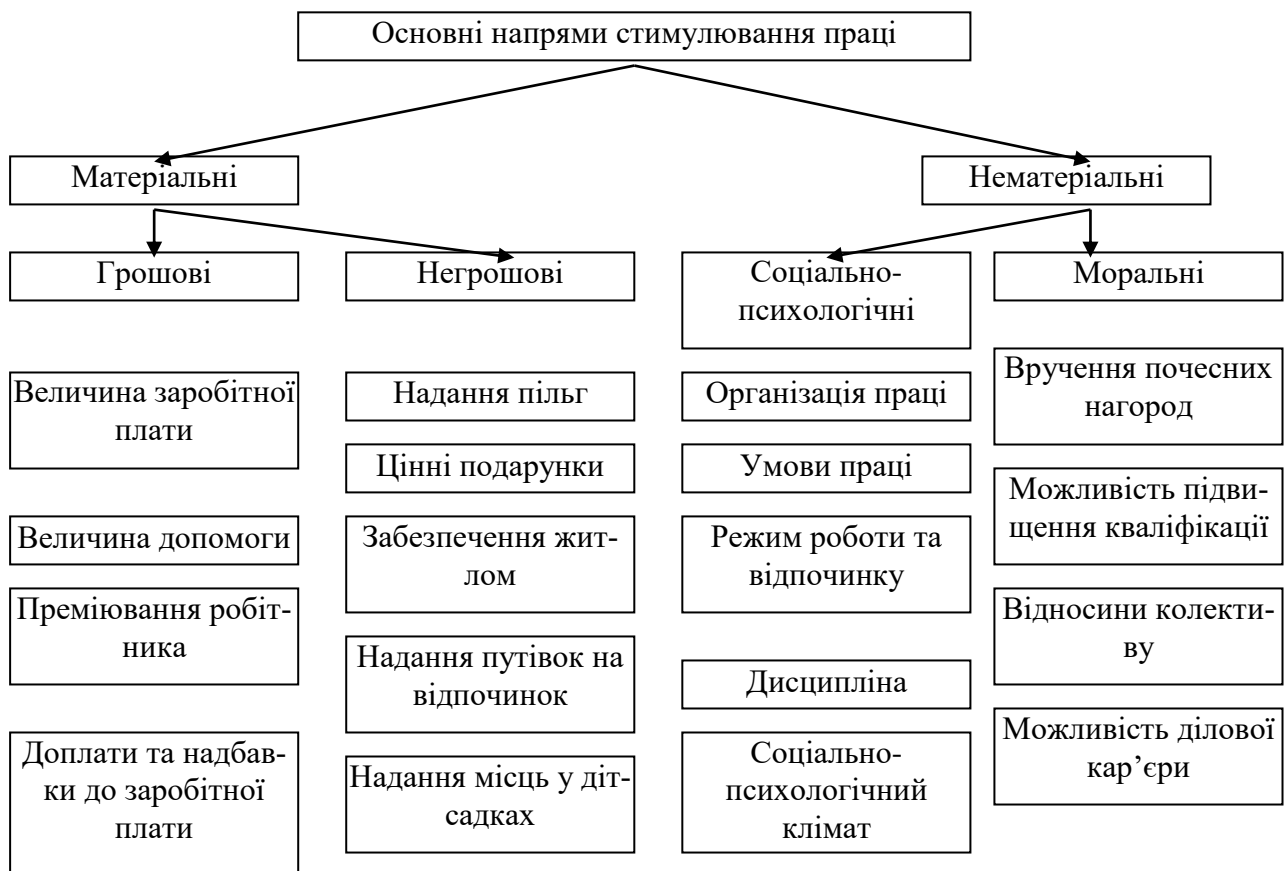


Рисунок 1.7 – Основні напрями стимулювання праці

Якщо мотиви працівника можуть бути невідомими керівнику, то стимули керівнику не тільки добре відомі, але він може тримати їх під своїм контролем. Існують різні форми стимулів і їх класифікація. Виділяють такі форми стимулів:

1. Примушення – зауваження, догана, пониження в посаді, перенесення відпустки, позбавлення зарплати, звільнення з роботи;

2. Матеріальне заохочення – заробітна плата, соціальні пакети, винагорода за результати, премії з доходу або прибутку, компенсації, путівки, кредити на купівлю автомобіля або меблів, позики на будівництво житла тощо;

3. Моральне заохочення – похвала, визнання, дипломи, публікації у пресі, подяки, почесні грамоти, дошки пошани, почесні звання, вчені ступені, урядові нагороди тощо;

4. Самоствердження (самотивація, самореалізація), публікація книги, отримання патенту на винахід, отримання другої освіти та ін.

Існує також інша класифікація стимулів: негативні (антистимули), покарання, виховні (бесіди, загроза втрати роботи); грошові стимули – заробітна плата, включаючи всі види премії і надбавок; натуральні стимули – купівля або оренда житла, надання автомобіля тощо; моральні стимули – грамоти, почесні знаки, нагороди тощо; патерналізм (турбота про працівника) – додаткове соціальне і медичне страхування, створення умов відпочинку тощо; організаційні стимули – умови роботи, її зміст і організація; залучення до співволодіння і участь в управлінні.

Окрім того основною умовою створення механізму управлінського стимулювання є формування залежності керованого суб'єкта від керуючого. Якщо такої залежності не існує вплив одного суб'єкта на інший неможливий.

1.2 Історичні та теоретичні підходи до управління мотивацією праці

Управління персоналом виходить із того, що людина становить основу будь якої організації/підприємства, визначає її сутність та основне багатство. Від того, якою мірою задіяний людський потенціал, суттєво залежить успіх підприємства, його здатність до трансформації та процвітання. Мотивація праці – лише один з основних напрямків управлінської діяльності в цілому. Історія розвитку підходів до мотивації тісно переплітається із усією історією управлінської функції.

Коріння роботи з персоналом та мотивація його діяльності йдуть глибоко в історію людства. Ще перші представники людського роду, вирішуючи проблеми власних досить обмежених ресурсів, обговорювали питання поділу праці, трудової мотивації та дисципліни.

За часів рабовласницького ладу мотивація праці рабів базувалась на особистій залежності робітників, не зацікавлених у високопродуктивній праці, споживання якої повністю визначається рабовласником. У цьому випадку способом залучення до праці виступав примус, застосування різних методів експлуатації. Природно, що це викликало неминучий опір рабів, який відбивався у свідомому зниженні продуктивності праці, у саботажі, а також у класовій боротьбі.

У середні століття більшість організацій використовувала працю достатньо невеликого числа людей, які протягом багатьох років виконували однакові чи подібні операції. Управління персоналом було лише одним з напрямків діяльності керівника організації, найчастіше, власника. Рішення, що він ухвалював, щодо своїх працівників формувалися на основі здорового глузду та досвіду.

У кріпосних селян трудова мотивація будувалась на поєднанні позаекономічного примусу, який базувався на особистій залежності, і економічного примусу, який базувався на земельній залежності.

Капіталістична система господарювання на своєму шляху пройшла два етапи формування трудової мотивації. У період першого індустріального етапу розвитку капіталістичного суспільства мотивація найманих робітників формувалась під впливом посилення економічного примусу. З часом такий тип мотивації починає гальмувати розвиток капіталістичного виробництва. Низькооплачуваний робітник не зацікавлений у продуктивній праці, у раціональному використанні техніки. Більш того, він не забезпечував її обслуговування. Як і в попередніх історичних періодах розвитку суспільства, керівники стикалися із необхідністю вдосконалювати трудову мотивацію найманих працівників. Промислова революція XIX століття кардинально змінила характер економічних організацій – на зміну майстерням прийшли фабрики, що використовують спільну роботу великої кількості людей. Змінився і характер праці. Зростання масштабів економічних організацій і посилення невдоволення працівників поступово змушували керівників цих організацій наймати фахівців, що займалися б винятково відносинами з робітниками.

Істотні зміни в роботі з кадрами відбулися в промислово розвинених країнах в 30-ті роки минулого століття. На другому індустріальному етапі розвитку капіталістичного виробництва з середині XIX ст. за допомогою держави починає формуватися нова трудова мотивація працівників. Під тиском капіталістів і робітників держава змушена була піти на законодавче забезпечення нової форми мотивації. Так, у США були прийняті закони про соціальне страхування в 1935 році і справедливі умови праці – в 1938 році, які склали законодавчу основу для пенсійного та соціального забезпечення працівників, встановлення фіксованого мінімуму заробітної плати тощо. Це сприяло переходу від економічного примусу до нової мотивації, яка базується на особистій зацікавленості найманих працівників, провідних капіталістичних країн.

Перші концепції мотивації відносяться до періоду промислової революції в країнах Заходу. А. Сміт став першим економістом, який розвинув уявлення про людську природу і роль людини в господарській діяльності. У своїй фундаментальній праці «Дослідження про природу і причини багатства народів»

Сміт висунув тезу про те, що людина за наявності найменших можливостей завжди буде прагнути знайти найбільш вигідне застосування капіталу, яким вона може розпоряджатись [48].

При цьому Сміт не зводить власний інтерес людей лише до отримання грошових доходів: окрім заробітку на вибір занять впливають легкість і складність навчання, приємність і неприємність заняття, його стабільність або нестабільність, більший або менший престиж у суспільстві і, нарешті, більша або менша вірогідність успіху. У цілому А. Сміт обґрунтував можливість впливу на свідомість і поведінку робітників завдяки врахуванню їх потреб та інтересів. На його думку, кожна людина у своїй трудовій діяльності керується виключно міркуваннями особистої вигоди і прагненням отримати її.

Протягом майже всієї першої половини ХІХ ст. складні економічні і соціальні умови в Англії зумовлювали постійний приріст попиту на робочі місця і зниження ціни робочої сили. А тому в роботодавців рідко виникали проблеми з мотивацією робітників. Один із небагатьох винятків – приклад шотландського промисловця початку ХІХ ст. Р. Оуена. Він вважав, що робітники його текстильної фабрики повинні розглядатись як «живі машини» на противагу людським «одухотвореним машинам». З цього він зробив висновок, що підтримка життєвого рівня робітників настільки ж важлива, як і обслуговування механічного обладнання. Підприємець надавав робітникам житло, покращував умови їхньої праці, розробляв систему відкритої і справедливої оцінки працівників за допомогою додаткових виплат за добре виконану роботу, розвивав матеріальну зацікавленість. Ці реформи для свого часу були новаторськими і стали унікальним проривом у суть людського сприйняття дійсності і ролі керівника [48].

А. Сміт і Р. Оуен створили фундамент для класичної теорії мотивації, автором якої став Ф. Тейлор. Увесь сенс класичної теорії мотивації можна виразити так: «гроші – єдиний стимул на будь-якому робочому місці». Суть теорії полягає в тому, що люди виступають економічними істотами і вони працюють лише для того, щоб оплачувати їжу, одяг і житло, в окремих випадках предмети розкоші. З цього виходить, що в якості мотивації керівникам достатньо добре

платити своїм працівникам. Ф. Тейлор розробив свою систему організації праці працівників, що переконливо доводить зв'язок між продуктивністю праці та її оплатою.

Уявлення про можливості мотивації праці працівників істотно змінилися з часом. Довгий час вважалося, що єдиним і достатнім стимулом для спонукання працівника до ефективної праці є матеріальна винагорода. Експерименти Е. Мейо наприкінці 20-х років виявили значний вплив на продуктивність праці інших факторів – психологічних. Після чого Е. Мейо та Ф. Розтлісбергер висунули концепцію «людських відносин», що стверджувала, що продуктивність праці залежить не тільки і не стільки від методів організації праці, скільки від того, як керуючі відносяться до виконавців.

Згодом з'явилися інші психологічні теорії мотивації, що з різних позицій розглядали фактори і структуру мотиваційного процесу. У результаті так звана політика «батого і пряника» змінилася виробленням більш складних систем стимулювання і мотивації працівників до праці [6, 50].

У сучасній науці про управління наводиться безліч різних теорій і моделей мотивації, які часом суперечать одна одній. Всі вони поділяються на два типи – змістовні і процесуальні.

Змістовні теорії або теорії потреб – аналізують базові потреби людини, які змушують людей діяти певним чином. Серед основних авторів змістовних теорій мотивації слід назвати А. Маслоу, Д. Мак-Клелланда, Ф. Герцберга.

Згідно з теорією Маслоу існує п'ять основних типів потреб (фізіологічні, безпеки, соціальні, успіху, самовираження), що утворюють ієрархічну структуру, яка визначає поведінку людини. Потреби вищих рівнів не мотивують людину, поки не задоволені, принаймні, частково потреби нижнього рівня.

Якщо розглядати мотиваційну теорію Маслоу як основу для мотивації медичного персоналу, то основні положення схеми Маслоу залишаються недоведеними. Розширена можливість трактування схеми утруднює її використання в практичних розробках рекомендацій з мотивації медичного персоналу.

Теорія Мак-Клелланда додатково до потреб, визначених класифікацією

Маслоу вводить потреби влади, успіху і приналежності.

В 50-х роках ХХ ст. Ф. Герцберг розробив «двохфакторну модель мотивації, засновану на потребах». Фактори діляться на гігієнічні (розмір оплати праці, міжособистісні відносини, характер контролю – вони лише не дають розвинути почуття незадоволеності роботою) і мотивуючі (відчуття успіху, просування, зростання можливостей, визнання з боку оточуючих, відповідальність).

Більш сучасними вважаються процесуальні теорії мотивації, вони також визнають мотивуючу роль потреб, однак, сама мотивація розглядається в них з погляду того, що змушує людину направляти зусилля на досягнення різних цілей, вони містять відповідь на питання, як виникає той або інший тип поведінки. Основними процесуальними теоріями мотивації є: теорія очікувань В. Врума (основним стимулом людей до діяльності є певне очікування результатів або винагороди, тому мотивацію потрібно здійснювати шляхом створення в людей відповідних очікувань), теорія справедливості Дж. Адамса (основним мотивом діяльності людей служить оцінка справедливості покладання на них задач і винагороди за них, саме ступінь справедливості визначає зусилля затрачені людьми на ту або іншу діяльність), модель мотивації Л. Портера та Е. Лоулера (згідно із цією моделлю результативність праці і ступінь прикладених зусиль залежить від оцінки працівником цінності винагороди і упевненості, у тому, що вона буде отримана).

Серед вітчизняних учених найбільших успіхів у розробці теорії мотивації досягли Л. Виготський та його учні А. Леонтьєв і Б. Ломів.

Теорія Виготського стверджує, що в психіці людини є два паралельних рівні розвитку – вищий і нижчий, які визначають високі і низькі потреби людини і розвиваються паралельно. Це означає, що задоволення потреб одного рівня за допомогою засобів іншого неможливо.

Багато в чому під впливом подібних наукових праць в 70-ті роки змістова робота з персоналом перетворюється з епізодичних заходів у постійний процес, що здійснюється професіоналами – менеджерами по персоналу.

Докладно описувати зміст теорій у рамках даної роботи немає сенсу, оскільки вони загально відомі, основні з них представлені в табл. 1.6.

Таблиця 1.6 – Теорії мотивації та їх зміст

Теорія	Автор	Зміст
Змістовні теорії мотивації		
Ієрархія потреб	А. Маслоу	При задоволенні базових (нижчих) фізіологічних потреб, потреби більш високого рівня стають домінуючими і повинні включатися в мотиваційні плани
«X», «Y» і «Z»	Ф. Тейлор; Д. Мак-Грегор, В. Оучі	Теорія «X» – деякі працівники уникають роботи при будь-якій можливості, їм необхідно жорстке керівництво. Теорія «Y» – деякі працівники здатні до самомотивації, знаходять задоволення в роботі при створенні відповідних умов. Теорія «Z» – працівники віддають перевагу роботі в команді, готові нести індивідуальну відповідальність за результати праці при неформальному контролі на основі чітких критеріїв оцінки
Набутих потреб	Д. Мак-Клелланд	Працівники керуються потребами влади, успіху і причетності
Концепція ERG (існування, зв'язки і росту)	К. Альдерфер	Включає три основні групи потреб, екзистенціальні (E-existence), соціальні (R-relatedness), розвитку (G-growth). Відкидає необхідність послідовного задоволення потреб. Т.т., якщо потреби високого рівня не задовольняються, людина може повернутися до більш низьких. Крім того, людина взагалі може одночасно мати кілька домінуючих потреб
Біхевіоризм	Б. Скіннер	Стимулювання викликає зміну поведінки в бажаному напрямку Штрафні санкції викликають зміни непередбаченої та небажаної спрямованості
Двохфакторна концепція	Ф. Герцберг	Виділяються дві групи факторів: внутрішні – мотивуючі: потреба у визнанні, повазі, кар'єрному зростанні і зовнішні – підтримуючі фактори – умови праці, фінансова винагорода
Модель явних і прихованих функцій	М. Яхода	Явна функція трудової діяльності полягає в одержанні фінансової вигоди працівникові. Приховані функції забезпечують соціалізацію працівника
Процесуальні теорії		
Теорія очікувань	У. Врум	Люди раціонально оцінюють привабливість кожного можливого результату і рівень необхідних зусиль. Керівництво повинно створити систему компенсації, виходячи з реальних потреб співробітників
Теорія справедливості	Дж. Адамс	Працівники суб'єктивно визначають відношення отриманої винагороди до витрачених зусиль і яке вони співвідносяться з винагородою інших людей, що виконують аналогічну роботу. Якщо вони не задоволені своєю винагородою за працю, вони працюють менш інтенсивно
Модель Портера - Лоулера	Л. Портер Е. Лоулер	Досягнуті результати залежать від докладених співробітником зусиль, його здібностей, а також усвідомлення ним своєї ролі. Людина задовольняє свої потреби, одержуючи винагороду за досягнуті результати
«Вітамінна» теорія роботи	П. Варр	Здоров'я і психологічна рівновага забезпечуються завдяки впливу десяти «вітамінних» факторів, частина яких може «ухвалюватися» працівником у будь-якому обов'язі, інша ж частина може бути «токсична», оскільки збільшення дози шкодить психічному « здоров'ю» і працездатності

Важливо зрозуміти, що кожний дослідник знаходив свій власний підхід до проблеми мотивації. Керівникам підприємств не варто шукати в цих роботах готових рецептів по мотивуванню персоналу, але, засвоївши для себе їх

основні положення, необхідно виробити для себе свою систему мотивації персоналу. Слід також зрозуміти, що на кожному конкретному підприємстві повинна бути своя специфічна програма, у якій би враховувалися всі особливості його діяльності.

Теорія мотивації В. Врума належить до базових теорій у закордонному менеджменті, незалежно від сфери діяльності працівника. Згідно з теорією мотивації В. Врума «наявність у працівника активної потреби не є єдиною необхідною умовою мотивації людини на досягнення певної мети. Працівник повинен сподіватися на те, що обраний ним тип поведінки приведе до задоволення потреби і отримання бажаного. Тобто основний фактор, який визначає людську поведінку – це результат, очікуваний внаслідок певної поведінки. Ця теорія стверджує: для того, щоб винагорода підштовхнула людину до діяльності, людина повинна вірити, що її зусилля збільшують імовірність одержання бажаної винагороди. Деякі види винагороди приходять незалежно від докладених зусиль і практично не є мотивуючими факторами. Інші – безпосередньо пов'язані із зусиллями і стимулюють діяльність. Таким чином, винагорода не гарантована, навіть якщо зусилля збільшуються, але доти, поки людина вірить, що, збільшуючи зусилля, вона може наблизитися до одержання винагороди» [29], вона мотивована і діє в напрямку задоволення своїх потреб.

Для цілей стимулювання більшу важливість представляє саме наявність зв'язку між зусиллям і винагородою. Очікування у відношенні «витрат праці – результатів» – співвідношення між витраченими зусиллями і отриманими результатами. Якщо люди відчують, що відсутній зв'язок між витраченими зусиллями і результатами, яких вони досягають, то мотивація буде слабшати. Очікування у відношенні «результатів – винагород» розглядаються як очікування обумовленої винагороди або заохочення у відповідь на досягнутий рівень результатів. Розрізняють зовнішні і внутрішні винагороди. До зовнішніх винагород відноситься: заробітна плата, положення в організації і за її межами, додаткові пільги, сприятливі умови праці, різноманітність діяльності, похвала, просування службовими сходами, переведення на іншу роботу, вільний час, а

також соціальні види покарання, втрата в зарплаті. Внутрішні винагороди включають: самоповагу, почуття досягнення, почуття пізнання нового, почуття виконання чогось потрібного, почуття внесення важливого вкладу в роботу, втому. Таким чином, дана теорія дозволяє використовувати різні можливості для реалізації зусиль по мотивації працюючих» [29].

Ця теорія може бути однією із ключових при розробці систем мотивації для медичного персоналу. Теорія охоплює значні області, як психологічних аспектів мотивації співробітника, так і матеріальних. Крім того, теорія носить досить узагальнений характер, що дозволяє застосовувати її в різних сферах економічної діяльності, у тому числі і медичній.

Основне вихідне положення когнітивних теорій трудової мотивації, які називаються ще теоріями балансу, полягає в тому, що люди намагаються підтримувати баланс між зусиллями, які вони вкладають у роботу, і досягнутими результатами. Найбільш устояним варіантом цього підходу до вивчення мотивації є розроблена Дж. Адамсом теорія справедливості.

Адамс вважав, що люди порівнюють свої результати роботи і витрачені на це зусилля із результатами і внесками інших людей. До результатів відносяться: заробітна плата, статус і посадовий рівень. Найбільш значимими внесками є: уміння, знання, досвід, стаж роботи, освіта. Теорія стверджує, що люди суб'єктивно визначають відношення отриманої винагороди до витрачених зусиль і потім співвідносять її з винагородою інших людей, що виконують аналогічну роботу. Якщо порівняння показує несправедливість, то людина вважає, що його колега одержав за таку ж роботу більшу винагороду і у нього виникає психологічна напруга, ступінь його вмотивованості знижується» [29].

Застосування даної теорії в медицині є можливим. У рамках цієї теорії можливе створення мотиваційних рекомендацій, що корелюють із питаннями якості надання медичної допомоги, своєчасним навчанням медичного персоналу, стимулюванням наукової діяльності. Однак, складний характер самої медичної діяльності, а також необхідність спеціальних знань для аналізу витрачених зусиль і адекватності винагороди, утрудняє її використання для аналізу ступеня

мотивації і способів її підвищення серед медичних працівників. Ускладнює завдання і не розроблені підходи до стандартизації медичної діяльності в області обсягів трудових зусиль, необхідних для досягнення бажаного результату, оцінки рівня кваліфікації працівника і її впливу на витрати праці. З підвищенням рівня кваліфікації, обсяг витрачених зусиль може скорочуватися. Крім того, залишається актуальним питання оцінки якості досягнутого результату.

Центральним принципом цілепостановочного підходу до мотивації є положення про цілеспрямованість людської поведінки: люди ставлять перед собою завдання і мають мотивацію працювати над їхнім виконанням, оскільки досягнення цілей винагороджується [29].

Найбільш відомим прикладом застосування цього принципу до дослідження мотивації праці є теорія Локка, який стверджує, що люди, що ставлять перед собою більш високі цілі (або високі цілі поставлені іншими), докладають більше зусиль і виконують роботу краще [43].

Враховуючи сучасні умови праці медичних працівників, особливості роботи, дана теорія має слабкі перспективи для мотивації медичного персоналу, тому що ґрунтується на однократному досягненні конкретного результату. Найчастіше діяльність окремого медичного працівника не може гарантувати одержання бажаного результату. Найбільші проблеми з практичним застосуванням теорії можуть виникнути у персоналу, що працює в області онкології та ургентної медицини, тому що у цих сферах результат лікування часто не залежить від діяльності персоналу.

Л. Портер і Е. Лоулер розробили комплексну процесуальну теорію мотивації, що включає елементи теорії очікування і теорії справедливості, описаних вище. У моделі є п'ять змінних: витрачені зусилля, сприйняття, отримані результати, винагорода, ступінь задоволення [11]. Відповідно до створеної моделі можна визначити наступну залежність: досягнуті результати праці залежать від докладених співробітником зусиль, його здібностей і характерних рис, а також від усвідомлення ним своєї ролі. Рівень докладених зусиль буде визначатися цінністю винагороди і ступенем упевненості в тому, що даний рівень зусиль

дійсно спричинить цілком певний рівень винагороди.

Хоча дана теорія мотивації розглядається трохи ширше, чим у Локка, застосування її в рамках мотивації медичного персоналу утруднене з тих же причин.

Згідно з теорією Дж. Хайнрікса, «працівник працює тому, що йому цього хочеться». Автор виділяє три рівні факторів, що впливають на це бажання людини: потреби, цілі, винагороди. Причому, задоволеність роботою та політика організації розглядаються як цілеспрямована винагорода. Таким чином, головне – це мотивація моральних якостей людини.

Модель комплексної мотивації діяльності по Дж. Аткинсону будується на урахуванні індивідуальних якостей кожної людини. Акцент робиться на виявленні таких ознак, як мотивація успіху і факторів уникнення.

