

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій  
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

**БІЛИНЕЦЬ Фома Васильович**

**Механізм управління персоналом закладу  
охорони здоров'я. / Mechanism of management of  
personnel of health care institution**


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


Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи  
МЗОЗзмсв-21  
Ф. В. Білинець

Науковий керівник:  
к.е.н., доцент, І. І. Смачило

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

"03"  2020 р.

Завідувач кафедри  
 М. М. Шкільняк

**ТЕРНОПІЛЬ - 2020**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	6
1.1. Система управління персоналом закладу охорони здоров'я та специфіка її трансформації в умовах медичної реформи.....	6
1.2. Нормативно-правова база управління персоналом закладу охорони здоров'я.....	16
1.3. Зарубіжний досвід управління персоналом в закладах охорони здоров'я.....	23
Висновки до розділу 1 .....	31
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ КНП «ЗАКАРПАТСЬКИЙ ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» .....	33
2.1. Діагностика якісного складу та професійного рівня персоналу КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» .....	33
2.2. Аналіз системи організації професійного навчання персоналу КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» .....	45
2.3. Мотиваційний моніторинг працівників КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» .....	53
Висновки до розділу 2 .....	59
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	61
3.1. Концептуальні підходи до удосконалення системи професійного навчання персоналу закладу охорони здоров'я.....	61
3.2. Напрямки удосконалення системи мотивації персоналу закладу охорони здоров'я.....	68
Висновки до розділу 3 .....	79
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87
ДОДАТКИ.....	94

## ВСТУП

**Постановка проблеми.** В сучасних соціально-економічних та політичних реаліях розвитку України галузь охорони здоров'я розглядається як один з пріоритетних напрямів реформування. Змінюються ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та сама система охорони здоров'я загалом. Разом з цими змінами має бути впроваджена нова система управління закладами охорони здоров'я, що приводить до зміни парадигми системи управління персоналом цих інституцій.

**Аналіз останніх досліджень і наукових публікацій.** Протягом останніх років дослідження проблематики державного управління та регулювання, фінансово-господарського механізму та економічних засад розвитку системи охорони здоров'я України є одними з найактуальніших в рамках державного управління, економіки та управління національним господарством. Слід назвати таких українських науковців, як З.С. Гладун, Є.В. Долотенко, Д.В. Карамішев, Н.П. Кризина, Т.В. Педченко, Я.Ф. Радиш, Н.Д. Солоненко, які присвятили свої роботи дослідженню проблеми державного управління цією галуззю та її регулювання. Питанню організації охорони здоров'я присвячено роботи таких науковців, як І.С. Вардинець, Ю.В. Вороненко, Е.В. Ковжарова, А.О. Надточій, Г.Л. Панфілова, В.М. Пономаренко, О.А. Скрипник, Т.Д. Чеканова, В.Ю. Чернецький.

Проте проблема управління персоналом закладу охорони здоров'я не є дослідженою в національних наукових доробках, оскільки у сучасних керівників закладів охорони здоров'я та цієї галузі загалом ще не відбулася зміна погляду на формування ринку праці медичних кадрів із сучасних реалій та парадигми управління кадрами інституцій цієї галузі.

**Метою кваліфікаційної роботи** є здійснення теоретичних узагальнень та наведення практичних рекомендацій щодо удосконалення механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я.

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

- охарактеризувати систему управління персоналом закладу охорони здоров'я та визначити її специфіку в умовах медичної реформи;
- дослідити нормативно-правову базу управління персоналом закладу охорони здоров'я;
- вивчити зарубіжний досвід управління персоналом в закладах охорони здоров'я;
- провести діагностику якісного складу та професійного рівня персоналу КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги»;
- проаналізувати систему організації професійного навчання персоналу КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги»;
- провести мотиваційний моніторинг працівників КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги»;
- розробити концептуальні підходи до удосконалення системи професійного навчання персоналу закладу охорони здоров'я;
- запропонувати напрямки удосконалення системи мотивації персоналу закладу охорони здоров'я.

**Об'єктом дослідження** є процес управління персоналом закладу охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** є механізми та технології управління персоналом закладу охорони здоров'я.

Для досягнення зазначеної мети та розв'язання поставлених задач при проведенні дослідження були використані наступні **методи дослідження**: метод системного аналізу – для дослідження процесу управління персоналом як системи, яка складається із взаємозалежних і взаємопов'язаних елементів; метод структурного аналізу – для дослідження організаційної структури досліджуваного закладу охорони здоров'я; метод функціонального аналізу – для дослідження функціональної діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я; метод анкетного опитування – для визначення ефективності системи

підвищення кваліфікації працівників досліджуваного закладу охорони здоров'я; економіко-математичні методи – для оцінки впливу професійного навчання працівників на результати функціональної діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я.

**Наукова новизна дослідження** полягає у розвитку теоретичних положень системи управління персоналом в закладах охорони здоров'я, зокрема окреслення сучасних тенденцій її трансформації під впливом медичної реформи.

**Практична значущість результатів дослідження** полягає в тому, що розроблені теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення механізму управління персоналом в закладі охорони здоров'я можуть бути використані в роботі комунального некомерційного підприємства «Закарпатський регіональний центр екстреної медичної допомоги».

**Апробація.** За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей на тему «Сучасні тенденції управління персоналом в закладах охорони здоров'я» у збірнику Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, травень 2020 року) [8] та на тему «Удосконалення механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я» у збірнику V Ювілейної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, листопад 2020) [9].

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 94 сторінках, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 63 найменувань, містить 10 таблиць і 5 рисунків, а також 2 додатки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **1.1. Система управління персоналом закладу охорони здоров'я та специфіка її трансформації в умовах медичної реформи**

Успішний розвиток будь-якої сфери людської діяльності неможливий без управління, тобто систематичного процесу використання ресурсів для досягнення певної мети. Основним ресурсом кожної організації є люди (кадри, персонал), оскільки саме вони приводять в дію решту всіх ресурсів. Отже, мистецтво управління полягає в умінні організовувати певну діяльність, оптимально використовуючи людський чинник. В системі охорони здоров'я виключно важлива роль відведена безпосередньо медичному працівникові, тому управління розвитком кадрів визнається пріоритетним завданням менеджменту в галузі охорони здоров'я. Традиційні методи управління персоналом в галузі охорони здоров'я вже не забезпечують бажаних результатів, а навпаки, часто призводять до застою, а то й до дезорганізації в управлінських структурах.

Зараз, коли засобів, що виділяються з державного бюджету на розвиток охорони здоров'я, явно недостатньо, найбільш перспективною є мобілізація прихованих можливостей системи на основі кращого використання кадрових ресурсів. Міжнародний досвід, зокрема досвід Всесвітньої організації охорони здоров'я, свідчить про те, що серед організаційних змін, метою яких є підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, що проводяться в галузі управління кадрами.

Сьогодні в Україні взято курс на кардинальне реформування, спрямоване на створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта (фінансування базового пакета послуг, розробка та реалізація стратегії розвитку кадрових ресурсів, вибір лікаря й медичного закладу, підвищення якості послуг тощо) і здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян на рівні розвинутих європейських держав [46]. Трансформація господарського механізму

медичної галузі передбачає зміни організаційно-правового статусу медичних закладів, форми власності, характеру взаємовідносин між суб'єктами ринку, фінансових потоків тощо.

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

У 2017 році Президентом України було підписано прийняті Верховною Радою України закони, які започаткували реформу системи охорони здоров'я в Україні. МОЗ України розробило детальний план із ключовими етапами запровадження цієї реформи, основні напрями якої – підвищення ефективності функціонування системи шляхом проведення функціонально-структурних перетворень, оптимізації витрат за принципом «гроші ідуть за пацієнтом», запровадження професійного менеджменту тощо. Результатом реалізації вказаних напрямів стане створення нової сучасної моделі системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі, зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у разі хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів. Зважаючи на це, усі заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності для досягнення медичної, соціальної та економічної ефективності вимушені пристосовуватися (адаптуватися) до стрімких змін зовнішнього середовища та умов активного контакту з різними агентами ринку, змінювати стиль керівництва, використовувати прийоми маркетингу та ефективного управління персоналом у

межах розробленої стратегії.

Серйозні перетворення в галузі охорони здоров'я, насамперед набуття автономності закладами в адміністративній діяльності, можливість залучення коштів з різних джерел тощо, зумовлюють необхідність повного та оптимального використання кадрового потенціалу медичних організацій. Завдяки умінню управлінців його можна перетворити на конкурентну перевагу організації і досягнути поставлених цілей на ринку [56]. Метою кадрової політики ВООЗ є підготовка необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення ними закладів охорони здоров'я, виконання цими медичними працівниками відповідних завдань. Медичний персонал розглядається як стратегічний капітал, більша частка усіх капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення. Характеризуючи кадровий потенціал закладів охорони здоров'я, можна виділити такі його характеристики:

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

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

Головним є те, що він поєднує ступінь використання потенційних можливостей як окремо взятого медичного працівника, так і сукупності працівників, забезпечуючи на практиці активізацію людського чинника в трудовій діяльності за певних умов. Управління кадровим потенціалом здійснюється у двох напрямках, які тісно взаємопов'язані між собою [46]:

1) формування кадрового потенціалу;

2) активного використання кадрового потенціалу.

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



управління людськими ресурсами, метою якого є оптимальна розстановка і використання сил на основі більш довершеного планування, підбору, удосконалення, розподілу кадрів, мотивації та регулярного об'єктивного контролю та оцінки праці (рис. 1.1).



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

Примітка. Наведено за [56]

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

Практичну основу цієї діяльності складають: регулярна і об'єктивна інформація про склад і динаміку кадрів; опис робіт; підбір, розстановка персоналу; мотивація персоналу; формулювання цілей безперервного навчання і його організація; планування й організація розвитку кар'єри; регулярна оцінка ефективності виконуваних робочих функцій. Дослідження процесу управління кадрами дає змогу сформулювати концептуальну модель цієї діяльності, що складається з чотирьох взаємозумовлених систем: система руху кадрів; система

винагороди за працю; система організації роботи; система впливу співробітників на організацію.

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

З точки зору менеджменту ще на етапі формування внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я має забезпечуватися відповідність характеристик її найважливіших складових (цілей і завдань, персоналу, організаційної структури, технологій) умовам зовнішнього середовища функціонування (організація перебуває в середовищі та функціонує тоді, коли середовище дає їй таку можливість) [41]. Запуск механізмів цивілізованого суперництва між медичними закладами та лікарськими практиками на доступних сегментах ринку має привести до низки якісних змін. Перш за все для вирішення комплексних завдань доцільно переосмислити компетенції спеціаліста з управління охороною здоров'я [46]. Діяльність керівного складу медичної організації має бути націлена на розробку концепції, стратегій кадрової політики та методів управління людськими ресурсами. Активна роль кадрової політики, на відміну від пасивної та превентивної, дасть можливість розробити ефективні цільові кадрові програми, здійснити їх корекцію на основі постійного моніторингу ситуації, що складається на той чи інший проміжок часу.

Менеджери в системі охорони здоров'я стикаються з багатьма проблемами при реалізації стратегій закладу щодо досягнення важливих організаційних цілей. Реалізація планів щодо зниження витрат при одночасному підвищенні якості обслуговування пацієнтів може бути важкою навіть для найдосвідченіших людей. Використання організаційних стратегій є складним і важким, тому що їх успіх більшою мірою залежить від здатності ефективно управляти

співробітниками. При розгляді системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я треба враховувати ряд характеристик, притаманних системі управління даної галузі, які будуть безпосередньо впливати на здійснення тих чи інших функцій у сфері управління персоналом: 1) монополізм відомства; 2) бюрократизм в управлінні, в тому числі поділ праці; 3) суворі ієрархічна структура; 4) професійні забобони, наприклад, небажання фахівців-медиків визнавати роль інших працівників у сфері охорони здоров'я – економістів, юристів, менеджерів по персоналу в тому числі; 5) жорстка спеціалізація; 6) спрямованість організації, перш за все на споживачів; 7) суворе підпорядкування і точне виконання розпоряджень керівництва та ін. Функція управління людськими ресурсами стає все більш важливою у багатьох організаціях, оскільки вона покликана служити в якості партнера в галузі стратегічного планування та прийняття рішень з метою сприяння розробленню та реалізації стратегії. Ця нова роль має вирішальне значення, тому що якісне й продуктивне управління персоналом має значний вплив на успіх або провал бізнес-стратегій у галузі охорони здоров'я. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я включає в себе (рис. 1.2).



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

Примітка. Розроблено авторами на основі джерела [56]

Управління охороною здоров'я пов'язане з прийняттям рішень на основі науково обґрунтованих можливостей аналізу організації в ефективному використанні ресурсів у часі й просторі, щоб забезпечити достатню кількість і якість послуг у сфері охорони здоров'я для задоволення медико-санітарних потреб громадян і суспільства. Функції менеджера щодо управління людськими ресурсами: кадрове планування; аналіз і проектування посад; підбір, відбір і призначення; оцінювання ефективності; навчання і розвиток; мотивація; безпека й охорона праці; трудові відносини; звільнення. Менеджери сфери охорони здоров'я для здійснення функції управління персоналом закладів охорони здоров'я повинні володіти провідними компетенціями, а саме: достатніми знаннями, лідерськими здібностями, діловою хваткою, навичками міжособистісного спілкування, необхідними для просування змін. Досконале знання роботи і досвід є основою успіху. Менеджери повинні йти в ногу з новими і мінливими законодавчими актами, що стосуються зайнятості, особливо таких, які стосуються регулювання понаднормової праці, праці інвалідів. Вони повинні мати можливість аналізувати та інтерпретувати ці закони, визначити вимоги до дотримання і рекомендувати заходи щодо їх забезпечення в закладах охорони здоров'я. Така компетенція як «лідерство» необхідна для менеджерів для планування й розроблення програм та мобілізації необхідних ресурсів для їх виконання. Менеджери повинні знати, як взяти на себе провідну роль в аналізі організаційних питань, ініціювати правильні дії для їх вирішення здоров'я [15].

Вони повинні бути досвідченими лідерами в трудових відносинах та в питаннях врегулювання конфліктів і вирішувати проблеми, зберігаючи нейтралітет у відносинах. Менеджери також повинні бути лідерами в етичному поведженні. Менеджери закладів охорони здоров'я повинні володіти ґрунтовними знаннями в сфері бізнесу, щоб належним чином підтримувати рішення щодо управління трудовим потенціалом лікувального закладу. Вони повинні застосовувати стратегічне бізнес-мислення для вирішення завдань таким чином, щоб кадрова політика, програми і процедури, які вони розробляють і здійснюють, їх управління узгоджувалися з бізнес-цілями і завданнями усього

закладу. Однією з основних проблем у галузі охорони здоров'я є планування людських ресурсів. Фундаментальним у процесі визначення потреби в персоналі в системі охорони здоров'я є: знання про поточну ситуацію стану робочої сили, оцінювання поточного попиту і доступності медичного персоналу, а також визначення майбутніх потреб для вирішення конкретних завдань Міністерства охорони здоров'я, яке займається загальним плануванням на національному рівні. Ще однією проблемою є те, що існуюча нині процедура відбору та найму кадрів у закладах охорони здоров'я – оцінювання роботодавцем лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги інші характеристики претендента на вакантну посаду. 100% керівників закладів охорони здоров'я – головних лікарів, завідувачів відділеннями та головних медичних сестер – виступають за те, щоб, як прийнято в багатьох секторах економіки, процедура відбору персоналу на вакантну посаду лікаря-ординатора та медичної сестри складалася з таких етапів, як аналіз змісту їх роботи, складання вимог до виконавця даної роботи, пошук людини, що відповідає вимогам, що пред'являються, вибір працівника за допомогою різних методів відбору, оцінка після співбесіди. Для формування ефективної моделі управління медичним закладом менеджера необхідно: визначити роль і місце штатного розкладу при введенні ефективного контракту, організувати сучасний підхід до організації системи нормування праці в лікувально-профілактичному закладі; проаналізувати діючу нормативно-правову базу з питань праці та можливості її повноцінного використання в практиці охорони здоров'я; ознайомитися із сучасною номенклатурою посад медичних працівників, кваліфікаційними вимогами, професійними стандартами і новою системою акредитації; оцінити забезпеченість організації медичними кадрами відповідно до нормативів; впровадити ефективні методи управління кадрами і розрахунку потреби в працівниках з урахуванням ролі медичного персоналу в лікувально-діагностичному процесі, програми державних гарантій, видів і умов пропонованої установою медичної допомоги населенню; визначити пріоритети діяльності медичної організації в умовах економічної кризи, розробити програми мотивації працівників.

Аналіз стану, проблем та перспектив розвитку кадрового менеджменту у вітчизняній галузі охорони здоров'я показав, що в даний час, на відміну від інших секторів економіки, практично відсутні ефективні й уніфіковані для різних лікувально-профілактичних установ технології управління кадрами. Залишаються невирішеними питання професійного відбору медичних працівників, періодичного оцінювання їх діяльності, питання трудової мотивації й адаптації, службово-професійного просування, навчання персоналу на робочому місці, його вивільнення. Управління кадрами медичних установ фактично зведено до формалізованих процедур набору і звільнення співробітників, що не дозволяє ефективно використовувати їх трудовий потенціал.

Існуюча нині процедура відбору та найму кадрів у лікувально-профілактичних установах є оцінювання роботодавцем лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги інші характеристики претендента на вакантну посаду [34].

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

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

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

- 3) проведення ділового оцінювання медичного персоналу за допомогою спеціально створеної методики, що дозволяє оцінювати не тільки дотримання

норм (стандартів) кількості та якості праці, а й дотримання певних вимог технології трудового процесу;

4) використання морально-психологічних і матеріальних способів трудової мотивації працівників; створення такої форми оплати праці, яка дозволить значною мірою відійти від дуже поширеного в даний час принципу матеріальної зацікавленості («пропрацював більше – отримав більше») і наблизитися до принципу матеріальної залежності («скільки заробив – стільки й отримав»);

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

6) для реалізації всіх вищевикладених рекомендацій доцільно і необхідно проводити тематичні цикли удосконалення працівників кадрових служб і керівників установ та органів охорони здоров'я. Ефективність управління медичним персоналом є суттєвим моментом успіху роботи закладів охорони здоров'я. Розробка, формування, прийняття та реалізація управлінських рішень щодо управління медичним персоналом потребує специфічних методик з урахуванням особливостей професійної діяльності та психологічного навантаження при роботі у закладах охорони здоров'я.

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

## **1.2. Нормативно-правова база управління персоналом закладу охорони здоров'я**

Унікальний характер охорони здоров'я як соціального і, водночас, особистого вимагає належної нормативно-правової бази організації роботи медичних установ та їх структурних підрозділів, а також середнього і молодшого сестринського персоналу.

Правове поле функціонування сфери охорони здоров'я, регулювання в цій сфері, організації роботи медичних установ формує держава. Наприклад, можливі в сучасному суспільстві моделі стратегій державного регулювання у сфері охорони здоров'я залежно від масштабів і ступеню участі держави у процесах регулювання можна представити так: командно-адміністративне регулювання; упорядкування та спрямування; децентралізація; обов'язкове саморегулювання; акредитація та ліцензування; регулювання за допомогою незалежних органів; міжсекторальне співробітництво [44].

Хоча Конституцією України проголошені громадянські права на здоров'я і охорону здоров'я, в практичній площині вони фактично залишаються декларацією, а їх невиконання пояснюється відсутністю у бюджеті коштів, необхідних для фінансування галузі, гідної оплати праці лікарів та інших медичних працівників, медикаментозного, медико-технологічного та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів, розробку і впровадження новітніх ефективних медичних технологій.

Визначення засад внутрішньої та зовнішньої політики в сфері охорони здоров'я відповідно до ст. 85 Конституції України здійснює Верховна Рада України як єдиний орган законодавчої влади. Її головні завдання полягають у прийнятті законів і формуванні законодавства загалом, а також у здійсненні парламентського контролю за їх виконанням і дотриманням. Стаття 85 Конституції України [27] встановлює чіткий перелік повноважень і окреслює виняткову компетенцію законодавчого органу, який шляхом прийняття законодавчих актів встановлює правила поведінки всіх учасників суспільних відносин. У цьому є суть законодавчої діяльності.



Отже, найвищим нормативним актом, який встановлює ці правила, обов'язкові для всіх, тобто первинні норми, є закон. Щоб уникнути хаосу у нормативно-правовому забезпеченні в усіх сферах життя і діяльності, в т.ч. і у сфері охорони здоров'я, всі інші нормативно-правові акти мають бути вторинними, спрямованими на реалізацію законів [44].

З часу проголошення незалежності Верховна Рада України прийняла низку законодавчих законів у сфері охорони здоров'я населення, які є основою відповідного національного законодавства (наприклад, Закон України «Про охорону здоров'я» та ін.). Слід зазначити, що більшість серед них містить правові норми які визначають цілі, методи, завдання та форми державного управління і регулювання у цій сфері відносин. Крім основ законодавства України про охорону здоров'я, в тому числі, в редакції від 24.07.2020 р. [10], до таких актів слід віднести Закони України «Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення», «Про лікарські засоби», «Про психіатричну допомогу» та інші.

Разом з тим, можна стверджувати, що сьогодні, в тому числі, з огляду на процеси реформування у сфері охорони здоров'я, законодавство України про охорону здоров'я ще не набуло завершеного, системного характеру. Вимагають негайного прийняття такі підготовлені законопроекти як: «Про гарантований державний рівень медичної допомоги», «Про медичну діяльність», «Про багатокладність медичної допомоги», «Про профілактичну медичну діяльність», «Про лікарське самоврядування», «Про захист прав пацієнтів» та інші [63].

Особливості міністерства охорони здоров'я України як центрального органу виконавчої влади проявляються перш за все в його компетенції, яка може мати як функціональний, так і галузевий характер. Міністерство охорони здоров'я України є типово галузевим органом, проте воно наділене і відповідними міжвідомчими повноваженнями, які дозволяють здійснювати державне управління і регулювання з питань охорони здоров'я в різних галузях і сферах життя [63].

Необхідність прийняття нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, участі держави влади у законодавчому регулюванні системи охорони здоров'я та медичного обслуговування, управління сферою охорони здоров'я через реалізацію ряду функцій (в тому числі, функції організації діяльності) зумовлені рядом причин і обставин, а саме: надзвичайною соціальною важливістю системи охорони здоров'я; потребою забезпечити стабілізацію чи корекцію розподілу владних повноважень (підтримки незахищених верств населення; скасування монополії та надання допомоги; захист прав пацієнтів і медичних працівників тощо); значимістю надати системі охорони здоров'я юридично оформлену структуру та регламентувати її функціонування; важливістю забезпечити гарантії та контроль якості послуг і товарів, що стосуються охорони здоров'я; потребою забезпечити гарантії рівного доступу всіх членів суспільства до послуг у сфері охорони здоров'я; значимістю надання громадянам можливості впливати на політику в сфері охорони здоров'я та функціонування медичних установ; важливістю забезпечення захисту пацієнтів та їхніх прав, надання їм права на оскарження їх порушення в адміністративному порядку; виключним значенням забезпечення прав людини від примусу, пов'язаного з охороною здоров'я чи медичною допомогою.

У сучасних умовах існують такі основні напрями адміністративних та функціональних реформ в охороні здоров'я: удосконалення управління охороною здоров'я; якість та стандарти медичної допомоги; удосконалення мережі, структури і функцій медичних закладів; нормативно-правова база реформування галузі та ін. [44].

Деталізувати та конкретизувати положення Конституції України, що стосується охорони здоров'я, управління цією сферою, організації роботи медичних установ та їх персоналу покликаний Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

У преамбулі до ОЗУОЗ зазначено, що вони «визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення високої

працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості» [47].

Основами законодавства України про охорону здоров'я чітко визначені основні принципи охорони здоров'я в Україні. Ці принципи прямо або опосередковано чинять вплив на організацію діяльності медичних установ і організацію роботи цих установ з персоналом. До таких принципів законодавцем віднесено: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я; випереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; багатуокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та само-стійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [47].

Практика роботи медичних установ показує, що принципи, покликані забезпечити процес розвитку охорони здоров'я, витримуються не повністю, і відповідальність за це ніхто не несе. Свідченням цього є наступне: не досягнуто рівноправності громадян і загальнодоступності медичної допомоги; не забезпечено належної матеріально-технічної та фінансової бази галузі охорони здоров'я; не реалізовано рівноправності медичних закладів різних форм власності, розвитку самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров'я, конкуренції між ними.

Розділ 3 є особливо важливим, оскільки регламентує основи організації та управління охороною здоров'я, медичними установами та їх персоналом.

Стаття 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я (редакція від 04.11.2018 р.), на відміну від попередньої редакції цього законодавчого акта, чітко обумовлює наступні позиції: держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності; порядок створення, припинення закладів охорони здоров'я, особливості діяльності та класифікація закладів визначаються законом; мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена; планування розвитку мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я, прийняття рішень про її оптимізацію, створення, реорганізацію, перепрофілювання державних і комунальних закладів охорони здоров'я здійснюються відповідно до закону органами, уповноваженими управляти об'єктами відповідно державної і комунальної власності [47].

Важливими позиціями статті 16 вказаного вище документу, які врегульовують як організацію діяльності медичних установ, так і їх персоналу, є такі: заклад охорони здоров'я провадить свою діяльність на підставі статуту (положення), що затверджується власником закладу (уповноваженим ним органом); керівником закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності може бути призначено лише особу, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони

здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України [47].

Оскільки організація охорони здоров'я (організування охорони здоров'я) є видом управлінської діяльності, спрямованим на формування організаційної структури управління сферою охорони здоров'я, встановлення у ній системи зв'язків та відносин, що дає змогу ефективно працювати для досягнення поставлених цілей, цей розділ на відміну від аналогічного розділу попереднього документу вже чітко: визначає коло суб'єктів управління охороною здоров'я та їх повноваження, встановлює і окреслює систему їх субординаційних, реординаційних і координаційних зв'язків та відносин.

Розділ 5 нового Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” регламентує надання медичної допомоги.

Так, у статті 33 вказано, що медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну, медичну реабілітацію [47].

Стаття 352 нового Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» дає визначення вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги наступним чином: медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруень, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [47].

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я: в стаціонарних умовах - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри; в амбулаторних умовах –

консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри) [10].

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років є складовою Національного плану дій з реформування (затверджено Указом Президента України «Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020» № 5/2015 від 12.01.2015 р. та Урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена Постановою Верховної ради України № 26-VIII від 11.12.2014 р.)).

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років посилила нормативну базу діяльності медичних установ та їх персоналу. Так, у цьому документі зазначено, що «в українській системі охорони здоров'я необхідно встановити чіткі межі між отриманням диплому та структурою кадрів, яка може бути створена на основі структури надання послуг; у такому процесі вирішальне значення матимуть доступне фінансування, автономія лікарень і конкурентоспроможність кадрів. Єдиним методом вирішення питання кількості, компетенції та структури лікарів, медсестер, менеджерів охорони здоров'я є переговори з відповідними професійними об'єднаннями» [55].

Конкурентоспроможність медичних кадрів залежить від їх навчання та підвищення кваліфікації. У цьому контексті, Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років обумовлено питання, що стосуються навчання та підвищення кваліфікації лікарів (професійне саморегулювання; конкурсна основа задоволення попиту на управлінський персонал тощо). Однак, безпосередньо сфері медсестринства цим документом приділено вкрай недостатньо уваги.

Це є істотним недоліком нормативного регулювання діяльності середнього медичного персоналу, оскільки питання задоволення попиту на сестринський персонал у медичних установах досі є невирішеним.

Недоліками нормативної бази організації роботи з персоналом в медичній установі є: законодавча незакріпленість професійного, соціального і юридичного

статусу середнього і молодшого медичного персоналу в галузі охорони здоров'я; невідповідність функціонального і видового навантаження діяльності медичного персоналу новим умовам функціонування галузі охорони здоров'я; недосконалість нормативного регулювання діяльності середнього і молодшого медичного персоналу (нормативи штатів цього персоналу вимагають перегляду в бік збільшення); обмеженість прав середнього і молодшого медичного персоналу медичних установ; відсутність Кодексів професійної етики медичного персоналу в переважній більшості закладів охорони здоров'я та ін. [63].

Тому, формування і розвиток в Україні ринкових відносин і реформування системи охорони здоров'я у відповідності з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України вимагає диференціації діяльності середнього і молодшого медичного персоналу, передусім, медичних сестер в залежності від нових функцій і видів діяльності відповідно до міжнародних стандартів та досвіду, які зумовлені новими соціально-економічними умовами.

Таким чином, нормативно-правова база організації роботи закладів охорони здоров'я, їх структурних підрозділів та персоналу, в цілому, характеризується чіткістю і конкретністю. Однак, питання управління персоналом закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів вимагає деталізації у законодавстві про охорону здоров'я. Це пояснюється тим, що питання управління персоналом пов'язано не лише з визначенням завдань і обов'язків, знань та кваліфікаційних вимог до різних категорій персоналу, а й із законодавчим врегулюванням супутніх питань, зокрема: мотиваційних аспектів впливу на персонал медичних установ, відповідальності за дії або бездіяльність персоналу та ін.

### **1.3. Зарубіжний досвід управління персоналом в закладах охорони здоров'я**

Оскільки Україна йде шляхом розвитку ринкової економіки та прагне інтегруватися у Європейський Союз, при дослідженні зарубіжного досвіду

організації роботи з персоналом в медичних установах особливу увагу доцільно приділити досвіду зарубіжних країн у цій сфері.

Як свідчать особливості розвитку охорони здоров'я у різних країнах світу, провідну роль у реалізації політики розбудови галузі відіграє реформа управління, суттєве значення належить впровадженню сучасних ефективних методів, децентралізації, посиленню горизонтальних зв'язків при збереженні певних вертикальних, застосуванню комплексного міжгалузевого підходу та довгострокового стратегічного планування. З таких позицій можливо досягнути значного прогресу в поступальному розвитку соціально-економічної сфери держави чи окремого регіону, у тому числі, забезпечити реалізацію стратегії реформування охорони здоров'я. Одним із важливих завдань європейської політики «Здоров'я для всіх на ХХІ століття» визначено удосконалення планування та управління охороною здоров'я, розвиток партнерства в діяльності різних служб на рівні держав, регіонів тощо [55].

В країнах-членах ЄС існує широке розмаїття у способах організації, регулювання, фінансування, функціонування та використання систем охорони здоров'я. Це ускладнює завдання зведення існуючих відмінностей у єдину класифікацію. Іншими словами, групування країн за способом фінансування систем не співпадає з групуванням за типами організації, регулювання чи надання медичної допомоги. До того ж, окремі риси системи надання медичної допомоги можуть значно відрізнятися від того, у який спосіб організовано інші складові соціального захисту, зокрема, пенсійне забезпечення. Так, наприклад, наголос на універсально доступні і фінансовані за рахунок податків системи охорони здоров'я у Великій Британії та Данії різко контрастує з опорою на галузеві і приватні схеми в системі пенсійного забезпечення [18].

Деякі з основних відмінностей між країнами-членами ЄС, особливо ті, що стосуються організації, надання та використання медичної допомоги, висвітлюються під час дослідження розподілу функцій і обов'язків між первинним, вторинним та третинним рівнями надання допомоги в сфері охорони здоров'я. Відмінності між системами первинної медичної допомоги стають



очевидними під час дослідження вхідних ресурсів, наприклад, чисельності лікарів та показників користування системою, представлених кількістю консультацій у лікарів загальної практики (ЛЗП) та у спеціалістів у країнах-членах ЄС. Кількість лікарів на 100 000 жителів відрізняється коефіцієнтом приблизно від одного до трьох серед країн Євросоюзу: Італія має близько 600 лікарів на 100 000 жителів, в той час як в Ірландії та Великій Британії ця цифра становить близько 200 лікарів на 100 000 населення. У Бельгії, Австрії та Фінляндії біля половини усіх лікарів є лікарями загальної практики, тоді як в Іспанії, Ірландії, Італії, Нідерландах, Португалії та Швеції більше 80% становлять лікарі-спеціалісти. Для дев'яти країн ЄС існують дані про частку лікарів, які працюють у лікарнях. У Франції та Італії ця частка становить менше однієї третини, а отже більша частина лікарів працює на первинному рівні надання медичної допомоги. На противагу цьому у Данії, Португалії та Великій Британії понад дві третини лікарів працюють у лікарняному секторі. В системі надання первинної медичної допомоги існують значні відмінності у кількості консультацій з лікарями загальної практики та медичними спеціалістами. З одного боку, у Німеччині реєструється найбільша кількість консультацій як з лікарями загальної практики, так і з медичними спеціалістами – в середньому 8,4 консультацій на людину за рік. Австрія та Бельгія також перебувають на цьому боці спектру, в основному завдяки високій кількості консультацій з лікарями загальної практики. На противагу цьому відповідний показник у Великій Британії, Ірландії, Данії, Португалії та Греції становить лише приблизно половину від того, що спостерігається у Німеччині. Фінляндія, Франція, Нідерланди та Люксембург мають близьку до середньоєвропейської кількість консультацій з медичними спеціалістами, і меншу, ніж в середньому по ЄС, кількість консультацій з лікарями загальної практики [44].

Велику кількість консультацій спеціалістів у Німеччині, Бельгії та Люксембурзі частково можна пояснити тим, що лікарі загальної практики у цих країнах не виконують пропускну функцію на шляху до лікування спеціалістами. Тобто, можливість безпосереднього отримання консультації спеціаліста у цих

країнах без сумніву підвищує попит на послуги спеціалістів. Більше того, різниця між лікарями первинної практики та спеціалістами стала розпливчастою, оскільки багато лікарів, підготовлених як спеціалісти, надають також послуги первинної медичної допомоги. Наприклад, у Німеччині – країні з найвищою кількістю консультацій у лікарів загальної практики та спеціалістів – близько 60% лікарів, що працюють амбулаторно, є спеціалістами, які часто надають послуги з первинної медичної допомоги поряд зі спеціалізованою допомогою [19].

У більшості країн з нижчою за середню схильністю до отримання консультацій медичних спеціалістів (Данія, Ірландія, Італія, Нідерланди, Португалія, Іспанія та Велика Британія) для отримання таких консультацій вимагається направлення від лікаря загальної практики, що звичайно обмежує кількість консультивань спеціалістами.

У цих країнах консультації лікарів загальної практики та спеціалістів скоріш доповнюють одні одних, ніж заміщують. За винятком Італії, у згаданих країнах спостерігається нижча від середньої схильність до консультацій з лікарями загальної практики. Це наводить на думку, що в цих країнах відносно низька схильність до консультацій з лікарями загальної практики також відбивається на більш низькій схильності до консультацій зі спеціалістами [43].

У вторинному секторі – системі лікарняної стаціонарної медичної допомоги – відмінності між країнами Євросоюзу є більш яскравими. Схильність до госпіталізації ілюструється кількістю виписок зі стаціонарів, де співвідношення між найвищим показником у Австрії та найнижчим у Португалії становить три до одного. Схильність до тривалості стаціонарного лікування ілюструється показником середньої тривалості перебування у стаціонарі, який для Німеччини є удвічі більшим, ніж для Ірландії.

Співвідношення між крайніми значеннями цього показника у різних країнах-членах ЄС становить чотири до одного. З одного боку, Фінляндія поєднує дуже високу схильність до госпіталізації з тривалими термінами перебування у стаціонарах, в результаті чого кількість днів перебування у лікарні

в ній є вдвічі вищою, ніж в середньому по ЄС. Подібним чином до країн з високою госпіталізацією можна зарахувати Німеччину, Австрію та Велику Британію, у яких загальна кількість днів госпіталізації перевищує на третину середні показники по Євросоюзу. В таких випадках заходи зі стримування видатків виявляються не надто успішними. З другого боку, Португалія, Ірландія, Франція та Нідерланди і, меншою мірою, Іспанія, Данія та Швеція демонструють низьку схильність до госпіталізації та/або тривалого утримання у стаціонарах. Ці системи більше схожі на моделі, що діють у Сполучених Штатах та Канаді, де кількість днів перебування у лікарні є набагато нижчою, ніж у середньому по ЄС [19].

Навіть якщо лікарі загальної практики виконують роль вартових для системи вторинної медичної допомоги, як це має місце у багатьох країнах Євросоюзу, попит є найбільшим у системі вторинної медичної допомоги. Так, у деяких країнах(членах ЄС (Іспанія, Португалія та Ірландія) відділення швидкої допомоги лікарень також дають можливість прямого доступу до системи вторинної медичної допомоги, або дають змогу пацієнтам обходити чергу на госпіталізацію. Кількість лікарняних ліжок є ще одним показником рівня пропозиції. Кількість ліжок на 100.000 жителів дуже відрізняється між членами ЄС. У Німеччині та Австрії спостерігається чітка кореляція між кількістю ліжок та кількістю ночей, проведених хворими у стаціонарі. Для Франції властиве подібне високе співвідношення, але рівень зайнятості лікарняних ліжок там найнижчий у ЄС – у середньому менше, ніж чотири місяці на рік, порівняно з середнім для ЄС показником у вісім місяців на рік. На противагу цьому, Велика Британія має відносно малу кількість ліжок, але вони зайняті майже постійно, так само, як у Фінляндії та Австрії. Кількість ліжок постійно зменшується – протягом 1990-х років вона скоротилася в середньому на 20% майже у всіх згаданих країнах [43; 44].