В останні роки одержали визнання так звані диспозиційні теорії мотивації [43]. У різних станах працівник, як особистість, здатний по-різному приймати мотивацію. З одного боку, важливе розуміння людини як особистості з погляду якоїсь теорії. Тобто первинний базис, по параметрах якого ми оцінюємо працівника. З іншого погляду, у кожної людини виявляється найбільш характерна ознака, що визначає її мотиваційну поведінку. Залежно від чого формалізується який-небудь образний шаблон: «людина соціальна», «людина зростаюча», «людина що очікує», «погана людина» тощо.

При розгляді даних теорій мотивації в контексті їх практичного застосування з метою створення системи мотивації медичних працівників, автори наукових робіт сходяться на думці, що теорії Герцберга, Локка і Портера-Лоулера для мотивації медичних працівників важко застосовні. Теорії Маслоу і Адамса прийнятні для розробки певних частин або складових (модулів) мотиваційних програм. Оптимальними для мотивації медичних працівників можуть бути визнані теорії Мак-Клелланда і Врума. Вони охоплюють усі аспекти діяльності співробітників медичної сфери.

Використання будь-якої однієї або декількох теорій у комбінації вимагає їхніх модифікацій відповідно до особливостей медичної діяльності, медичної

організації, її профілю, організаційної структури, форми власності. Цим аспектам проблеми мотивації практично не приділяється увага в дослідженнях. Найбільше в якості основного мотивуючого фактору розглядається матеріальний стимул без урахування особливостей організації самої діяльності і психологічного типу працівника.

Дискусія про вибір мотиваційних теорій у якості базових для моделювання і пояснення конкретних аспектів поведінки медичного персоналу триває і єдиної думки дотепер не вироблено. Представлені вище мотиваційні моделі часто, і не без підстави, зазнають критики за наявні недоліки в теоретичному і практичному аспектах. Однак протиріччя діючих нині мотиваційних моделей не приводять до їхнього повного заперечення. Ступінь ефективності тієї або іншої моделі або цілісної системи мотивації можна визначити тільки шляхом їхнього наукового аналізу щодо до конкретних умов того середовища, де вони будуть впроваджуватися. Необхідно співвідносити мотиваційну модель або мотиваційну структуру з особливостями організації медичної діяльності та іншими факторами, які можуть суттєво вплинути на результат мотивації.

1.3 Особливості управління мотивацією праці працівників сфери охорони здоров'я

Особливості праці в сфері охорони здоров'я обумовлені дією безлічі різноманітних соціально-економічного факторів. Окрім того сфера охорони здоров'я займає особливе місце у системі взаємин суспільства і держави.

Місце системи охорони здоров'я серед інших галузей, роль здоров'я і його оцінка в суспільній свідомості проявляється при аналізі структури цінностей, якою вимірює своє життя певне суспільство в даний історичний період. Негативні прояви впливу соціальних факторів у вигляді недооцінки рівня соціальної корисності медичної праці, падіння суспільного авторитету медичної професії,

зниження ролі інтелектуальної праці взагалі, що відображаються у невідповідних розмірах її оплати, створюють ситуацію, яка болісно переживається медичними працівниками, викликає в них почуття власної непотрібності, породжує кризу професійної самосвідомості.

Ще одна група факторів пов'язана із предметом праці медичних працівників і специфічними особливостями медичної діяльності, які визначаються характером відносин лікаря і пацієнта – зміст праці медичного працівника. Професійна діяльність медичних працівників пов'язана з невизначеністю і ризиком: невизначеність і ризику розвитку захворювання у конкретного пацієнта, невизначеність результатів лікування в кожному конкретному випадку. Ризик медичної діяльності обумовлений невизначеністю можливості впливу самого працівника на процес і особливо (а багато в чому внаслідок цього) на результати праці, що перебувають під постійним впливом величезної кількості різноманітних факторів, серед яких дуже велике число факторів не медичного характеру. У багатьох випадках медичний працівник не в змозі забезпечити закріплення і розвиток позитивного результату, досягнутого ціною значних зусиль. Багато чого перебуває за межами можливостей системи надання медичної допомоги. Нерідко результат діяльності медичних працівників визначається самим пацієнтом, що приймає власні рішення щодо лікування, і які не збігаються із рекомендаціями лікаря.

Недостатній потенціал впливу на результат медичної діяльності часто пов'язаний з небажанням (нехай навіть неусвідомленим, мимовільним) забезпечити цей вплив, оскільки ні у виробників, ні в споживачів медичних послуг ще немає економічної зацікавленості в збереженні і покращенні рівня здоров'я. Забезпечити економічну зацікавленість у збереженні і покращенні рівня здоров'я значної частини населення у більшості медичних працівників неможливо внаслідок об'єктивних умов функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я: відсутність реального ринку медичних послуг, недостатнє державне регулювання розподілу медичної допомоги між групами населення з різним рівнем доходів; значне розшарування суспільства за майновою ознакою і, як наслідок,

наявність величезної кількості потенційних споживачів медичних послуг з низкою купівельною спроможністю. Усе це приводить до неможливості забезпечення оптимального розподілу ресурсів в системі охорони здоров'я, а значить до появи явних ознак соціальної несправедливості, зниження рівня доступності кваліфікованої медичної допомоги для більшості населення.

Складність праці медичного персоналу обумовлена особливістю предмета праці – людини, що вимагає високого рівня кваліфікації, який досягається за допомогою більш тривалого в порівнянні з іншими професіями навчання. У країнах з розвиненою ринковою економікою цей фактор знаходить відбиток у більш високому рівні заробітної плати. Нажаль, в Україні спостерігається невідповідність освітнього рівня кадрів сфери охорони здоров'я і рівня оплати їх праці. Окрім того праця медичних працівників характеризується наявністю творчих процесів, які вимагають особливого стимулювання.

Таким чином, реальне значення існуючої дотепер системи оплати праці в мотивації високоефективної роботи медичного персоналу поки вкрай невелике. Тому тема мотивації працівників охорони здоров'я надзвичайно актуальна. Проблемі мотивації працівників слід приділяти увагу як у кожній установі окремо, так і в галузі в цілому. Розглядаючи проблему мотиваційних технологій в сфері охорони здоров'я, необхідно пам'ятати про специфічні особливості медичної праці, які слід урахувати при розробці систем оцінки діяльності медиків, професійного розвитку та вибору інструментів стимулювання і мотивації праці.

Окремі питання проблем і особливостей застосування теоретичних підходів та концепцій зачіпались нами у попередньому розділі роботи. Зокрема ми наводили аргументи щодо неможливості застосування окремих теорій мотивації праці щодо працівників медичної сфери. Це пов'язано і з характеристикою і змістом праці, вимогами до працівників, що працюють у даній сфері.

Може здатися, що проблеми мотивації праці медичних працівників в Україні пов'язані із відсутністю можливості у наших громадян скористатися перевагами трудової мотивації властивих ринковій економіці, однак, насправді, проблема трудової мотивації існує в усіх країнах світу. Високопродуктивна

праця вимагає великого вольового зусилля працівника, яке дається важко і може здійснюватися тільки при дуже сильній трудовій мотивації.

Так Дубініна і співавтори зазначає, що наявність незадоволеності у медичних працівників своїм соціально-економічним становищем впливає на якість медичної допомоги. Більшість лікарів вважає, що наявна заробітна плата не відповідає виконуваний праці і не забезпечує належного життєвого рівня [18].

На думку окремих дослідників ефективна трудова мотивація може сформуватися тільки при доцільній і прозорій системі оплати праці, що сполучається з поважним відношенням до найманого робітника. Кожний працівник розглядається в якості головної складової ланки інтелектуального потенціалу суспільства. Це ж відноситься і до системи охорони здоров'я. А побудова ефективної системи мотивації персоналу лікувально-профілактичної установи – творчий процес. Його формування і розвиток вимагає знань основ, принципів і методів мотивації, а також сучасних підходів до цієї проблеми.

Як зазначає Н. Белобородова – «...медична діяльність є особливим видом діяльності, суспільно і особисто корисною, незалежною за змістом і творчою по характеру. У багатьох роботах відомих учених підкреслюються високе суспільне і соціально-економічне значення медичної діяльності, унікальність ролі лікаря в суспільстві.

У перспективному розвитку охорони здоров'я кадрові проблеми відносяться до найбільш складного розділу реформи охорони здоров'я в цілому.

У зв'язку з цим, знання і урахування особливостей трудових відносин у сфері охорони здоров'я, дослідження механізмів, що забезпечують результативну і ефективну працю лікарів, інших працівників охорони здоров'я, отримують важливе, як теоретичне, так і практичне значення.

У керуванні трудовими ресурсами всіх галузей пріоритет віддається економічним формам і методам – фінансовим, кредитно-грошовим важелям, що стимулюють систему оплати праці. В охороні здоров'я також саме ці методи відіграють пріоритетну роль.

Перехід у ринкові відносини висунув нові вимоги до оплати праці праців-

вників. Єдина тарифна сітка по оплаті праці працівників бюджетної сфери, у тому числі сфери охорони здоров'я, по суті є стандартизованою системою оплати праці і не враховує специфіку професійної діяльності працівників охорони здоров'я. Діюча в Україні система оплати праці медичних працівників викликає масу дорікань. Тому підходи до вдосконалення оплати праці працівників охорони здоров'я повинні бути спрямовані одночасно і на оптимізацію діяльності установ охорони здоров'я, і на застосування механізмів диференціації в рівнях оплати праці медичних та інших працівників з урахуванням специфіки галузі.

На думку ряду теоретиків і практиків управління просте підвищення рівня заробітної плати персоналу в державній і муніципальній охороні здоров'я проблеми не вирішує. Необхідно вибудовувати гнучку систему оплати праці всіх працівників медичних установ. Її основа – пріоритетність стимулюючої функції оплати праці. Причому стимули – це не тільки краща зарплата за гарну працю, але й покарання за недбайливу працю.

У лікувально-профілактичних установах застосовуються ті ж самі форми і види стимулювання праці персоналу, що і у багатьох інших організаціях. Але відмінною рисою є те, що можливості широкого застосування матеріальних форм стимулювання обмежені чітко регламентованими формами надбавок по стимулюванню праці медичних працівників. Розробляючи ефективні системи оплати праці медичного персоналу, необхідно враховувати основні функції заробітної плати такі, як відтворювальна, компенсуюча, стимулююча, регулююча та оціночна функції.

Стимулююча функція заробітної плати медичних працівників дозволяє виділити три основні системи оплати праці: стимулюючу, оцінюючу, байдужну. Стимулюючою системою називають ту, при якій іде націлювання працівників на досягнення якогось конкретного результату шляхом установлення залежності оплати праці від ступеня її досягнення. Крім того, при такій системі можна впливати безпосередньо на результат. Однак у реальному житті важко створити одну з наведених вище форм (систем) оплати праці в чистому виді. Найчастіше застосовується змішаний варіант (основна оплата – байдужна; до-

даткова – стимулююча; преміювання – оцінююча).

Вважається, що стимулююча система оплати праці являє собою складні, багатопланові і багатоступінчасті комплекси. В охороні здоров'я багато чого визначається тим, на яких умовах функціонує сама лікувально-профілактична установа або її підрозділ

В. Мітронін запропонував організаційну систему управління матеріальним заохоченням у медичній організації, що ґрунтується на побудові класичної моделі організаційного механізму управління, який послідовно включає вибір цілі, стратегії, принципів, методів, організаційних технологій, функцій (універсальних і спеціальних). На думку цього автора, система управління матеріальним заохоченням повинна стимулювати розвиток персоналу медичної організації у двох напрямках: 1 – це підвищення рівня професіоналізму кожного фахівця; 2 – це підвищення рівня конкурентоспроможності професіонала. Пропонуються критерії інтегральної оцінки рівня кваліфікації: рівень знань, умінь, навичок; рівень орієнтації на співробітництво; рівень впровадження інновацій; рівень виконання професійного стандарту; рівень кінцевих результатів праці (також по інтегральній оцінці). Рівень конкурентоспроможності професіонала оцінюється за показником інтегральної якості життя професіонала, що включає такі складові, як: рівень життя, рівень здоров'я, рівень освіти, рівень часу на активний відпочинок і сон, рівень ділової моральності, рівень згоди із загальними принципами співробітництва, рівень орієнтації на співробітництво, рівень індивідуальної культури. На основі урахування перерахованих характеристик пропонувалося застосовувати дві категорії елементів матеріального заохочення – «винагороди універсальні» і «винагороди індивідуальні». Однак описана модель складна для застосування на практиці [43].

Стимулююча функція забезпечує залежність заробітної плати від досягнення певного результату (кількості і якості вкладеної праці). Розглядаючи стимулюючу функцію заробітної плати, необхідно враховувати, що не всі категорії медичних працівників можуть однаковою мірою впливати на обсяг виконуваної ними роботи, наприклад, на кількість викликів або пропускну здатність

прийомного відділення. Звідси випливає висновок, що можливості застосування стимулюючої системи оплати праці не у всіх структурних підрозділах лікувально-профілактичної установи однакові, а в деяких, і просто неможливі. Однак це зовсім не означає, що сама ідея широкого застосування стимулюючої системи заробітної плати в охороні здоров'я безперспективна.

Дана проблема збільшується ще і тим, що в охороні здоров'я не може бути створена універсальна стимулююча система оплати праці. Це обумовлене наступними причинами:

- різноманітністю умов праці персоналу навіть у межах однієї медичної установи;
- відмінністю критеріїв оцінки діяльності персоналу в різних структурних підрозділах лікувально-профілактичної установи;
- неоднаковою еластичністю показників, наприклад, кількість відвідувань можна збільшити за рахунок зменшення часу приймання, кількість же викликів за бажанням медичного персоналу змінити неможливо;
- індивідуальністю медичного працівника, а також тією обставиною, що продуктивність праці можна збільшити як за рахунок інтенсифікації власної діяльності, так і за рахунок використання кращого обладнання і дорогих медикаментів.

Оплата праці медичного персоналу буде обґрунтованою і зрозумілою для працівників, якщо вона буде диференційованою. Диференційована оплата праці, яка стимулює трудову діяльність працівника, повинна бути персоналізованою (персональною); ґрунтуватися на об'єктивних критеріях оцінки працездатного працівника; бути зрозумілою працівникові; не ускладнювати документообіг; бути прозорою для контролю; стимулювати підвищення якості медичної допомоги та ресурсозберігаючих технологій; не утискати права пацієнта; сприяти соціальному захисту медичного працівника.

Функціями підсистеми стимулювання праці медичних працівників, є тарифікація і нормування праці; розробка нових форм організації і оплати праці; моральне і матеріальне стимулювання праці; управління трудовою мотивацією. Але діючі галузеві нормативно-правові документи по багатьом перерахованим

напрямкам застаріли і не відповідають сучасним трудовим відносинам. Змінилися вимоги міжгалузевих документів по безпеці праці, рівню технічної оснащеності медичних установ. Відсутня і єдина галузева методика визначення розміру доплат працівникам з урахуванням специфіки діяльності, яка необхідна для цілей атестації робочих місць за умовами праці. У результаті, визначення в установах доплат за шкідливі умови праці усе ще здійснюється до окладів медичних працівників тільки за наявність шкідливого і небезпечного фактору (факторів), але без урахування конкретних умов праці.

Методики об'єктивної, комплексної оцінки трудомісткої діяльності лікарів з метою розробки принципів диференційованої оплати праці також поки представлені вкрай обмежено. У той же час розробка надійного і достовірного методу кількісної оцінки витрат праці є основною умовою системи стимулювання, що забезпечує відповідність розміру винагороди результатам індивідуальної трудової діяльності. Праця медичних працівників може бути охарактеризована такими універсальними критеріями, як обсяг, інтенсивність, складність, якість, результативність тощо.

Необхідно зважати на те, що без урахування складності і напруженості праці навряд чи можлива об'єктивна оцінка ступеня зайнятості лікарського персоналу. Необхідність останньої обумовлюється тим, що різні види робіт мають різний ступінь складності при однаковому кількісному вираженні. Два лікарі, що виконують однаковий кількісний норматив у стаціонарі, мають різний контингент хворих по тяжкості захворювань, їх перебігу і трудомісткості лікування.

Н. Комарів та ін. вказують на те, що диференціація оплати праці медичних працівників повинна залежати від кількості, складності і якості лікування. Але ці параметри, у свою чергу, повинні визначатися системою оцінки собівартості лікування і показниками комплексного вивчення трудової діяльності об'єкта охорони здоров'я: від окремого працівника до галузі в цілому. Показником об'єктивної оцінки діяльності лікаря є інтегральний коефіцієнт якості, який, у свою чергу, ураховує такі параметри, як: кваліфікацію лікаря (рейтинг);

асистентську діяльність; ступінь складності випадку стаціонарного обслуговування; якість медичної допомоги; навантаження лікаря. При оцінці рівня кваліфікації хірургів ураховуються хірургічна активність, летальність, післяопераційні ускладнення, складність операцій.

Принципово міняється відношення медичного персоналу до роботи, коли в системах матеріального стимулювання головна увага зосереджує на об'єктивних критеріях оцінки праці працівників і гарантованості прямої відповідності заробітку кожного члена колективу результатам роботи.

У цілому, відзначає В. Кудрин, ефективність моніторингу медичної діяльності персоналу організації, залежить від виконання комплексу правил. У їхньому числі: регулярність, постійний характер, комплексність, цілеспрямованість, конкретизація попереднього вибору «точок ризику», активність суб'єктів керування, динамічність, тотожність організації моніторингу, інтегративність, спадкоємність, обґрунтованість [34].

А. Потапов зазначав: «Будь-який керівник повинен думати, насамперед, про свій колектив, про умови праці, основною складовою яких є заробітна плата. І авторитет керівника полягає, насамперед, у тому, щоб економічно і матеріально захистити свій колектив. Істотне збільшення обсягів сум, що витрачаються на споживання членами колективу, є найважливішим мотиваційним і регулюючим фактором».

Підводячи підсумки, зазначимо, що натеper внаслідок низького рівня заробітної плати у медичних працівників, погіршення умов праці і побуту, соціальної незахищеності зложилася критична ситуація із трудовими ресурсами, падає і авторитет працівників. Тому керівникам закладів охорони здоров'я варто активно використовувати апробовані, такі, що довели свою ефективність методи матеріального і морального стимулювання і мотивування персоналу медичних та намагатися використовувати нестандартні підходи у цій сфері [43].

На основі результатів проведеного дослідження теоретичних та прикладних засад управління мотивацією праці ми прийшли до таких висновків.

Визначено, що мотивація – сукупність внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, які спонукають людину до діяльності, визначають поведінку, форми діяльності, надають цій діяльності спрямованості, орієнтованої на досягнення особистих цілей і цілей організації.

Що існують різні рівні мотивації, основними із яких є: матеріальна зацікавленість у результатах праці; зміст праці; взаємовідносини в колективі; усвідомлення сенсу своєї праці; інстинкт; інтереси; потреби.

Для успішного управління мотивацією праці на підприємствах використовують такі методи мотивації персоналу: економічні, адміністративно-організаційні, соціальні, психологічні, ідейно-виховні.

Визначено, що медична діяльність взагалі, і лікарська діяльність зокрема, з точки зору мотивації є достатньо специфічною і вимагають особливих підходів до формування системи мотивації у закладах охорони здоров'я. Що зміни в суспільстві, які відбуваються в останні роки спричинили падіння престижу медичної діяльності. Внаслідок низького рівня стимулювання праці медичних працівників знижується значення мотиваційного фактору працівників, що впливає на професійний рівень, якість і ефективність їх праці.

2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

2.1 Аналіз основних тенденцій розвитку закладів охорони здоров'я у Вінницькій області

Виходячи із даних, наведених у Стратегії збалансованого регіонального розвитку Вінницької області на період до 2027 року [42] слід зазначити, що Станом на 01.01.2020 року у Вінницькій області функціонували 138 медичних закладів, що 16 закладів більше ніж у 2015 році. З них 54 відносяться до закладів первинної медико-санітарної допомоги, до їх складу яких входить 309 амбулаторій загальної практики сімейної медицини (у т.ч. 218 сільських) та 734 фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти, 48 закладів відносяться до пунктів вторинної медичної допомоги та 36 закладів є закладами обласного підпорядкування. Зазначимо, що за період з 2015-2019 рр. зросла кількість закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій області на 21 од. (кількість зросла з 33 до 54), у т.ч. 19 з них пройшли офіційну реєстрацію. За аналогічний період кількість закладів вторинної медичної допомоги Вінницької області збільшилась на 1 (з 47 до 48).

В рамках субпроекту «Складова розвитку системи охорони здоров'я Вінницької області, направлена на покращення медичної допомоги хворим з серцево-судинною патологією» за ресурсної підтримки Проекту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» в області створено Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу в області надають заклади первинної медико-санітарної допомоги, а також консультативні поліклініки лікарняно-профілактичних закладів вторинного, третинного рівнів.

Потужність ліжкового фонду області станом на 01.01.2020р. становила 9708 ліжок. Забезпеченість ліжками по області складає 62,5 на 10 тис. населення у порівнянні з 2015 р. це на 5 од. менше. За результатами аналізу ефективності використання потужностей ліжкового фонду, клінічної експертизи якості і доступності медичної допомоги населенню у період 2015- 2019 рр. скорочено наднормативні ліжка закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. У порівнянні із загальноукраїнським рівнем забезпеченість ліжками є більш високою, оскільки середній рівень складає 52,8 од./10 тис. населення.

У закладах охорони здоров'я області розгорнуто і функціонують 5591 ліжок вторинного рівня медичної допомоги (57,6% загальної потужності ліжкового фонду цілодобових стаціонарів, з них 1230 ліжок у обласному центрі) та 4117 ліжок на третинному рівні у обласних ЛПЗ.

Станом на 01 січня 2020 року спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу у стаціонарах згаданих профілів надають 19 обласних багатопрофільних та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів з цілодобовим стаціонаром, десять з яких функціонують у м. Вінниці.

Оптимізація діяльності ліжкового фонду здійснювалась за рахунок інтенсивної складової, інноваційної діяльності, впровадження модернізованих клінічних протоколів та стандартів лікування, що крім того, дозволило скоротити середні терміни лікування та лікарняну летальність.

В структурі ліжкового фонду закладів охорони здоров'я області переважають ліжка 7-ми профілів, сумарна потужність яких складає понад половину загального ліжкового фонду: терапевтичні – 14,3%, психіатричні – 9,8%, неврологічні – 9,2%, хірургічні – 7,3%, педіатричні – 6,5%, травматологічні – 4,0%, кардіологічні – 3,7%.

Питома вага ліжкового фонду охорони здоров'я Вінниччини в структурі лікувально-профілактичних закладів Міністерства охорони здоров'я України складає 3,5%, частки стаціонарно пролікованих мешканців регіону серед госпіталізованих в межах країни – 3,9%. За досліджуваний період 2015-2019 р. заре-

єстровано скорочення загальної чисельності пролікованих в стаціонарі 4,6%. Відбулось зменшення з 342,4 тис. осіб у 2015 р. до 326,4 тис. пацієнтів у 2019 році. Що зумовило скорочення середнього терміну госпіталізації в стаціонар з 10,7 дн. у 2015 р. до 9,7 дн. у 2019 р. Показник летальності в цілому по області за цей період склав 1%.

У Вінницькій області створено один госпітальний округ. Визначені 8 окружних лікарень інтенсивного лікування I рівня та 2 окружні лікарні інтенсивного лікування II рівня.

У 2013 році в області на базі центральних районних лікарень створено 31 відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги шляхом реорганізації приймальних відділень.

Упродовж 2015 року розпочали функціонування 4 відділення екстреної медичної допомоги з ліжками загальною потужністю 22 ліжка.

На виконання відповідних директивних документів МОЗ України станом на 01.01.2020 р. відділення екстреної медичної допомоги загальною потужністю 72 ліжка розгорнуто у 10 закладах вторинного рівня надання медичної допомоги, а саме: Літинська центральна районна лікарня, Муровано-Куриловецька центральна районна лікарня, Оратівська центральна районна лікарня, Піщанська лікарня відновного лікування, Тиврівська центральна районна лікарня, Чернівецька лікарня відновного лікування, Шаргородська центральна районна лікарня, Вінницька міська клінічна лікарня №1, Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги.

Основним напрямом реформування стаціонарного сектору в області залишається також подальший розвиток високоспеціалізованої медичної допомоги.

Аналіз функціонування лікарняних закладів Вінницької, Житомирської, Київської, Хмельницької областей та України загалом, у досліджуваному періоді вказує на виконання законодавчо-нормативних документів в охороні здоров'я, що зумовило скорочення наднормативних потужностей цілодобових стаціонарів, при цьому забезпечено дотримання рекомендованих показників їх ви-

користання.

В області у 2015-2019 рр. одночасно із скороченням наднормативних потужностей цілодобових стаціонарів відбувалась реорганізація і перепрофілювання лікарняних закладів з подальшим розвитком високоспеціалізованої медичної допомоги, стаціонарозамінних форм лікування.