Більшість країн світу сьогодні відчувають значний брак медичних сестер. Україна не є винятком. За 10 останніх років ця категорія медичних працівників у нашій країні зменшилася в 1,4 разу (при майже незмінній кількості лікарів). Тож

нині співвідношення молодших спеціалістів із медичною освітою до лікарів складає 1:1,9, у той час як у країнах ЄС воно становить 1:2,5 [19].

Причинами такої ситуації є: непривабливість медсестринської справи, допоміжна роль медсестри, низька заробітна плата, надмірні робочі навантаження, а іноді і небезпечні умови роботи, недосконалість навчальних програм підготовки та перепідготовки фахівців. Тому, реформа охорони здоров'я потребує не лише «кількісного» наповнення кадрового потенціалу медсестринства, а й зміни ролі, функцій та організаційних форм його діяльності. Тому слід готувати медичних сестер та акушерок нового типу, які мають необхідну кваліфікацію і готові працювати в нових умовах.

Основні функції сучасної медичної сестри визначено Європейським регіональним бюро ВООЗ із сестринської справи. До таких функцій віднесено: здійснення сестринського догляду та управління ним або заходів профілактики, лікування, реабілітації (ця робота найбільш ефективна, коли проводиться за системою «сестринський процес»); навчання пацієнтів збереженню і відновленню здоров'я; ефективне виконання ролі члена медико-санітарної бригади; розвиток сестринської практики через критичне мислення і наукові дослідження [61].

ВООЗ деталізувала ці функції, додавши до них такі види діяльності як: оцінка фізичного і психічного стану пацієнта, надання необхідної допомоги у разі відповідних хвороб; планування, моніторинг та координування різноманітних ресурсів і послуг систем медико-санітарної допомоги; налагодження співпраці з іншими фахівцями медико-санітарної допомоги, виконання обов'язків спеціалістів і прийняття більш відповідальних рішень там, де відсутні фахівці; проведення досліджень та участь у науково-дослідних проектах тощо [61].

Отже, нова модель сестринської справи передбачає, що це представники самостійної професії, яка має власну теоретичну і практичну базу.

Як свідчать численні зарубіжні дослідження у 60-80% випадків медичну допомогу може надавати кваліфікована, підготовлена медсестра (при менших

економічних витратах і збереженні якості та ефективності цієї допомоги). У США рівень підготовки медсестер (частина яких з університетською освітою) такий, що дає можливість залучати їх до лікування хронічних хворих за приписами лікарів. Більше того, якість такого лікування, як свідчать зарубіжні дослідження, може бути вищою, ніж у лікаря первинної допомоги.

На сьогодні можна однозначно стверджувати, що другорядна роль медсестри на фоні лікаря – це застарілий підхід, який не відповідає Європейському і світовому досвіду ролі медсестринства в охороні здоров'я, який не дозволяє налагодити ефективну допомогу хворим. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я будь-якої держави – в тому числі й України – на 70-75% складається з медсестринського персоналу, який необхідно використовувати більш ефективно. ВООЗ зазначає, що медсестринський персонал може взяти на себе від 25 до 70% (залежно від профілю та спеціалізації) функцій, які сьогодні виконує лікар. Тому в системі охорони здоров'я країн Європи, США, Канади давно зрозуміли вагомість проблеми розвитку й удосконалення медсестринства. На жаль, в Україні медсестринство сформувалося «під кутом» емпіричного погляду лікаря без наукового обґрунтування параметрів його діяльності. У світі є спеціальність медсестри виокремлена. І лікар, і медсестра працюють як партнери. У нас же має місце підпорядкування медсестри лікареві, а її роль зводиться суто до виконання його вказівок і призначень. Але незнання лікарем технології медсестринського процесу значно ускладнює або унеможлиблює постановку завдання медсестрі і контролю якості її роботи [61].

До недавнього часу жодних серйозних досліджень стосовно навантаження медсестри, її функціональних обов'язків, особливості технологій виконання медсестринських процедур в Україні не проводилося. На противагу цьому на Заході в галузі медсестринства з середини минулого століття на зміну викладачу-лікаря прийшли магістри-медсестри, з їх участю проводяться наукові дослідження, медсестринський процес постійно вдосконалюється і раціоналізується з урахуванням інновацій [61].

Важливим також є питання навчання медичних сестер. У цьому питанні Україна відстає від Європи та США на 50-70 років, де серед учителів медсестри лікар є відсутній. Навчати лікаря, який потім буде навчати медичну сестру, економічно не вигідно. Це є використанням ресурсів не за призначенням. Сьогодні в медичних училищах, коледжах України викладають приблизно 3,5 тисячі лікарів. Це вкрай недопустима розкіш: використовувати лікаря, який навчався 6 років, пройшов інтернатуру (на все це витрачено приблизно 200 тисяч гривень) не за призначенням. Щоб підготувати магістра-медсестру, держава витрачає лише 40-50 тис. грн. Але найголовніше – лікар не є професіоналом у галузі медсестринства, він не вивчає того технологічного процесу, який виконує медична сестра. Тому йому спочатку потрібно самотужки опанувати підручники та навчальні програми підготовки медсестер, а вже потім викладати. Якщо ж медсестра має достатній рівень підготовки, кваліфікацію (вищу або бакалаврську освіту) вона може якісно це зробити. Так, ще у середині минулого століття США, Канада, а з 70-х років уже й Польща, Німеччина, інші країни почали готувати магістрів-медсестер із вищою освітою. У 2002 році Європейське бюро ВООЗ провело нараду міністрів охорони здоров'я європейських країн, де розглядалось питання підготовки медсестринського персоналу. Тоді ж було прийнято рішення, яке не рекомендує використовувати лікарів як викладачів під час підготовки медсестри. Україна також підписала цю Декларацію [61].

Для того, щоб зберегти кращі традиції національної системи охорони здоров'я, а також запровадити кращі досягнення світової медицини в медсестринстві, потрібно не „накладати, проектувати” світовий досвід на вітчизняну систему, а слід здійснювати наукове обґрунтування новацій, пошук шляхів їх впровадження.

Отже, слід відмітити, що посилення на світовий досвід організації роботи медичних установ, їх структурних підрозділів і медичного персоналу та його використання в Україні має сенс лише при умові врахування сучасного стану економіки і особливостей вітчизняної сфери охорони здоров'я. Сліпе копіювання нормативних актів чи перенесення зарубіжних способів організації діяльності

закладів охорони здоров'я, які використовувалися у країнах в різні історичні періоди і в різних соціально-економічних умовах не завжди можуть дати результати в дійсних специфічних умовах економіки України та її регіонів. Тому, важливо узагальнювати принципи і підходи до організації такої діяльності, адаптуючи їх до реалій українського суспільства.

### **Висновки до розділу 1**

1. Медичній установі, щоб забезпечити високий професіоналізму медичного персоналу, покращити якість і доступність надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, раціонально використовувати кадрові ресурси в профілактиці й лікуванні захворювань необхідно організовувати роботу персоналу. Слід враховувати той факт, що організація роботи з персоналом в медичній установі є елементом організаційного механізму управління медичною установою, який є синтезом множини інших елементів, котрі чинять вплив на організацію роботи з персоналом.

2. Основні вимоги до організації як функції управління охоплюють: забезпечення всіх рішень, що приймаються, організаційними заходами щодо їх виконання; підвищення персональної відповідальності і виконавської дисципліни працівників; удосконалення організації трудової діяльності кадрового складу; доцільне розмежування обов'язків працівників рамках чинної або модернізованої організаційної структури тощо.

3. У медичних установах елементами організації управління персоналом є: суб'єкти управління; об'єкти управління (персонал); механізми управління; способи і канали передачі інформації. Зміст усіх цих елементів розкрито у роботі.

4. Існуюче сьогодні недостатньо організоване управління персоналом закладів охорони здоров'я проявляється в неадекватному використанні персоналу, в низькій його продуктивності, незбалансованості структури персоналу з потребами медичної установи як системи. Наслідком цього стає неналежна робота медичних установ щодо надання медичної допомоги. Така ситуація вимагає підвищення рівня організованості роботи персоналу та

управління ним в медичних установах, передусім, шляхом нормативно-правового врегулювання організації роботи з персоналом.

5. Нормативну основу державної політики щодо медичного персоналу, його реформування і організації роботи формують: Конституція України; Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років, Основи законодавства України про охорону здоров'я та ін.

Недоліками нормативної бази організації діяльності медичних установ і організацій щодо їх роботи з персоналом є: невідповідність функціонального і видового навантаження діяльності медичного персоналу новим умовам функціонування галузі охорони здоров'я; недосконалість нормативного регулювання діяльності середнього і молодшого медичного персоналу (нормативи штатів цього персоналу вимагають перегляду в бік збільшення); обмеженість прав середнього і молодшого медичного персоналу медичних установ; відсутність Кодексів професійної етики медичного персоналу в переважній більшості закладів охорони здоров'я та ін.

6. З огляду на те, що Україна йде шляхом розвитку ринкової економіки та прагне інтегруватися у Європейський Союз, при дослідженні зарубіжного досвіду організації роботи медичних установ та їх персоналу особливу увагу у параграфі 1.3. дипломної роботи нами приділено досвіду країн-членів ЄС у цій сфері (США, Канади, Німеччини, Польщі та ін.).

Більшість країн світу сьогодні відчувають значний брак медичних сестер. Україна не є винятком. Причинами такої ситуації є: непривабливість медсестринської справи, допоміжна роль медсестри, низька заробітна плата, надмірні робочі навантаження, а іноді і небезпечні умови роботи, недосконалість навчальних програм підготовки та перепідготовки фахівців. Тому, реформа охорони здоров'я потребує не лише «кількісного» наповнення кадрового потенціалу медсестринства, а й зміни ролі, функцій та організаційних форм його діяльності. Тому слід готувати медичні кадри нового типу, які мають необхідну кваліфікацію і готові працювати в нових умовах.



## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ КНП «ЗАКАРПАТСЬКИЙ ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»

#### **2.1. Діагностика якісного складу та професійного рівня персоналу КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги»**

Комунальне некомерційне підприємство «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» Закарпатської обласної ради (КНП «ЗТЦЕМД» ЗОР) є неприбутковим закладом охорони здоров'я – унітарним комунальним некомерційним підприємством, що надає послуги екстреної медичної допомоги на території Закарпатської області будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом. Центр є об'єктом права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст області, інтереси яких представляє Закарпатська обласна рада в межах повноважень, визначених законодавством України.

Центр створений на підставі рішення Закарпатської обласної ради від 26 вересня 2019 року № 1581 «Про створення Комунального некомерційного підприємства «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» Закарпатської обласної ради» шляхом реорганізації (перетворення) комунальної установи «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» у комунальне некомерційне підприємство «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» Закарпатської обласної ради (Додаток А).

КНП «ЗТЦЕМД» створений з метою організації: 1) надання екстреної медичної допомоги; 2) надання екстреної і планової консультативної лікувально-діагностичної допомоги населенню Закарпатської області у повсякденних умовах та за умови виникнення надзвичайних ситуацій; 3) проведення комплексу заходів з медичного захисту населення та цивільного захисту працівників і хворих при загрозі і виникненні надзвичайних ситуацій, у тому числі в

особливий період; 4) виконання функцій інформаційно-аналітичного вузла (отримання, аналіз та передача інформації про надзвичайні ситуації) територіальної підсистеми МОЗ України в межах Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій.

Основними завданнями КНП «ЗТЦЕМД» є:

1) організація та надання: екстреної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим Закарпатської області на догоспітальному етапі у повсякденних умовах та під час подолання наслідків надзвичайної ситуації; виїзної консультативної медичної допомоги населенню області;

2) організація: виконання нормативу прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце виклику (події); медико-санітарного забезпечення масових заходів та заходів за участю осіб, щодо яких здійснюється державна охорона; взаємодії з аварійно-рятувальними підрозділами міністерства та інших центральних органів виконавчої влади під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;

3) організація та здійснення: транспортування пацієнтів і постраждалих, які потребують медичного супроводження, а також медичної евакуації постраждалих під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій; інформаційно-аналітичного забезпечення Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій.

КНП «ЗТЦЕМД» відповідно до покладених на нього завдань:

1) забезпечує: приймання від населення Закарпатської області викликів щодо надання екстреної медичної допомоги; надання екстреної медичної допомоги населенню області у відповідності до затверджених МОЗ України протоколів та стандартів; взаємодію з приймальними відділеннями (відділеннями невідкладної медичної допомоги) багатопрофільних лікарень (лікарень інтенсивного лікування) з метою безперервності, послідовності надання екстреної медичної допомоги бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги та закладами охорони здоров'я;

2) розраховує кількість та визначає місцезнаходження пунктів постійного

та тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги з метою виконання нормативу прибуття таких бригад на місце виклику (події);

3) визначає потребу у: медичних силах, лікарських засобах, медичного обладнання та виробах медичного призначення для надання екстреної медичної допомоги; залученні додаткових медичних сил і технічних засобів до виконання робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації;

4) забезпечує бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги лікарськими засобами, у тому числі наркотичними засобами, психотропними речовинами, прекурсорами та сильнодіючими лікарськими засобами, а також виробами медичного призначення для надання екстреної медичної допомоги;

5) забезпечує підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації працівників центру, бере участь в проведенні навчання та практичної підготовки медичних працівників з питань надання екстреної медичної допомоги;

6) координує заходи щодо забезпечення готовності територіальних закладів охорони здоров'я, системи зв'язку та оповіщення, спеціалізованих формувань до виконання робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації;

7) вивчає та розповсюджує досвід закладів охорони здоров'я щодо надання екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;

8) організовує і проводить семінари, наради, тренінги, конференції з питань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

КНП «ЗТЦЕМД» самостійно вирішує питання організаційної структури, виходячи із обсягів бюджетного фінансування. Структурні підрозділи і служби створюються, ліквіднуються, реорганізуються наказом директора за погодженням з департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації.

Штатну чисельність КНП «ЗТЦЕМД» (Додаток Б) визначає керівник на власний розсуд та погоджує з департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації відповідно до фінансового плану та (або) кошторису, затверджених у порядку, встановленому законодавством України та відповідним статутом із урахуванням відповідних ліцензійних умов, а також необхідності створення умов для забезпечення доступності та якості медичної допомоги.

До структури КНП «ЗТЦЕМД» входять станції, які не є юридичними особами, внесені до Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців як відокремлені структурні підрозділи центру у встановленому законодавством порядку, одержують асигнування безпосередньо від нього і діють відповідно до положень, затверджених директором центру.

До таких станцій КНП «ЗТЦЕМД» належать:

- 1) Берегівська станція екстреної медичної допомоги;
- 2) Виноградівська станція екстреної медичної допомоги;
- 3) Воловецька станція екстреної медичної допомоги;
- 4) Іршавська станція екстреної медичної допомоги;
- 5) Міжгірська станція екстреної медичної допомоги;
- 6) Мукачівська станція екстреної медичної допомоги;
- 7) Рахівська станція екстреної медичної допомоги;
- 8) Свалявська станція екстреної медичної допомоги;
- 9) Тячівська станція екстреної медичної допомоги;
- 10) Ужгородська станція екстреної медичної допомоги;
- 11) Хустська станція екстреної медичної допомоги.

Станції мають окремий баланс, самостійно проводять розрахунки з оплати праці, придбавають матеріальні ресурси, забезпечують своєчасну сплату податків та інших відрахувань згідно з чинним законодавством України, мають поточні рахунки в органах Державної казначейської служби України та використовують власну печатку. Вони є функціональною складовою системи екстреної медичної допомоги у відповідних адміністративно-територіальних одиницях області. Кількість станцій та місце розташування визначається КНП «ЗТЦЕМД» за погодженням з департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації.

До складу станції можуть входити підстанції (відділення), пункти постійного або тимчасового базування бригад. Кількість підстанцій (відділень), пунктів постійного або тимчасового базування бригад та місце їх знаходження визначається центром, за погодженням з департаментом охорони здоров'я

облдержадміністрації.

До таких підстанцій КНП «ЗТЦЕМД» належать:

- 1) В.Березнянська підстанція екстреної медичної допомоги;
- 2) Перечинська підстанція екстреної медичної допомоги;
- 3) Ужгородська підстанція екстреної медичної допомоги.

У мережі охорони здоров'я склад і структура персоналу базується на виділенні таких основних категорій працівників: 1) лікарі; 2) середній медичний персонал; 3) молодший медичний персонал; 4) спеціалісти (не медики); 5) інший персонал.

Група середнього медичного персоналу складається з фельдшерів, акушерок, медичних сестер, зубних техніків, лаборантів та ін. До молодшого медичного персоналу відносять сестер-господарок, молодших медичних сестер (санітарок), нянь тощо.

Забезпеченість медичних закладів персоналом визначається шляхом порівняння фактичної кількості працюючих за категоріями з плановою потребою. При цьому доцільно аналізувати не тільки кількісний, а й якісний склад персоналу, який характеризується професійно-кваліфікаційним рівнями, статевовіковою і внутрішньо-організаційною структурами. Періодичний аналіз професійного складу працівників має важливе значення для поліпшення процесу надання медичних послуг, дозволяє проводити оперативні заходи, спрямовані на покращення професійного складу персоналу медичного закладу. Аналіз забезпеченості персоналом КНП «ЗТЦЕМД» наведений в таблиці 2.1.

З приведених даних видно, що фактична чисельність працівників КНП «ЗТЦЕМД» персоналом поступово збільшується з 1290 чол. в 2018 році до 1331 чол. в 2019 році, проте спостерігається зниження показників абсолютного та відносного відхилення від загальної потреби. Так, в 2018 році фактична чисельність працівників становила 95,3%, в 2019 році – 94,4% від загальної потреби, в тому числі: по лікарському персоналу – 88,3% і 88,3 відповідно; по середньому медичному персоналу – 99,8% і 98,7% відповідно; по молодшому медперсоналу – на 93,7% і 89,6% відповідно; спеціалістам-немедикам – на 93,3%

Таблиця 2.1

**Стан забезпеченості КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги  
персоналом у 2017-2019 рр.**

Категорії персоналу	Чисельність у 2017 році	Чисельність у 2018 році		Відхилення (+, -)				Виконання плану, %	Чисельність у 2019 році		Відхилення (+, -)				Виконання плану, %
				До потреби		До 2017 року					До потреби		До 2017 року		
		Потреба	Факт	Абсолютне	Відносне, %	Абсолютне	Відносне, %		Потреба	Факт	Абсолютне	Відносне, %	Абсолютне	Відносне, %	
Лікарський персонал	264	300	265	+1	+1,7	+1	0,4	88,3	300	265	-35	-11,7	0,0	0,0	88,3
Середній медперсонал	539	535	534	-5	-0,2	-5	-0,9	99,8	544	537	-7	-1,3	3,0	0,6	98,7
Молодший медперсонал	242	255	239	-3	-6,3	-3	-1,2	93,7	260	233	-27	-10,4	-6,0	-2,5	89,6
Спеціалісти (немедики)	56	60	56	0	-6,7	0	0,0	93,3	60	57	-3	-5,0	1,0	1,8	95,0
Інший персонал	189	242	233	+44	+3,7	+44	23,3	96,3	243	236	-7	-2,9	3,0	1,3	97,1
Всього	1290	1392	1327	-37	-4,7	37	2,9	95,3	1407	1331	-79	-5,6	1,0	0,1	94,4

Примітка. Розраховано автором на основі матеріалів КНП «ЗТЦЕМД»

і 95% відповідно; по іншому персоналу – 96,3% і 97,1% відповідно.