На сьогоднішній день структура потреб у різних видах медичної допомоги виглядає наступним чином: 25% – це звернення до закладів первинного рівня; 60% – вторинного, 12% – обслуговує третинний рівень та 3% – державні заклади та науково-дослідні інститути. Відповідно до стандартів розвинутих країн ця структура повинна мати інший вигляд і частка первинної допомоги має складати більшу частку надання всієї медичної допомоги – 75%, вторинна – 15%, третинний рівень поділено відповідно: 7% – обласні заклади охорони здоров'я та 3% – республіканські;

Зміни у спеціалізованій медичній допомозі є кардинальним і реалізуються в рамках проведення медичної реформи з метою поліпшення охорони здоров'я.

2.2 Організаційно-правові засади створення і функціонування закладу охорони здоров'я – КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги»

Комунальне некомерційне підприємство «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги Чернівецької районної ради» є комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає медичну допомогу будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Центр був створений рішенням 25 позачергової сесії Чернівецької районної ради 7 скликання від 01 березня 2018 року № 448, відповідно до Закону Ук-

раїни «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом перетворення комунальної установи «Чернівецький районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги» Чернівецької районної ради у комунальне некомерційне підприємство.

Центр створений на базі майна територіальних громад Чернівецького району Вінницької обл. і є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків комунальної установи «Чернівецький районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги» Чернівецької районної ради.

На тепер КНП «Чернівецький районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги» об'єднує 8 амбулаторій загальної практики сімейної медицини, 1 фельдшерсько-акушерський пункт та 7 фельдшерських пунктів. Лікарня планового лікування має стаціонар на 81 ліжко місце. В лікарський амбулаторіях функціонує денний стаціонар на 38 ліжок.

Центр має давню історію функціонування і розвитку. Оскільки історія закладу охорони здоров'я тягнеться з початку 20 ст. Починався життєвий шлях центру з часів, коли у селищі було побудовано лікарську дільницю. Лікарської дільниці належала територія, де мешкало понад 70 тисяч чоловік. Тут працювали один лікар та два фельдшери. Зрозуміло, що для такого району цих потужностей було недостатньо. Тільки у самих Чернівцях мешкало більше 10 тис. осіб. В 1924 році в Чернівцях була відкрита лікарня на 10 ліжок. Вона з часом розширювалась і у 1930 році тут була побудована поліклініка. У 1937 р. лікарня була розширена до 50 ліжок. У 60-ті роки діяльність закладу значно розширилась. Був побудований новий триповерховий корпус лікарні на 200 лікарняних місць. На той момент в закладі вже працювали 20 лікарів, понад 100 медсестер і фельдшерів, 57 санітарок, 46 чоловік техперсоналу. З тих пір, звичайно, у діяльності закладу відбулися суттєві зміни. Однак до сих пір, не зважаючи на проведенні заходи реформування, Центр все ще залишається серйозним гравцем у секторі надання некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Станом на 01.01.2020 р. кількість населення, що знаходиться у зоні об-

слуговування Центру складала 20664 особи, в т.ч. дорослого населення –17294, дітей до 14 років – 2816, підлітків 15-17 років – 554. Т.т. в основному Чернівецький районний медичний центр працює із дорослим населенням району.

На сьогодні мережа КНП «Чернівецький районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги» складається з 4 амбулаторій загальної практики сімейної медицини та 8 фельдшерських пунктів. Управлінська структура Центру наведена на рис. 2.4. (за даними підприємства).

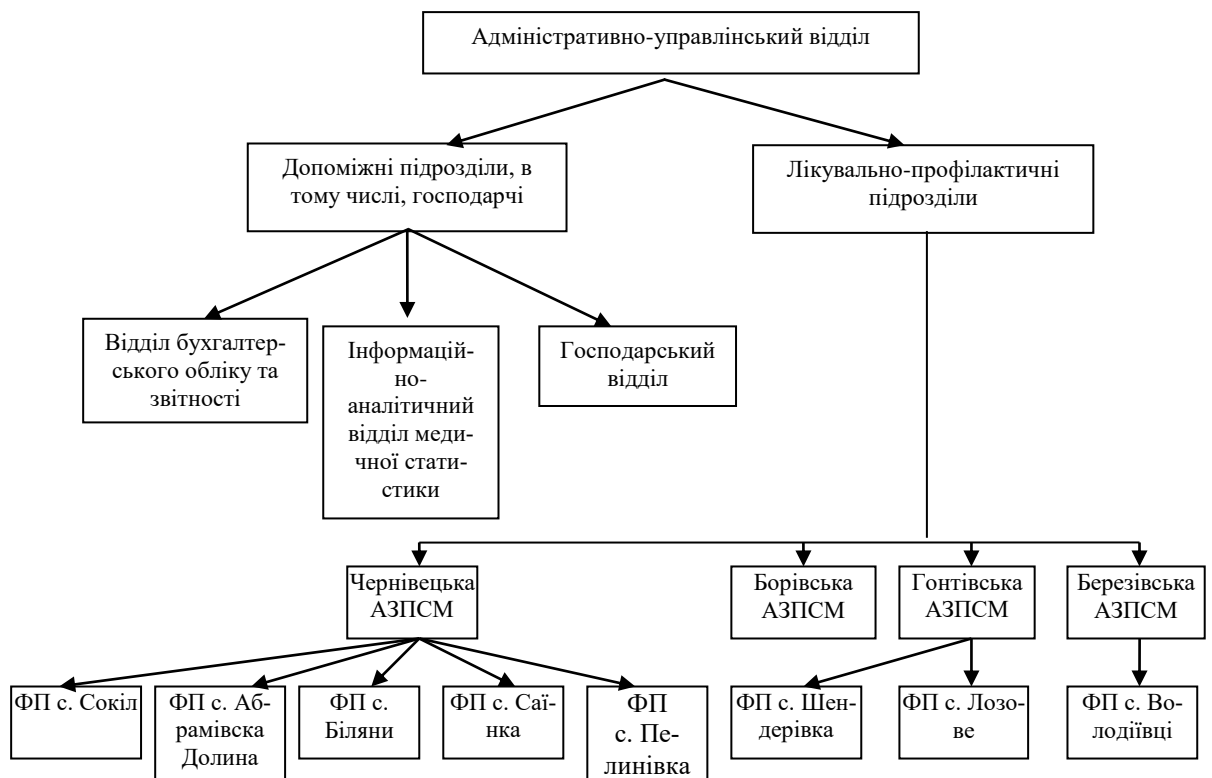


Рисунок 2.1 – Структура управління КНП «Чернівецький районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги»

Виходячи з інформації поданої на рис. 2.1 зазначимо, що наведену структуру не можна в повній мірі вважати відбитком організаційної структури підприємства. З точки зору теорії менеджменту вона не є такою. У той же час, наведена інформація дає змогу зрозуміти, що ми маємо справу з простою управлінською структурою, яка зумовлює вибудовує організації за лінійно-штабною або лінійно-функціональною схемою підпорядкування.

Основними завданнями та предметом діяльності Чернівецького центру первинної медичної допомоги є надання первинної та невідкладної медичної допомоги населенню району, а саме:

- організація надання первинної медичної допомоги, у тому числі надання невідкладної медичної допомоги у разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- проведення профілактичних щеплень;

- планування, організація, участь та контролю за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнтів з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (підчас вагітності) станів;

- консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних станів, а також щодо ведення здорового способу життя;

- взаємодія із суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;

- організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію;

- забезпечення дотримання міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

- впровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів;

- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

- направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;
- участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;
- участь у державних та регіональних програмах щодо організації пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку та відповідно до фінансового бюджетного забезпечення галузі охорони здоров'я;
- участь у державних та скринінгових обстеженнях у рамках реалізації програм щодо окремих захворювань;
- участь у визначенні проблемних питань надання первинної медичної допомоги у Чернівецькому районі та Бабчинецькій ОТГ і шляхів їх вирішення;
- надання рекомендацій органам місцевого самоврядування щодо розробки планів розвитку первинної медичної допомоги;
- медична практика;
- визначення потреби структурних підрозділів Центру та населення у лікарських засобах, виробках медичного призначення, медичному обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;
- моніторинг забезпечення та раціональне використання лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та транспортних засобів;
- зберігання, перевезення, придбання, пересилання, відпуск, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин та їх аналогів та прекурсорів, замісників, їх аналогів, отруйних та діючих речовин (засобів) згідно з вимогами чинного законодавства України;
- залучення медичних працівників для надання первинної медико-санітарної допомоги, в тому числі залучення лікарів, що працюють як фізичні особи-підприємці за цивільно-правовими договорами, підтримка професійного розвитку медичних працівників для надання якісних послуг;

- закупівля, зберігання та використання ресурсів, необхідних для надання медичних послуг, зокрема лікарських засобів (у т.ч. наркотичних засобів та прекурсорів), обладнання та інвентарю;

- координація діяльності лікарів із надання первинної медичної допомоги з іншими суб'єктами надання медичної допомоги, зокрема закладами вторинної та третинної медичної допомоги, санаторіїв, а також з іншими службами, що опікуються добробутом населення, зокрема соціальна служба, та правоохоронні органи;

- надання платних послуг із медичного обслуговування населення відповідно до чинного законодавства України;

- надання елементів паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на підтримку емоційну та моральну пацієнтів та членів їх сімей;

- організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;

- інші функції, що впливають із покладених на Центр завдань.

Окрім того підприємство може бути клінічною базою вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

Місію Чернівецького районного медичного центру первинної медико-санітарної допомоги можна сформулювати так – сприяння покращенню якості життя населення Чернівецького району шляхом надання якісних медичних послуг первинного рівня та своєчасної невідкладної допомоги.

Цінності підприємства можна сформулювати так:

- командність – внесок кожного співробітника в досягнення поставлених завдань, дотримання медичної етики, постійне удосконалення якості медичних послуг.

- довіра – взаємне розуміння пацієнта та сімейного лікаря у визначенні діагнозу, призначенні ліків. Довіра між сімейним лікарем та батьками дітей.

- активне інформування – допомога пацієнтам в бажанні бути інформованими учасниками в прийнятті рішення, що стосується їх здоров'я та благопо-

луччя.

- професіоналізм – безперервна самоосвіта кожного фахівця закладу сімейних лікарів та медичних сестер.
- цілеспрямованість – постійна спрямованість знань, досвіду на вирішення проблем зі здоров'ям пацієнтів.
- дисциплінованість – високий рівень вимогливості до себе та до своїх пацієнтів.

Для представлення зведеної інформації щодо особливості функціонування Центру та розуміння основних принципів створення, розвитку і роботи Коштовного підприємства на рис. 2.2. представимо його бізнес-модель.

<p>Ключові партнери:</p> <ul style="list-style-type: none"> - органи місцевої влади; - національна агенція охорони здоров'я; - страхові компанії; - підприємницькі і держані структури 	<p>Ключові види діяльності:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медична практика; - паліативна допомога; - профілактична робота; - роз'яснювальна робота; - 	<p>Ціннісна пропозиція:</p> <p>Доступ до медичної допомоги та лікарських засобів всіх верств населення</p>	<p>Відносини із клієнтами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Пацієнти, що знаходяться у зоні обслуговування; - Персональні контакти; - Страхові компанії; - Інтернет 	<p>Споживачі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мешканці Чернівецького району Вінницької області; громадяни, що потребують медичної допомоги
	<p>Ключові ресурси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - приміщення Центру та амбулаторій; - медичне обладнання; - лікарські засоби 		<p>Канали збуту:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Приміщення Центру первинної допомоги, - Амбулаторії, - фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти, - Медичний автотранспорт 	
<p>Структура витрат:</p> <ul style="list-style-type: none"> - заробітна плата медичних працівників; - витрати на лікарські засоби, реактиви, товари медичного призначення; <ul style="list-style-type: none"> - витрати на спеціальний одяг; - комунальні витрати; - витрати на утримання будівель і споруд; <ul style="list-style-type: none"> - транспортні витрати; - витрати на зв'язок - витрати на програмне забезпечення - витрати на дання допомоги пацієнтам, що не мають договорів на обслуговування 		<p>Надходження коштів</p> <ul style="list-style-type: none"> - фінансування обслуговування пацієнтів (кошти Національної агенції охорони здоров'я) - добровільні спонсорські внески громадян та організацій; <ul style="list-style-type: none"> - надання платних послуг; - прямі субсидії з місцевого і держаного бюджетів 		

Рисунок 2.2 – Спрощена бізнес-модель Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги

Вона дозволить у простий і зрозумілий спосіб представити основні фактори, що впливають на роботу нашої організації: споживчі сегменти, ціннісні

пропозиції, канали збуту, відносини з клієнтами, потоки надходження доходів, ключові ресурси, ключові види діяльності, ключові партнери, структуру витрат.

2.3 Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності комунального підприємства

З метою проведення комплексного аналізу комунального підприємства основні показники його фінансово-господарської діяльності за останні три роки наведемо у таблиці 2.1 та 2.2. Додатково проілюструємо основні тенденції за допомогою рис. 2.2.-2.3.

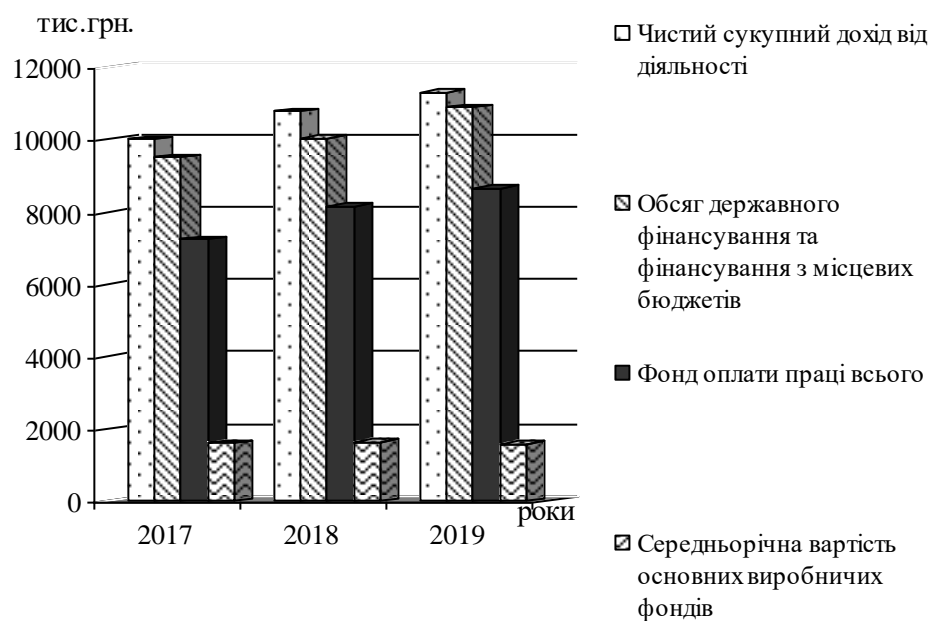


Рисунок 2.2 – Динаміка основних показників діяльності підприємства в 2017-2019 рр.

Таблиця 2.1 – Основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги»

Показник	Одиниця виміру	Рік			Темп зростання (падіння) до попереднього року, %		Абсолютне відхилення від попереднього року +/-	
		2017	2018	2019				
Чистий сукупний дохід від діяльності	тис.грн.	10016,753	10804,3	11322,4	107,86	104,80	787,55	518,10
Обсяг державного фінансування та фінансування з місцевих бюджетів	тис.грн.	9526,3	10048,69	10895,5	105,48	108,43	522,39	846,81
Собівартість реалізованої продукції, послуг, робіт	тис.грн.	10172,42	10699,6	11138,3	105,18	104,10	527,18	438,70
Середньооблікова чисельність працівників	чол.	124	116	105	93,55	90,52	-8,00	-11,00
в т.ч.								
- лікарів	чол.	14	16	16	114,29	100,00	2,00	0,00
- середнього і молодшого медичного персоналу	чол.	78	61	66	78,21	108,20	-17	5
Фонд оплати праці, всього	тис.грн.	7234,10	8169,58	8661,92	112,93	106,03	935,48	492,34
Середньомісячна зарплата одного працівника	грн.	4,86	5,87	6,87	120,72	117,13	1,01	1,01
Середньорічна доходність діяльності одного працівника (продуктивність праці)	тис.грн./чол.	80,78	93,14	107,83	115,30	115,77	12,36	14,69
Середньорічна вартість основних виробничих фондів	тис.грн.	1594,94	1623,40	1562,15	101,78	96,23	28,46	-61,25
Фондовіддача	грн/грн.	6,28	6,66	7,25	105,97	108,90	0,38	0,59
Фондомісткість	грн/грн.	0,16	0,15	0,14	94,36	91,82	-0,01	-0,01
Загальна кількість ліжок-місць	од.	200	200	200	100,00	100,00	0,00	0,00
Загальна кількість звернень за послугами	од.	515060	451750	443320	87,71	98,13	-63310,00	-8430,00
Середньорічна кількість звернень до 1 працівника	од./чол.	4153,71	3894,40	4222,10	93,76	108,41	-259,31	327,70
Фінансовий результат до оподаткування	тис.грн.	-155,67	104,70	184,10	-67,26	175,84	260,37	79,40
Чистий прибуток (збиток)	тис.грн.	-155,67	104,70	184,10	-67,26	175,84	260,37	79,40
Рентабельність (збитковість) діяльності	%	-0,02	0,01	0,02	-63,76	162,17	0,03	0,01

Таблиця 2.21 – Динаміка обсягів та структури фінансування діяльності
КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги»

Показник/Джерело фінансування	Одиниця виміру	Рік			Темп зростання (падіння) до попереднього року, %		Абсолютне відхилення від попереднього року +/-	
		2017	2018	2019	2018/2017	2019/2018	2018/2017	2019/2018
Чистий сукупний дохід від діяльності	тис.грн.	10016,75 3	10804,3	11322,4	107,862	104,795	787,547	518,1
Обсяг державного фінансування та фінансування з місцевих бюджетів	тис.грн.	9526,3	10048,6 9	10895,5	105,484	108,427	522,39	846,81
Медична субвенція	тис.грн.	6833,2	2966		43,406	0,000	-3867,2	-2966
Обсяг фінансування Національної служби здоров'я України	тис.грн.		4695	9094,4		193,704	4695	4399,4
Фінансування з районного бюджету	тис.грн.	2703,8	1386,4	546,9	51,276	39,447	-1317,4	-839,5
Субвенція Сільських рад	тис.грн.		168,98	362,9		214,759	168,98	193,92
Субвенції Бабчинецької ОТГ	тис.грн.		454,57	477,1		104,956	454,57	22,53
Дотація на енергоносії	тис.грн.			397,3				397,3
Благодійна допомога	тис.грн.	10,7		16,9				16,9

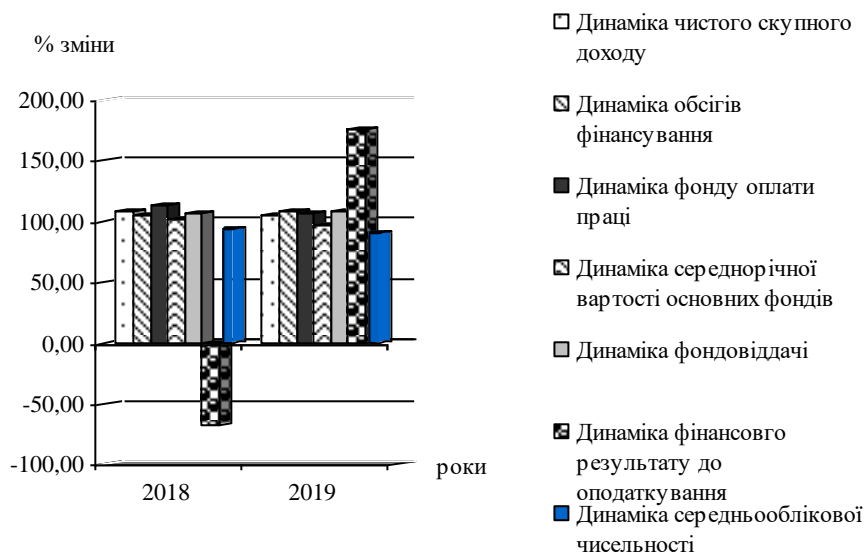


Рисунок 2.3 – Динаміка темпів зміни основних показників діяльності підприємства в 2017-2019 рр.

Виходячи із даних, наведених у табл. 2.1-2.2, зазначимо – обсяг чистого сукупного доходу Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги у 2018 році порівняно з 2017 роком зріс, збільшення склало – 7,86%, у 2019 році порівняно з 2018 роком також відмічалось зростання, динаміка становить – 104,8%, що у свою чергу пов'язано із збільшенням державного фінансування та фінансування з місцевих бюджетів у продовж років. Так зростання фінансування діяльності закладу у 2018 році у порівнянні із 2017 роком склало 522,39 тис.грн., або 5,48%, у той же час у наступному періоді темпи збільшення фінансування з боку держави та громад зменшилися до 4,1%, що в абсолютному вимірі склало 846,8 тис.грн.

Як можна побачити із таблиці 2.2 у продовж років спостерігалось не тільки зростання обсягів фінансування Центру, а й змінювалась структура фінансування. Якщо у 2017 році фінансування закладу відбувалось за рахунок державного і місцевого бюджету у пропорційному співвідношенні – 71,7% і 28,3% відповідно, т.т. основним джерелом коштів у Центрі було державне фінансування, то у наступні періоди ми спостерігаємо зміну у структурі фінансування, з'являються нові джерела доходу у закладу. Основним фінансовим донором Центру у 2019 р. стає Національна служба охорони здоров'я. Питома вага фінансування з боку якої у структурі фінансів закладу становить 83,4%, що вказує на збільшення частки фінансування Центру за рахунок коштів державного бюджету.

Збільшення фінансування пов'язане із необхідністю компенсації зростання собівартості послуг і робіт, що надаються медичним закладом. Так збільшення собівартості послуг у 2018 році у порівнянні із попереднім періодом склало 5,18%, а у 2019 році зростання собівартості відбулося на 4,1%. У той же час слід відмітити, що темпи росту обсягів фінансування медичного закладу випереджали темпи збільшення вартості послуг, що надавалися ним, створюючи тим самим резерв для накопичення резерву коштів для розвитку підприємства.

Аналіз прибутковості діяльності комунального підприємства вказує на те, що можна говорити про певне покращення фінансового стану організації, оскільки у продовж розглянутого періоду – з 2017 року по 2019 рік відмічається суттєве зростання фінансового результату діяльності закладу охорони здоров'я. Перелам стався у 2018 році, коли підприємство зі збиткового у 2017 році стало показувати позитивні фінансові результати у наступних періодах. Якщо у 2017 році збиток підприємства складав 155,67 тис.грн., то вже у 2018 році зафіксовано прибуток у сумі 104,7 тис.грн., а у 2019 році прибуток від діяльності закладу зріс до 184,1 тис.грн.

Зміна доходності діяльності підприємства мало корелює із покращенням матеріально-технічного стану фондів підприємства, оскільки у продовж досліджуваного періоду, зміна середньорічної вартості основних фондів не була пов'язана із тенденціями доходності діяльності комунального підприємства. Так у 2018 році спостерігалось збільшення середньорічної вартості основних фондів на 28,46 тис.грн., але вже у 2019 році відмічаємо зменшення цього показника на 61,25 тис.грн.

Аналіз показника кількості звернень до закладу охорони здоров'я також дає нам підстави робити висновок про те, що на тлі скорочення числа звернень до лікарської установи їх доходність зростала. Оскільки при скороченні числа звернень до Центру первинної допомоги у 2018 р. на 12,3% доходність підприємства зросла на 7,86%, у 2019 році спостерігаємо іншу тенденцію – зростання числа звернень до закладу на 26,17% призвело до збільшення доходності підприємства лише на 4,8%.

Порівняльний аналіз динаміки чисельності працюючих підприємства і його доходності також вказує на те, що прямого зв'язку між кількістю працівників лікарської установи та її доходністю немає. Оскільки, при зменшенні середньооблікової чисельності працюючих підприємства на 11 осіб, або 8,87% у 2018 році в порівнянні із 2017 роком, доходність підприємства збільшилась на 7,86%. У 2019 р. спостерігаємо протилежну тенденцію – при скороченні середньооблікової чисельності працівників комунального закладу на 30 чол., або на

23,3%, зростання доходності підприємства відбулось на 4,8%. Зміна обсягів фінансування закладу з державного і місцевого бюджету також не відобразилася не тенденції зміни чисельності працюючих, оскільки за вказаний період ми спостерігаємо зростання обсягів фінансування на 5,48% та 8,43% у 2018 та 2019 роках відповідно. Основною причиною зміни чисельності працівників закладу є необхідністю приведення числа працівників до нормативів, встановлених у відповідності із вимогами проведення реформи у системі охорони здоров'я.

Аналіз динаміки зміни чисельності працівників закладу вказує на неоднозначність тенденцій – так у 2018 році спостерігалось зменшення числа працівників Центру первинної допомоги на 8 осіб, при цьому чисельність лікарів зростає на 2 особи, а чисельність середнього і молодшого медичного персоналу скоротилась на 17 осіб, що говорить про те, що зменшення числа працівників у 2018 році було компенсовано в основному збільшенням числа немедичного персоналу закладу. У 2019 році тенденції зміни числа працівників змінилися – спостерігалось скорочення числа працюючих на 11 осіб, при незмінній чисельності лікарів та при збільшенні числа працівників середнього і молодшого медичного персоналу на 5 осіб.