У процесі аналізу забезпеченості КНП «ЗТЦЕМД» персоналом також використовується коефіцієнт укомплектованості персоналом ( $K_{уп}$ ), який характеризується відношенням кількості зайнятих посад ( $\Pi_{факт}$ ) до затвердженої кількості штатних посад ( $\Pi_{пл}$ ).

$$K_{уп} = \frac{\Pi_{факт}}{\Pi_{пл}} \quad (2.1)$$

Вихідні дані та результати розрахунку укомплектованості персоналом КНП «ЗТЦЕМД» персоналом наведені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

**Укомплектованість персоналом КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» персоналом у 2017-2019 рр.**

Категорія персоналу	Затверджено посад за штатним розписом	Фактично зайнято посад	Відхилення	
			+/-	$K_{ук}$
1	2	3	4	5
2017 рік				
Лікарський персонал	297	264	-33	88,9
Середній медперсонал	546	539	-7	68,7
Молодший медперсонал	267	242	-25	90,6
Спеціалісти (немедики)	58	56	-2	96,6
Інший персонал	195	189	-6	96,9
Кількість посад всього	1369	1290	-79	94,2
2018 рік				
Лікарський персонал	300	265	-35	88,3
Середній медперсонал	535	534	-1	99,8
Молодший медперсонал	255	239	-16	93,7
Спеціалісти (немедики)	60	56	-4	93,3
Інший персонал	242	233	-9	96,2
Кількість посад всього	1392	1327	-65	95,3
2019				
Лікарський персонал	300	265	-35	88,3
Середній медперсонал	544	537	-7	98,7
Молодший медперсонал	260	233	-27	89,6
Спеціалісти (немедики)	60	57	-3	95,0
Інший персонал	243	236	-7	97,1

Продовження таблиці 2.2

1	2	3	4	5
Кількість посад всього	1407	1331	-79	94,4

Примітка. Розраховано автором на основі матеріалів КНП «ЗТЦЕМД»

З даних таблиці 2.2 видно, що укомплектованість персоналом в 2018 році зросла на 1% у порівнянні з 2017 роком. В 2019 році коефіцієнт укомплектованості персоналом знаходиться на рівні 2017 року.

Кількість фактично зайнятих посад не відповідає тому обсягу медичних послуг, який необхідний для задоволення потреб населення. Це може призвести до перевантаження працюючого персоналу, зниженню рівня і якості медичного обслуговування населення.

Укомплектованість закладів штатними одиницями при граничній кількості спеціалістів забезпечується за рахунок сумісництва за посадами. Розрахуємо коефіцієнт сумісництва медичних працівників  $K_{см}$  за формулою:

$$K_{см} = \frac{D_{шт}}{D_{фл}}, \quad (2.2)$$

де  $D_{шт}$  – кількість штатних одиниць за штатним розписом;

$D_{фл}$  – чисельність працюючих у закладі фізичних осіб.

Аналіз рівня сумісництва медичних працівників розглянемо на даних таблиці 2.3.

Як видно з таблиці 2.3 коефіцієнт сумісництва протягом звітного періоду змінився незначно з 1,19 в 2017 році до 1,17 в 2019 році. Пониження коефіцієнта сумісництва пов'язане зі зростанням чисельності працюючих.

Проте це дуже високий показник, який свідчить про те, що укомплектованість персоналом досягається за рахунок сумісництва, а це небажане явище, оскільки може призвести до зниження якості обслуговування населення. Важливим показником забезпеченості персоналом є рівень кваліфікації окремих категорій працівників, який можна проаналізувати за стажем роботи та наявності в них кваліфікаційних категорій і сертифікатів.



**Рівень сумісництва медичних працівників в КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» за період з 2017 по 2019 роки**

Показники	2017	2018	2019
За штатним розписом	1369	1392	1407
Фактично зайнято осіб	1290	1327	1331
Фізичних осіб	1290	1327	1331
Коефіцієнт сумісництва	1,19	1,17	1,17

Примітка. Розраховано автором на основі матеріалів КНП «ЗТЦЕМД»

Рівень кваліфікації працівників пов'язаний з якістю підготовки і перепідготовки працівників, характер і напрямок кадрової політики медичного закладу. Аналіз якісного складу медичного персоналу за їх віком, статтю, кваліфікацією та стажем роботи наведено в таблицях 2.4, 2.5 і 2.6.

Порівнюючи показники за 2017-2019 роки можна зробити такі висновки:

– КНП «ЗТЦЕМД» має достатньо високий кваліфікаційний рівень підготовки медичних працівників. В 2017 році зі загальної кількості медпрацівників мали категорію 75,72%, в 2018 році – 75,22%, в 2019 році – 74,56%. Відхилення на 1,16% в 2019 році порівняно з 2017 роком пов'язано з прийняттям на роботу молодих спеціалістів і звільненням працівників, які мали категорію; серед медичних працівників 64,4% (2017 р.), 64,3% (2018 р.), 64,2% (2019 р.) працюючих мають стаж більше 10 років, що є позитивним моментом. Незначне зменшення вищезазначеного показника протягом звітного періоду пов'язане зі звільненням більш досвідчених працівників. Проте той факт, що за тривалістю роботи кожен третій медичний працівник працює понад 20 років, засвідчує недостатність припливу молоді. Спостерігається тенденція до старіння медичних працівників. За звітами форми №20 20 за 2016-2018 роки кількість пенсіонерів серед медичних працівників зростає в середньому на 1,8%;

– розподіл працівників за статтю засвідчує дуже високу питому вагу жінок

і становить 78%. Жінки кількісно переважають чоловіків в усіх категоріях медичних працівників. Найнижча вона серед лікарів – 60,7%, найвища – серед молодшого медичного персоналу. Пояснюється це, насамперед, специфікою праці в сфері охорони здоров'я, яка є більш прийнятною серед жінок, ніж чоловіків;

Таблиця 2.4

**Динаміка чисельності працівників КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» за віком у 2017-2019 рр.**

За віком, років	2017 рік		2018 рік		2019 рік	
	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %
До 18 років	-	-	-	-	-	-
18-30	390	30,2	398	30,0	405	30,3
30-40	260	20,2	273	20,6	276	20,8
40-50	301	23,3	308	23,2	298	22,4
50-60	296	22,9	303	22,8	307	23,1
Старше 60	43	3,3	45	3,4	45	3,4
Разом	1290	100	1327	100	1331	100

Примітка. Розраховано автором на основі матеріалів КНП «ЗТЦЕМД»

– в середньому 37 % медичного персоналу мають стаж роботи понад 20 років, вищу кваліфікаційну категорію мають 17%. За даними відділу кадрів наймолодшими у структурі медичного персоналу є медичні сестри та молодші медичні сестри (санітарки), найстаршими – лікарі. Це можна пояснити тим, що рівень кваліфікації, необхідний для доброякісного виконання посадових функцій, та специфіка праці є різними для кожної групи медичних працівників. Так, професійне навчання лікарів є значно тривалішим у порівнянні з іншими категоріями медичного персоналу, а набуті навички настільки унікальними, що їх

використання в інших галузях економіки є практично неможливим. Все це суттєво знижує міжгалузеву мобільність лікарів у майбутньому.

Таблиця 2.5

**Динаміка чисельності працівників КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» залежно від стажу роботи у 2016-2017 рр.**

Серед медичних працівників мають стаж	2017		2018		2019	
	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %
До 3	289	22,4	292	22,0	314	22,4
3-10	170	13,2	181	13,6	183	13,3
10-20	348	27,0	354	26,7	377	26,8
20-30	209	16,2	214	16,1	226	15,8
Більше 30	274	21,2	286	21,5	295	21,6
Разом	1290	100,0	1327	100	1331	100

Примітка. Розраховано автором на основі матеріалів КНП «ЗТЦЕМД»

Пропрацювавши у сфері охорони здоров'я багато років, вони досить рідко наважуються на зміну роду діяльності. Натомість, праця середнього та молодшого медичного персоналу не потребує тривалого навчання, а її специфіка є такою, що робить можливим застосування набутих навичок поза сферою охорони здоров'я (особливо це стосується молодшого медичного персоналу).

Одним з необхідних умов ефективної роботи персоналу є стабільність складу працівників, що пояснюється з персоніфікованим характером праці спеціалістів. Для аналізу руху персоналу досліджуваного медичного закладу використаємо дані таблиці 2.7.

Рух персоналу у КНП «ЗТЦЕМД» за період з 2017 по 2019 роки. За даними таблиці 2.7 можна зробити висновок, що в 2019 році у порівнянні з 2017 роком

спостерігається зменшення коефіцієнтів обороту прийому і звільнення на 26,2% і 32,2% відповідно. Також зменшився коефіцієнту плинності на 24,1%.

Таблиця 2.6

**Динаміка чисельності працівників КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» залежно від категорії у 2017-2019 рр.**

Серед медичних працівників мають категорію	2017 рік		2018 рік		2019 рік	
	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %
Без категорії	373	28,9	438	32,9	338	25,4
II	299	23,2	253	19,1	368	27,6
I	393	30,5	405	30,5	391	29,4
Вища	225	17,4	231	17,4	234	17,6
Разом	1290	100	1327	100	1331	100

Примітка. Розраховано автором на основі матеріалів КНП «ЗТЦЕМД»

Найважливішим оціночним показником ефективності кадрової політики є коефіцієнт постійності кадрів. Він збільшився на 2,9%. Оборот робочої сили, що виник внаслідок суб'єктивних причин, знижує ефективність використання персоналу. Адже нових працівників необхідно адаптувати до конкретних умов праці, відповідно виникає потреба в навчанні працівників, що призводить до додаткових витрат.

Таблиця 2.7

**Рух персоналу КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» за період з 2017 по 2019 роки**

Назва показника	2017	2018	2019	Відхилення 2019 року від 2017 року	
				+/-	%
1	2	3	4	5	6
Прийнято працівників	187	170	142	-45	-24,1

Продовження таблиці 2.7

1	2	3	4	5	6
Звільнені, у т.ч.	202	133	141	-61	-30,2
- за власним бажанням	136	105	106	-30	-22,1
- порушення трудової дисципліни	1		1		
- за угодою сторін	4	2	1	-3	-75,0
- за станом здоров'я	3	1	1	-2	-66,7
- на пенсію	31	12	18	-13	-41,9
- у зв'язку зі зміною місця проживання	9	4	3	-6	-66,7
- по догляду за дитиною	4		1	-3	-75,0
- закінчення строкового договору	10	8	8	-2	-20,0
- по переводу	3		1	-2	-66,7
- у зв'язку зі смертю	1	1	1		
Середньооблікова чисельність	1290	1327	1328	38	2,9
Коефіцієнт обороту прийому	0,14	0,13	0,11	-0,02	-26,2
Звільнення	0,16	0,10	0,11	-0,06	-32,2
плинності	0,11	0,08	0,08	-0,03	-24,1
постійності	0,89	0,92	0,92	0,03	2,9

Примітка. Розраховано автором на основі матеріалів КНП «ЗТЦЕМД»

Чисельність прийнятих працівників в 2017 році склала 187 чоловік (14,5% в загальній чисельності працівників), в 2019 році – 142 (10,7%). Число звільнених в 2019 році скоротилося на 61 чол. (30,2%). Основними причинами звільнення працівників стали: низький рівень заробітної плати, незадоволеність графіком роботи, морально тяжка робота, яка потребує емоціональної стійкості і навиків спілкування з людьми.

## **2.2. Аналіз системи організації професійного навчання персоналу КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги»**

Як зазначалось у попередньому розділі кваліфікаційної роботи, у мережі охорони здоров'я склад і структура персоналу базується на виділенні таких основних категорій працівників: лікарі; середній медичний персонал; молодший медичний персонал; спеціалісти (не медики); інший персонал. Тому планування і

організацію професійного навчання персоналу КНП «ЗТЦЕМД» доцільно розглядати в розрізі цих категорій.

Підвищення кваліфікації лікарів – безперервний процес, який вимагає чіткого плану та суттєвих витрат часу. Професія лікаря передбачає постійне навчання протягом усієї трудової діяльності. Плани та зміст програм підготовки та перепідготовки фахівців затверджує Міністерство охорони здоров'я України. Тривалість навчання на курсах різна та залежить від плану підвищення кваліфікації лікарів. Основні принципи підвищення кваліфікації лікарів викладені в наказі МОЗ України № 166 від 22.07.1993 р. «Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів)».

Основними ланками структури безперервного навчання лікарів є їх спеціалізація і удосконалення професійних знань та навиків.

Загальними принципами безперервного навчання лікарів є: планування і організація його за програмно-цільовим принципом; відображення в його змісті розвитку медицини і охорони здоров'я, динаміки науково-технічного прогресу.

Післядипломне навчання лікарів включає: навчання в інтернатурі, клінічній ординатурі, циклову підготовку в інститутах (факультетах) удосконалення лікарів медичних і фармацевтичних навчальних закладів, а також на курсах інформації і стажування на базі науково-дослідних і медичних інститутів, лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних і фармацевтичних установ, інститутів (факультетів) удосконалення лікарів. Тривалість навчання на кожному циклі або курсі визначається навчальним планом і програмою.

До видів професійного навчання лікарів належать: 1) спеціалізація; 2) удосконалення; 3) курси інформації і стажування; 4) підвищення кваліфікації за місцем роботи.

Спеціалізація – це набуття лікарем чи провізором однієї з передбачених Номенклатурами лікарських і фармацевтичних спеціальностей, затверджених наказами Міністерства охорони здоров'я України від 09.06.993 р. № 130 та від

04.02.1992 р.

Підготовка спеціалістів проводиться в інтернатурі в інститутах (факультетах) удосконалення лікарів (провізорів) та на кафедрах медичних (фармацевтичних) інститутів, базових закладах охорони здоров'я. Порядок підготовки фахівців в інтернатурі визначається Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.04.1992 р. № 53.

Удосконалення – це подальше підвищення професійних знань та навичок лікаря з метою підтримання сучасного рівня підготовки.

Підвищення кваліфікації лікарів-спеціалістів здійснюється інститутами (факультетами) удосконалення лікарів за направленнями органів охорони здоров'я на циклах тематичного удосконалення, а також за прямими договорами з установами інших галузевих міністерств.

Тематичне удосконалення передбачає підвищення кваліфікації з окремих розділів відповідної спеціальності. На тематичне удосконалення лікарі (провізори) направляються при необхідності в період між проходженням передатестаційних циклів.

Курси інформації і стажування проводяться на базі науково-дослідних і медичних інститутів, багатопрофільних і спеціалізованих лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних і фармацевтичних закладів, а також інститутів (факультетів) удосконалення лікарів (провізорів).

Курси інформації і стажування є видом підвищення кваліфікації лікарів (провізорів), завданням якого є вивчення актуальних теоретичних питань і набуття практичних навичок з відповідного розділу спеціальності.

Порядок підвищення кваліфікації на курсах інформації і стажування визначається Положенням про підвищення кваліфікації лікарів і провізорів на курсах інформації і стажування, затвердженим наказом Міністерства охорони

здоров'я України від 22.07.1993 р. № 166.

Необхідний рівень кваліфікації лікаря-спеціаліста забезпечується поєднанням різних видів навчання, що здійснюється навчальними закладами з післядипломної підготовки лікарів, курсами інформації і стажування, систематичною самоосвітою і постійною практичною роботою з отриманої спеціальності.

Самоосвіта працівників є складовою частиною програми підготовки та поступового професійного росту кадрів і має систематично проводитися за індивідуальними планами. Індивідуальні плани складаються лікарями самостійно з урахуванням свого рівня професійної підготовки, завдань і особливостей практичної роботи терміном на один рік.

Післядипломне професійне навчання лікарів може відбуватись у очній і заочній формі, а також у формі виїзних циклів. Очна форма – з повним відривом лікаря від роботи на період навчання в інституті (факультеті) удосконалення лікарів. За цією формою проводяться цикли спеціалізації, тематичного удосконалення та передатестаційні цикли, курси інформації і стажування.

Заочно-очна форма складається з двох фаз. В період першої заочної фази лікарі без відриву від роботи вивчають літературу і виконують контрольні завдання. Друга фаза (очна) проводиться в інститутах і на факультетах удосконалення лікарів з повним відривом від роботи. За цією формою проводиться підготовка фахівців в інтернатурі.

Виїзні цикли – це проведення тематичного удосконалення лікарів (провізорів) шляхом виїзду на місцеві бази за заявками закладів охорони здоров'я. Переривчасті курси удосконалення проводяться з частковим відривом від роботи на один-два дні в місяць на місцевих базах.

До основних проблем професійного навчання лікарів слід віднести те, що підвищення їх кваліфікації проводиться 1 раз у 5 років, а знання з різноманітних розділів медицини відновлюються майже щорічно. Один раз на п'ять років



адміністрація лікувального закладу повинна направляти лікаря на навчання для підтвердження його сертифіката, інші ж форми підвищення кваліфікації, наприклад тематичні цикли, декадникі, поїздки на наукові конгреси, науково-практичні конференції, досить проблематичні внаслідок дефіциту кадрів та/або фінансів. В той же час у більшості лікувально-профілактичних закладів відсутні необхідні умови для самоосвіти лікарів (недостатньо сучасної літератури, періодичних видань), у лікарів практично відсутній доступ до якісної та актуальної медичної інформації (участь в конгресах, з'їздах, конференціях), можливість стажування в центральних клініках, тим більш за кордоном. Поряд з цим, у частини лікарів низька мотивація до самоосвіти.

Підвищення кваліфікації молодших медичних працівників відбувається шляхом навчання на постійно діючих курсах і в училищах підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів.

Постійно діючі курси підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів є навчальним закладом в системі безперервної освіти медичних кадрів, який створюється згідно з рішенням власника відповідно до Закону України «Про освіту».

У своїй роботі курси використовують сучасні досягнення медичної науки та практичного досвіду закладів охорони здоров'я як в Україні, так і за кордоном; вивчають, узагальнюють та поширюють кращі методи роботи фахівців, виховують у слухачів сумлінне ставлення до роботи, знання питань медичної етики та деонтології.

Перепідготовка та підвищення кваліфікації молодших спеціалістів на курсах здійснюється за різними формами навчання з відривом і без відриву від виробництва. Термін навчання визначається навчальними планами та програмами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України.

Головними завданнями курсів є: задоволення потреб закладів, організацій у підвищенні кваліфікації і перепідготовці молодших медичних і фармацевтичних

спеціалістів; оновлення і поглиблення професійних знань; забезпечення оперативного оволодіння спеціалістами сучасними досягненнями медичної науки і практики; надання нової кваліфікації, нової спеціальності; послідовне проведення заходів, спрямованих на підвищення якості, розширення практичної направленості, удосконалення форм і методів навчання; здійснення за підсумками навчання спеціалістів комплексної оцінки професійних знань, умінь і навичок, ділових якостей і вироблення на цій підставі рекомендацій керівникам закладів по дальшому їх використанню; проведення атестації молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою.

Навчання молодших спеціалістів та інша діяльність курсів здійснюється за державними замовленнями, на договірній основі з міністерствами, відомствами, підприємствами, закладами, організаціями, юридичними і фізичними особами. Згідно із замовленнями і договорами на курсах складається план прийняття слухачів.

Курси підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів у встановленому порядку: розробляють навчальні плани та програми з циклів спеціалізації та удосконалення і подають їх на затвердження до Міністерства охорони здоров'я України; розробляють та затверджують навчально-тематичні плани; вносять пропозиції щодо удосконалення навчальної та методичної роботи і подають їх у необхідних випадках на розгляд вищих керівних органів; проводять обмін навчальною і науковою літературою та співпрацюють з іншими навчальними закладами, виробничими об'єднаннями, закладами, організаціями, науковими товариствами; проводять наукові та методичні конференції, семінари та наради; здійснюють зв'язки із зарубіжними партнерами.

Оцінка рівня теоретичних знань і практичних навичок слухачів по закінченні навчання здійснюється при проведенні комплексного екзамену спеціально створеною комісією, склад якої затверджується директором курсів.

Слухачам курсів, які виконали всі вимоги навчальних планів і програм та склали заліки і екзамени, в Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів вноситься відповідний запис про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки, або видається таке Свідоцтво, якщо раніше воно не видавалося.

Підвищення кваліфікації молодших медичних працівників здійснюється також шляхом навчання в училищі підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів, яке є вищим навчальним закладом в системі безперервної освіти медичних кадрів, якому Міністерство освіти акредитувало функції професійного навчання відповідно до Закону України про освіту.

Головними завданнями училища підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів є: задоволення потреб закладів, організацій у підвищенні кваліфікації і перепідготовці молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів; оновлення і поглиблення професійних знань; забезпечення оперативного оволодіння спеціалістами сучасними досягненнями медичної науки і практики; надання нової кваліфікації, нової спеціальності; послідовне проведення заходів, спрямованих на підвищення якості, розширення практичної направленості, удосконалення форм і методів навчання; здійснення за підсумками навчання спеціалістів комплексної оцінки професійних знань, умінь і навичок, ділових якостей і вироблення на цій підставі рекомендацій керівникам закладів по дальшому їх використанню; виконання науково-дослідних робіт за новими напрямками діяльності спеціалістів охорони здоров'я, а також з актуальних проблем підвищення кваліфікації; надання консультативної методичної допомоги спеціалістам, закладам, організаціям; проведення атестації молодших спеціалістів з медичною і фармацевтичною освітою.

Навчання спеціалістів та інша діяльність училища здійснюється за державним замовленням на договірній основі з міністерствами, відомствами, підприємствами,

зкладами, організаціями, юридичними і фізичними особами. Згідно із замовленням і договорами на навчання училище складає план прийняття слухачів. Підготовка та підвищення кваліфікації молодших спеціалістів в училищі може здійснюватися за денною, вечірньою (змінною) формами навчання, з відривом і без відриву від виробництва. Термін навчання визначається навчальними планами та програмами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України.

Для забезпечення підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів училище має право у встановленому порядку: розробляти навчальні плани та програми з циклів спеціалізації та загального удосконалення і подавати їх на затвердження Міністерства охорони здоров'я; розробляти та затверджувати навчально-тематичні плани; вносити пропозиції щодо дальшого удосконалення навчальної та методичної роботи і подавати їх у необхідних випадках на розгляд вищих керівних органів; проводити обмін навчальною і науковою літературою та співпрацювати з іншими навчальними закладами, виробничими об'єднаннями, закладами, організаціями, науковими товариствами та ін.; проводити наукові та методичні конференції, семінари та наради; направляти представників училища на загальнодержавні, галузеві, міжгалузеві конференції, симпозіуми, з'їзди та наради; здійснювати зв'язки із зарубіжними партнерами.

Для визначення ефективності планування та організації підвищення кваліфікації працівників КНП «ЗТЦЕМД» нами було проведене опитування серед його працівників на предмет оцінки можливостей самоосвіти. Всього було опитано 118 лікарів. В результаті дослідження встановлено, що не мають передплати періодичних медичних видань 40,5% респондентів. Більше одного видання передплачують 52,7% лікарів (в основному за рахунок фірм фармпредставників). Встановлена різниця в кількості передплат у лікарів, які працюють в області та в районі (в обласних закладах лише 13,1% лікарів не мають передплати періодичних медичних видань, а кожен третій лікар передплачує більше трьох видань). Кожен

шостий лікар в своїй роботі не користується можливостями Інтернету. Тривожить той факт, що майже в кожного п'ятого-шостого лікаря нема жодного підручника з медицини, який вийшов би з друку в останні 10 років. Майже 80% лікарів хотіли б мати підручники в електронному вигляді. Непокоїть також той факт, що стандарти (протоколи) обстеження та лікування в роздрукованому вигляді мають лише від 58,7% до 74,3% працюючих лікарів. При цьому не відвідують обласну чи лікарняну медичну бібліотеку 19,6 до 51,3% респондентів.

Проведене вивчення стану підвищення кваліфікації лікарів свідчить про незадовільне вирішення цієї проблеми як на рівні МОЗ України, так і на місцевому рівні. Більшість лікарняних бібліотек мають мало періодичних медичних видань і практично не купують нові медичні посібники, підручники та монографії. У лікувальних закладах рідко проводяться огляди нових медичних видань. На думку більшості лікарів, нову інформацію з питань діагностики та лікування хвороб вони одержують на курсах удосконалення та від медичних представників фармацевтичних фірм. Більшість лікарів-практиків ніколи в своєму житті не були на обласних семінарах чи конференціях, на яких в, основному, присутні лише організатори охорони здоров'я.

### **2.3. Мотиваційний моніторинг працівників КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги»**

Мотиваційний моніторинг – це система постійного спостереження, контролю стану мотивації трудової діяльності з метою його оперативної діагностики й оцінки в динаміці, прийняття кваліфікованих управлінських рішень в інтересах підвищення ефективності здійснення функціональної діяльності. Головна мета моніторингу полягає у вивченні потреб працівників у сфері праці, мотиваційного потенціалу і ступеня його використання.

Мотиваційний моніторинг спрямований на вивчення потреб, що постійно змінюються, інтересів, ціннісних орієнтацій працівників у сфері праці, мотивів їх

трудової діяльності, мотиваційного потенціалу і ступеня його використання у трудовому процесі, виявлення змін у структурі мотивів і прогнозування їх розвитку та впливу на результати діяльності.

Мотиваційний моніторинг сприяє визначенню найбільш дійових в даний період важелів і стимулів впливу на поведінку конкретних працівників з метою досягнення їх цілей і цілей організації.

Запровадження мотиваційного моніторингу є актуальним для більшості організацій, адже на сьогодні вивчення потреб, інтересів, мотиваційної спрямованості персоналу здійснюється в Україні епізодично і вкрай поверхнево. За таких умов чинні в організаціях системи матеріальної і нематеріальної мотивації приречені на низьку ефективність.

Мотиваційний моніторинг передбачає проведення регулярних опитувань індивідів на аналіз наявної економічної, соціологічної, психологічної інформації. Для оцінки предмета дослідження – мотивації трудової діяльності в динаміці, взаємодомовленості і взаємозв'язку із соціально-економічними процесами важливо мати набір ключових характеристик (показників), до яких належать:

а) характеристики трудової діяльності і якості трудового потенціалу; професійно-кваліфікаційний склад працівників; якість професійної підготовки та перепідготовки робочої сили на підприємстві, в регіоні; стан зайнятості; оцінка конкурентоспроможності працівників; форми і методи матеріального стимулювання трудової діяльності працівників та їх дійовість, форми і методи нематеріальної мотивації та їх ефективність; умови й організація праці; рівень продуктивності праці; роль і місце праці в ціннісних орієнтаціях працівника; рівень задоволення працею та результатами трудової діяльності; основні мотиви трудової діяльності і зміни в їх структурі тощо;

б) показники рівня життя: номінальна і реальна заробітна плата; структура доходів; диференціація доходів; структура витрат; реальний бюджет працівників та їх сімей; рівень забезпечення диплом, послугами медицини, освіти, культури;

екологічна ситуація, особиста безпека тощо;

в) характеристика стану суспільної думки щодо ефективності соціально-економічної політики держави, соціальної спрямованості ринкових перетворень.

До факторів, що дозволяють оцінити мотивацію працівників, відносять: умови праці; психологічний комфорт; матеріальну задоволеність; творчий рівень; безпеку (рівень охорони праці в організації); плинність кадрів; продуктивність праці.

Для оцінки задоволеності працівників першим з п'яти названих показників нами використано спеціальні опитувальники. Опитуваним співробітникам відповідних структурних підрозділів було запропоновано оцінити за десятибальною шкалою характеристики досліджуваної медичної установи. Варто підкреслити, що опитування було анонімним і проводилось за допомогою спеціально розробленої анкети. Потім по кожному структурному підрозділу був виведений середній показник по конкретних чинниках.

Наприклад, у навчально-тренувальному відділі працює 10 співробітників. Кожний з них поставив свою оцінку такому показнику, як матеріальна задоволеність, по десятибальній шкалі. У сумі вийшло 70 балів. У цілому середній показник матеріальної задоволеності по даній позиції розраховується в такий спосіб: загальна сума балів (70) : кількість співробітників, що працюють у відділі (10) = 7.

У результаті ми бачимо, що серед факторів, що впливають на мотивацію, на умови праці припадає 7 балів, психологічний комфорт – 6 балів, матеріальну задоволеність – 7 балів, творчий рівень – 5 балів, безпеку – 8 балів (табл. 2.8).

Як видно, у таблиці 2.8 не вистачає двох показників: продуктивності праці і плинності кадрів. Середній показник продуктивності праці був визначений трьома експертами, а саме: директором-головним лікарем; заступником з медичної частини, заступником з міжрайонних станцій. Відбір здійснювався спрощено за принципом: по одному представнику з вищої і середньої ланки, один фахівець-

виконавець.

Таблиця 2.8

**Фактори, що впливають на мотивацію працівників КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги»**

Фактори, що впливають на мотивацію	Середній показник у балах
Умови праці:	
Навчально-тренувальний відділ	9
Господарсько-технічне управління	4
Бухгалтерія	10
Психологічний комфорт:	
Навчально-тренувальний відділ	6
Господарсько-технічне управління	5
Бухгалтерія	8
Матеріальне задоволення:	
Навчально-тренувальний відділ	7
Господарсько-технічне управління	4
Бухгалтерія	9
Творчий рівень:	
Навчально-тренувальний відділ	2
Господарсько-технічне управління	6
Бухгалтерія	9
Безпека:	
Навчально-тренувальний відділ	9
Господарсько-технічне управління	8
Бухгалтерія	6

Примітка. Складено за результатами анкетного опитування

Показник «Плинність кадрів» був розрахований у такий спосіб. На основі статистичних даних, що зберігаються у відділі кадрів, була визначена плинність кадрів по кожному із структурних підрозділів за 2017 рік. Спочатку було підраховане число співробітників, що звільнилися, по структурних підрозділах. Потім визначено, який відсоток від всіх працівників структурного підрозділу становить кількість звільнених. Отримані дані були переведені в бали. Так, якщо ніхто не звільнився, то показник «Плинність кадрів» дорівнює 0. Якщо звільнилося 50%, показник дорівнює 5, 100% - 10 і т.д.



Наприклад, у навчально-тренувальному відділі працює 10 співробітників, 8 співробітників за останній рік звільнилися. На їхнє місце були прийняті нові працівники. Відповідно, склад змінився на 80%. Показник «Плинність кадрів» дорівнює 8.

Всі показники, крім «Плинності кадрів», відносно позитивні. Інакше кажучи, якщо високо оцінені умови праці, психологічний комфорт, матеріальна задоволеність, творчий рівень (можливість виявити свої творчі здатності), безпека (рівень охорони праці в організації), продуктивність праці – це свідчить про гарний рівень мотивації. Якщо є велика плинність кадрів – це свідчить про відсутність мотивації. Тому, ми введемо такий умовний показник як «Стабільність кадрів» і для його розрахунку відніmemo від 10 балів (максимальний бал по кожному фактору) показник плинності кадрів.

Кожний із показників впливає на оцінку мотивації співробітників у цілому. Вагова значимість кожного фактора (E) була визначена в процесі обговорення вищезазначеними експертами. При цьому вони враховували, що сума вагових значень всіх факторів повинна бути рівною одиниці. Додавши отриману інформацію до таблиці 2.8, ми одержали результати, які представлені в таблиці 2.9.

*Таблиця 2.9*

**Чинники, що впливають на мотивацію працівників КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» (з врахуванням показника «Плинність кадрів»), балів**

Фактори, що впливають на мотивацію	E	Середній показник в балах		
		Навчально-тренувальний відділ	Господарсько-технічний відділ	Бухгалтерія
Продуктивність праці	0,2	10	8	5
Умови праці	0,2	9	4	10
Психологічний комфорт	0,2	6	5	8
Матеріальне задоволення	0,1	7	4	9
Творчий рівень	0,1	2	6	9
Безпека	0,1	9	8	6
Стабільність кадрів	0,1	2	6	9

Примітка. Наведено за результатами опитування та проведених розрахунків

З отриманих результатів видно, що в навчально-тренувальному відділі й бухгалтерії критерії «психологічний комфорт» й «матеріальне задоволення» оцінюються високо. У господарсько-технічному відділі ці критерії мають значно нижчий показник. Також, низькі результати в цьому структурному підрозділі й за критерієм «умови праці». Обумовлено це наступними чинниками. Зазвичай умови праці у всіх відділах по організації однакові, але у зв'язку зі специфікою роботи досліджуваної медичної установи, у навчально-технічному відділі недостатньо місця для виконання робіт, а також за результатами атестації робочих місць було виявлено порушення нормативів по освітленню.

У бухгалтерії простежується висока плинність кадрів. Однак це можна пояснити наступним чином: бухгалтерія в організації складається з досить молодого контингенту працівників. По причині низького результату за критерієм «Стабільність кадрів» було проведено між співробітниками цього відділу анкетування, у результаті якого було виявлено бажання більшості працівників одержати вищі посади.

Виходячи з даних, наведених у таблиці 2.8, розрахуємо середньозважену оцінку стану мотивації у кожному відділі по формулі:

$$C_m = \sum M_n \times B_n \quad (2.3),$$

де  $C_m$  – середньозважена оцінка стану мотивації;

$M_n$  – вагова значимість кожного фактора;

$B_n$  – показник вагової значимості у балах;

Використовуючи формулу 2.3 розрахуємо середньозважені оцінки стану мотивації у різних структурних підрозділах КНП «ЗТЦЕМД». Так у навчально-тренувальному відділі вона становитиме:

$$0,2 \times 10 + 0,2 \times 9 + 0,2 \times 6 + 0,1 \times 7 + 0,1 \times 2 + 0,1 \times 9 + 0,1 \times 9 = 7,7 \quad (2.3);$$

Середньозважена оцінка стану мотивації у господарсько-технічному відділі:

$$0,2 \times 8 + 0,2 \times 4 + 0,2 \times 5 + 0,1 \times 4 + 0,1 \times 6 + 0,1 \times 8 + 0,1 \times 3 = 5,5 \quad (2.4);$$

Середньозважена оцінка стану мотивації у бухгалтерії:

$$0,2 \times 5 + 0,2 \times 10 + 0,2 \times 8 + 0,1 \times 9 + 0,1 \times 9 + 0,1 \times 6 + 0,1 \times 7 = 7,7 \quad (2.5).$$

У результаті розрахунків ми бачимо, що стан мотивації однаковий для двох відділів і значно нижчий у господарсько-технічному відділі. Треба відзначити, що значення у 7,7 балів не є ідеальним показником, тому що ми використали десятибальну шкалу.

На підставі проведених розрахунків можна зробити висновок про те, що система мотивації потребує удосконалення, особливо це стосується господарсько-технічного відділу.

Результати наших досліджень дали можливість окреслити основні напрямки вдосконалення мотивації працівників КНП «ЗТЦЕМД». До них належать: поліпшення психологічного комфорту та умов праці в досліджуваному закладі охорони здоров'я.

Отже, до засобів, які можна використати для впливу на мотивацію працівників, належать: організація робіт; матеріальне стимулювання; моральне стимулювання; постановка цілей; оцінка і контроль; інформування; звертання до найбільш значимих для працівника цінностей та ін.

## **Висновки до розділу 2**

1. КНП «ЗТЦЕМД» є неприбутковим закладом охорони здоров'я – унітарним комунальним некомерційним підприємством, що надає послуги екстреної медичної допомоги на території Закарпатської області будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом. Центр є об'єктом права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст області, інтереси яких представляє Закарпатська обласна рада в межах повноважень, визначених законодавством України.

2. Діагностика якісного складу та професійного рівня працівників КНП «ЗТЦЕМД» дозволила виявити наступні тенденції: досліджувана медична установа має достатньо високий кваліфікаційний рівень підготовки медичних працівників;

серед медичних працівників близько 64% працюючих мають стаж більше 10 років, що є позитивним моментом в діяльності організації; розподіл працівників за статтю засвідчує високу питому вагу жінок, яка складає 78%; в середньому 37 % медичного персоналу мають стаж роботи понад 20 років, вищу кваліфікаційну категорію мають 17%.

3. Аналіз системи планування і організації професійного навчання персоналу КНП «ЗТЦЕМД» проводилось в розрізі основних категорій його працівників: лікарів; середнього медичного персоналу; молодшого медичного персоналу; спеціалістів (не медиків); іншого персоналу.

4. Підвищення кваліфікації лікарів – безперервний процес, який вимагає чіткого плану та суттєвих витрат часу. До видів професійного навчання лікарів належать: 1) спеціалізація; 2) удосконалення; 3) курси інформації і стажування; 4) підвищення кваліфікації за місцем роботи.

5. Підвищення кваліфікації молодших медичних працівників відбувається шляхом навчання на постійно діючих курсах і в училищах підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів.

6. Мотиваційний моніторинг – це система постійного спостереження, контролю стану мотивації трудової діяльності з метою його оперативної діагностики й оцінки в динаміці, прийняття кваліфікованих управлінських рішень в інтересах підвищення ефективності здійснення функціональної діяльності. Головна мета моніторингу полягає у вивченні потреб працівників у сфері праці, мотиваційного потенціалу і ступеня його використання.