Змінна тенденція чисельності працюючих зумовила необхідність привернення додаткової уваги до зміни показників оплати праці. Зазначимо, що середня заробітна плата працівників медичного закладу у розглянутий період мала позитивну тенденцію змін. У 2018 році зростання середньомісячної заробітної плати одного працівника склало – 20,72%, або 1010 грн., у той же час у 2019 р. відмічається менш суттєве збільшення показника оплати праці – лише на 17,13%, або на ту ж суму, що і у попередньому році – 1010 грн. Звичайно, що основною причиною такої тенденції є необхідність збільшення оплати праці на фоні зростання величини мінімальної заробітної плати, а також оптимізація чисельності працівників закладу. На таку причину частково вказує і порівняння тенденції зміни заробітної плати та змін продуктивності праці працівників закладу охорони здоров'я. Оскільки, при зростанні продуктивності праці працівників підприємства у 2018 році на 15,3% відбулось збільшення в оплаті праці на

20,7%, а у 2019 році при зростанні продуктивності праці працівників на 15,77% чисельність працюючих скоротилась на 9,5%, а збільшення оплати праці склало 17,13%.

Зміна оплати праці у досліджуваній період вказує також на те, що відсутня пряма залежність між темпами зміни числа звернень до лікарської установи та оплатою праці персоналу Центру первинної медико-санітарної допомоги. Оскільки у 2018 році спостерігалась зменшення числа звернень, а у 2019 році – зростання при наявній позитивній динаміці показника середньомісячної заробітної плати.

Сам показник середньомісячної заробітної плати вказує на те, що розмір заробітної плати працівників підприємства є достатньо низьким у порівнянні із середнім рівнем по країні.

Загальна кількість ліжкомісць закладу залишилася незмінною у продовж досліджуваного періоду і вона не зовсім відповідає встановленим нормативам по кількості ліжкомісць на 10 тис. населення. У зв'язку із чим заплановане зменшення чисельності ліжкомісць у закладі, однак проблеми пандемії і зростання захворюваності на коронавірусну інфекцію внесли певні корективи у плани підприємства.

Що стосується рентабельності діяльності закладу охорони здоров'я, то у даному випадку ми можемо спостерігати змінні тенденції – від фіксування збитковості діяльності у 2017 році до незначного збільшення прибутковості у наступних періодах. В цілому величина показника рентабельності (збитковості) підприємства вказує на практично нульову прибутковість підприємства, що прямо пов'язано із специфікою роботи самого закладу охорони здоров'я.

Проаналізувавши показники фінансово-господарської діяльності Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги, можна зробити висновок про певні позитивні зрушення у роботі діяльності закладу охорони здоров'я. У той же час, негативні зміни у чисельності працюючих, прибутковості, скорочені вартості основних фондів, вказують на існування певних проблем у функціонуванні підприємства.

2.4 Аналіз системи управління активами підприємства

Важливу частину менеджменту будь-якої організації складає ефективне управління активами підприємства – оборотними та необоротними фондами.

Оборотні кошти будь-якого підприємства складають запаси, товари, матеріальні ресурси, дебіторська заборгованість і гроші.

Оскільки дебіторська і кредиторська заборгованість знаходяться у тісному взаємозв'язку, розглянемо їх динаміку у табл. 2.3 для розуміння ступеня дотримання фінансової дисципліни на підприємстві.

Таблиця 2.3 – Дебіторська та кредиторська заборгованість підприємства у 2017-2019 рр. (тис.грн.)

Назва	На кінець року			Абсолютна зміна до попереднього періоду, тис.грн	
	2017	2018	2019		
Поточна дебіторська заборгованість, тис.грн	0	7,8	12,3	7,800	4,500
Поточна кредиторська заборгованість, тис.грн.	0	0	0	0,000	0,000
Інші поточні зобов'язання, тис.грн.	2,6	8,1	3,9	5,500	-4,200

Наведені у табл. 2.3. дані свідчать, про те, що заклад охорони здоров'я в цілому дотримується платіжної дисципліни і, хоча, у продовж періоду можна спостерігати стрімке зростання величини дебіторської заборгованості від повної її відсутності у 2017 р., до рівня 12,3 тис.грн. у 2019 р., це зростання не є критичним і може бути викликане об'єктивними причинами. Щодо кредиторської заборгованості то у підприємства вона відсутня, т.т. підприємство сумлінно виконує свої зобов'язання перед контрагентами, однак у період 2017-2019 рр. можемо спостерігати незначні коливання рівня поточних зобов'язань. Сума поточних зобов'язань підприємства є незначною і виникла як зобов'язання по податковому кредиту.

Не менш важливими активами підприємства є запаси і грошові кошти. Проаналізуємо їх рух за допомогою табл. 2.4.

Таблиця 2.4 – Динаміка рівня запасів та наявності грошових коштів на рахунках підприємства у 2017-2019 рр.

Назва	Сальдо на кінець року, тис.грн.			Зміна до рівня базового 2017 року, (+/-)	
	2017	2018	2019		
Запаси	603,2	588,5	658,7	-14,700	70,200
Гроші та їх еквіваленти	0,1	149	216,3	148,900	67,300

Як можна помітити з табл. 2.4 величина запасів на кінець 2019 року зростає і в порівнянні із 2018 р. на 11,9%, і у порівнянні з рівнем 2017 р. – на 9,2%, або на 14,7 тис.грн. та 70,2 тис.грн. відповідно. Що свідчить про покращення забезпеченості підприємства необхідними засобами для надання первинної допомоги. Щодо аналізу структури запасів, то зазначимо, що у даного підприємства вони формуються за рахунок запасів перев'язувальних матеріалів, лікарських засобів та предметів медичного призначення, а також запчастин для автомобілів та медичних засобів інвалідів. Без формування даних запасів підприємство не зможе функціонувати і забезпечувати належний рівень надання послуг.

Динаміка зростання суми коштів на рахунку підприємства є позитивною, оскільки у порівнянні із рівнем 2017 року, коли на кінець року у підприємства на рахунку залишалась незначна сума (підприємство недофінансовувалось і мало проблеми із оплатою своїх зобов'язань), до наявності на рахунку на кінець 2019 року суми 216,3 тис.грн. Однозначно можна стверджувати, що позитивна динаміка найбільш ліквідного активу – коштів на рахунку і не менш важливого компоненту забезпечення стійкості функціонування підприємства – запасів, є позитивною тенденцією і вказує на покращення ситуації на підприємстві. Більш детальний аналіз оборотних активів для нашого дослідження не є необхідним, перейдемо до аналізу необоротних активів.

Необоротні активи нашого комунального підприємства представлені виключно основними засобами. Оскільки діяльність нашого підприємства потре-

бує високого рівня оснащення і застосування значної кількості апаратних засобів, спробуємо оцінити на скільки підприємство забезпечене фондами, т.т. на скільки добре оснащена площадка Центру для надання медичних послуг. Значимо також, що основними фондами нашого підприємства є будівлі Центру первинної допомоги та господарські споруди, гаражі, склади тощо, машини та обладнання, в т.ч. силові машини (генератор електроенергії), інвентар, транспортні засоби, всі які використовуються для забезпечення діяльності.

Аналіз наявності основних фондів проведемо за допомогою табл. 2.5.

Таблиця 2.5 – Динаміка показників вартості основних фондів на кінець року в 2017-2019 рр.

Показники	На кінець року, тис.грн.			Абсолютне відхилення		Темпи росту, %	
	2017	2018	2019	2018 р. до 2017 р.	2019 р. до 2018 р.	2018 р. до 2017 р.	2019 р. до 2018 р.
Залишкова вартість основних фондів	1627,4	1619,4	1504,9	-8	-114,5	99,508	92,929
Первісна вартість основних фондів	3487,7	3749,6	3916,9	261,9	167,3	107,509	104,462
Знос	1860,3	2130,2	2412	269,9	281,8	114,508	113,229

Отже, як видно з табл. 2.5., на кінець року первісна вартість фондів з роками зростає – на 7,5% у 2018 р. і на 4,46% у 2019 р. У той же час, залишкова вартість основних фондів у продовж 2017-2019 рр. знижувалась з 1627,4 у 2017 році до 1502,9 тис.грн. – у 2019 році. Причина, перш за все, це зростання суми зносу. Збільшення вартості основних фондів пов'язане в основному з проведенням капітального ремонту у приміщеннях та купівлею нової техніки, що зумовило зростання їх первісної вартості. Слід відмітити також, що зростання було обумовлене придбанням обладнання довгострокового користування. Так за даними звітності підприємства у 2017 р. були проведенні роботи по капітальному ремонту на суму 266,9 тис.грн., придбане обладнання на суму – 44,1 тис.грн. У 2018 р. збільшення вартості фондів було зумовлене придбанням Центром медичного обладнання на 110 тис.грн., комп'ютерної техніки – на 52 тис.грн. та іншого обладнання – на 54 тис.грн. У 2019 р. збільшення вартості основних фон-

дів було зумовлене проведенням ремонту автомобілів на 81,6 тис.грн; придбанням медичних та технічних засобів для забезпечення інвалідів та дітей-інвалідів – 75,3 тис. грн; для ремонту амбулаторій – 50 тис.грн.

Основні показники ефективності використання основних засобів відобразимо у таблиці 2.6. та проаналізуємо їх.

Таблиця 2.6 – Показники використання основних фондів закладу охорони здоров'я

Показники	На кінець року, тис.грн.			Абсолютне відхилення		Темпи росту, %	
	2017	2018	2019	2018 р. до 2017 р.	2019 р. до 2018 р.	2018 р. до 2017 р.	2019 р. до 2018 р.
Фондовіддача, грн./грн.	6,280	6,655	7,248	0,38	0,59	105,972	108,904
Фондомісткість, грн./грн.	0,159	0,150	0,138	-0,01	-0,01	94,365	91,824
Фондоозброєність тис.грн./чол.	12,862	13,995	14,878	1,13	0,88	108,804	106,308
Коефіцієнт зносу	0,533	0,568	0,616	0,03	0,05	106,510	108,393
Коефіцієнт придатності	0,467	0,432	0,384	-0,03	-0,05	92,558	88,960

Як слідує з даних у табл. 2.6. показник фондівіддача на протязі 3-х років має позитивну тенденцію, т.т. поступово зростає. У 2018 р. відмічено збільшення показника фондівіддачі на 5,9%, а у 2019 р. – зростання склало 8,9%. Оскільки фондівіддача є більша за 1, то можна сказати, фонди підприємством використовуються ефективно.

Що стосується показника фондомісткості, то найвищим цей показник був в 2017 році. Що стосується показника фондоозброєності, він має змінний характер коливань. У 2018 р. спостерігалось незначне зменшення показника, що було зумовлено в основному збільшенням числа працюючих у Центрі первинної медичної допомоги.

Наведені дані свідчать про достатньо ефективне використання основних фондів закладом охорони здоров'я. У той же час відсутність належного фінансування не дозволяє у повній мірі підприємству виконувати роботи по віднов-

ленню, належному ремонту обладнання і приміщень. Проблема ремонту приміщень і обладнання є нагальною у зв'язку із тривалим періодом недофінансування закладів охорони здоров'я і значним фізичним і моральним зносом останніх.

Оскільки основні і обігові кошти підприємства формують його капітал, то у табл. 2.7. проаналізуємо структуру капіталу нашого закладу охорони здоров'я.

Таблиця 2.7 – Динаміка основних елементів капіталу підприємства, тис.грн.

Показники	Роки			Абсолютне відхилення, тис.грн.	
	2017	2018	2019	2018 р. до 2017 р.	2019 р. до 2018 р.
Власний капітал	2228,1	2356,6	2323,4	128,5	-33,2
Статутний капітал	3487,7	3511,5	3294,2	23,8	-217,3
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	-1259,6	-1154,9	-970,8	104,7	184,1

Дані табл. 2.7 свідчать про те, що протягом періоду 2017-2019 рр. відбувалося коливання суми капіталу підприємства – так у 2018 році сукупний капітал збільшився на 128,5 тис.грн, а вже в 2019 році зменшився склало 33,2 тис.грн. до рівня попереднього року. Зменшення сукупного капіталу підприємства відбувається за рахунок зростання суми непокритого збитку. У той же час сума непокритого збитку з роками зменшується, що вказує на певні позитивні тенденції у роботі центру. Статутний капітал підприємства також зазнавав змін, це було пов'язано із створенням і подальшими трансформаціями Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги.

2.5 Аналіз системи менеджменту персоналу на КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги»

Для оцінки кадрового менеджменту на підприємстві проведемо аналіз кадрового забезпечення та використання персоналу підприємства за останні 2017-2019 роки з використанням даних табл. 2.8.

Таблиця 2.8 – Динаміка кадрового забезпечення та використання персоналу підприємства в 2017-2019 рр.

Категорія персоналу	Дані по роках			Темп зростання, %	
	2017	2018	2019	Зміна 2018 до 2017 року	Зміна 2019 до 2018 року
Чисельність персоналу всього чол.	124	116	105	93,55	90,52
в тому числі:					
- лікарі	14	16	16	114,29	100,00
- середній медичний персонал	65	60	56	91,54	94,12
- молодший медичний персонал	13	11	10	84,62	90,91
- спеціалісти (немедики)	13	13	10	100,00	76,92
- інший персонал	19	18	13	94,74	72,22

На підприємстві відбувається оптимізація кадрового складу. Це проявляється у зменшенні кількості зайнятих у діяльності закладу охорони здоров'я. Протягом трьох років чисельність персоналу зменшилася на 19 осіб. Можна також помітити зміни у структурі персоналу (рис. 2.5), зокрема зростання частки лікарів та середнього медичного персоналу з роками за рахунок зменшення частки молодшого медичного персоналу та спеціалістів немедиків. Основними причинами таких тенденцій є низька оплата праці та адаптація підприємства до нових умов функціонування, коли для ефективної роботи працівнику необхідно молодіти більш високим рівнем знань і умінь для надання медичних послуг широкого профілю.

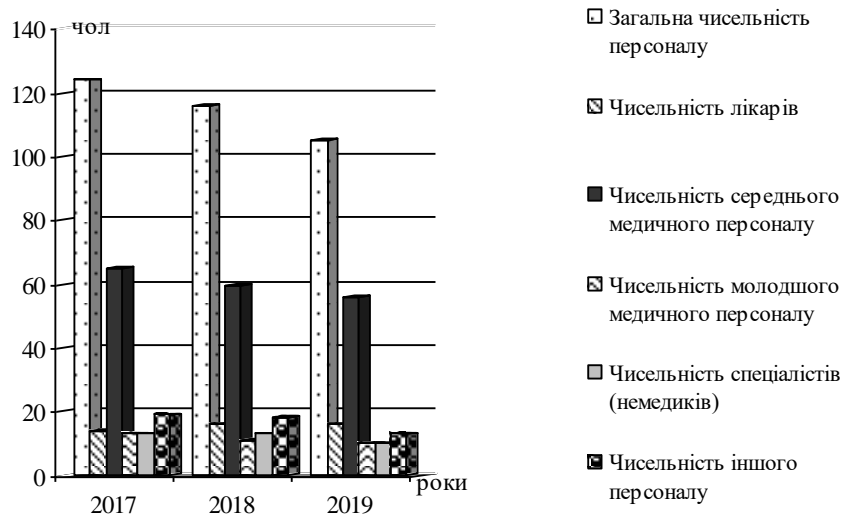


Рисунок 2.4 – Динаміка кадрового складу працівників підприємства

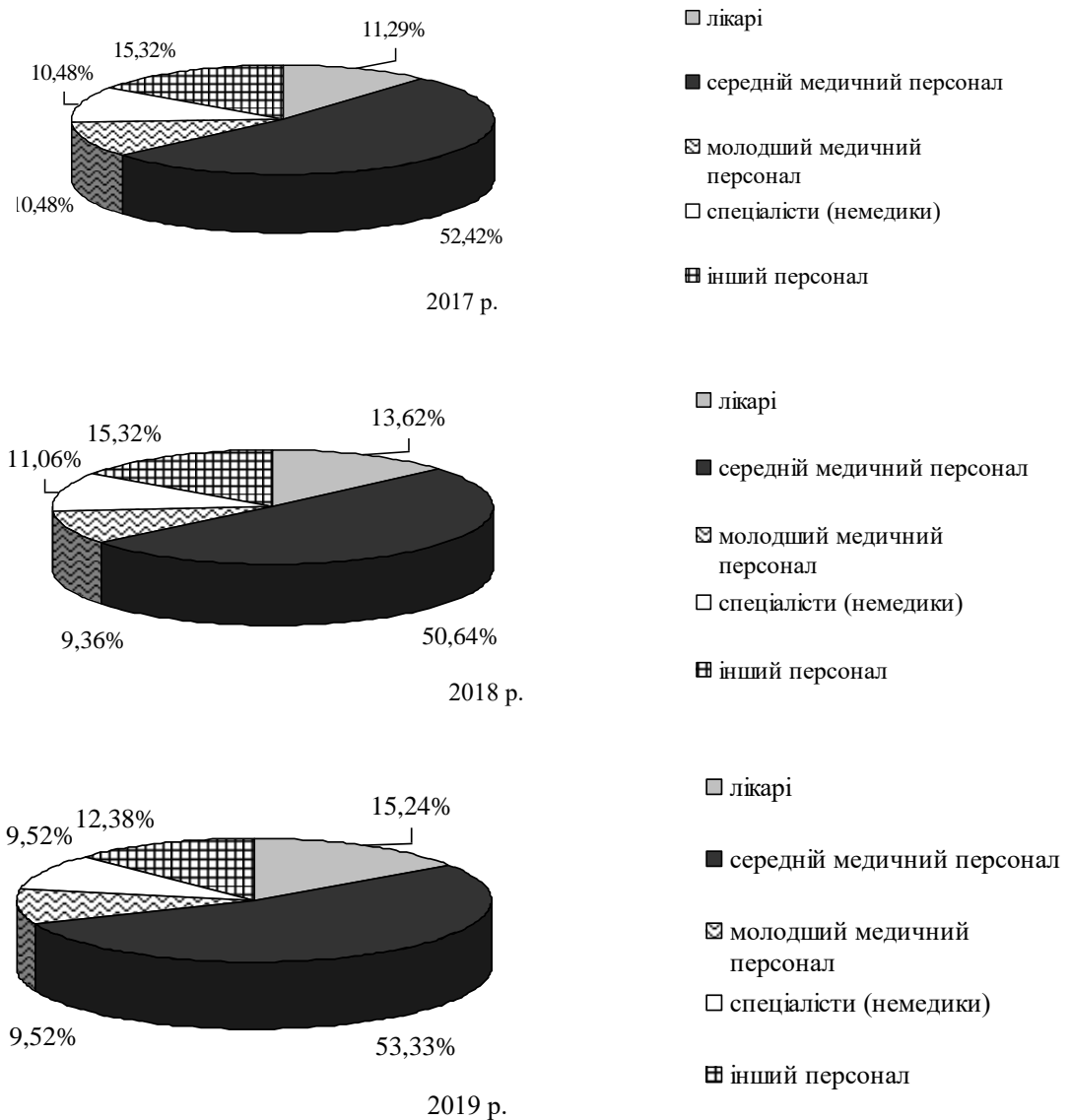


Рисунок 2.5 – Структура персоналу КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги» у 2017-2019 рр.

Як бачимо з таблиці 2.8 в продовж 2017-2019 рр. тенденція до зміни чисельності працюючих в цілому по підприємству є негативною, так в 2018 році відбулося зменшення чисельності працюючих у Центрі первинної допомоги на 8 осіб, що складає 93,55 % до рівня 2017 р. Скорочення чисельності середнього медичного персоналу (на 5 осіб) і молодшого медичного персоналу (на 2 чол.) є основною причиною зменшення загальної чисельності працюючих, за категорією працюючих – немедики, коливання не відбулося, кількість іншого персоналу скоротилась на 1 особу від рівня попереднього року.

Ситуація у 2019 р. характеризується скороченням числа працюючих на 11 чол., або 9,5%. Слід відмітити, що при сталій чисельності лікарів відбулось зменшення чисельності середнього медичного персоналу на 4 чол., чисельність молодшого медичного персоналу скоротилась на 1 особу, скорочення не оминило також категорію працюючих немедиків, чисельність яких зменшилась на 3 чол., або на 23,1%. Відбулось у 2019 р. також і скорочення іншого персоналу на 5 осіб, або на 27,8%. Підсумовуючи можемо зазначити, що динаміка чисельності працюючих у Центрі працівників є негативною, однак позитивним є момент зростання числа лікарів у закладі, т.т. у структура персоналу закладу стає більш якіснішою.

Функції які вони виконує кадрова служба Центру наведемо у таблиці 2.9.

Деякі з перерахованих функцій не виконуються фактично – це функції мотивації. Роблячи висновок з аналізу попередніх функцій мотивація на підприємстві знаходиться у поганому стані і потребує всебічного вивчення.

Проаналізуємо показники ефективності використання кадрів взявши вихідні показники у попередніх таблицях.

Виходячи із даних табл. 2.10 зазначимо, що фінансова продуктивність одного працюючого та одного лікаря у період з 2017 року по 2019 рік збільшується, динаміка є позитивною: у 2018 році зростання доходності діяльності одного працівника склало 15,3% у 2019 році – 15,77%. А от зміна доходності роботи лікарів характеризується дещо іншою тенденцією – так у 2018 р. спостері-

галось зменшення доходності на 5,7%, у 2019 р. ситуація змінилась – відмічається збільшення доходності від діяльності лікарів на 4,79%.

Таблиця 2.9 – Реалізація функції кадрового менеджменту у Чернівецькому центрі первинної медико-санітарної допомоги

Функціональний блок	Зміст функції	Виконавець функції
Планування потреб у персоналі	Визначення потреб у персоналі	Начальник відділу кадрів
Забезпечення персоналом	Отримання і аналіз інформації щодо потреб у персоналі Відбір і ділова оцінка персоналу	Начальник відділу кадрів Головний лікар
Розвиток персоналу	Планування і реалізація кар'єри Організація професійного навчання Підвищення кваліфікації	Не виконується Інспектор відділу кадрів Інспектор відділу кадрів
Використання персоналу	Визначення змісту праці на робочих місцях Ведення персоналу його адаптації до трудової діяльності Забезпечення безпеки робочих місць Вивільнення персоналу	Інженер з ОП Не виконується Головний лікар, керівники структурних підрозділів Начальник відділу кадрів
Мотивація персоналу	Управління процесом мотивації Управління конфліктами Використання спонукальних систем Використання стилю і методів керівництва	Не виконується Керівник підрозділу Не виконується Не виконується
Правові процеси управління персоналом	Правове забезпечення трудових відносин Облік персоналу	Начальник відділу кадрів Інспектор відділу кадрів
Стратегія кадрової політики	Розробка основних напрямків роботи з персоналом у перспективі	Начальник відділу кадрів

Таблиця 2.10 – Показники ефективності використання персоналу у закладі охорони здоров'я

Показник	Одиниця виміру.	Дані по роках			Темп зміни до попереднього року, %	
		2017	2018	2019	2018/2017	2019/2018
1. Фінансова продуктивність одного працюючого	тис.грн./чол.	80,780	93,141	107,832	115,301	115,774
2. Фінансова продуктивність одного лікаря	тис.грн./чол.	715,482	675,269	707,650	94,380	104,795
3. Обсяг фінансування діяльності на одного працюючого	тис.грн./чол.	76,825	86,627	103,767	112,758	119,786
4. Середньорічна кількість звернень до 1 працівника	од./чол.	4153,710	3894,397	4222,095	93,757	108,415
5. Зарплатомісткість одиниці продукції, послуг, робіт	грн./грн.	0,722	0,756	0,765	104,700	101,175

Не можна у повній мірі стверджувати, що збільшення доходності діяльності Центру пов'язане з покращенням діяльності виключно лікарів. Збільшення обсягів фінансування закладу прямо не корелює зі збільшенням доходності діяльності закладу охорони здоров'я.

Оскільки порівняння темпів росту обсягів фінансування у 2018 році і доходності вказує на більш низькі темпи збільшення обсягів фінансування ніж фінансової продуктивності працівників закладу. У 2019 ситуація дещо змінилась – темпи росту фінансової продуктивності виявилися нижчими від темпів приросту обсягів фінансування Центру.

Зарплатомісткість одиниці послуг має зростаючу тенденцію на протязі досліджуваного періоду – зростання у 2018 р. склало 4,7% і у 2010 р. на 1,17%. Значення цього показника вказує на те, що достатньо висока питома вага витрат на оплату праці у доходах Центру.

Що стосується аналізу системи мотивації у Чернівецькому центрі первинної допомоги, то така система існує. Вона сформована і діє у рамках затвердження програми «Місцевих стимулів для медичних працівників, які надають первинну медико-санітарну допомогу населенню Чернівецького району Вінницької області» програма на думку розробників повинна була запровадити системний підхід до вирішення сучасних проблем закладу охорони здоров'я первинного рівня, зміцнити його потенціал, підвищити медичну, соціальну та економічну ефективність. Нажаль, дана програма мало відрізняється від типової. Її аналоги представлені і в інших міста України у центрах первинної медико-санітарної допомоги.