7. На підставі проведеного дослідження ми зробили висновок про те, що система мотивації працівників КНП «ЗТЦЕМД» потребує удосконалення. Результати наших досліджень дали можливість окреслити основні напрямки вдосконалення мотивації до навчання працівників КНП «ЗТЦЕМД». До них належать: поліпшення психологічного комфорту та умов праці в досліджуваній медичній установі.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Концептуальні підходи до удосконалення системи професійного навчання персоналу закладу охорони здоров'я**

Сучасний стан природосфери, техносфери, особливості соціально-політичного розвитку суспільства України обумовлюють високий ризик виникнення надзвичайних ситуацій (НС) техногенного, природного та соціально-політичного характеру. Особливу небезпеку набувають загрози терористичних актів. Спостерігається тенденція до збільшення НС з важкими медико-санітарними наслідками, численними та сполученими ураженнями постраждалих. Ефективне вирішення завдань, які виникають при ліквідації медико-санітарних наслідків НС, можливе тільки при стратегічному плануванні розвитку системи екстреної медичної допомоги (ЕМД), відповідному сучасному рівню вимог суспільства. Особливо гостро постали ці проблеми в умовах реорганізації та розвитку галузі охорони здоров'я України, реформ, спрямованих на реорганізацію мережі лікувально-профілактичних закладів, чіткого розподілу видів медичної допомоги. Сучасна реформа галузі охорони здоров'я України пов'язана не лише зі структурними і фінансово-економічними перетвореннями, але й, значною мірою, з формуванням кваліфікованого кадрового потенціалу, спроможного вирішувати поставлені завдання, що, своєю чергою, потребує реформування післядипломної медичної освіти, реорганізації освітніх моделей та запровадження нових інформаційних технологій у підготовці та перепідготовці спеціалістів [32, с. 147].

Проблеми реформування післядипломної медичної освіти та шляхи їх вирішення законодавчо регламентовані, широко висвітлені у науково-методичній літературі, однак якісна підготовка медичних працівників Державної служби медицини катастроф (ДСМК) України різних рівнів, як ключових виконавців

надання ЕМД постраждалим при НС, є однією з найважливіших складових реформи та розбудови вітчизняної медицини, яка потребує якісно нових вимог до організації й здійснення освітнього процесу у вищих навчальних закладах (ВНЗ) післядипломної підготовки лікарів.

Зі створенням в 1997 р. ДСМК України та її територіальних підрозділів водночас виникла проблема підготовки медичних працівників служби і насамперед тих, хто має організувати надання постраждалому населенню ЕМД при НС. Виходячи з цього, Кабінет Міністрів та МОЗ України видали низку нормативно-правових актів, в яких визначена важливість підготовки працівників медицини катастроф як провідної служби екстреного медичного реагування при НС, та вирішили стратегічний напрям подальшого організаційно-кадрового розвитку державної системи надання ЕМД [49;54]. Згідно з цими законодавчими актами, суб'єктами навчання з предмету «медицина катастроф» є медичні працівники будь-якого фаху, які повинні організувати та надавати постраждалому населенню ЕМД при НС. Сучасне реформування галузі охорони здоров'я України на засадах загальної практики / сімейної медицини передбачає структурну реорганізацію системи медичного обслуговування із забезпеченням активної кадрової політики у цьому напрямку. Виходячи з цього державного замовлення, лікарі загальної практики / сімейні лікарі (ЛЗП/СЛ) повинні бути пріоритетними цільовими групами (контингентами) навчання на кафедрах ЦЗ та МК. Враховуючи раптовість виникнення НС, масовість та тяжкість уражень, оптимальним варіантом надання ЕМД у перші години виникнення НС слід вважати можливість залучення саме ЛЗП/СЛ, спроможних надавати ЕМД різним категоріям населення (дітям, дорослим, особам похилого віку) із тяжкими ураженнями. Однак, передбачаючи можливі негативні тенденції розвитку НС та їх можливі медико-санітарні наслідки, ми вважаємо, що для сучасного суспільства України слід запровадити нову окрему лікарську спеціальність «лікар медицини невідкладних станів та медицини катастроф». Постановою Кабінету Міністрів України від 05.11.2007 р. №1290, п.9.2

«Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року» [49] передбачалось доповнити номенклатуру лікарських спеціальностей новою, але це не було зроблено. Відсутність нового фаху «лікар медицини невідкладних станів та медицини катастроф» призводить до труднощів з організації та проведення навчального процесу, а саме: на сучасному етапі підготовка фахівців медицини катастроф здійснюється тільки шляхом підвищення кваліфікації на циклах загального або тематичного удосконалення. Відсутність трьох послідовних етапів – спеціалізації, удосконалення, атестації, що передбачено концептуальною моделлю післядипломної медичної освіти України, не дає змоги забезпечити безперервність медичної освіти лікарів медицини катастроф, знижує їх мотивацію до навчання на циклах ТУ, тим більше, що, згідно зі шкалою балів до наказу МОЗ України від 07.07.2009 р. №484 [50], «вартість» цих циклів низка, з чим також ми не можемо погодитися.

Державний освітній стандарт – це нормативний документ, в якому відображаються цілі освітньої та професійної підготовки, визначається місце фахівця у структурі господарства держави, вимоги до його компетентності та інших соціально важливих властивостей і якостей, тобто цей документ регламентує ціль та кінцевий результат освітньої діяльності кафедр та ВНЗ. Державні освітні стандарти покладені в основу освітньо-кваліфікаційних характеристик і відповідно до них освітньо-професійних програм підготовки спеціалістів певного фаху. Прикро, що досі відсутній державний навчальний стандарт післявузівської професійної підготовки фахівців медицини катастроф, а в освітньо-кваліфікаційних характеристиках та освітньо-професійних програмах підготовки, розроблених для кожної спеціальності, специфіка роботи лікарів при НС не врахована. Виходячи з цього, слід негайно активізувати системну роботу з реорганізації навчального процесу післядипломної підготовки лікарів медицини катастроф у таких напрямках:

Сучасні нормативно-правова і науково-методична література з питань

післядипломної підготовки фахівців постійно поповнюється новими поняттями та термінами, серед яких поняття «компетентність», «компетенція», «інтегральна компетентність». Ці поняття особливо актуальні у зв'язку із входженням вищої медичної освіти України в Болонський процес, а також з необхідністю узгодження критеріїв фахової підготовки медичних кадрів в Україні [28; 52]. Компетентність – це здатність особи до виконання певного виду діяльності, що виражається через знання, розуміння, уміння, цінності, інші особисті якості [55]. Важливим етапом в розвитку та реалізації державної політики у сфері післядипломної освіти є прийняття Постанови «Про затвердження Національної рамки кваліфікацій» Кабінетом Міністрів України від 23.11.2011 р. №1341, згідно з яким, в основу кваліфікації будь-якого фахівця (у т.ч. лікаря) положено досягнення компетентності за заданими стандартами [51]. Переорієнтація освітньої діяльності кафедр ЦЗ та МК ВНЗ із «знаннєвої» моделі на формування професійної компетенції лікаря дозволить лікарям ДСМК успішно реалізовувати на практиці свій професійний потенціал – організувати та надати якісну та своєчасну ЕМД в умовах НС техногенного, природного та соціально-політичного характеру. Компетентнісний підхід у навчанні висуває на перше місце не поінформованість лікаря, а вміння вирішувати проблеми, які виникають у практичній діяльності фахівця. Професорсько-педагогічний колектив кафедри ЦЗ та МК ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» вже певний час як теоретично обґрунтував та на практиці реалізовував необхідність формування саме професійної компетенції лікарів медицини катастроф [31; 51].

Розробка сучасної програми навчальної дисципліни «медицина катастроф». На сучасному етапі освітня діяльність кафедр ЦЗ та МК ВНЗ базується на уніфікованій програмі післядипломного навчання лікарів, яка не відповідає вимогам законодавчої та нормативно-правової бази з організації та надання ЕМД у сучасних умовах. Саме критерії професійної компетентності повинні бути покладені у зміст навчальних програм і планів післядипломної підготовки лікарів,



у т.ч. спеціалістів медицини катастроф. Сучасна програма з навчальної дисципліни «медицина катастроф» повинна містити такі учбові курси: правова та законодавча основа роботи медичних формувань в осередках НС; законодавча, організаційна, матеріально-технічна база охорони праці медичних працівників ДСМК в осередках НС; планування фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення ЕМД у різні фази НС; організаційно-управлінська діяльність лікаря при НС; специфіка лікувально-евакуаційного забезпечення при сучасних видах НС, у т.ч. терористичних актах, масових скупченнях людей, соціально-політичних акціях тощо; роль та місце служби крові, специфіка трансфузійних заходів при НС; сучасні дезінфекційні заходи та особливості їх проведення при НС; медична документація ДСМК тощо.

Основним завданням реорганізації навчального процесу при післядипломній підготовці лікарів медицини катастроф вважаємо підвищення рівня практичної професійної готовності до самостійної організаційної та клінічної роботи лікарів в осередках НС, поглиблення професійних знань та умінь з надання ЕМД, збагачення досвіду практичної роботи сучасними медико-лікарняними технологіями, а тому важливими напрямками реорганізації учбового процесу при післядипломній підготовці лікарів медицини катастроф є:

- 1) комплексний підхід щодо оптимізації учбового процесу зі сполученням традиційних форм навчання (лекції, семінарські та практичні заняття) й сучасних навчально-інформаційних технологій;
- 2) інформаційна насиченість і практична спрямованість кожного заняття;
- 3) ретельне відпрацювання практичних навичок (самостійне використання окремих невідкладних медичних маніпуляцій), що для лікаря медицини катастроф є обов'язковим. Це пов'язано з необхідністю швидких професійних дій в умовах НС, неприпустимості безладдя та паніки, що може призвести до невиправданих людських втрат через непрофесійні дії лікаря. Рішучість дій, самовладання і впевненість у складній обстановці НС, витримка та мужність можливі тільки при

доведенні практичних навичок у ліквідації медико-санітарних наслідків НС до автоматизму. Організація учбово-тренувальних центрів при кафедрах ЦЗ та МК сприятиме відпрацюванню необхідних для професійної роботи лікарів медицини катастроф практичних навичок;

4) стимуляція мотивації до навчання. В умовах відсутності спеціальності «лікар медицини невідкладних станів та медицини катастроф» високий рівень мотивації є важливою умовою сприйняття, запам'ятовування і осмислення навчального матеріалу з дисципліни «медицина катастроф», подальшого його використання у професійної діяльності лікаря, для чого потрібно впровадити активні форми навчання (інтерактивних семінарів, ділових ігор), широко застосовувати ілюстративні матеріали (таблиць, мультимедійної презентації, учбових фільмів), залучати лікарів до науково-дослідної роботи, активної участі у науково-практичних конференціях та виступах з доповідями. Ми вважаємо такі форми організації навчання важливими для максимально ефективного засвоєння теоретичного матеріалу та стимулювання інтересу лікарів до дисципліни «медицина катастроф»;

5) розробка сучасної методології діагностики знань та обов'язковий контроль засвоєння запропонованого учбового матеріалу. Відсутність прямого контакту між викладачем і лікарем-слухачем при дистанційних формах навчання призводить до того, що постають питання: наскільки знання відповідають певним вимогам, і як надійно та ефективно ці знання перевірити. Контроль знань потрібно організовувати та проводити на принципах: різноманітності, систематичності, всебічності, диференційованості, об'єктивності. Якісна організація, керування та корегування навчального процесу відповідно до результатів контролю знань, професійне та адекватне сполучення усіх його елементів сприяє підвищенню якості навчального процесу і, як наслідок, – якості підготовки лікарів-слухачів;

6) створення сучасної інформаційної бази навчання. Одним із шляхів вирішення проблем реформування післядипломної медичної освіти є впровадження

безперервного професійного розвитку із забезпеченням можливості самонавчання лікарів на своєму робочому місці та вдома. Для цього потрібна сучасна інформаційна база, у т.ч. сучасна навчально-методична література, яка повинна відповідати як за змістом, так і за формою подачі матеріалу міжнародним стандартам, стандартам Міністерства освіти і науки (МОН) і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, містить сучасні наукові дані. Кваліфікована підготовка навчальної літератури має бути одним із найважливіших аспектів роботи професорсько-викладацького складу кафедр.

Підготовка лікарів з навчальної дисципліни «медицина катастроф» є суттєвою складовою у державній системі післядипломної медичної освіти, що сприяє підготовці кваліфікованих фахівців медицини катастроф.

Стратегічний розвиток підготовки лікарів з навчальної дисципліни «медицина катастроф» повинен здійснюватися в науковому, юридично-правовому та законодавчо-нормативному полі реформування галузі охорони здоров'я України, реформування післядипломної медичної освіти України та відповідно до практичної потреби суспільства у високопрофесійних лікарях медичних формувань.

Поліпшення якості підготовки фахівців медицини катастроф можливе за умов розробки та запровадження МОН і МОЗ України пакета нормативно-правових документів з урахуванням специфіки післядипломної підготовки фахівців медицини катастроф та організаційно-методичного удосконалення навчального процесу на кафедрах ЦЗ та МК ВНЗ.

В умовах реорганізації та розвитку галузі охорони здоров'я України освітня діяльність кафедр ЦЗ та МК у ВНЗ є невід'ємною складовою у формуванні кваліфікованого кадрового потенціалу країни, яка повинна забезпечувати кінцеву мету – досягнення високого рівня компетенції лікарів медицини катастроф і виконання закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. №5081-VI.

### 3.2. Напрямки удосконалення системи мотивації персоналу закладу охорони здоров'я

Удосконалення системи мотивації працівників КНП «ЗТЦЕМД» ми пропонуємо здійснити на основі моделі, запропонованої на рис. 3.1.

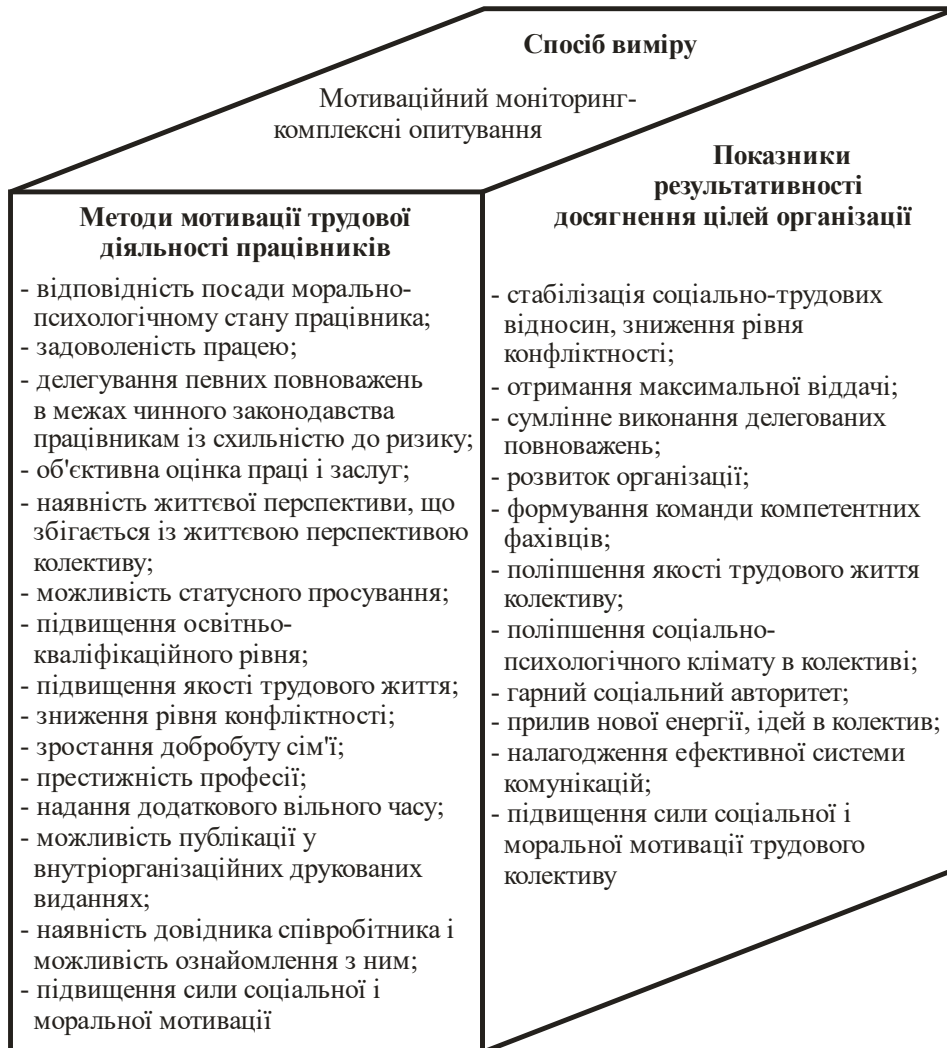


Рис. 3.1. Пропонований механізм мотивації персоналу КНП «ЗТЦЕМД»

Примітка. Складено автором

Як видно із запропонованої моделі (рис. 3.1) механізм мотивації працівників КНП «ЗТЦЕМД» повинен базуватися на системному підході, який включає індивідуальний і організаційний рівні мотивації і складається із трьох блоків.

I блок: методи мотивації трудової діяльності працівників. Даний блок

охоплює індивідуальний рівень мотивації працівників. У цьому блоці запропоновано перелік найголовніших, на наш погляд, аспектів стимулювання працівників КНП «ЗТЦЕМД»: задоволеність працею; делегування певних повноважень в межах чинного законодавства працівникам із схильністю до ризику; об'єктивна оцінка праці і заслуг; наявність життєвої перспективи, що збігається із життєвою перспективою колективу; можливість статусного просування; підвищення освітньо-кваліфікаційного рівня працівників; підвищення якості трудового життя; зниження рівня конфліктності; зростання добробуту сім'ї; престижність професії; надання додаткового вільного часу; можливість публікації у внутріорганізаційних друкованих виданнях; наявність довідника співробітника і можливість ознайомлення з ним; підвищення сили соціальної і моральної мотивації.

II блок: показники результативності досягнення стратегічних цілей організації. Цей блок є безпосередньо пов'язаний із попереднім, оскільки мотивація персоналу і стратегічні цілі функціонування організації є взаємообумовлені. Даний блок охоплює формування системи мотивації на організаційному рівні. Головними напрямками на цьому рівні виділяємо наступні: стабілізація соціально-трудових відносин, зниження рівня конфліктності; отримання максимальної віддачі; сумлінне виконання делегованих повноважень; розвиток організації; формування команди компетентних фахівців; поліпшення якості трудового життя колективу; поліпшення соціально-психологічного клімату в колективі; гарний соціальний авторитет; прилив нової енергії, ідей в колектив; налагодження ефективної системи комунікацій; підвищення сили соціальної і моральної мотивації трудового колективу.

III блок: спосіб виміру. До основних методів вимірювання дієвості методів мотивації належать мотиваційний моніторинг, тобто проведення постійного спостереження і контролю стану мотивації трудової діяльності з метою оперативної діагностики і оцінки в динаміці, прийняття кваліфікованих управлінських рішень в інтересах покращення соціально-психологічного клімату в колективі. Проведенням

мотиваційного моніторингу в КНП «ЗТЦЕМД» слід займатися працівникам відділу організаційно-кадрової роботи. Їх робота має бути спрямована на вивчення потреб, що постійно змінюються, інтересів, ціннісних орієнтації персоналу організації, мотивів їхньої трудової діяльності, мотиваційного потенціалу і міри його використання у трудовому процесі, на виявлення змін у структурі мотивів і прогнозування їх розвитку та впливу на результати діяльності. Мотиваційний моніторинг має сприяти визначенню найдієвіших важелів і стимулів впливу на поведінку працівників з метою досягнення їх власних цілей і стратегічних цілей діяльності організації в конкретний момент часу. Мотиваційний моніторинг передбачає проведення регулярних опитувань індивідів та аналіз наявної економічної, соціологічної, психологічної інформації.

На основі проведеного аналізу, проведеного у 2 розділі кваліфікаційної роботи, ми виявили ряд резервів, реалізація яких викликала б покращення мотиваційної системи КНП «ЗТЦЕМД».

Одним із резервів підвищення ефективності мотиваційної системи досліджуваного медичного закладу є вдосконалення системи заробітної плати. Роль оплати праці в системі мотиваційного механізму значна, це пояснюється тим, що через її механізм забезпечуються потреби першочергово необхідні для нормальної життєдіяльності людини. Разом з тим оплата праці є мотивуючим фактором тільки, якщо він безпосередньо пов'язана з підсумками праці. Працівники повинні бути впевнені в наявності стійкого зв'язку між матеріальною винагородою та своєю працею, в заробітній платні обов'язково повинен бути присутній компонент, який залежить від досягнутих результатів. Безумовно, мотиваційному механізму оплати праці надається велика роль, але постійне підвищення рівня оплати праці не сприяє як підтриманню робочої активності на необхідному рівні, так і росту продуктивності праці. Застосування цього методу може бути корисним щодо досягнення короткострокових підвищення продуктивності праці. Врешті решт відбуваються певні накладки або звикання до цього виду впливу, однобокий вплив

на робітників лише грошовими методами не може призвести до довгострокового підвищення продуктивності праці.

Наступним резервом підвищення ефективності мотиваційної КНП «ЗТЦЕМД» є вдосконалення організації праці – містить встановлення цілей, розширення функцій, збагачення праці ротацію, застосування гнучких графіків, поліпшення умов праці. Постановка цілей припускає, що правильно поставлена ціль через формування орієнтації на її досягнення служить мотивуючим засобом для працівника. Розширення функцій припускає внесення різноманітності в працю персоналу, тобто збільшення числа операцій, зроблених одним працівником, в результаті збільшується робочий цикл у кожного працівника, збільшується інтенсивність праці. Застосовувати такий метод доцільно у випадку недозавантаженості працівників і їх власного бажання розширити коло своєї діяльності, в іншому випадку це може призвести до різкого опору з боку працівників. Збагачення праці передбачає надання людині такої праці, яка б давала можливість росту, творчості, відповідальності, самоактуалізації, включення в його обов'язки деяких функцій планування і контролю за якістю продукції. Поліпшення умов праці – одна з найгостріших проблем цього часу. Умови праці є не тільки потребою, а й мотивом, який примушує працювати з певною віддачею, можуть бути одночасно фактором і наслідком певної продуктивності праці і її ефективності. Довгий час працюючи в незадовільних санітарно-гігієнічних умовах людина не вміє, та й не хоче правильно організувати своє робоче місце, а правильна організація робочих місць сприяє підвищенню продуктивності праці.

Наступним резервом підвищення ефективності мотиваційної системи досліджуваного медичного закладу є вдосконалення системи соціальних пільг і гарантій, що мають особливу значимість і доповнюють виконання тих зобов'язань, що традиційно відведені заробітній платі. Кошти, що спрямовуються на забезпечення соціально-побутових потреб працівників являють для них важливе значення, так як призначені задовольнити їх найбільш суттєві потреби, оплату яких

в протилежному випадку доводилося б здійснювати самотійно. В даному випадку важливо враховувати той факт, що поряд з задоволенням названих потреб створюють психологічний вплив на працівника, тобто на нього діють додаткові мотиви, сила яких залежить від того наскільки він впевнений в отриманні названих благ понад встановлених при цьому середніх норм.

На відміну від керівників, професіоналів, фахівців та технічних службовців, для яких розробляється єдине положення щодо матеріального стимулювання за основні результати функціональної діяльності, для працівників потрібно розробляти окремі – за видами діяльності – положення щодо матеріального стимулювання їх праці. Положення ці значно простіші і містять: показники матеріального стимулювання, розміри винагороди за їх досягнення (виконання) та перевиконання, умови виплати винагороди, її повного позбавлення або зниження розміру, терміни виплати.

У разі необмеженого перевиконання встановленого положенням показника стимулювання рекомендується встановлювати додаткове прогресивне підвищення основного розміру винагороди, який визначено положенням за його досягнення, а в разі обмеження перевиконання встановленого положенням показника матеріального стимулювання рекомендується встановлювати додаткове регресивне підвищення основного розміру винагороди, який визначено положенням за його досягнення (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

### Схема матеріального стимулювання працівників

Перший показник матеріального стимулювання	Розмір винагороди за першим показником	Другий показник, який може бути диференційованим за розмірами
Показник може бути диференційованим за розмірами його виконання (перевиконання)	Розміри диференціюються за першим показником	Коефіцієнти підвищення розміру винагороди за першим показником у залежності від розміру виконання (перевиконання) другого показника

Примітка. Наведено за [37]



Перший варіант передбачає значне (до 25 відсотків) перевиконання показника і відповідно прогресивну шкалу підвищення розміру винагороди за схемою, наведеною в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

### Розмір винагороди в залежності від показників (варіант 1)

Шкала розмірів перевиконання показника матеріального стимулювання із значним зростанням (відсотків)	до 5,0	Від 5,1 До 10,0	Від 10,1 До 15,0	Від 15,1 До 20,0
Шкала підвищення розміру основної винагороди у відсотках за кожний відсоток перевиконання показника матеріального стимулювання (прогресивна)	1,0	1,5	2,0	2,5

Примітка. Наведено за [37]

Другий варіант передбачає обмежене перевиконання показника і відповідно регресивну шкалу підвищення винагороди за схемою, представленою в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

### Розмір винагороди в залежності від показників (варіант 2)

Шкала розмірів перевиконання показника матеріального стимулювання з помірним зростанням (відсотків)	до 3,0	Від 3,1 До 5,0	Від 5,1 До 7,0	Від 7,1 До 10,0
Шкала підвищення розміру основної винагороди у відсотках за кожний відсоток перевиконання показника матеріального стимулювання (регресивна)	1,25	1,0	0,75	0,5

Примітка. Наведено за [37]

З метою удосконалення системи мотивації працівників досліджуваної медичної установи доцільно запровадити практику їх фінансування.

На сьогодні вітчизняні роботодавці неохоче витрачають кошти на професійне навчання працівників. Основні причини – недосконале законодавство; відсутність преференцій, зокрема податкових, для організацій, які здійснюють професійне навчання, брак коштів (суб'єкти господарювання, як правило, здійснюють професійне навчання працівників за власні кошти).

Роботодавці, інвестуючи професійне навчання на виробництві, мають оцінити економічну ефективність від навчання, однак відповідні методики не розроблені.

НДІ НАН України та Мінпраці розроблено методичні підходи до оцінки впливу професійного навчання працівників на результати господарської діяльності. Методикою передбачено використання показників:

1. Показники, що безпосередньо характеризують результати розвитку виробництва. До них віднесено: чисельність працівників організації; обсяги виробленої продукції (послуг); обсяги реалізованої продукції (послуг); продуктивність праці працівників організації.

2. Показники, що характеризують організацію процесу надання послуг та технічну складову організації, а саме: обсяги плинності кадрів та втрати продукції через плинність кадрів; кількість раціоналізаторських пропозицій.

Показники, що характеризують обсяги професійного навчання та витрати на його здійснення, такі як: чисельність учнів чи слухачів, які пройшли професійне навчання; обсяги відрахування із навчальних закладів працівників організації, направлених на навчання за договорами, до закінчення терміну навчання без поважних причин; витрати коштів організації на професійне навчання персоналу; витрати коштів організації на професійне навчання з розрахунку на одного учня (слухача).

Витрати коштів організації на професійне навчання з розрахунку на одного учня (слухача) в аналізованому періоді визначаються як відношення загальних витрат організації на професійне навчання персоналу в аналізованому періоді до чисельності учнів (слухачів), які пройшли професійне навчання на виробництві в аналізованому періоді.

Згідно переліку визначених показників методика має таку структуру і послідовність розрахунків.

Річний економічний ефект від приросту обсягів виробництва чи наданих послуг внаслідок збільшення рівня задоволення потреби організації в кадрах рекомендується визначати за формулою:

$$E_{\text{епп1}} = \frac{R_{\text{пз2}} - R_{\text{пз1}}}{100} \cdot y_{\text{п2}} \cdot \text{ПП}_{\text{п2}} \cdot \frac{\text{РР}_{\text{п2}}}{100}, \quad (3.1)$$

де  $E_{\text{епп1}}$  – річний економічний ефект від збільшення рівня задоволення потреби організації в кадрах, грн.;

$R_{\text{пз1}}$  та  $R_{\text{пз2}}$  – коефіцієнти, що характеризують рівень задоволення додаткової потреби організації в працівниках відповідно в минулому та аналізованому періодах;

$\text{ПП}_{\text{п2}}$  – середня продуктивність праці працівників в аналізованому періоді, грн.;

$\text{РР}_{\text{п2}}$  – рентабельність реалізованої продукції і наданих послуг працівниками в аналізованому періоді, %;

$y_{\text{п2}}$  – чисельність учнів та слухачів, які пройшли професійне навчання в аналізованому періоді, осіб.

Для КНП «ЗТЦЕМД» даний показник буде становити:

$$E_{\text{епп1}} = \frac{95 - 90}{100} \cdot 2 \cdot 5000 \cdot \frac{90}{100} = 450$$

Коефіцієнт, що характеризує задоволення додаткової потреби організації в працівниках (у минулому та аналізованому періодах), визначається за формулою:

$$R_{\text{пз}} = \frac{y_{\text{фпз}}}{y_{\text{пд}}} \cdot 100, \quad (3.2)$$

де  $R_{\text{пз}}$  – коефіцієнт, що характеризує рівень задоволення додаткової потреби організації в працівниках, %;

$y_{\text{фпз}}$  – фактична чисельність працівників в організації, осіб;

$y_{\text{пд}}$  – необхідна чисельність працівників, осіб.

Для КНП «ЗТЦЕМД» даний показник буде становити:

$$P_{nz2} = \frac{243}{255} \cdot 100 = 95$$

Коефіцієнт, що характеризує рівень задоволення додаткової потреби закладу охорони здоров'я в працівниках в аналізованому періоді, розраховується так:

$$P_{nz2} = \frac{Y_{\phi nz2}}{Y_{nd2}} \cdot 100, \quad (3.3)$$

$P_{nz2}$  – коефіцієнт, що характеризує рівень задоволення додаткової потреби організації в працівниках в аналізованому періоді, %;

$Y_{\phi nz2}$  – фактична чисельність працівників в організації в аналізованому періоді, осіб;

$Y_{nd2}$  – необхідна чисельність працівників в аналізованому періоді, осіб.

Для КНП «ЗТЦЕМД» даний показник буде становити:

$$P_{nz2} = \frac{243}{255} \cdot 100 = 95$$

Коефіцієнт, що характеризує рівень задоволення додаткової потреби закладу охорони здоров'я в працівниках в минулому періоді, розраховується:

$$P_{nz1} = \frac{Y_{\phi nz1}}{Y_{nd1}} \cdot 100, \quad (3.4)$$

$P_{nz1}$  – коефіцієнт, що характеризує задоволення додаткової потреби організації в працівниках в минулому періоді, %;

$Y_{\phi nz1}$  – фактична чисельність працівників в організації в минулому періоді, осіб;

$Y_{nd1}$  – необхідна чисельність працівників організації в минулому періоді, осіб.

Для КНП «ЗТЦЕМД» даний показник буде становити:

$$P_{nz1} = \frac{230}{255} \cdot 100 = 90$$

Середня продуктивність праці працівників організації розраховується за формулою:

$$ПП_{n2} = \frac{OB_{n2}}{Y_{cn2}}, \quad (3.5)$$

де  $ПП_{n2}$  – середня продуктивність праці працівників в аналізованому періоді, грн.;

$OB_{n2}$  – обсяги виробленої продукції чи послуг працівниками в аналізованому періоді, грн.;

$Y_{cn2}$  – середньорічна чисельність працівників в аналізованому періоді, осіб.

Для КНП «ЗТЦЕМД» даний показник буде становити:

$$ПП_{n2} = \frac{195000}{243} = 802, \quad ПП_{n1} = \frac{154400}{230} = 671$$

Рентабельність наданих послуг працівниками в аналізованому періоді визначається на підставі даних оперативного, бухгалтерського та статистичного обліку. Розрахунки рентабельності здійснюються за тими методами, що найбільш адекватно відображають результати функціональної діяльності організації.

Річний економічний ефект від підвищення продуктивності праці персоналу організації в результаті професійного навчання розраховується за формулою:

$$E_{епп2} = (ПП_{n2} - ПП_{n1}) \cdot Y_{n2} \cdot \frac{PP_{n2}}{100}, \quad (3.6)$$

де  $E_{епп2}$  – річний економічний ефект від підвищення продуктивності праці персоналу організації внаслідок професійного навчання, грн.;

$ПП_{n1}$  та  $ПП_{n2}$  – середня продуктивність праці працівників у минулому та аналізованому періодах, грн.

Для КНП «ЗТЦЕМД» показник буде становити:

$$E_{ем2} = (802 - 671) \cdot 2 \cdot \frac{90}{100} = 236$$

Річний економічний ефект від підвищення в організації якості наданих послуг та якості праці навчених працівників розраховується за формулою:

$$E_{епп3} = \frac{Я_{m1} - Я_{m2}}{100} \cdot OP_{n2} \cdot \frac{PP_{n2}}{100}, \quad (3.7)$$

де  $E_{енп3}$  – річний економічний ефект від підвищення якості продукції (наданих послуг) та якості праці навчених працівників, грн.;

$Я_{пн1}$  та  $Я_{пн2}$  – середній відсоток забракованих послуг в організації в аналізованому періоді по відношенню до загальної кількості виробленої продукції працівниками, які відповідно не пройшли та пройшли професійне навчання, %;

$OP_{п2}$  – обсяги реалізованої продукції чи послуг працівників в аналізованому періоді, грн.

Для КНП «ЗТЦЕМД» даний показник буде становити:

$$E_{енп3} = \frac{20 - 25}{100} \cdot 195000 \cdot \frac{90}{100} = 8775$$

Річний економічний ефект від зниження плинності кадрів в організації внаслідок професійного навчання персоналу визначається за формулою:

$$E_{енп4} = \frac{ПЛ_{п1} - ПЛ_{п2}}{100} \cdot ВП_{п2} \cdot У_{п2}, \quad (3.8)$$

$E_{енп4}$  – річний економічний ефект від зниження плинності кадрів в організації внаслідок професійного навчання персоналу, грн.;

$ПЛ_{п1}$  та  $ПЛ_{п2}$  – середні відсотки плинності кадрів серед працівників, які відповідно не пройшли і пройшли професійне навчання, %;

$ВП_{п2}$  – втрати у результаті плинності кадрів в розрахунку на одного працівника в аналізованому періоді, грн.

Загальна економічна ефективність заходів з професійного навчання персоналу організації визначається за формулою:

$$K_{зпн} = \frac{E_{енпj}}{ПВ_{пн}}, \quad (3.9)$$

$K_{зпн}$  – загальна економічна ефективність заходів з професійного навчання персоналу, грн.;

$E_{енпj}$  – інтегральний показник річного економічного ефекту від впровадження заходів з професійного навчання персоналу організації, грн.;

$PV_{mn}$  – первинні витрати (сума поточних і одноразових витрат) затрати на професійне навчання в аналізованому періоді, приведені до річної розмірності у відповідності з нормативним коефіцієнтом ефективності, грн.

Для КНП «ЗТЦЕМД» даний показник буде становити:

$$K_{зтн} = \frac{9461}{8426} = 0,12$$

Запропонована методика є інструментом, спрямованим на виявлення взаємозв'язку між економічною діяльністю суб'єктів господарювання усіх форм власності і сучасними тенденціями розвитку професійного навчання працівників, зокрема розвитку системи фінансування цієї сфери.

Отже, економічні методи управління реалізовуватимуться таким чином: керівники проекту складають план і склад грошових виплат і іншого матеріального стимулювання залежно від результату праці кожного працівника, ґрунтуючись на загальному переліку форм стимулювання, розроблених в створюваній системі оплати праці.

### **Висновки до розділу 3**

Концептуальний підхід до удосконалення системи професійного навчання працівників КНП «ЗТЦЕМД» полягає, в першу чергу, у підвищенні рівня практичної професійної готовності до самостійної організаційної та клінічної роботи лікарів в осередках надзвичайних, поглиблення професійних знань та умінь з надання екстреної медичної допомоги, збагачення досвіду практичної роботи сучасними медико-лікарняними технологіями, а тому важливими напрямками реорганізації учбового процесу при післядипломній підготовці лікарів медицини катастроф є: комплексний підхід щодо оптимізації учбового процесу зі сполученням традиційних форм навчання (лекції, семінарські та практичні заняття) й сучасних навчально-інформаційних технологій; інформаційна насиченість і практична спрямованість кожного заняття; ретельне відпрацювання практичних

навичок (самостійне використання окремих невідкладних медичних маніпуляцій), що для лікаря медицини катастроф є обов'язковим; стимуляція мотивації до навчання; розробка сучасної методології діагностики знань та обов'язковий контроль засвоєння запропонованого учбового матеріалу; створення сучасної інформаційної бази навчання.

Удосконалення механізму мотивації працівників КНП «ЗТЦЕМД» базуватися на системному підході, який включає індивідуальний і організаційний рівні мотивації і складається із трьох блоків: 1 блок (методи мотивації трудової діяльності працівників); 2 блок (показники результативності досягнення стратегічних цілей організації); 3 блок (спосіб виміру).

Перший блок «Методи мотивації трудової діяльності працівників» індивідуальний рівень мотивації працівників. У цьому блоці запропоновано перелік найголовніших, на наш погляд, аспектів стимулювання працівників КНП «ЗТЦЕМД» задоволеність працею; делегування певних повноважень в межах чинного законодавства працівникам із схильністю до ризику; об'єктивна оцінка праці і заслуг; наявність життєвої перспективи, що збігається із життєвою перспективою колективу; можливість статусного просування тощо.