Основна мета діючої програми задекларована таким чином – забезпечення належного рівня надання первинної медико-санітарної допомоги населенню Чернівецького району, підвищення рівня укомплектованості та запобігання відтоку лікарів, підвищення престижу і соціального статусу медичних працівників первинної ланки.

Фінансування програми мотивації повинно здійснюватися відповідно до чинного законодавства за рахунок коштів районного та місцевих бюджетів, а

також зацікавлених суб'єктів підприємницької діяльності усіх форм власності, громадських і міжнародних організацій та інших джерел.

Фактично програма мотивації фінансується за кошти районного і місцевого бюджетів, оскільки, нажаль, підприємницькі кола Чернівецького району та громадські і міжнародні організації зацікавленості у розвитку медицини первинного рівня не виявили. Весь тягар забезпечення цієї компоненти ефективного управління закладом лежить виключно на самих підприємствах та місцевих бюджетах.

Основними напрямками реалізації програми стимулювання і для підвищення рівня мотивації праці медичних працівників первинної ланки, покращення їх соціально-побутового забезпечення було визначено:

1. Матеріальне заохочення медичних працівників (оцінене як найбільш пріоритетне). Яке повинно реалізовуватися через:

- Здійснення щомісячних додаткових стимулюючих оплат (премій) лікарям (дільничним лікарям-терапевтам, дільничним лікарям-педіатрам, лікарям загальної практики – сімейної медицини), лікарям пунктів невідкладної медичної допомоги, зокрема завідуючим амбулаторіями та пунктами невідкладної медичної допомоги, працівникам пунктів фельдшерської та фельдшерсько-акушерської допомоги, які ведуть амбулаторний прийом пацієнтів та надають медичну допомогу пацієнтам вдома за їх викликами, за умови, що такі лікарі постійно працюють не менше, ніж на 1,0 штатну посаду.

Додаткові стимулюючі оплати (премії) можуть здійснюватися лише у межах затвердженого фонду оплати праці закладу охорони здоров'я. Щомісячно у вигляді премії, розмір якої складає 50-150 % від посадових окладів без урахування усіх надбавок до них, але в будь-якому випадку сума надбавки не повинна перевищувати 5000 грн. Нарахування надбавки повинно здійснюватися пропорційно до відпрацьованого робочого часу.

Слід зазначити, що за умовами програми зазначені вище стимулюючі оплати (премії) не виплачуються працівникам, що перебувають в декретній відпустці, працівникам, які отримали службове житло, а також працівникам, які ма-

ють дисциплінарні стягнення за порушення трудової та/або виконавчої дисципліни.

- виплата премії до дня медичного працівника.

2. Забезпечення лікарів житлом. Даний компонент програми реалізується спільно із місцевими органами влади та представниками ОТГ шляхом сприяння у наданні кімнат у гуртожитках органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями району, надання службових квартир (за наявністю), сприяння у виділенні земельних ділянок під будівництво житла на території де функціонує пункт первинної медико-соціальної допомоги.

3. Соціальний захист. Даний компонент реалізується шляхом позачергове влаштування дітей лікарів первинної медико-санітарної допомоги у дитячі садки та загальноосвітні школи.

Нажаль, в існуючих документах не представлені інші можливі напрямки і засоби стимулювання і мотивування медичних працівників первинної ланки, що вказує на недостатню розробленість цього напрямку у забезпеченні якісного управління закладом.

У той же час аналіз роботи закладу дає нам підстави стверджувати, що фактично на підприємстві основним напрямком симулювання праці є матеріальна грошова форма, а саме виплата заробітної плати. Щомісячна заробітна плата медичних працівників формується з окладу (тарифної ставки) і змінної стимулюючої частини. У медичній установі встановлена одноразова винагорода за вислугу років; за роботу у святкові дні; працівникам виплачуються доплати за весь час понаднормової роботи і у вихідні дні в подвійному розмірі; виплачується матеріальна допомога у зв'язку з похороном, важкими матеріальними умовами.

Основними компенсаційними стимулюючими виплатами є:

- за кваліфікаційну категорію;
- за стаж роботи із профілю;
- за специфіку роботи в закладах охорони здоров'я;
- за вчене звання;

- за вчений ступінь;
- за наявність державних нагород;
- за роботу в амбулаторіях і ФП/ФАП;
- за роботу в стаціонарі;
- за складність і напруженість роботи;
- за керування.

Поряд з матеріальним стимулюванням на підприємстві здійснюються наступні заходи соціального стимулювання і мотивації персоналу:

- підвищення кваліфікації співробітників (навчання частково за рахунок установи);
- суворе дотримання гарантій, установлених у законодавстві про працю для працюючих жінок-матерів.

Для дотримання трудової дисципліни використовується методи адміністративного стимулювання персоналу: догани, штрафи, позбавлення премії.

Нажаль, недостатньо розвинене в установі моральне стимулювання: відсутнє присвоєння звань за досягнуті результати, заохочення нагородами за особливі результати праці, не проводяться конкурси професійної майстерності, працівники не залучаються до управління організацією.

На підприємстві прийнятий Колективний договір, який передбачає:

- одноразову виплату при реєстрації шлюбу;
- одноразову матеріальну допомогу при народженні дитини;
- дотації на харчування і проїзд;
- одноразову винагороду співробітникам, що досягли пенсійного віку;
- можливість додаткової відпустки працюючим інвалідам, працівникам, що навчаються, пенсіонерам, самотнім батькам.

На основі наведеного матеріалу ми можемо зробимо висновок і про досить посередню роботу кадрової служби підприємства, що є визначальним фактором для ефективної діяльності підприємства. Кадрова служба виконує лише базові функції по кадровому супроводу, залишаючи поза увагою питання мотивації і розвитку працівників організації.

Головний лікар більшою мірою бере участь у різних заходах щодо мотивації персоналу, які були перераховані вище. Він також бере участь у плануванні робочих місць і ліквідації нераціональних етапів виконання робіт.

Важливим аспектом його роботи має стати збалансованість особистих і корпоративних цілей, чого в організації явно недостатньо.

Поряд з матеріальними методами мотивації в організації практично не застосовуються деякі методи морального стимулювання, які б могли стати додатковими напрямками стимулювання праці працівників Центру. Наприклад відсутня практика заохочення медичних працівників у зв'язку зі знаменними подіями в їхнім житті; не організоване харчування медичних працівників, постачання питної води; хоча надається можливість отримання нових знань і навичок шляхом навчання, підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів, але масштаби даного методу мотивації дуже малі; не надто практикується просування по службі.

Механізм стимулювання і мотивування праці персоналу в Чернівецькому центрі ПМСД не досить ефективний і має суттєві недоліки. Перевага більшою мірою віддається методам матеріального стимулювання (основною та додатковою платою у вигляді різноманітних доплат), ніж нематеріальним. Підсистема соціального та морального стимулювання представлена лише базовими елементами. Система нетрадиційної мотивації, яка містить у собі моральні стимули, участь у процесах, що протікають в організації, взагалі не розвинена. Недостатня увага приділяється і організаційній культурі. На підприємстві не проводиться моніторинг потреб персоналу хоча можливості для цього є. У працівників відсутня можливість висловлювати свої побажання і пропозиції про склад соціального пакета.

Таким чином, існуюча система стимулювання і мотивування має низку недоліків, частина з них обумовлена об'єктивними факторами, частина ж має значний потенціал до покращень. Саме неефективність роботи кадрової служби і необхідність пошуку і розробки ефективної системи мотивації зумовили обрання теми дипломної роботи.

2.6 Фінансовий та ризик-аналіз діяльності підприємства

Показники фінансових результатів характеризують абсолютну ефективність господарювання підприємства. Найважливіші серед них є показники прибутку, які в умовах ринкової економіки складають основу економічного розвитку підприємства. Зростання прибутку створює фінансову базу для самофінансування, розширеного виробництва, розв'язання соціальних проблем та задоволення матеріальних проблем трудового колективу. За рахунок прибутку також виконується частина зобов'язань підприємства. Таким чином показники прибутку стають найважливішими для оцінки виробничої та фінансової діяльності підприємства. Вони характеризують ступінь його ділової активності та фінансового благополуччя. На основі прибутку визначається рівень віддачі авансованих коштів та доходність вкладень в активи даного підприємства.

Кінцевий фінансовий результат діяльності підприємства – це його балансовий прибуток або збитки, що являє собою алгебраїчну суму результату від реалізації продукції (робіт, послуг); результату від іншої реалізації; сальдо доходів та витрат від позареалізаційних операцій.

Фінансове становище підприємства – сукупність показників, що оцінюють ступінь задоволення потреб підприємства в фінансових ресурсах, необхідних для його нормального функціонування, що відображають забезпеченість або незабезпеченість підприємства грошовими коштами для здійснення нормальної господарської діяльності.

Інформаційним джерелом аналізу фінансової діяльності підприємства є бізнес-план, баланс та звіт про фінансові результати.

Фінансовий аналіз діяльності підприємства включає також аналіз показників фінансового стану підприємства.

Так фінансова стійкість підприємства показує стабільність його діяльності в світі довгострокової перспективи і характеризується співвідношенням власних і запозичених коштів. Вони відображають здатність підприємства гасити

довгострокову заборгованість. Розрахуємо коефіцієнти фінансової стійкості в табл. 2.11.

Таблиця 2.11 – Основні фінансові показники підприємства в 2019 р.

Назва показника	Формула для розрахунку	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
Показники ліквідності			
Коефіцієнт абсолютної ліквідності	$(\text{Грошові кошти} + \text{короткострокові ЦП}) / \text{Поточні зобов'язання}$	18,40	55,46
Коефіцієнт швидкої ліквідності	$(\text{Оборотні активи} - \text{товарно-матеріальні запаси}) / \text{Поточні зобов'язання}$	19,36	58,62
Коефіцієнт проміжної ліквідності	$(\text{Оборотні активи} - \text{Виробничі запаси} - \text{НВЗ}) / \text{Поточні зобов'язання}$	19,36	58,62
Коефіцієнт покриття	$\text{Оборотні активи} / \text{Поточні зобов'язання}$	92,01	227,51
Величина власного оборотного капіталу	$\text{Оборотні активи} - \text{Поточні зобов'язання}$	737,20	883,40
Коефіцієнт забезпеченості власними оборотними засобами	$(\text{Оборотні активи} - \text{Поточні зобов'язання}) / \text{Поточні зобов'язання}$	91,01	226,51
Коефіцієнт маневреності власного оборотного капіталу	$(\text{Оборотні активи} - \text{Поточні зобов'язання}) / \text{Власний капітал}$	0,31	0,38
Коефіцієнт маневреності грошових коштів	$\text{Грошові кошти} / \text{Власний капітал}$	0,06	0,09
Частка оборотних коштів у активах	$\text{Оборотні активи} / \text{Усього активів}$	0,32	0,37
Частка запасів в оборотних активах	$\text{Запаси} / \text{Оборотні активи}$	0,79	0,74
Частка власних оборотних коштів у покритті запасів	$\text{Власні оборотні кошти} / \text{Запаси}$	1,25	1,34
Показники фінансової стійкості			
Коефіцієнт заборгованості	$\text{Загальна сума заборгованості} / \text{Активи}$	0,00	0,03
Коефіцієнт фінансової стабільності	$\text{Власний капітал} / \text{Позикові кошти (коротко- та довгострокові)}$	290,94	33,77
Коефіцієнт фінансової незалежності (автономії)	$\text{Власний капітал} / \text{Валюта балансу}$	1,00	0,97
Показники прибутковості			
Рентабельність продажу, %	$\text{Прибуток від операційної діяльності} / \text{Чиста виручка від реалізації}$	0,97	2,02
Рентабельність виробництва (основної діяльності), %	$\text{Прибуток від операційної діяльності} / \text{Собівартість реалізованої продукції}$	0,98	1,65
Рентабельність сумарного капіталу, %	$\text{Чистий прибуток} / \text{Загальна вартість активів (середньорічна)}$	x	7,74
Показник чистого прибутку, %	$\text{Чистий прибуток} / \text{Виручка від реалізації}$	0,97	2,02

Визначимо також показники платоспроможності та ліквідності підприємства в табл. 2.11. Оскільки в умовах самостійності діяльності господарюючі

суб'єкти зобов'язані у будь-який момент часу терміново погасити свої зовнішні зобов'язання, т.т. бути платоспроможними, або ліквідними. Коефіцієнти ліквідності дають змогу оцінити перспективну платоспроможність підприємства.

Метою розрахунку даних показників є характеристика майнового та фінансового стану підприємства, результатів його діяльності за минулий, звітний період, а також можливостей розвитку на перспективу.

В цілому показники, розраховані в таблиці 2.11 вказують на те, що підприємство працює стабільно, однак не зовсім неефективно.

Високі показники ліквідності зумовлені відсутністю у підприємства заборгованості. Низькі показники прибутковості зумовлені специфікою діяльності нашого підприємства – воно не є прибутковим. У той же час слід відмітити збільшення показника прибутковості підприємства на кінець 2019 р., що зумовлено не тільки зростанням доходу від основного виду діяльності, а таж отриманням інших доходів підприємством, в т.ч. від орендних операцій.

Інформація структурована в таблиці 2.11 та у таблицях попередніх розділів, зокрема дані табл. 2.1. свідчить посередній рівень доходності діяльності підприємства, стабільну його діяльність у продовж періоду 2017-2019 рр.

Ситуація у 2019 р. характеризується найвищим рівнем ефективності діяльності підприємства з розглянутого періоду, найгірші показники прибутковості підприємства були відмічені у 2017 р.

З метою проведення комплексної оцінки діяльності нашого підприємства та визначення заходів відповідальності персоналу, вважаємо за необхідне визначити основні типи ризиків, з якими може стикнутися Центр і поява яких є найбільш імовірною. Отже, список ідентифікованих ризиків буде виглядати так:

1. Соціально-політичні ризики.
2. Ризики, пов'язані з медичною діяльністю (професійні ризики, цивільно-правова відповідальність, ризики, пов'язані із загрозою здоров'ю медичних працівників.
3. Ризики пов'язані із управлінням (на рівні закладу охорони здоров'я,

галузі).

4. Ризик появи надзвичайних/позаштатних ситуацій (техногенний, екологічний ризик).

5. Фінансово-економічні ризики.

Так соціально-політичні ризики можуть проявитися через:

- зміни в законодавстві по формах і методах організації медичної допомоги населенню;
- внесення змін у систему фінансування охорони здоров'я ;
- розвиток нових економічних відносин і методів управління сферою охорони здоров'я;
- введення і реорганізація системи медичного страхування;
- приватизація суб'єктів охорони здоров'я;
- інноваційні процеси в удосконаленні нормативно-правової бази охорони здоров'я.

Ризики, пов'язані з управлінням будуть мати місце через:

- відсутність системи базової підготовки фахівців в області управління і економіки охорони здоров'я, медичного права;
- некомпетентність управлінців у сфері менеджменту, економіки і законодавства в охороні здоров'я;
- низький професійний рівень певної частини персоналу;
- не обґрунтований вибір стратегії реформування галузі.

Професійні (медичні) ризики, пов'язані із цивільно-правовою відповідальністю: діагностичні, лікувальні, медикаментозні, профілактичні, інфекційні та психогенні (психоемоційні) тощо.

Ризики, пов'язані із загрозою здоров'ю медичних працівників з боку: хворих з особливо небезпечними інфекціями; хворих вірусними гепатитами В и С, ВІЛ інфекцією, сифілісом і іншими венеричними захворюваннями; хворих на туберкульоз; психічно хворих; наркозалежних, злочинців, що зазіхають на медичний персонал з метою одержання наркотичних засобів та інші.

Інші ризики: техногенні (техніко-експлуатаційні); пожежонебезпечні; вибухонебезпечні (зберігання та експлуатація кисню); екологічні тощо.

Таблиця 2.12 – Основні ризики підприємства і способи реагування на них

Можливі ризики	Заходи щодо усунення ризиків	Відповідальні
Збільшення числа кількості скарг від населення.	Вивчення задоволеності громадян медичними послугами шляхом проведення анкетування, моніторингу журналів скарг і пропозицій. Робота комісії з розгляду скарг пацієнтів. Проведення тематичних конференцій по етиці, семінарів у колективі, винесення дисциплінарного стягнення по обґрунтованих скаргах.	Завідувачі відділень, амбулаторій
Відхилення граничних значень показників індикаторів якості в гіршу сторону.	Розробка планів по усуненню дефектів і відхилень по кожному граничному індикатору якості медичної допомоги.	Головний лікар, завідувачі відділень
Реєстрація випадків контакту лікарів з хворими на небезпечні хвороби	Робота по затвердженому оперативному плану профілактичних і протиепідемічних заходів та інструкцій поведінки із відпорними хворими	Головний лікар Головна медсестра
Порушення фінансово-економічного характеру	Контроль за коштами, що надходять у рамках фінансування закладу. Цільове використання коштів	Головний лікар
Ризики неуккомплектованості штату	Робота відповідно до штатного розпису та з планами по підвищенню кваліфікації працівників	Головний лікар. Керівник відділу кадрів
Забезпечення безпеки персоналу	Укладання договорів із відповідними організаціями по охороні	Головний лікар, керівник адміністративно-господарського відділу

Для недопущення, мінімізації проявів, несприятливого впливу ризиків керівництвом використовуються такі процедури:

1. Систематично проводиться огляд структур і процесів по управлінню клінічними і неклінічними ризиками, а також забезпечення їх впровадження для безпеки пацієнта і персоналу, розбираються скарги.
2. Виявляються основні ризиків, які можуть поставити під загрозу досягнення Центру, показники ефективності.
3. Здійснюється навчання відповідних співробітників в області оцінки ризиків і аналіз причин їх виникнення.
4. Забезпечується інформування співробітників про інциденти та схеми нівелювання наслідків.
5. Використовується технологія аналізу першопричин для ефективного розслі-

дування ризиків.

6. Розробляється динамічну систему зворотного зв'язку для несприятливих випадків.

З метою систематизації інформації про діяльність медичної установи проведемо також SWOT-аналіз для визначення основних пріоритетів, проблем і можливостей, що виходять із зовнішнього і внутрішнього середовища Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги. Матрицю SWOT-аналізу факторів діяльності Центру представимо у виді таблиці 2.13.

Аналізуючи дані SWOT-Матриці, діяльність центру можна охарактеризувати як високоризикове, тому що є комбінація сприятливих можливостей при великих небезпеках, значний вплив зовнішніх погроз.

Для успішного аналізу факторів діяльності методом SWOT важливо не тільки виявити загрози і можливості та оцінити їх з погляду впливу і важливості на управління Центром.

Виходячи із аналізу діяльності підприємства ми можемо зазначити, що найбільший вплив на діяльність Центру первинної допомоги здійснюють такі зовнішні фактори:

- ступінь державної підтримки системи охорони здоров'я;
- поява нових технологій надання медичної допомоги населенню;
- зростання попиту на медичні послуги.

SWOT-аналіз Центру первинної допомоги, наведено у табл. 2.13. У ньому визначені як можливості, що характеризують діловий клімат та очікування споживачів, так і загрози з боку зовнішнього середовища. Попарне порівняння сильних сторін підприємства, які відображають його внутрішній потенціал і можливості, що надає зовнішнє середовище, дає змогу визначити напрямки розвитку підприємства.

Таблиця 2.13 – Матриця SWOT-аналізу Чернівецького центру ПМСД

Зовнішнє середовище	
<u>Можливості</u>	<u>Загрози</u>
1. Зростання попиту на медичні послуги. 2. Можливість отримання державної підтримки. 3. Активна позиція місцевої влади 4. Поява нових технологій. 5. Розширення зони обслуговування. 6. Зростання числа платоспроможних пацієнтів	1. Зміна вимог до процесу надання медичних послуг 2. Зростання соціально-політичної нестабільності. 3. Зростання тиску конкурентів. 4. Зміни в потребах споживачів. 5. Зростання цін на ресурси. 6. Скорочення державного фінансування 7. Старіння населення. 8. Падіння народжуваності. 9. Погіршення екологічної обстановки. 10. Зростання загальної захворюваності. 11. Нестача медикаментів, сироваток тощо. 12. Поглиблення фінансової кризи. 13. Зростання безробіття. 14. Зміна курсу політики у сфері медицини.
Внутрішнє середовище	
<u>Сильні сторони</u>	<u>Слабкі сторони</u>
1. Мережа структурних підрозділів Центру наближена до пацієнтів. 2. Висока компетентність персоналу. 3. Лояльність до персоналу 4. Високий рівень укомплектованості штату. 5. Наявність власного автотранспорту. 6. Високий рівень диспансеризації. 7. Багатоканальність фінансування	1. Зношеність обладнання. 2. Недостатня кількість ресурсів. 3. Недостатня забезпеченість технікою у т.ч. офісною. 4. Відсутність стабільного зв'язку. 5. Значна кількість персоналу пенсійного і передпенсійного віку. 6. Недостатня укомплектованість штату у сільських ФП та ФАП 7. Відсутність обладнання для повноцінного впровадження програм телемедицини та електронного документообігу. 8. Відсутність ефективних мотиваційних програм та скорочення програм розвитку лікарів. 9. Погіршення епідеміологічної ситуації. 10. Посередній рівень взаємодії з закладами II та III рівня надання медичної допомоги. 11. Складність розподілу коштів.

В той же час порівняння слабких сторін підприємства, що знижують його потенціал розвитку, із загрозами з боку зовнішнього середовища дає змогу зрозуміти, у якому напрямку слід здійснювати вдосконалення внутрішнього середовища підприємства для того, щоб підвищити його конкурентоспроможність.

Виходячи із результатів діяльності підприємства та його історії можна сказати, що кваліфікація працівників і виробничі та технологічні можливості матеріальної бази підприємства є достатніми для реалізації стратегії виживання Центру. У той же час про перехід до стратегії розвитку на даному етапі не йдеться. Не дивлячись на те, що фінансові показники підприємств покращилися за три останні роки, в цілому ситуація у Центрі не є оптимістичною. Це

пов'язано у більшу чергу із подальшою реалізацією реформ у сфері медицини та системною економічною кризою, що має місце в Україні.

Висновки до 2 розділу

В даному розділі роботи був проведений аналіз діяльності КНП «Чернівецький центр первинної медико-санітарної допомоги», яке відповідно до установчих документів є комунальним неприбутковим підприємством.

Основний напрямок діяльності – забезпечення населення Чернівецького району Вінницької області медичним обслуговуванням на первинному рівні.

Техніко-економічний аналіз діяльності, проведений у роботі дав змогу об'єктивно оцінити існуючі процеси, які відбуваються на підприємстві. Так відмічається зростання доходності діяльності підприємства і збільшення обсягів фінансування його з боку державного і місцевого бюджетів. З фінансової точки зору діяльність підприємства можна назвати позитивною, оскільки відбулося вирівнювання ситуації і підприємство у подовж 2018-2019 рр. отримує позитивний фінансовий результат.

Однак на підприємстві має місце недоукомплектованість кадрів і значна плинність персоналу, фіксуються проблеми з якістю обслуговування пацієнтів, підвищення рівня невдоволеності працівників, зростання конфліктності, що стає основою для пошуку варіантів розв'язку цієї проблеми шляхом удосконалення системи мотивації у Центрі первинної медико-санітарної допомоги.

Зазначимо, що система мотивації на підприємстві недостатньо розроблена і визначена лише у загальних рисах на основі нормативних документів органів управління.

На основі проведеного в даному розділі роботи фінансово-економічного та управлінського аналізу діяльності Чернівецького центру первинної медичної допомоги в проектній частині роботи відповідно до поставленого завдання визначимо низку заходів з удосконалення роботи персоналу Центру та окреслимо основні напрямки покращення системи мотивування його працівників.

3 ФОРМУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ МОТИВАЦІЇ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ КНП «ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

3.1 Формування загальних рекомендацій із удосконалення процесу мотивування і стимулювання праці працівників підприємства

Автономізація закладів медичної допомоги вносить свої корективи у процес формування систем мотивації. Оскільки по суті відбувається народження нового підприємства, формування нової структури відносин всередині закладу з приводу управління. Створення нової системи мотивації, моделі оплати персоналу – завдання, яке стоїть перед управлінською командою кожного Центру первинної допомоги, що переходить на нові умови фінансування. Чернівецький Центр первинної допомоги не є виключенням.

Автономізація медичних закладів призводить до необхідності побудови внутрішніх систем та процесів управління, які раніше були відсутні або керувались уніфікованими схемами, принесеними ззовні (накази МОЗ). Важливе місце серед таких процесів посідає мотивація персоналу.

Слід зазначити, що ефективна мотивація персоналу не є окремим ізольованим елементом – вона базується на стратегії закладу, чіткому розподілі праці, критеріях оцінювання персоналу та підрозділів.

Модель мотивації праці працівників створюється для конкретної організації в конкретних умовах, і враховує її особливості. Серед найбільш значущих чинників наступні:

- існуюча модель надання первинної допомоги, що склалася на момент автономізації, яка характеризується: певною структурою лікарського персоналу; поточним «навантаженням» на одного лікаря:

- середня кількість закріплених пацієнтів за лікарями по категоріях (терапевт, педіатр, сімейний лікар). Оптимальне навантаження, рекомендоване НСЗУ, – 1800 пацієнтів.