Другий блок «Показники результативності досягнення стратегічних цілей організації» безпосередньо пов'язаний із попереднім, оскільки мотивація персоналу і стратегічні цілі функціонування організації є взаємнообумовлені. Даний блок охоплює формування системи мотивації на організаційному рівні. Головними напрямками на цьому рівні виділяємо наступні: стабілізація соціально-трудова відносин, зниження рівня конфліктності; отримання максимальної віддачі; сумлінне виконання делегованих повноважень; розвиток організації; формування команди компетентних фахівців; поліпшення якості трудового життя колективу; поліпшення соціально-психологічного клімату в колективі тощо.

Третій блок «Спосіб виміру» визначає основний метод виміру дієвості методів мотивації – мотиваційний моніторинг, тобто проведення постійного



спостереження і контролю стану мотивації трудової діяльності з метою оперативної діагностики і оцінки в динаміці, прийняття кваліфікованих управлінських рішень в інтересах покращення соціально-психологічного клімату в колективі. Проведенням мотиваційного моніторингу в КНП «ЗТЦЕМД» слід займатися працівникам відділу організаційно-кадрової роботи. Їх робота має бути спрямована на вивчення потреб, що постійно змінюються, інтересів, ціннісних орієнтації персоналу організації, мотивів їхньої трудової діяльності, мотиваційного потенціалу і міри його використання у трудовому процесі, на виявлення змін у структурі мотивів і прогнозування їх розвитку та впливу на результати діяльності.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги» дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції:

1. У закладах охорони здоров'я елементами системи управління персоналом є: суб'єкти управління; об'єкти управління (персонал); механізми управління; способи і канали передачі інформації. Зміст усіх цих елементів розкрито у роботі.

2. Існуюче сьогодні недостатньо організоване управління персоналом закладів охорони здоров'я проявляється в неадекватному використанні персоналу, в низькій його продуктивності, незбалансованості структури персоналу з потребами медичної установи як системи. Наслідком цього стає неналежна робота медичних установ щодо надання медичної допомоги. Така ситуація вимагає підвищення рівня організованості роботи персоналу та управління ним в медичних установах, передусім, шляхом нормативно-правового врегулювання організації роботи з персоналом.

3. Нормативну основу державної політики щодо медичного персоналу, його реформування і організації роботи формують: Конституція України; Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років, Основи законодавства України про охорону здоров'я та ін.

Недоліками нормативної бази організації діяльності медичних установ і організацій щодо їх роботи з персоналом є: невідповідність функціонального і видового навантаження діяльності медичного персоналу новим умовам функціонування галузі охорони здоров'я; недосконалість нормативного регулювання діяльності середнього і молодшого медичного персоналу (нормативи штатів цього персоналу вимагають перегляду в бік збільшення); обмеженість прав середнього і молодшого медичного персоналу медичних установ; відсутність

Кодексів професійної етики медичного персоналу в переважній більшості закладів охорони здоров'я та ін.

4. З огляду на те, що Україна йде шляхом розвитку ринкової економіки та прагне інтегруватися у Європейський Союз, при дослідженні зарубіжного досвіду організації роботи медичних установ та їх персоналу особливу увагу у параграфі 1.3. дипломної роботи нами приділено досвіду країн-членів ЄС у цій сфері (США, Канади, Німеччини, Польщі та ін.).

Більшість країн світу сьогодні відчувають значний брак медичних сестер. Україна не є винятком. Причинами такої ситуації є: непривабливість медсестринської справи, допоміжна роль медсестри, низька заробітна плата, надмірні робочі навантаження, а іноді і небезпечні умови роботи, недосконалість навчальних програм підготовки та перепідготовки фахівців. Тому, реформа охорони здоров'я потребує не лише «кількісного» наповнення кадрового потенціалу медсестринства, а й зміни ролі, функцій та організаційних форм його діяльності. Тому слід готувати медичні кадри нового типу, які мають необхідну кваліфікацію і готові працювати в нових умовах.

5. КНП «ЗТЦЕМД» є неприбутковим закладом охорони здоров'я – унітарним комунальним некомерційним підприємством, що надає послуги екстреної медичної допомоги на території Закарпатської області будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом. Центр є об'єктом права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст області, інтереси яких представляє Закарпатська обласна рада в межах повноважень, визначених законодавством України.

6. Діагностика якісного складу та професійного рівня працівників КНП «ЗТЦЕМД» дозволила виявити наступні тенденції: досліджувана медична установа має достатньо високий кваліфікаційний рівень підготовки медичних працівників; серед медичних працівників близько 64% працюючих мають стаж більше 10 років, що є позитивним моментом в діяльності організації; розподіл працівників за статтю

засвідчує високу питому вагу жінок, яка складає 78%; в середньому 37 % медичного персоналу мають стаж роботи понад 20 років, вищу кваліфікаційну категорію мають 17%.

7. Аналіз системи планування і організації професійного навчання персоналу КНП «ЗТЦЕМД» проводилось в розрізі основних категорій його працівників: лікарів; середнього медичного персоналу; молодшого медичного персоналу; спеціалістів (не медиків); іншого персоналу.

Підвищення кваліфікації лікарів – безперервний процес, який вимагає чіткого плану та суттєвих витрат часу. До видів професійного навчання лікарів належать: 1) спеціалізація; 2) удосконалення; 3) курси інформації і стажування; 4) підвищення кваліфікації за місцем роботи.

Підвищення кваліфікації молодших медичних працівників відбувається шляхом навчання на постійно діючих курсах і в училищах підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів.

8. На підставі проведеного дослідження ми зробили висновок про те, що система мотивації працівників КНП «ЗТЦЕМД» потребує удосконалення. Результати наших досліджень дали можливість окреслити основні напрямки вдосконалення мотивації до навчання працівників КНП «ЗТЦЕМД». До них належать: поліпшення психологічного комфорту та умов праці в досліджуваній медичній установі.

9. Концептуальний підхід до удосконалення системи професійного навчання працівників КНП «ЗТЦЕМД» полягає, в першу чергу, у підвищенні рівня практичної професійної готовності до самостійної організаційної та клінічної роботи лікарів в осередках надзвичайних, поглиблення професійних знань та умінь з надання екстреної медичної допомоги, збагачення досвіду практичної роботи сучасними медико-лікарняними технологіями, а тому важливими напрямками реорганізації учбового процесу при післядипломній підготовці лікарів медицини катастроф є: комплексний підхід щодо оптимізації учбового процесу зі

сполученням традиційних форм навчання (лекції, семінарські та практичні заняття) й сучасних навчально-інформаційних технологій; інформаційна насиченість і практична спрямованість кожного заняття; ретельне відпрацювання практичних навичок (самостійне використання окремих невідкладних медичних маніпуляцій), що для лікаря медицини катастроф є обов'язковим; стимуляція мотивації до навчання; розробка сучасної методології діагностики знань та обов'язковий контроль засвоєння запропонованого учбового матеріалу; створення сучасної інформаційної бази навчання.

10. Удосконалення механізму мотивації працівників КНП «ЗТЦЕМД» базуватися на системному підході, який включає індивідуальний і організаційний рівні мотивації і складається із трьох блоків: 1 блок (методи мотивації трудової діяльності працівників); 2 блок (показники результативності досягнення стратегічних цілей організації); 3 блок (спосіб виміру).

Перший блок «Методи мотивації трудової діяльності працівників» індивідуальний рівень мотивації працівників. У цьому блоці запропоновано перелік найголовніших, на наш погляд, аспектів стимулювання працівників КНП «ЗТЦЕМД» задоволеність працею; делегування певних повноважень в межах чинного законодавства працівникам із схильністю до ризику; об'єктивна оцінка праці і заслуг; наявність життєвої перспективи, що збігається із життєвою перспективою колективу; можливість статусного просування тощо.

Другий блок «Показники результативності досягнення стратегічних цілей організації» безпосередньо пов'язаний із попереднім, оскільки мотивація персоналу і стратегічні цілі функціонування організації є взаємообумовлені. Головними напрямками на цьому рівні виділяємо наступні: стабілізація соціально-трудова відносин, зниження рівня конфліктності; отримання максимальної віддачі; сумлінне виконання делегованих повноважень; розвиток організації; формування команди компетентних фахівців; поліпшення якості трудового життя колективу; поліпшення соціально-психологічного клімату в колективі тощо.

Третій блок «Спосіб виміру» визначає основний метод виміру дієвості методів мотивації – мотиваційний моніторинг, тобто проведення постійного спостереження і контролю стану мотивації трудової діяльності з метою оперативної діагностики і оцінки в динаміці, прийняття кваліфікованих управлінських рішень в інтересах покращення соціально-психологічного клімату в колективі. Проведенням мотиваційного моніторингу в КНП «ЗТЦЕМД» слід займатися працівникам відділу організаційно-кадрової роботи. Їх робота має бути спрямована на вивчення потреб, що постійно змінюються, інтересів, ціннісних орієнтації персоналу організації, мотивів їхньої трудової діяльності, мотиваційного потенціалу і міри його використання у трудовому процесі, на виявлення змін у структурі мотивів і прогнозування їх розвитку та впливу на результати діяльності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабич М. Я. Формування професійних якостей майбутнього молодшого медичного спеціаліста як психологічна проблема. Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців за соціономічним профілем: матеріали наук.-практ. конф. Хмельницький : ХНУ, 2011. С. 102-103.
2. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
3. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я. Навч. посібник. Видавництво БДМУ, 2013. 360 с.
4. Байцим А. Ю., Тугаров Д. Р., Криницька І. Я. Роль середнього медичного персоналу в системі охорони здоров'я на сучасному етапі. *Медсестринство*. 2015. № 4. С. 11-14.
5. Балабанова Л. В., Сардак О.В. Управління персоналом: підручник. К.: Центручбової літератури, 2011. 468 с.
6. Балабанова Л.В., Стельмашенко О.В. Стратегічне управління персоналом підприємства в умовах ринкової економіки : монографія. Донецьк : Вид-во ДонНУЕТ ім. М. Туган-Барановського, 2010. 229 с.
7. Беззубко Л.В., Гончарова Л.О., Беззубко Б.І. Трудовий і кадровий потенціали: монографія. Донецьк: Норд прес, 2008. С. 10-18.
8. Білинець Ф. Сучасні тенденції управління персоналом в закладах охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, Тернопіль, 15 травня 2020 року. Частина 2. Тернопіль, 2020. С. 48-50.
9. Білинець Ф. Удосконалення механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я. Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі : матеріали доповідей V Ювілейної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю. Тернопіль, 12

листопада 2020 року. Частина 1. Тернопіль, 2020. С. 37-39.

10. Білинська М.М., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

11. Білинська М.М., Авраменко Т.П. Управління змінами в сфері охорони здоров'я. Київ : Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. 2015. 80 с.

12. Білорус Т.В. Стратегічне управління кадровим потенціалом підприємства: монографія. Ірпінь: Національна академія ДПС України, 2007. 174 с.

13. Босак О. В. Професійне навчання персоналу як фактор розвитку людських ресурсів організації. *Управління людським потенціалом*. Київ. 2012. № 3. С. 320-323.

14. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 39-46.

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

16. Гольда А. В. Зарубіжний досвід мотивації праці трудового потенціалу в умовах ринкової економіки. *Формування ринкових відносин в Україні: збірник наук. праць*. Вип. 2 (33). К., 2008. С. 94-97.

17. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.Я. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнесінформ*. 2016. №1. С. 190-194.

18. Горачук В.В. Про оптимізацію системи охорони здоров'я працівників медичної галузі. URL: <https://www.umj.com.ua/article/2303/pro-optimizaciyu-sistemi-oxoroni-zdorov-ya-pracivnikiv-medichnoi-galuzi>

19. Гордійчук С.В. Європейський та український досвід підготовки кадрів для медсестринства. URL: [http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/506/1/Gordijchuk\\_Leonchenko](http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/506/1/Gordijchuk_Leonchenko).

20. Данюк В. М., Петюх В. М., Цимбалюк С.О. та ін. Менеджмент персоналу:



навч. посіб.; за заг. ред. В. М. Данюка, В. М. Петюха. К.: КНЕУ, 2004. 398 с.

21. Дашко І. М. Кадровий потенціал: сутність та фактори його розвитку / І. М. Дашко. *Економіка та держава*. 2017. № 1. С. 65-68.

22. Делія О. Ефективна комунікація в управлінні персоналом. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2012. Вип. 1 (6). С. 36-40.

23. Жаліло Л.І., Мартинюк М.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. URL : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>

24. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Державна служба статистики України. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2018/zb/06/zb\\_zoz\\_17.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf)

25. Іваницька С.Б., Анісова Н.В., Петрова А.О. Кадровий потенціал підприємства: фактори формування та використання. Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». № 10. 2013. URL: [http://www.econo\\_my.nayka.com.ua/](http://www.econo_my.nayka.com.ua/)

26. Іванова Ю. С. Поняття професійного навчання працівників: теоретико-правовий аналіз. *Право та інновації*. 2014. № 4. С. 148-155. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apir\\_2014\\_4\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apir_2014_4_20).

27. Конституція України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

28. Концепція розвитку Запорізької медичної академії післядипломної освіти (інтеграція у світовий медичний освітній простір). Затверджена Конференційним трудовим колективом академії 31 січня 2007 р. Запоріжжя, 2007. 100 с.

29. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 96 с.

30. Кочін І.В., Акулова О.М., Гайволя О.О. Шляхи удосконалення якості освіти лікарів України у контексті Болонського процесу (Повідомлення І). *Запоріжський мед. журнал*. 2009. Т. 11, № 3. С. 141-144.

31. Кочін І.В., Акулова О.М., Гайволя О.О. Шляхи удосконалення якості підготовки лікарів України на кафедрі цивільного захисту та медицини катастроф у контексті Болонського процесу (Повідомлення II). *Запорожський мед. журнал*. 2009. Т. 11, № 4. С. 132–135.

32. Кочін І.В., Акулова О.М., Сидоренко П.І., Трошин Д.О. Гайволя О.О., Шило І.Ф. Основні напрямки удосконалення післядипломної підготовки лікарів Державної служби медицини катастроф в умовах реформування галузі охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1 (24). С. 147-152.

33. Кудря Я. В. Нові підходи до кадрової політики в управлінні персоналом. *Проблеми науки*. 2011 №7. С. 21-26.

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

35. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.

36. Матрушко А. Є. Оцінка ефективності навчання персоналу. *Наукові праці. Економіка*. 2010. Випуск 132. С. 108-114.

37. Медичний менеджмент: Понятійно-термінол. слов. / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. О. Згалат-Лозинська та ін.; За ред. О. В. Баєвої, Я. Ф. Радиша. К. : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2008. 232 с.

38. Мельник А. Ф. Муніципальний менеджмент : навч. посіб. / А. Ф. Мельник, Г. Л. Монастирський, О. П. Дудкіна. К. : Знання, 2006. 420 с.

39. Мельник А.Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій: Навч. посібник / За ред. А.Ф. Мельник. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 425 с.

40. Менеджмент: навч. посіб. / М. М. Шкільняк, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна, Ж. Л. Крисько, І. О. Демків. Тернопіль : КРОК, 2017. 252 с.

41. Міхальчук В.М. Підготовка управлінських кадрів для галузі охорони здоров'я. URL: [http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/pidgotovka\\_upravlinskih\\_kadriv\\_dlya\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovya\\_mihalchuk\\_v.m.pdf](http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/pidgotovka_upravlinskih_kadriv_dlya_galuzi_ohoroni_zdorovya_mihalchuk_v.m.pdf).

42. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок, 2020. 560 с.

43. Москаленко В.Ф. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я: аналітичний огляд / МОЗ України. За загальною ред. В.Ф.Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2010. 54 с.

44. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я. *Главный врач*. 2017. № 1. С. 32-40.

45. Мурашко М. І. Менеджмент персоналу: навч.посіб. 3-те вид., випр. і доп. К.: Т-во «Знання», КОО, 2008. 435 с.

46. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років URL: <http://moz.gov.ua>.

47. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. №2801-ХІІ // *Відомості Верховної Ради України*. 1993. №4. Ст. 19.

48. Остапович В.М. Особливості адміністративно-правового статусу закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу постраждалим внаслідок чорнобильської катастрофи. *Правове регулювання економіки*. 2015. №15. С. 35-48.

49. Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року : постанова Кабінету Міністрів України від 05.11.2007 р. № 1290. URL: <http://www.rada.gov.ua>.

50. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах: наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484. URL: <http://www.moz.gov.ua>.

51. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій: постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2011 р. № 1341. URL: [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).

52. Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти : наказ МОЗ України від 22.03.2004 р. № 48. URL: [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).

53. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.

54. Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 28.04.2009 р. № 283. URL: [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).

55. Радиш Я. Ф. Менеджмент в охороні здоров'я. Управління організаціями у сфері охорони здоров'я : конспекти лекцій для слухачів спеціальності 8.15010006 «Державне управління у сфері охорони здоров'я» галузі знань 1501 «Державне управління» / авт. кол. : Я.Ф.Радиш, Н.О.Васюк, Л.А.Мельник. К.: НАДУ, 2015. 92 с.

56. Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. Економічний вісник Донбасу. 2019. № 3 (57). С. 162-168.

57. Слабкий Г. О. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я: 2018 рік; за ред. Н. Ю. Будяка, О.М. Черемухіної. Київ : Медінформ, 2019. 62 с.

58. Смачило І.І. Теоретичні аспекти управління персоналом як умови розвитку підприємства. *Наука в сучасному світі*: матеріали XV міжнар. наук.-практ. конф., 20 грудня 2016 р. Київ, 2016. С.113-116.

59. Смачило І.І. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в сучасних умовах проведення медичної реформи Збірник матеріалів доп. всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю “Модернізація менеджменту системи

охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи”, м. Тернопіль-Кам'янець-Подільський, 12-13 груд. 2018 р. Тернопіль, 2018. С. 291-294.

60. Смачило І.І. Формування економічної стратегії підприємства в сучасних умовах. *Науковий журнал Молодий вчений*. 2017. № 12. С. 758-762. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv\\_2017\\_12\\_175](http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2017_12_175).

61. Сучасна медична сестра – Дівчинка на побігеньках чи партнер лікаря? URL: <http://www.vz.kiev.ua/suchasna-medichna-sestra-divchinka-na-pobigenkah-chi-partner-likarya>.

62. Федулова Л.І. Менеджмент організацій: Підручник. К.: Либідь, 2003. 448 с.

63. Ціборовський О.М., Істомін С.В. Шляхи систематизації законодавства України в сфері охорони здоров'я. К., 2011. 72 с.

**Міністерство освіти і науки України**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Факультет економіки та управління**  
**Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу**

**БІЛИНЕЦЬ Фома Васильович**

**МЕХАНІЗМ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ**  
**ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність «Менеджмент»

Освітня програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота за ступенем вищої освіти «магістр»

Частина 2

**ДОДАТКИ**