- типовим співвідношенням лікарів і медичних сестер (одна або дві медсестри, що працюють з одним сімейним лікарем).

- розміром адміністративного та допоміжних підрозділів; додаткових підрозділів та їх кількістю.

- масштаб закладу та наявність на території обслуговування інших центрів:

- кількість пацієнтів, що обслуговуються Центром;

- кількість амбулаторій, які перебувають в різних місцях: потрібна різ-на кількість обслуговуючого персоналу, призначення додаткових завідувачів амбулаторіями і різний рівень витрат на комунальні послуги;

- кількість ЦПМСД в одному місті. У нашому випадку ЦПМСД на ви-значеній території лише один, тому у жителів району майже немає вибору і во-ни всі будуть обслуговуватися в даному ЦПМСД, що «гарантує» йому залучен-ня пацієнтів.

- стан будівель, та оснащеність амбулаторій:

- рівень відповідності приміщень сучасним вимогам, рівень енергое-фективності, стан комунікацій, потреба в ремонті;

- оснащення амбулаторій:

- кількість персоналу, що працює на даний момент в організації і середній рі-вень оплати праці співробітників різних категорій.

- розмір фінансової підтримки з боку місцевих бюджетів, особливо на цілі, по-в'язані з мотивацією персоналу. Якщо місцева влада буде забезпечувати допла-ти медичному персоналу, зарплати будуть вищі. Якщо така допомога з моменту підписання договору з НСЗУ припиниться, установі складно забезпечити навіть попередній рівень оплати.

Існування великої кількості особливостей різних медичних закладів унеможлиблює використання підходу «єдина формула для всіх». Тобто кожному Центру необхідно ретельно вибудовувати та визначати свою унікальну модель.

Завдання системи мотивації прості:

- стимулювати працівників на досягнення цілей організації: якщо працівник допомагає організації в досягненні цілей, це має відобразитися на його/ її винагороді. Наприклад, якщо ЦПМСД поставив завдання досягти оптимальної кількості пацієнтів, кожна практика отримує свій відповідний показник, і саме члени команд практик, що виконали цей показник, отримують найбільшу винагороду. Відповідно перш, ніж в закладі формуватимуть систему фінансової мотивації, варто задатись питанням: а якими є цілі закладу (оперативні та стратегічні), та яку роль відіграє та чи інша посада або той чи інший підрозділ в досягненні цих цілей. На перше питання дасть відповідь стратегія, на друге питання – організаційна структура закладу, посадові інструкції та ключові показники підрозділів/ посад, створені під стратегію закладу. Тобто за відсутності цих документів в організації або, якщо вони існують лише на папері, виконання цього завдання системою мотивації стає неможливим.
- забезпечувати бажану поведінку працівників. Для цього бажана поведінка має бути чітко визначена і донесена до всіх працівників. Інструментом, що виконує це завдання в арсеналі управління є Модель компетенцій.

Модель компетенцій – це опис поведінки ідеального працівника даного закладу мовою «поведінкових індикаторів», тобто конкретними способами поведінки, які можна спостерігати. Наприклад, однією з цінностей організації є клієнторієнтованість або повага до пацієнта. Важливо «розтлумачити» це поняття всім в термінах поведінки. ЦПМСД може визначити, що медсестри мають бути клієнторієнтованими, тобто «бути привітними під час спілкування з клієнтами», «посміхатись при привітанні», «вітатись першими» тощо. Аналогічним чином бажана поведінка визначається для лікарів, допоміжного та адміністративного персоналу. Реалізація обох ключових завдань системи мотивації неможлива без наявності в організації системи оцінювання персоналу, адже саме ця

система допомагає регулярно порівнювати результати діяльності працівника з очікуваннями організації. Система оцінювання також забезпечує зрозумілість та прозорість системи мотивації – «ти отримуєш стільки, скільки заробив».

У попередніх розділах роботи нами зазначалось, що більша увага у сфері мотивування і стимулювання праці працівників Чернівецького центру ПМСД приділяється грошовим методам матеріального впливу, а негрошові, соціально-психологічні представлені меншою мірою, або взагалі не використовуються.

Варто зазначити, що усі види мотивації важливі і жодним чином не варто недооцінювати нематеріальну мотивацію через її «невідчутність». Принцип «гроші – краще заохочення» працює далеко не завжди. Існують дослідження, які демонструють небезпеку підміни нематеріальної мотивації матеріальною. Інакше кажучи, коли працівник робив щось, допомагаючи іншим та отримуючи подяку, коли ми пробуємо за це платити, починає сприймати цю роботу як оплачувану, що знижує мотивацію до цієї роботи. Висновок для управлінця – намагатися балансувати матеріальні та нематеріальні стимули в колективі, не вважати, що грошова премія може замінити публічну подяку та визнання досягнень працівника.

Виокремлюють кілька видів грошової мотивації праці працівників медичних закладів: фіксована ставка, змінна частина і бонус.

Пропорції між ними залежать від характеру роботи, яку виконує фахівець та впливу фахівця на результат діяльності організації.

Наприклад, лікар загальної практики безпосередньо впливає на об'єм своєї практики, тому значна частина мотивації буде змінна і прив'язана до обсягу практики (кількості пацієнтів, що обрали цього лікаря).

Бухгалтер медичного закладу має опосередкований вплив на кінцевий результат, тому в основному вона буде отримувати ставку та бонус за досягнення організацією результату. Змінна частина оплати бухгалтеру також можлива, але для цього в організації мають бути визначені показники ефективності діяльності бухгалтера, наприклад: кількість помилок, допущених під час обрахунків, або

оцінка клієнт-орієнтованості поведінки бухгалтера з боку лікарів тощо. Пропорційно цим показникам може нараховуватись змінна частина оплати.

Важливо розуміти функції, що виконують різні форми оплати праці. Так, фіксована ставка: «закриває» базові потреби фахівця, дозволяє «не думати про гроші», стимулює лояльність до організації та утримає людину в організації. Фіксована ставка ніколи не мотивує до якісної роботи чи досягнення результату. Вона не призначена для цього. Тому домінуюча фіксована ставка в зарплаті доцільна на посадах, де є чіткі обов'язки і відсутній прямий вплив на результат. В медичному закладі первинного рівня такі посади будуть серед допоміжного персоналу, виконавчої ланки адміністративного персоналу. Бонус за досягнення цілей всією організацією може балансувати недоліки фіксованої ставки, мотивуючи працівників робити внесок в досягнення цілей організації.

У той же час змінна частина: чітко прив'язує мотивацію працівника до індивідуальних цілей чи цілей підрозділу, мотивує креативність та прагнення досягнути результату, виглядає більш справедливою, якщо достатньо продумана та збалансована. Однак домінуюча змінна частина зарплати також має свої недоліки, серед яких:

- відсутність відчуття стабільності та безпеки (невпевненість у наборі достатньої кількості пацієнтів та у виконанні планів);
- «гра» з показниками. Оплата по показниках мотивує працівників «накручувати» показники, обманювати систему.

Для компенсації недоліків змінної частини варто дотримуватись таких умов:

- визначити чіткі формули залежності нарахувань від показника;
- створити систему збалансованих показників, коли, наприклад, обсяг практики (один показник) компенсується якістю послуг (наприклад, кількість повторних звернень до лікаря) та сервісом (задоволеність наданими послугами);

- переконатись, що людина, яка отримує перемінну частину за показник, має на нього вплив, навчити людей розуміти та самостійно обраховувати формули показників.

Бонус нараховується працівникам за досягнення цілей всією організацією. Найближчий аналог – «13 зарплата» - регулярні додаткові нарахування з тією різницею, що вони не гарантовані. Наприклад, за умови підписання Центром первинної допомоги бажаного відсотку населення – всі отримають за підсумками року одноразову виплату, у іншому разі – не отримають. Або за підсумками року Центром отримано позитивний фінансовий результат, тоді всі можуть отримати преміальну частку, у іншому випадку – ні, оскільки немає за що мотивувати – ціль не отримано. Останній принцип у поєднанні з чіткими поясненнями, як кожна людина впливає на фінансовий результат закладу, дають можливість простимулювати не тільки лояльність, але й заощадливу поведінку, спрямовану на підтримку ефективності закладу.

Зазначимо, що на сьогоднішній день більша частина фонду заробітної плати працівників Чернівецького центру первинної допомоги формується за рахунок коштів, що надходять від Національної служби охорони здоров'я України та місцевих бюджетів, т.т. в основному це бюджетне фінансування. Окрім того у різні періоди підприємство отримувало незначні суми коштів від надання платних медичних послуг населенню, страхових компаній та спонсорської допомоги.

Для збільшення стимулюючої сили заробітної плати необхідним є зміщення акцентів у бік надання більшої кількості послуг, які приносять дохід закладу, зокрема це розширення спектру надання платних послуг, залучення до співпраці страхових компаній, розширення зони обслуговування.

При цьому ми повинні керуватися такими основні завданнями:

- збереження кваліфікованих кадрів;
- підвищення якості медичної допомоги;
- оптимізація використання ресурсів;
- підвищення продуктивності праці;

- одержання прибутку.

Система оплати праці повинна відповідати способу оплати медичної допомоги. Необхідно створити ефективну систему нейтралізації негативних тенденцій стимулюючої системи оплати праці – боротьба із приписками, зайвими медичними послугами тощо.

Повинен дотримуватися наскрізний принцип оплати праці всіх працівників комунального закладу. Так структурні підрозділи лікувально-профілактичної установи, по суті виступають виробниками медичних послуг і вони змушені будуть розраховуватися з тими підрозділами (реєстратура, прийомне відділення, лабораторії тощо), трудовий внесок яких також присутній у реалізованій медичній послугі. У цьому випадку витрати допоміжних підрозділів будуть розподілятися на доходні.

Ефективним способом мотивування праці медичних працівників буде персоніфікація працезатрат кожного з них. Для цього необхідно розробити критерії оцінки внеску працівника в результати праці – КРІ.

Окрім того зазначимо, що система оплати праці повинна бути двобічною – передбачати можливість і винагород, і депреміювання.

Також система заробітної плати повинна враховувати значимість кожної служби лікувально-профілактичної установи в прибутковості всього підприємства.

Створення диференційованої системи оплати праці є важким але важливим завданням, оскільки диференційована оплата праці медичного персоналу, буде виконувати мотиваційну і стимулюючу роль лише якщо вона буде персоніфікованою; ґрунтуватися на об'єктивних критеріях оцінки витрат праці медичного працівника; зрозумілою працівникові; прозорою для контролю; стимулювати підвищення якості медичної допомоги; не утискати права пацієнтів; сприяти соціальному захисту працівників медичних закладів.

Для того що б співвідношення рівня оплати праці медичних працівників і якість медичних послуг, що надаються медичним закладом були діючим механізмом, можливо розглянути перехід медичних працівників на ефективний кон-

тракт.

Ефективний контракт відрізняється від трудового договору тим, що у ньому обов'язковим є включення умов здійснення виплат стимулюючого характеру (найменування виплати, умови одержання виплати, показники і критерії оцінки ефективності діяльності, періодичність, розмір виплати). Тобто ми повертаємося до питання того, що ефективною система мотивації праці за допомогою матеріального чинника буде лише за умови розробки диференційованої системи оплати праці, у якій будуть виділені ключові показники діяльності персоналу в різних структурних підрозділах. На рівні первинної медико-санітарної допомоги такими показниками можуть бути:

- структура витрат на ділянці;
- зменшення захворюваності;
- профілактична спрямованість;
- кількість відвідувань;
- тривалість прийому пацієнтів;
- зменшення кількості повторних звернень з рецидивами;
- підвищення якості медичної допомоги і ресурсозбереження;
- вартість відвідування й т.п.

Звичайно, сьогодні на рівні держави проводяться зміни в області медицини, спрямовані на підвищення якості надання медичних послуг, оплати праці лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу.

У якості одного з напрямків розвитку мотивування праці персоналу закладів охорони здоров'я є збільшення обсягів надання платних медичних послуг, частина коштів оплати за які буде йти на оплату праці медичних працівників. Але проблема полягає в тому, що прискорене, необдумане вирішення проблеми підвищення розміру оплати праці може привести до нераціональної змін і скорочення обсяг медичних послуг, що надаються населенню на безоплатній основі.

Питання вдосконалення мотивування і стимулювання праці за допомогою грошових елементів в основному лежить у площині загальнодержавного регу-

лювання і не може у повній мірі бути реалізоване на рівні окремого підприємства.

Усі дії, спрямовані на удосконалення мотивування і стимулювання праці працівників, окрім економічного ефекту можуть привести до досягнення соціальних цілей таких, як підвищення ефективності роботи кадрової служби за рахунок проведення атестації, впровадження нових програм навчання і перекваліфікації співробітників, більш активного використання внутрішніх резервів. Це все сприяє істотному підвищенню продуктивності праці, поліпшенню морального клімату в колективі.

У рамках нашого Центру ПМСД в якості додаткових напрямків мотивування праці можна віднести і оцінити доцільність застосування добровільних соціальних пільг: соціальні пільги у грошовому еквіваленті; одержання працівниками додаткової пенсії по старості/інвалідності; соціальна допомога і організація вільного часу працівників і членів їх родин.

До соціальних пільг, що можуть надаватися у грошовому вигляді можна віднести різні подарунки до пам'ятних дат, урочистих подій, які адміністрація робить працівникам. Це можуть бути сувеніри із символікою організації, великі подарунки, що вказують на значимість працівника для організації, подарунки до дня народження і т.д. Подібні подарунки можуть поєднуватися із спеціальною відпусткою, тривалість якої буде залежати від стажу роботи. Також до соціальних пільг у грошовому вираженні можна віднести винагороди, пов'язані зі зміною робочого місця: зміна технічної оснащеності робочого місця, забезпечення окремим кабінетом, робочим автомобілем тощо.

Одержання працівниками додаткової пенсії по старості/інвалідності несе істотну стимулюючу роль. Працівники будуть більш лояльні до організації, знаючи, що після виходу на пенсію вони одержать додаткову підтримку, що у свою чергу, допоможе їм зберегти певний життєвий рівень. Розмір такої пенсії повинен залежати від стажу роботи співробітника. Одним зі способів реалізації цього напрямку може стати програма – добровільного страхування, або залучення страхових і приватних недержавних фондів.

Соціальна допомога і організація вільного часу співробітників і членів їх родин відіграє також не мало важливу роль у соціальній політиці організації. У даному напрямку можливі наступні варіанти стимулів: створення дитячих садків для дітей медичних працівників; відновлення на посаді жінок, які звільнилися для догляду за дитиною; збереження місця юнакам, покликаним на військову службу тощо.

З метою підтримки персоналу, а також утримання найбільш перспективних співробітників можна розглянути введення в дію спеціальної програми іпотечного кредитування. Включення підприємства до регіональних програм надання пільгових соціальних кредитів для працівників бюджетної сфери.

Оскільки підприємство обмежене фінансово у своїх можливостях надання всім працівникам комплексу стимулюючих впливів пропонується запровадження гнучкої програми надання соціальних послуг, які полягає тому, що працівникові надається можливість вибору із переліку послуг тих, що найбільш відповідають його потребам і інтересам.

Вибір можемо обмежити загальною вартістю подібних послуг. Подібні програми розповсюджені на підприємствах і організують у трьох формах: «кафетерій», «буфет», «комплексний обід»:

- програма «кафетерій» дає можливість співробітнику обрати певний набір додаткових пільг у межах певної суми;

- програма «буфет» полягає у тому, що працівник може переглянути одержуваний на даний момент пакет і збільшити обсяг найбільш важливих пільг за рахунок скорочення обсягу інших;

- програма «комплексний обід» припускає, що співробітник повинен обрати з декількох пакетів послуг приблизно однакової вартості, але різних по складу.

На нашу думку, необхідним перш за все є обговорення обрання типу програми із працівниками. Після чого система стимулювання праці повинна бути в обов'язковому порядку оформлена у вигляді локальних нормативних актів.

Для цього необхідно підготувати відповідні регламенти, положення і на-

кази, у яких по пунктах будуть розписані основні моменти та заходи стимулювання праці. Після завершення цього етапу в медичній установі буде наявний повний комплект документів, які описують механізм роботи системи мотивування і стимулювання, визначає правила і процедури розрахунків і нарахування заробітної плати.

Незважаючи на те, що система матеріального не грошового стимулювання (на відміну від преміальної) не стимулює персонал до більш високих результатів, вона дозволяє забезпечити працездатність і віддачу персоналу, а також цей ефективний спосіб підвищення лояльності медичних працівників і формує у них почуття захищеності і турботи.

Соціальні пільги, що надаються своїм працівникам, повинні бути вигідними, привабливими для них. Одним з напрямків, у рамках якого Центр ПМСД може розширити перелік соціальних пільг, що надаються працівникам – це одержання працівниками додаткової пенсії по старості/інвалідності. Суть цього матеріального не грошового стимулу полягає у том, що при досягненні працівником віку, що дає право на одержання трудової пенсії, або у зв'язку з одержанням інвалідності, він поряд із трудовою пенсією буде також одержувати додаткові виплати з недержавного пенсійного фонду, додаткові внески в який здійснював роботодавець – у нашому випадку Центр первинної допомоги. Додаткові витрати організації будуть виправдані, якщо встановити умову одержання виплат з недержавного пенсійного фонду, а саме: наявність безперервного трудового стажу на підприємстві 25 років для жінок і 30 років для чоловіків, що повинно сприяти закріпленню медичних працівників у медичній установі.

Пенсійна програма стане лише одним з інструментів, що дозволить зробити систему мотивування і стимулювання персоналу більш гнучкою та ефективною. Вона буде сприяти стабілізації кадрового складу. Додаткова пенсія по старості може бути розглянута як компенсація, що пропонується підприємством за працю в тяжких умовах, а також як стимулюючий фактор для медичних працівників. Крім того, більш низький рівень оплати праці в медичній установі також є фактором попиту на пенсійні програми, які можуть бути розглянуті в

якості компенсації за невисоку зарплату.

Розрахунки розміру додаткової пенсії для медичних працівників здійснюються за формулою:

$$Пенсія_{дод} = Пенсія_{базова} \cdot K_{стаж}, \quad (3.1)$$

де: $P_{базова}$ – величина базової пенсії, визначене у % від середньої місячної заробітної плати за останні 2 роки роботи до моменту звільнення з підприємства;

$K_{стаж}$ – коефіцієнт стажу, що визначається у відповідності до даних табл. 3.1.

Таблиця 3.1 – Розрахунок коефіцієнту стажу

Коефіцієнт стажу	1,1	1,2	1,3	1,4
Безперервний стаж роботи в медичному закладі для чоловіків, років	30-35	35-40	40-45	більше 45
Безперервний стаж роботи в медичному закладі для жінок, років	25-30	30-35	35-40	більше 40

Дані виплати є персоніфікованими (у недержавному пенсійному фонді відкривається іменний рахунок на кожного працівника), вони можуть бути терміновими (протягом певного періоду), або довічними (можуть передбачатися для заслужених медичних працівників). Фінансування недержавного пенсійного фонду відбуватися за рахунок внесків з коштів роботодавця з фонду розвитку медичного закладу.

Ще одним елементом системи матеріального не грошового стимулювання може стати додаткове медичне страхування. У цьому випадку, надаючи співробітникам додаткову медичну страховку, роботодавець одержує не тільки матеріальні вигоди, пов'язані зі скороченням кількості відсутності на робочому місці через хворобу, але і дає співробітникам відчуття турботи з боку підприємства, що допомагає працівникові зосередитися на виконанні трудових обов'язків. Остання рекомендація стала як ніколи актуальною на тлі розвитку пандемії ко-

ронавірусної інфекції і необхідності захисту працівників, що постійно працюють у зоні ризику. При чому поліс індивідуального медичного страхування повинен бути оформлений для всіх без виключення працівників підприємства, це з одного боку дасть можливість підприємству підтримати своїх працівників у тяжкій ситуації, зменшити напруженість і невдоволення серед працівників через відсутність дієвих заходів із їх підтримки з боку держави, залучити до вирішення можливих проблем працівників колег з інших установ і регіонів на платній основі.

Вартість полісів страхування коливається у значних межах – від економічних пропозицій (від 1050 грн./особа і компенсацію затрат на суму 75 тис.грн.) до кількох десятків тисяч із відповідним набором послуг і сумою компенсації. Звичайно, що для Чернівецького центру ПМСД оплата страхових полісів всіх працівників є суттєвим фінансовим тягарем, але ця програма може стати істотним стимулом в роботі персоналу не тільки через зменшення потреб компенсації дії негативних чинників, а також буде діяти як прив'язка працівників до підприємства, формувати у них додаткову прихильність до організації. Окрім того, зазначимо, що страхові компанії розробляють комплексні пакети для корпоративних клієнтів і йдуть на зустріч своїм клієнтам задля формування гарного іміджу соціально-відповідальних організацій та заробітку.

Пропоновані нами загальні практичні рекомендації з формування і розвитку систем матеріального грошового і не грошового мотивування і стимулювання праці спрямовані на утримання медичних працівників старших вікових груп, залучення молодих фахівців, активізацію творчого підходу до розв'язку завдань.

Ще одним з додаткових напрямків мотивування праці працівників медичного закладу може стати захід, що не вимагає суттєвих витрат – правильне планування графіку відпусток. Дуже часто відбувається так, що за планом щорічних відпусток з одного підрозділу можуть піти у відпустку одночасно кілька осіб, що виконують подібні функції. У таких ситуаціях трудове навантаження медичного персоналу, що йде в щорічну плановану відпустку, перекладається

на інших працівників. Такі умови створюють для цих працівників дуже сильне навантаження, хоча їм за це виплачуються стимулюючі виплати. Але рівень морального і фізичного навантаження і рівень виплат стимулюючого характеру за ці навантаження майже непорівнянні. Тому з метою зменшення навантаження на основний медичний персонал варто розглянути залучення студентів-практикантів, інтернів з медичних навчальних закладів – університетів, училищ на час щорічних відпусток штатних медичних працівників. При цьому не обов'язкове оформлення цих працівників у штат. Такі роботи можуть бути оформлені за договорами ЦПХ. Даний захід дозволить медичній установі не тільки морально підтримати персонал, заощадити фонд заробітної плати персоналу, а також виконати навчальну функцію, що також є немаловажливим аспектом за формування ефективної системи медичного обслуговування населення.

Усі перераховані вище рекомендації вимагають при розробці і реалізації певних витрат. Розрахувати конкретні показники дуже складно. Однак у табл. 3.2 наведемо, соціальні ефекти які одержить Центр у результаті впровадження запропонованих заходів.

Таблиця 3.2 – Соціальна ефективність заходів негрошової мотивації

Позитивні зміни	Усунення негативних наслідків
Зниження плинності персоналу	Погіршення морально-психологічного клімату, викликане плинністю персоналу
Забезпечення персоналом, здатним швидко адаптуватися в умовах даної організації	Незадоволеність персоналу роботою через невідповідність стимулів, пропонованих організацією, мотивам співробітників
Забезпечення відповідності змісту праці інтересам і індивідуальним особливостям медичних працівників	Втрати пов'язані із невідповідністю роботи індивідуальним особливостям і інтересам працівника
Найбільш повне використання потенціалу персоналу	Незадоволеність персоналу змістом і характером праці, оплатою зусиль
Поліпшення морально-психологічного клімату, стабілізація колективу	Підвищення конфліктності у колективі, зростання кількості скарг, зменшення кількості звернень та скорочення числа пацієнтів

Основними результатами вдосконалення системи стимулювання праці повинні стати: результативність; зростання задоволеності персоналу якістю трудового життя; підвищення активності медичних працівників.

Отже підсумуємо – модель мотивації праці працівників створюється для конкретної організації в конкретних умовах, використання підходу «єдина формула для всіх» у цьому випадку не можливе. Модель мотивації повинна враховувати особливості організації: існуюча модель надання первинної допомоги, середня кількість закріплених пацієнтів за лікарями, типовим співвідношенням лікарів і медичних сестер, розміри адміністративного та допоміжних підрозділів; додаткових підрозділів та їх кількість, кількість пацієнтів, що обслуговуються Центром, кількість амбулаторій, рівень відповідності приміщень сучасним вимогам, розмір фінансової підтримки з боку місцевих бюджетів.

До загальних рекомендацій із метою розвитку системи мотивування і стимулювання праці працівників підприємств сфери охорони здоров'я, і які були запропоновані до реалізації в Центрі ПМСД слід віднести: одержання працівниками додаткової пенсії по старості/інвалідності, надання соціальної допомоги, організація вільного часу працівників і членів їх родин, надання працівникам пільгових соціальних іпотечних кредитів, а також залучення до практичної діяльності студентів, інтернів медичних закладів освіти на заміну персоналу середнього і молодшого персоналу, який іде у планові відпустки. Усі ці заходи створять додаткові стимули для мотивації праці працівників Центру, що у свою чергу побічно вплине на ефективність і якість їх роботи.

Оновлення системи мотивації персоналу – дуже важливий етап для організації, в якій принципи і способи мотивування не змінювались ніколи.

Наряду із звільненням людей це один з найпотужніших сигналів персоналу, що культура закладу докорінно змінюється, адже система мотивації не тільки розподіляє кошти але й позначає, яка людина вважається успішною, а яка неуспішною в цій організації.

В системі, яка наразі за традицією використовується більшістю ЦПМСД найуспішнішими за рівнем оплати праці є люди, які найдовше працюють в закладі та мають вищу категорію. Але ці критерії часто не корелюють з вибором пацієнтів, і, відповідно, поточними цілями ЦПМСД – приписати якомога більше пацієнтів для отримання винагороди від НСЗУ. До того ж система мотивації

«чіпляє» глибші рівні мотивації за А. Маслоу: прагнення безпеки та задоволення базових потреб. Окрім втрати домінуючих позицій (бути взірцем успішності в Центрі) для багатьох працівників старшого покоління це сигнал: змінюйся або отримай погіршення умов праці. Все це взяте разом робить ситуацію презентації нової системи оплати праці викликом для керівника і значною загрозою цілісності організації. Для розробки системи мотивації окрім Групи стратегічного планування (Стратегічної групи) варто долучати рядових працівників Центру, хоча б в якості групи для тестування системи. Варто провести попередню зустріч з метою перевірити на сприйняття, а також на приховані недоліки нової системи мотивації персоналу. На зустріч варто запросити людей, в цілому лояльних організації та лідерів думки, тих, хто активно впливає на настрої колективу. Необхідно також запросити представників профспілки. Розмір такої групи не має перевищувати ліміту керованості в 9 осіб, краще –7. Ця зустріч має закінчитись переліком пропозицій до системи мотивації персоналу та до заходів впровадження нової системи.

Окремо важливо зазначити щодо всіх зустрічей: вони мають бути ретельно модеровані. Під час зустрічей важливо спостерігати динаміку групи та її настрої. Якщо люди переважно розгублені, головуючий має «пригальмувати» темп зустрічі і перевірити розуміння матеріалу та дати можливість учасникам ставити питання. Важливим «побічним» ефектом такої попередньої «пробної» зустрічі є можливість залучити її учасників в якості співдоповідачів на загальній зустрічі, що додасть переконливості презентації та виведе розмову з площини «керівництво – персонал». Відповідно під час останньої дискусії зустрічі варто обговорити це питання. Ще кілька важливих завдань таких зустрічей: підготовка ґрунту, адже інформація учасниками все одно поширюватиметься колективом після них, збір заперечень та контраргументів для підготовки до них заздалегідь.

Зазвичай прийняття нової системи мотивації персоналу позначається прийняттям колективного договору, хоча порівняно, наприклад, з Положенням про оплату праці колективний договір є більш рамковим документом, що затверджує радше загальні принципи системи оплати праці. Ще одним прийомом

порушення сталих «альянсів проти змін» є робота в максимально змішаних групах. Для цього учасників розподіляють в групи, максимально змішуючи, при цьому дотримуючись певних принципів, наприклад, в кожній групі має бути медсестра, сімейний лікар, представник допоміжного підрозділу, завідувач амбулаторії тощо. Всі ці люди мають бути з різних підрозділів. За таких обставин кожна група матиме різноманітність перспектив та точок зору на проблеми закладу. В подальшому рішення щодо ключових зауважень мають бути обґрунтовано донесені колективу через систему нарад. Під час останньої частини зборів має бути затверджений новий колективний договір закладу. Для збору реакцій та настроїв людей (хоча загальний настрій буде відчутний в приміщенні) варто застосувати коротенькі опитувальники. На умовах анонімності вони дозволять об'єктивно зрозуміти настрої людей після таких зустрічей та спланувати подальшу інформаційну роботу з колективом.

3.2 Запровадження системи аудиту персоналу підприємства

У попередньому пункті дипломної роботи нами було вказано на необхідність побудови ефективного механізму оцінки професійної діяльності медичних працівників, який би став основою для формування подальшої системи мотивації праці працівників підприємства сфери охорони здоров'я. Одним з варіантів побудови системи оцінки є запровадження системи аудиту персоналу підприємства.

Аудит персоналу закладу охорони здоров'я – процес на основі використання формалізованих критеріїв оцінки діяльності персоналу.

З метою проведення аудиту може бути використана модель, подана на рис. 3.1.

Система інформаційної і методичної підтримки працівників на початковому етапі вимагає певних витрат. Однак, одним з найважливіших призначень

аудита є досягнення підвищених результатів в умовах обмеженості ресурсів охорони здоров'я та в умовах бюджетного дефіциту.

В основу проведення аналізу професійної діяльності працівників сфери охорони здоров'я може бути покладена система блоків критерії для відстеження ступеня актуальної відповідальності (результати праці і процес рішення покладених на працівника завдань), що включає наступні критерії оцінки: «результати», «якість», «спрямованість», «зусилля», «задоволеність» і «потенціал» (табл. 3.2). По суті ці показники можуть бути використані у якості показників КРІ для наших працівників. Отримана за допомогою блоків інформація аналізується в цілому, після чого виробляються управлінські рішення щодо подальшої роботи із персоналом.

В основу формування блоків покладені методики комплексної оцінки праці лікарського і медсестринського персоналу.

Отримані відносні показники (коефіцієнти) відображають ступінь відхилення фактично досягнутого (по даному параметру) результату від нормативу (норми). Для однозначної оцінки праці конкретного працівника виводиться інтегральний показник, що представляє собою середнє зважене арифметичне значення проміжних оцінок коефіцієнтів.

Розглянемо зміст кожного з блоків показників.

Блок "Результати". З метою комплексної оцінки результатів праці використовується метод порівняння фактичних даних і нормативних, стандартних, еталонних і середніх показників.

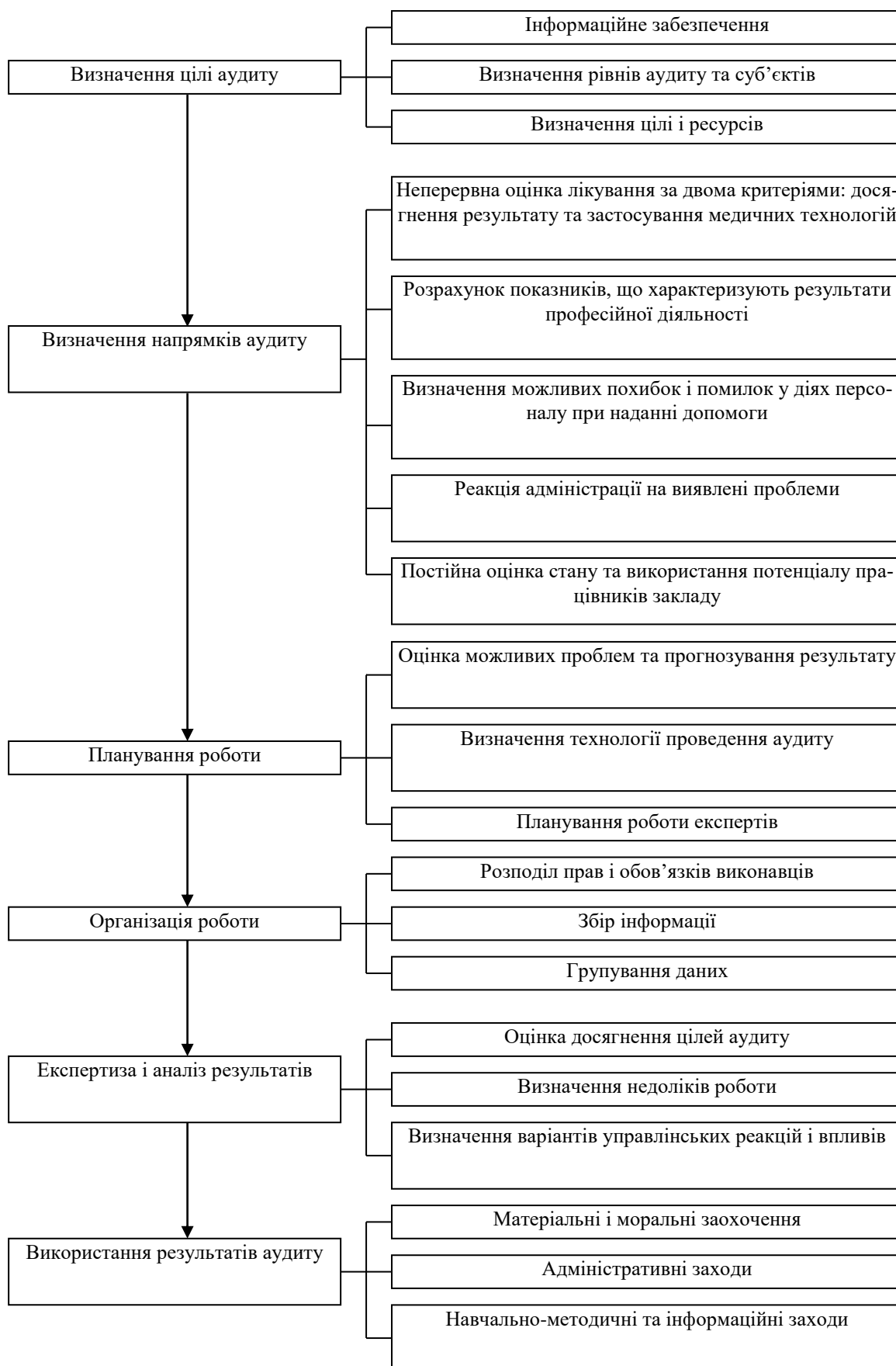


Рисунок 3.1 – Модель аудиту працівників Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги

Таблиця 3.2 – Основні показники оцінки діяльності лікарів та медичного персоналу Центру первинної допомоги

Назва показника	Пояснення
РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ	Розраховується, як середнє зважене арифметичне значення всіх розрахункових коефіцієнтів, що використовуються для розрахунків інтегрального показника однозначної оцінки результатів праці медика.
Коефіцієнт інтенсивності праці	Інтенсивність праці лікаря визначається кількістю пацієнтів, що звернулись до лікаря, перебували під його спостереженням, в т.ч. викликали лікаря до дому протягом місяця. Коефіцієнт інтенсивності роботи лікарів первинної ланки складається з трьох компонентів: інтенсивності роботи на прийомі, на викликах, активності. Коефіцієнт інтенсивності показує відношення фактичного числа пацієнтів, які звернулись до лікаря, були прийняті ним чи відвідали за викликом до нормативної кількості за цей же період.
Коефіцієнт складності курування	Для визначення складності курування хворих пацієнти поділяються на 3 категорії залежно від загального стану ступеня порушення життєво-важливих функцій, а також рівня інтенсивності необхідної терапії. Коефіцієнт складності курування (K_k) – це співвідношення кількості хворих усіх категорій складності, що фактично спостерігалися протягом місяця даним лікарем до загального числа, що спостерігалися за це ж час хворих.
Коефіцієнт інтенсивності маніпуляцій	Розраховується як відношення фактично виконаних за місяць конкретним лікарем маніпуляцій до загального числа маніпуляцій, виконаних усіма лікарями підрозділу за цей же період.
Коефіцієнт оцінки профілактичної роботи	Коефіцієнт оцінки профілактичної роботи у лікаря або фельдшера визначається як середньоарифметичне коефіцієнтів щеплювальної роботи (кількість щеплень фактичних до планових, оцінки диспансеризації (кількість фактичних диспансеризацій до плану) і оцінки освітньо-просвітницької роботи (кількість профілактичних бесід з батьками до плану)
Коефіцієнт використання передових технологій діагностики і лікування	Розраховується як відношення кількості випадків діагностики і лікування, проведених з використанням передових досягнень в області діагностики і лікування до загальної кількості пролікованих хворих
Коефіцієнт новаторської діяльності	Розраховується як відношення числа прийнятих керівництвом до відому раціоналізаторських пропозицій з удосконалення лікувального процесу до загальної кількості внесених працівником пропозицій
ЯКІСТЬ	Розраховується, як середнє зважене арифметичне значення всіх розрахункових коефіцієнтів, що використовуються для розрахунків інтегрального показника якості.
Якість маніпуляційної діяльності	Визначається по числу і ступеню виразності дефектів, допущених лікарем
Коефіцієнт оцінки методичної роботи	Визначається як відношення кількості заходів методичного характеру, у яких брав участь лікар у звітному місяці до загального числа аналогічних заходів у підрозділі
Коефіцієнт якості планування обстеження і лікування	Помилки, допущені при плануванні обстеженні і лікуванні співвідносяться із кількістю пацієнтів, що звернулись до лікаря
Коефіцієнт якості курування	Для розрахунків використовуються дані про розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів
Коефіцієнт медичної результативності	Розраховується як відношення числа випадків з досягнутим позитивним результатом до загального числа пролікованих хворих
Коефіцієнт соціальної задоволеності	Розраховується як відношення числа випадків задоволеності пацієнтів до загального числа пацієнтів, що звернулись за допомогою
Коефіцієнт якості ведення медичної документації	Відношення числа документів, оформлених відповідно до вимог стандарту з максимальним наповненням інформацією до загального числа документів, заповнених даним працівником
СПРЯМОВАНІСТЬ	Ця частина аудита містить оцінку допустимості способів досяг-

	нення результатів лікування, на які орієнтований працівник.
Коефіцієнт позитивних відгуків пацієнтів	Розраховується як відношення кількості позитивних відгуків пацієнтів до загального числа пролікованих, проконсультованих даним медиком пацієнтів.
Коефіцієнт позитивних відгуків колег	Розраховується як відношення кількості позитивних відгуків колег до загального числа колег, що опитувалися.
ЗУСИЛЛЯ	Даний блок повинен містити оцінку витрат на рішення медичних завдань: втрат часу, психофізіологічних, фінансових витрат тощо.
Коефіцієнт абсентеїзму через порушення трудової дисципліни	Відношення сумарного робочого часу, пропущеного співробітниками у зв'язку з порушенням трудової дисципліни (початок роботи із запізненням, передчасний вихід з роботи, залишення робочого місця по неповажних причинах, прогули тощо до планового фонду робочого часу працівника за розглянутий період.
Коефіцієнт раціонального використання робочого часу	Розраховується за допомогою вирахування коефіцієнта втрат робочого часу від одиниці.
Коефіцієнт надурочно відпрацьованого робочого часу	Використовується, як понижувальний коефіцієнт і розраховується, як відношення надурочно відпрацьованого часу до загального фонду часу працівника. Переробка найчастіше приводить до зниження працездатності, задоволеності працею.
Коефіцієнт задовільного фізичного самопочуття співробітника	Визначається як відношення числа позитивних результатів обстеження фізичного самопочуття до загального числа проведених (планових) обстежень працівника.
Коефіцієнт задовільного психологічного самопочуття співробітника	Відношення числа позитивних результатів обстеження психологічного стану до загального числа проведених (планових) обстежень.
ЗАДОВОЛЕНІСТЬ	Визначається за допомогою бальної оцінки.
Коефіцієнт задоволеності змістом праці	Відношення фактичної бальної оцінки співробітником власної задоволеності змістом праці до максимально можливої оцінки.
Коефіцієнт задоволеності обсягом робіт	Відношення фактичної бальної оцінки співробітником власної задоволеності обсягом робіт до максимально можливої оцінки
Коефіцієнт задоволеності санітарно-гігієнічними умовами	Відношення фактичної бальної оцінки співробітником власної задоволеності умовами праці до максимально можливої оцінки
Коефіцієнт задоволеності режимом праці і відпочинку	Відношення фактичної бальної оцінки співробітником власної задоволеності режимом праці і відпочинку до максимально можливої оцінки.
Коефіцієнт задоволеності заробітком	Відношення фактичної бальної оцінки співробітником власної задоволеності оплатою до максимально можливої оцінки.
Коефіцієнт задоволеності застосовуваними заохоченнями	Відношення фактичної бальної оцінки співробітником власної задоволеності системою заохочень до максимально можливої оцінки.
Коефіцієнт задоволеності соціально-психологічним кліматом	Відношення фактичної бальної оцінки співробітником власної задоволеності кліматом у колективі до максимально можливої оцінки.
ПОТЕНЦІАЛ	Можливості особистісного і професійного розвитку і ефективної медичної праці залежать від потенціалу людини, яка формується на основі природних даних (здібностей), освіти, виховання і життєвого досвіду.
Коефіцієнт рівня освіти	Визначається як відношення фактичного рівня освіти працівника до вищого рівня освіти (10 балів). Оцінку фактичного рівня освіти пропонується проводити за наступною схемою: - доктор медичних наук – 10 балів - кандидат медичних наук – 9 балів - вища спеціальна освіта – 8 балів - вища освіта – 7 балів - незакінчена вища спеціальна освіта – 6 балів - незаконне на вища освіта – 5 балів - середня спеціальна освіта – 4 бали - середня освіта – 3 бали - неповна середня освіта – 2 бали - початкова освіта – 1 бал

Коефіцієнт рівня кваліфікації	Визначається як відношення рівня фактичної кваліфікації працівника, до кваліфікації, необхідної для даного виду робіт.
Коефіцієнт абсентеїзму через хворобу	Співвідношення сумарного робочого часу знаходження працівника на лікарняному до планового фонду робочого часу 1 працівника за період.
Коефіцієнт реалізації творчих здібностей	Відношення фактичного рівня реалізації творчих здібностей, кількості ініціативних і раціоналізаторських пропозицій за період до бажаного рівня реалізації творчих здібностей.
Коефіцієнт професійного розвитку співробітника	Розраховується як відношення числа заходів, що сприяють професійному зростанню працівника (підвищення кваліфікації, конференції, семінари, тощо), у яких брав участь працівник за період роботи у медичному закладі до загального стажу робіт в організації.
Коефіцієнт стану організації робочого місця	Відношення числа позитивних оцінок стану організації робочого місця до числа обстежень робочих місць за період.

Зіставлення показників якості і ефективності дозволяє розібратися – чи зв'язане зниження ефективності з низькою якістю роботи персоналу або ж на нього впливають інші об'єктивні причини. Коефіцієнт якості відображає роботу як лікарів (правильність вибору технології лікування), так і роботу медсестер (дотримання призначених методик лікування).

Отримані проміжні і підсумкові коефіцієнти порівнюються з орієнтовними показниками. Зіставлення результатів оцінки діяльності конкретного лікаря (медсестри) і середніх значень кожного оціночного показника по відділенню, службі, установі дає можливість судити про відносну кваліфікацію даного лікаря (медсестри), про його роль в діяльності всього колективу.

Для оцінки того, що працівник вважає припустимим у своїй діяльності, потрібно розібратися в його психологічних особливостях. Необхідно вивчити індивідуальний стиль роботи, відстежити по можливості мотивацію працівника.

Працівників які трудяться, ґрунтуючись на високих принципах, необхідно виділяти і підтримувати. Працівникам повинно бути зрозуміло, які саме норми моралі і моделі поведінки в колективі є ціннісними орієнтирами. Тут формуються і закріплюються певні риси мотиваційного клімату.

Дослідження і коректування мотиваційного клімату колективу проводяться періодично, приблизно раз у рік. При цьому особливу увагу варто звернути на формування високої організаційної культури медичного колективу.

Моніторинг втрат робочого часу показує, що дотримання трудової дисципліни – хворе місце в сфері медичної праці. Більше половини співробітників медичних установ регулярно раніше визначеного часу йдуть з роботи, а майже третина співробітників – регулярно спізнюються на роботу.

Строге дотримання трудової дисципліни внутрішньо організує людину, мобілізує її. Зміна ситуації з дисципліною за допомогою переконання, примусу і заохочення позитивно позначається на відношенні працівників до праці, а значить і на її якості.

Крім відстеження певних показників діяльності персоналу, керівники медичних установ прагнуть мати інформацію про те, як їх співробітники відносяться до своєї роботи. Такий інтерес пов'язаний зі спостережуваним зараз в охороні здоров'я таким кризовим явищем як відчуження праці. Причина цього явища криється у відношенні суспільства і держави до охорони здоров'я: недооцінюється рівень соціальної корисності медичної праці, падає авторитет медичної професії, оплата праці не відповідає витратам сил [].

Небезпечне відчуження праці в охороні здоров'я – зміна відносин медичного працівника до людей. Досягнення такого результату, як збереження і підвищення рівня здоров'я конкретної людини, перестає бути цілю і стає засобом досягнення інших цілей: збереження себе в системі, отримання вигоди тощо.

Для одержання інформації про відношення працівників до праці у закладах охорони здоров'я проводяться анкетування, щодо стосуються, мотивів трудової поведінки, умов праці, задоволеності працею. Приклад такої анкети ми наводимо у додатку.

Вивчення задоволеності працівників умовами праці не є складною процедурою. Воно вимагає від керівництва не стільки матеріальних витрат, скільки просто наявності бажання змінити ситуацію.

Очевидно, що деякі з компонентів важко оцінити за допомогою систем коефіцієнтів. Зокрема практично неможливо розрахувати ступінь асертивності співробітника, що включає акуратність, обов'язковість, порядність і доброзичливість. Оцінити можливо лише експертним шляхом.

Впровадженню в практику організації аудита медичного персоналу обов'язково повинна передувати попередня підготовка довідок про основні показники, що враховуються при розрахунку критеріїв, анкети для виявлення мотиваційної структури і ступеня задоволеності працівників закладу охорони здоров'я.

Загальне керівництво роботою проведення кадрового аудиту повинно покладатися на керівника кадрової служби та керівників підрозділів. У якості експерта може виступати головний лікар, його заступник, завідувачі відділень, а для медсестер – головна або старша медсестра підрозділу.

Окрім того медперсонал повинен бути готовий до впровадження аудиту. Кожний медпрацівник повинен знати, який результати є еталонними і за якими параметрами його будуть оцінювати. Конкретний результат формалізується через систему еталонів конкретних результатів.

Впровадження медичного аудита у практику підприємств у сфері охорони здоров'я дозволить одержати соціальний і економічний ефект завдяки наступній реалізації відповідної програми мотивації за результатами проведення аудиту.

Аудит медичного персоналу допоможе оцінити ділові і професійні якості працівника, а отже, правильно визначити заходи мотиваційного впливу на них з метою підвищення ефективності професійної діяльності і стимулювання подальшого професійного розвитку.

Розрахунок інтегрального показника для п'ятьох працівників Центру первинної соціальної допомоги смт. Чернівці виконаємо у таблиці 3.3. Проміжні етапи розрахунку залишимо поза роботою, оскільки у рамках даного дослідження важливим є лише кінцевий результат оцінки.

Розрахований показник сам по собі нічого не дасть, але у подальшому може бути використаний для диференціації оплати праці та для визначення інших чинників мотиваційного впливу.

Таблиця 3.3 – Приклад розрахунку інтегрального показника для окремих працівників Центру первинної медико-соціальної допомоги

Працівник	Категорія працюючого	Показники						
		Результативність	Якість	Спрямованість	Зусилля	Задоволеність	Потенціал	Інтегральна оцінка
Поплавська Ю.А.	Л	0,45	1,81	0,552	1	0,673	0,824	0,885
Свідра Л.І.	М	0,884	3,211	0,96	1,255	0,651	0,767	1,288
Сінчук П.Д.	М	1,273	0,45	0,773	1,061	0,443	1,221	0,870
Окіль С.М.	Л	1,143	0,705	0,555	1	0,356	1,085	0,807
Володовська Ю.А.	Л	0,75	0,875	0,838	1,061	0,715	0,804	0,841

Аудит – може стати основою розробки дієвої системи мотивації. Однак специфіка діяльності окремих закладів, а також устремління керівників можуть призвести до того, що такі процедури оцінки або не будуть виконуватися зовсім, або стануть формальністю, за якою не будуть слідувати відповідні дії.

На основі проведеного аудиту, можлива реалізація і удосконалення моделі матеріальної та соціально-психологічної мотивації (рис. 3.2).

При формуванні моделі мотивації працівників закладі охорони здоров'я ми виходили з того, що низка досліджень вказують саме на два основних фактори мотивації діяльності медичного персоналу – це матеріальний аспект, аспект розвитку кар'єри, а також мотиви причетності до справи. Так для працівників молодшого віку на перше місце висувається саме кар'єрний аспект, для працівників більш старшої вікової групи важливішим є фактор матеріального впливу та умов праці.

Керівник будь-якої медичної установи має можливість здійснювати управління за цими напрямками. Саме тому ми зупинили свою увагу на матеріальних чинниках мотивації та способах впливу через професійне і кар'єрне зростання. У той же час постійне вдосконалення діагностики і технологій лікування, медичної техніки вимагає відповідного рівня підготовки і кваліфікації працівників. Невідповідність може привести до серйозних негативних наслідків як для пацієнта, так і для самого медика.

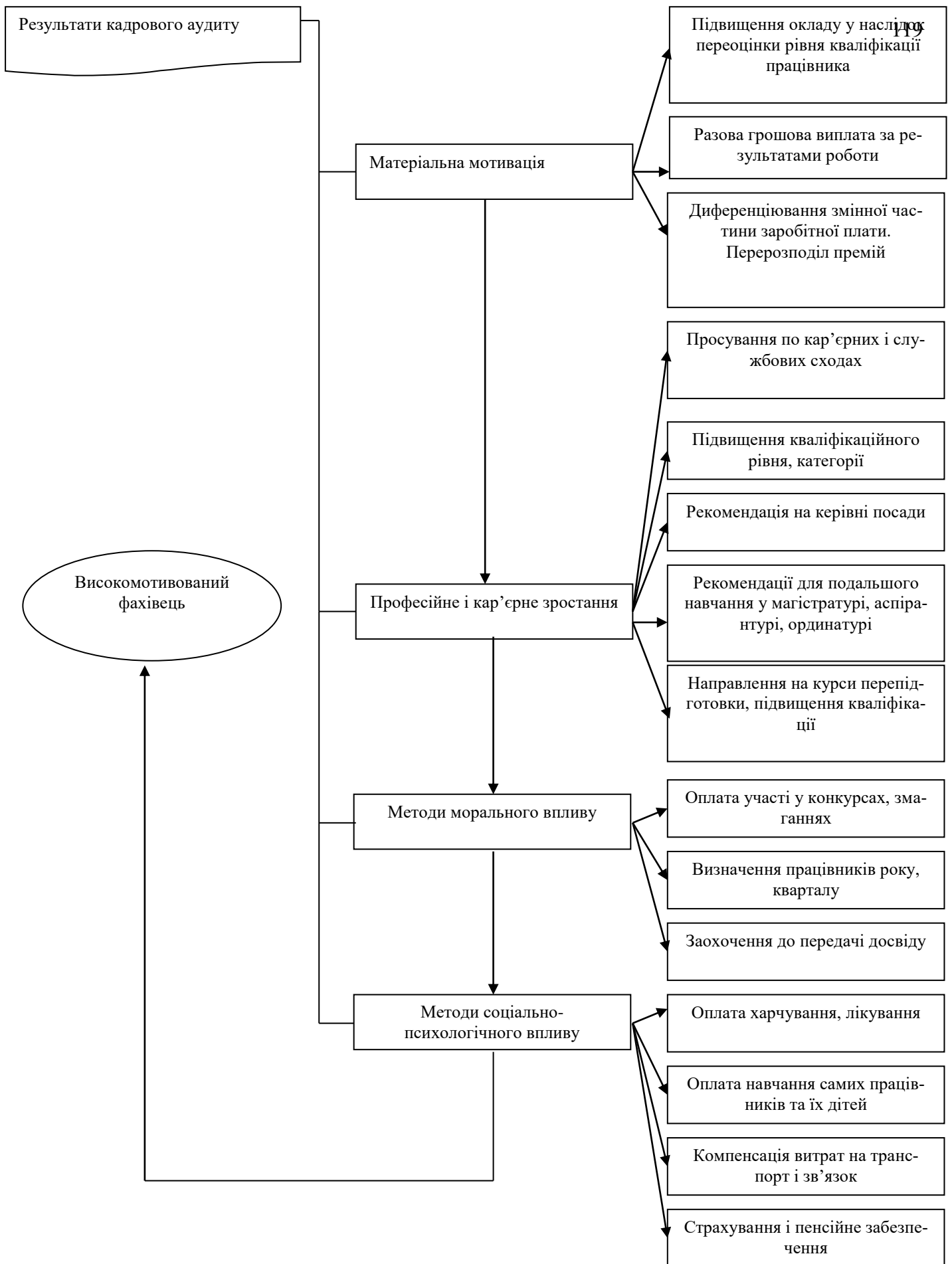


Рисунок 3.2 – Модель мотивації працівників Чернівецького ЦПМСД

Необхідність удосконалення власних знань, умінь і навичок обумовлена специфікою медичної праці. Проте, застосування мотиваторів професійного і кар'єрного зростання обмежене через неефективність діяльності кадрових служб.

Заходи морального заохочення не втрачають своєї значимості, хоча і є менш дієвими. Важливо, щоб працівники спілкувалися із колегами з інших установ тим самим набуваючи знань і досвіду, які не були йому доступні у силу різних причин.

Використання соціальних мотиваторів обмежується фінансовими можливостями медичної установи. Однак окремі з цих напрямків було нами наведені у попередньому пункті роботи і ми вважаємо, що за умови обмеження застосування всього спектру можливостей матеріальної мотивації, саме ці заходи можуть стати належною альтернативою, коли працівники через низький рівень оплати праці не можуть собі дозволити отримати належного лікування, відпочинку чи пенсійного забезпечення.

3.3 Управління професійним і кар'єрним розвитком медичних працівників

Виходячи із дослідження, проведеного нами у попередніх розділах роботи, ми можемо зазначити, що на даний момент у існуючій системі мотивації праці у Центрі первинної медико-санітарної допомоги один з елементів не набув розвитку. Мова йде про підтримку і забезпечення мотиву вищого рівня – професійне і кар'єрне зростання медичних працівників.

Низька стимулююча роль заробітної плати, обмеженість ресурсів у системі охорони праці, необхідності збереження кадрового потенціалу може стати підґрунтям для реалізації такого напрямку у роботі з персоналом як розвиток внутрішньоорганізаційної роботи з медичним персоналом, що призведе до фор-

мування внутрішнісобистісної систему мотиваторів професійного розвитку. Мова йде про таку організацію кадрової роботи і впровадження механізмів управління, що переводять цілі професійного розвитку персоналу з рівня зовнішніх вимог до працівника на рівень їх індивідуального і значимого сприйняття.

Мотивація до професійного і особистого зростання – одна з відмітних властивостей медичного персоналу. Можливість інвестувати в себе, підвищувати свою кваліфікацію, а внаслідок цього надавати професіональну допомогу, збільшувати кількість повторних звернень пацієнтів, зміцнювати своє ім'я як фахівця. Тому можливість професійного і кар'єрного розвитку є цікавим прикладом мотиваційної дії.

Стимулювання професійного і кар'єрного розвитку персоналу ефективно лише тоді, коли воно обумовлене цілеспрямованим впливом з боку керівництва медичної установи за допомогою здійснення організаційних заходів, а також за рахунок їх взаємозв'язку із функціональними механізмами особистості окремого працівника як професіонала. Відповідно можна виділити два рівні впливу на професійний і кар'єрний розвиток: управлінський та рівень отримувача.

Мотивація професійного і кар'єрного розвитку базується на реалізації низки принципів.

Принципів виключно управлінського рівня:

1. Постійність. Це організація роботи з персоналом як послідовного ланцюга вивчення, навчання і розвитку співробітника з моменту прийняття його на роботу до припинення трудової діяльності в закладі охорони здоров'я. Складовими цієї роботи є: профорієнтація, профвідбір, підвищення кваліфікації (докваліфікація, перекваліфікація), корекція психофізіологічних особливостей працівника з метою підтримки його активної працездатності, сприйнятливості до нового досвіду. Навчання повинно відбуватися не тільки в області підвищення вузькоспеціалізованих медичних знань і навичок, але і у економіко-управлінській з метою формування готовності працівника до подальшого кар'єрного росту.

2. Охоплення. Важливим є поширення мотиваційного впливу на всіх співробітників працівників.

3. Моніторинг. Робота з персоналом повинна носити моніторинговий характер, що можна досягти за рахунок використання системи кадрового аудиту, яка має на увазі відстеження досягнень співробітника як з урахуванням його формальних успіхів (відображених у відповідних цифрах, документах і т.д.), так і з фіксацією інших досягнень, необхідних для розробки перспективної програми професійного і кар'єрного розвитку.

4. Заохочення. Очевидно, що розширення і поглиблення співробітником свого потенціалу повинне заохочуватися. Оптимальною формою заохочення виступає оцінка досягнень співробітника на основі аудита і закріплення успіху залежно від можливостей закладу охорони здоров'я (премія, підвищення заробітної плати, кар'єрні переміщення тощо). При цьому необхідно враховувати реальну цінність обраної форми заохочення для кожного конкретного працівника.

5. «Коридорний» характер кар'єрного програмування. Це означає, що професійний ріст повинен бути головним чином орієнтований на кар'єрні переміщення в рамках певної області професійних функцій, що обумовлене специфікою медичної праці (ротаційна система переміщення кадрів обмежена).

6. Забезпеченість кар'єрних рекомендацій критеріями. Моніторинг кар'єрних претензій співробітників, їх обґрунтованості має на увазі наявність чіткої системи критеріїв.

Для успішної реалізації зазначених принципів необхідним є відстеження і фіксація розвитку персоналу. Це є прерогативою кадрової роботи, кадрової політики.

Модель внутрішньоорганізаційної роботи з медичним працівниками повинна включати: аналіз кар'єрних можливостей для кожної категорії медичних працівників, у результаті якої визначаються кар'єрні «поля» і кар'єрні «коридори» їх професійного росту, а також кар'єрні рівні в кожному з «коридорів».

Диференціація прогнозованого кар'єрного росту працівників по рівнях обумовлена якісними відмінностями у службовій відповідальності на кожному з них. Перехід на вищий щабель здійснюється відповідно до накопиченого працівником потенціалу «індивідуальної готовності» до того, щоб її зайняти. Вивчення індивідуальної готовності повинно носити комплексний характер, для чого пропонується введення низки критеріальних моделей. Інформаційним забезпеченням модулів є результати, отримані в ході аудита.



Рисунок 3.3 – Потенціал індивідуальної готовності до професійного і кар'єрного просування

Позначені критерії можуть бути оцінені за допомогою системи оцінки, на першому етапі якої за допомогою бальної оцінки можна визначити рівень професійно-кваліфікаційного просування, на якому перебуває даний працівник у поточний момент часу. Знаходження на певному рівні – це оцінка, отримана в результаті поєднання значень показників інтегрального модульного коефіцієнта і бальної оцінки індивідуальної готовності до професійного і кар'єрного розвитку.

Оцінка індивідуальної готовності до професійного росту проводиться на підставі середнього бала, отриманого в результаті опитування колег для одержання психологічного портрета особистості з погляду наявного потенціалу професійного розвитку працівника. Із цією метою колегам (керівнику) пропо-

нується оцінити по 5-бальній шкалі ступінь виразності у співробітника наступних якостей: компетентність, організованість, мотивація, комунікабельність новаторство; працьовитість, відповідальність. Матриця для побудови діаграми результатів оцінки особистісних якостей співробітника представлена у табл. 3.4. Одразу заповнимо її на прикладі 5 працівників Центру. Які вже розглядались для розрахунку інтегрованого показника.

Таблиця 3.4 – Таблиця формування індивідуальних кар'єрних коридорів

ПІБ працівника	Категорія працюючого	Компетентність	Організованість	Високе устремління із відчуттям невдоволеності	Легкість у спілкуванні (комунікабельність)	Стремління до новаторства, експериментів	Добросовісне виконання завдань, працьовитість	Відповідальність (самоконтроль)	Здібності до пізнання	Середній бал	Інтегральний показник (розраховано у п.3.2)
Поплавська Ю.А.	Л	4	4	3	3	3	4	4	4	3,625	0,885
Свідра Л.І.	М	5	4	4	4	5	5	4	4	4,375	1,288
Сінчук П.Д.	М	4	4	2	4	3	4	4	3	3,5	0,870
Окінь С.М.	Л	4	3	2	4	3	3	4	3	3,25	0,807
Володовська Ю.А.	Л	4	5	2	5	4	5	5	5	4,4	0,841

Побудова безпосередньо рівнів професійного розвитку базується на класифікації видів професійно-кваліфікаційного просування працівників і їх прив'язці до значення інтегрального коефіцієнту розвитку, який характеризує рівень професійного розвитку персоналу. Рекомендована градація ґрунтується на результатах аналізу теорії управління професійним розвитком працівників і практичного досвіду (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 – Рівні професійного розвитку працівників медичного закладу

Значення інтегрального коефіцієнта розвитку	Види професійно-кваліфікаційного просування	Сутність виду просування
До 0,5	Зона внутрішньо професійного росту	Підвищення майстерності у рамках своєї професії (отримання у перше освіти, підвищення кваліфікаційної категорії)
0,5-0,9	Зона розширення професійних можливостей	Передача додаткових повноважень і функцій, постановка більш складних завдань, участь у семінарах, конференціях, розширення меж професійних можливостей
0,91-1,1	Зона професійного розвитку	Зміна спеціальності, освоєння нової, формування спеціаліста широкого профілю, отримання низки сертифікатів, навчання вузьким спеціальностям
1,11-1,5	Зона паралельної кар'єри та формування резерву керівників	Підготовка до заняття певної посади – розвиток певних навичок, тимчасове виконання обов'язків, передача частини повноважень
1,51 та вище	Зона службового зростання	Призначення старшим чи головним спеціалістом, на посаду голови підрозділу, керівника чи заступника керівника медичного закладу

Графік, отриманий у результаті обробки даних показників інтегрального коефіцієнту і бальної оцінки індивідуальної готовності до професійного розвитку працівника, дозволить фахівцям служби кадрів та керівнику одержати оцінку стану професійно-кваліфікаційної структури медичного колективу, що в цілому що буде сприяти прийняттю ефективних рішень та застосування необхідні кроків у сфері професійного розвитку персоналу медичного закладу (табл. 3.6).

Графічне зображення кар'єрних «полів» співробітників дає основу для обґрунтування планування заходів професійного розвитку персоналу Центру первинної допомоги.

Паралельно з моніторингом можливостей і здібностей працівників і створенням умов для їх професійного і кар'єрного розвитку на управлінському рівні необхідно стимулювати також внутрішньоособистісний розвиток.

Крім оцінки індивідуальної готовності до професійного і кар'єрного зростання, необхідно звичайно ураховувати також і внутрішньоорганізаційні можливості самої медичної установи. Подібна оцінка дозволяє визначити границі кар'єрних «полів» працівника, тому що не має сенсу витрачати кошти на розви-

ток професійно-особистісного потенціалу працівника, якщо в даній установі неможливо цей потенціал у повній мірі використовувати.

Таблиця 3.6 – Області професійного і кар'єрного розвитку

		Оцінка індивідуальної готовності до професійного і кар'єрного зростання, бали										
		0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Індивідуальний коефіцієнт розвитку	0,1	Область внутрішньо професійного розвитку										
	0,2											
	0,3											
	0,4											
	0,5	Область розширення професійних можливостей										
	0,6											
	0,7											
	0,8											
	0,9	Область міжпрофесійного розвитку										
	1											
	1,1	Область резерву керівників										
	1,2											
	1,3											
	1,4											
	1,5											
	1,6	Область службового і кар'єрного зростання										
	1,7											
	1,8											
	1,9											
	2,0											

Тому ми вважаємо за необхідне при рекомендації цього напрямку удосконалення системи мотивації закладу охорони здоров'я визначити межі кар'єрних «полів» для працівників.

Побудова кар'єрних «полів» ґрунтується на поєднанні значень показників інтегрального коефіцієнт розвитку працівника і бальній оцінці можливостей закладу охорони праці у сфері професійно-кар'єрного розвитку і просування кадрів. Оцінка проводиться на підставі наступних кількісних і якісних показників діяльності того підрозділу, де працює конкретний працівник; фонду оплати праці (ФОП), фонду розвитку (ФР), кількості звернень за допомогою, кількість хворих, що звернулися до закладу, кількість прикріпленого до закладу населення, середньорічної чисельності персоналу, рівня складності використовуваних технологій діагностики і лікування.

Означені показники використовуються у двох варіантах: планові і фактичні. При цьому слід розрахувати індекс відхилення планових показників від фактичних. Рівень використовуваних технологій діагностики і лікування оцінюється керівником по 10-бальній шкалі, які для зручності розрахунків переводяться в коефіцієнти. Далі визначається величина інтегрального індексу за формулою:

$$I_{cp} = \frac{\sum_{i=1}^n I_i}{n} \quad (3.2)$$

де I_i – індекс зміни певного показника діяльності підрозділу закладу; n – кількість значень, що використовуються для розрахунків індексів. Отримане в такий спосіб значення інтегрального індексу співвідноситься з 5- бальною шкалою за схемою: до 0,5 – 1; 0,5-0,91 – 2; 0,91-1,1 – 3; 1,11-1,5 – 4 і 1,51 і вище – 5.

Отже, виходячи із запропонованої методики визначимо місце наших працівників у моделі професійного і кар'єрного розвитку.

Виходячи із даних табл. 3.7 працівник 2 перебуває у області резерву кадрів, працівники 1 і 3 є потенційними кандидатами для участі у програмах розвитку, працівники 4 і 5 відносяться до групи працівників розширення професійних можливостей. Як можемо побачити відповідно до інтегральної оцінки працівника та показника розвитку працівника ми можемо диференціювати підходи для застосування мотиваційної діяльності через професійний і кар'єрний розвиток. Відповідно до даних табл. 3.8 ми можемо вже чітко визначити які способи професійного і кар'єрного стимулювання будуть доречними для наших працівників.

Таблиця 3.7 – Місце працівників Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги на моделі професійного і кар'єрного розвитку

		Оцінка індивідуальної готовності до професійного і кар'єрного зростання, бали										
		0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Індивідуальний коефіцієнт розвитку	0,1	Область внутрішньо професійного розвитку										
	0,2											
	0,3											
	0,4											
	0,5	Область розширення професійних можливостей										
	0,6											
	0,7											
	0,8	4 5										
	0,9	1,3										
	1	Область міжпрофесійного розвитку										
	1,1	Область резерву керівників										
	1,2	2										
	1,3											
	1,4											
	1,5	Область службового і кар'єрного зростання										

Заключним етапом інформаційного забезпечення діяльності в області професійно-кваліфікаційного просування медичного персоналу є розробка індивідуальних програм професійного розвитку. Із цією метою розробляються рекомендації.

Головне завдання планування і реалізації професійного розвитку медичних працівників полягає у забезпеченні взаємодії його професійної і внутрішньорганізаційної кар'єри з основними напрямками діяльності медичної установи. Планування професійного розвитку полягає у визначенні цілей професійного і кар'єрного зростання кожного працівника і шляхів, що ведуть до їхнього досягнення.

Таблиця 3.8 – Матриця формування індивідуальної програми професійного і кар'єрного розвитку працівників

КНП ЧЦПМСД

Тип посади	Вік	Стаж роботи	Індекс професійного розвитку	Навчання на робочому місці за допомогою наставника	Навчання на робочому місці, делегування задач і функцій, повноважень	Самонавчання	Самонавчання, участь у конференціях, симпозиумах, семінарах	Курси підвищення кваліфікації за професійним напрямком	Підвищення кваліфікаційного розряду	Отримання додаткового сертифіката спеціаліста	Отримання і підвищення кваліфікаційної категорії	Зміна чи отримання додаткової спеціалізації	Навчання вузьким спеціальностям	Підвищення оплати праці при виконанні попередніх обов'язків	Надання кращої за характером роботи без підвищення оплати праці	Переміщення у інший підрозділ без зміни посади	Висунення у резерв управлінських кадрів	Стажування	Тимчасове заміщення	Пересування за службовими сходами			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
Лікарі	До 30 років	До 1 року	До 0,5	+				+	+/-														
		1-3 роки	0,5-0,91		+		+	+/-	+/-								+/-						
			0,91-1,1		+		+	+/-	+/-	+/-					+/-								
	31-40 років	1-3 роки	До 0,5	+			+	+	+	+													
			0,5-0,91		+		+	+	+	+													
			0,91-1,1		+		+	+	+/-	+/-	+/-							+/-					
			1,11-1,5		+		+	+	+/-	+/-	+/-					+/-		+/-					
		3-5 років	До 0,5		+		+	+	+	+	+/-												
			0,5-0,91		+	+	+	+	+	+	+												
			0,91-1,1		+	+	+	+	+	+	+/-	+						+/-				+/-	
			1,11-1,5		+	+	+	+	+	+/-	+	+	+	+/-		+/-					/- +		

		0,91-1,1		+	+	+	+				+/-		+/-	+/-					
		1,11-1,5		+	+	+/-	+				+/-		+						
	3-5 років	До 0,5	+	+	+	+	+												
		0,5-0,91		+	+	+	+							+/-		+/-			
		0,91-1,1		+	+	+/-	+			+/-	+/-		+/-	+/-		+/-			
		1,11-1,5		+	+	+/-	+			+/-	+/-		+	+/-		+/-			
	5-10 років	До 0,5		+	+	+	+/-												
		0,5-0,91		+	+	+	+/-			+/-						+/-			
		0,91-1,1		+	+	+/-	+/-			+/-	+/-		+/-	+/-		+/-			
		1,11-1,5		+		+/-	+/-			+/-	+/-		+	+/-		+/-			
41-50 років	5-10 років	До 0,5		+	+	+	+/-												
		0,5-0,91		+	+/-	+	+/-			+/-			+			+/-			
		1,51 і вище		+	+	+	+/-						+			+/-			
	Більше 10 років	0,5-0,91		+			+/-	+/-		+/-			+			+/-			
		1,51 і вище		+	+/-	+/-	+/-			+/-			+	+/-					
Вище 50 років	Більше 10 років	1,51 і вище		+	+/-	+/-	+/-			+/-		+	+/-						

Складання професійного плану дозволить вирішити такі завдання: досягнення взаємозв'язку цілей розвитку медичної установи і персоналу; попередження і усунення «кар'єрних тупиків», у яких практично не виявляється можливостей для розвитку персоналу; ефективне використання шляхів професійного і кар'єрного зростання; систематичне ознайомлення працівника з перспективами на короткостроковий і довгостроковий періоди.

Керування професійним розвитком має на увазі цілеспрямований вплив на персонал з метою зміни і збільшення професійного досвіду і професійних якостей працівників. У пропонованій матриці «Індивідуальна програма професійного розвитку» виділено кілька етапів, які є актуальними для конкретного працівника і відповідають вихідній інформації про нього. Перелік заходів, що сприяють подальшому розширенню компетентності і підвищенню професіоналізму медичного працівника, носить рекомендаційний характер. Прийняття рішення про формування індивідуальної програми професійного розвитку здійснюється фахівцями кадрової служби (керівником) і буде залежати від наявних реалій об'єктивного і суб'єктивного порядку.

Необхідно відзначити – що управління системною кар'єрою в медичній установі за допомогою колишніх форм і методів, без спеціальної підготовки персоналу кадрових підрозділів, керівників усіх рівнів управління не приведе до бажаних результатів. Тобто перехід до системної кар'єри та її освоєння слід розглядати як різновид нововведень із усіма наслідками, що впливають звідси. Вузловими моментами в системній кар'єрі стане:

- взаємоув'язування у єдине ціле різних складових професійного розвитку; професійного навчання і розширення «зони» професійних можливостей; підготовка резерву керівників усіх ланок управління (ротація, стажування), розвиток і супровід росту;

- організаційна основа для планування професійного розвитку: система збору, аналізу і оцінки особистісних досягнень у професійній діяльності, як в області результатів праці, так і у сфері індивідуальної готовності працівника до

подальшого просування (медичний аудит), а також існуючих для цього можливостей;

- мотивація професійного розвитку і просування: розробка кар'єрних планів втрачає зміст, якщо працівники залишаються до них байдужими;

- навчання працівників кадрових служб для кваліфікованої розробки системної кар'єри, використання сучасних форм і методів керування професійним розвитком персоналу, кар'єрних технологій.

Висновки до 3 розділу

У даному розділі дипломної роботи нами розглянуті основні напрями створення ефективної системи мотивації праці на підприємстві. Зокрема визначено, що у повній мірі використання економічних методів мотивування праці не може бути застосоване у нашому випадку. Оскільки фінансові можливості Центру обмежені, акцент на нашу думку повинен бути зміщений у бік соціально-економічних методів впливу на працівників. Так, нами була розглянута можливість мотивування праці працівників шляхом додаткового пенсійного забезпечення та страхування.

Окрім того нами визначена необхідність запровадження системи моніторингу і оцінки результатів діяльності працівників медичної установи, що дасть змогу більш ефективно використовувати мотиватори праці. Для цього було запропоновано до використання систему аудиту персоналу, з метою її подальшого використання для підтримки диференціювання оплати праці та планування професійного і кар'єрного зростання.

ВИСНОВКИ

На основі системного аналізу вітчизняного і зарубіжного досвіду мотивування праці, оцінювання діяльності працівників медичної установи – КНП «Чернівецького центру первинної медико-санітарної допомоги», їх матеріального і нематеріального стимулювання виявлено, що єдиної системи оцінювання та мотивування до цього часу не створено. Встановлено, що кожне підприємство, галузь господарства має свою систему оцінювання, стимулювання і мотивування. Що діяльність медичних установ істотно відмінна від роботи інших підприємств. На підстав цього у роботі запропоновані і досліджені методи оцінювання працівника медичного закладу і результатів його діяльності, проведено аналіз можливості їх застосування на комунальному підприємстві.

У результаті теоретичного аналізу уточнено визначення терміну «мотив»: це відповідне реагування працівників на конкретну ситуацію, яке формується під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів. Запропоновано використання терміну «мотивація праці» як сукупності заходів, що мають на меті посилення зацікавленості працівника в підвищенні продуктивності і поліпшенні якості результатів своєї праці. В основі мотивації лежать фактори, що змушують людину діяти і посилюють її дії. Основні з них: потреби, інтереси, мотиви і стимули.

Окрім того, удосконалено послідовність оцінювання діяльності працівника медичного закладу і обґрунтована необхідність проведення аудиту роботи працівників.

У роботі обґрунтована необхідність запровадження не тільки системи моніторингу і оцінки професійної діяльності медичних працівників, а і впровадження методики управління професійним розвитком і кар'єрним зростанням персоналу закладу.