

Отже, відповідно до розглянутої структури доходу працівника специфіка системи винагород визначається характером взаємозв'язків тарифної частини заробітку, доплат, компенсацій, надбавок, премій і соціальних виплат. Кожна організація формує свою, адаптовану систему винагород, яка дозволяє ефективно керувати поведінкою окремих груп персоналу [2.с.54].

Основу управління персоналом підприємства в даний час складає зростаюча роль особистості працівника, знання його мотиваційних установок, вміння їх формувати і направляти у відповідності із завданнями, що стоять перед підприємством. Саме тому зростає значення досвіду закордонних підприємств при розробці підходів до пріоритету цінностей.

Список використаних джерел:

1. Колот А.М. Мотивація персоналу. Підручник. К., КНЕУ, 2003
2. Колот А.М. Оплата праці на підприємстві : організація та удосконалення. К. : Праця, 1997.

Наталія ВІВЧАРИК

здобувачка освітньо-професійної програми
«Менеджмент закладів охорони здоров'я», ЗУНУ
Науковий керівник – к.е.н., доцент кафедри менеджменту,
публічного управління та персоналу ЗУНУ Аліна ЖУКОВСЬКА

**УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗМІСТУ РОБІТ В ЗАКЛАДІ
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Надання первинної медичної допомоги цілодобово є важливою потребою пацієнтів. Відповідно до документу з охорони здоров'я «The Organisation of Out-of-Hours Primary Care in OECD Countries» № 89, розробленого Організацією економічного співробітництва та розвитку у вересні 2016 року, надання первинної медичної допомоги розділено на дві часові категорії, які окремо врегульовані національним законодавством відповідної країни: 1) надання первинної медичної допомоги у визначені робочі години лікаря/команди первинної медичної допомоги; 2) надання первинної медичної допомоги поза цими годинами, що передбачає роботу у вечірній, нічний час, вихідні і святкові дні (в англійській літературі застосовується усталений термін «out-of-hours» і відповідна аббревіатура «ООН»).

Для робочих годин первинної медичної допомоги в більшості країн встановлюється мінімальний показник, який може коливатися від 20 годин на тиждень (в Австрії) до 52,5 годин (у Великобританії). Графік роботи в межах цих годин може визначатися лікарями первинної медичної допомоги з урахуванням

місцевої специфіки і потреб пацієнтів.

В Україні діє нормування робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я відповідно до наказу МОЗ України від 25.05.2006 року №319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 9 червня 2006 р. за № 696/12570. Наприклад, цим наказом встановлена норма для лікарів, зайнятих виключно амбулаторним прийомом хворих, що становить години на тиждень. Порядком також передбачено, що первинна медична допомога надається пацієнтам відповідно до режиму роботи (години прийому пацієнтів лікарем з надання первинної медичної допомоги який самостійно визначає надавач первинної медичної допомоги за погодженням із власником).

Для організації надання первинної медичної допомоги в позаробочі години в різних країнах використовуються різні моделі. Основними формами організації надання первинної медичної допомоги в позаробочі години є: 1) послуги на основі практик первинної медичної допомоги (Practice-based services); 2) ротаційні групи (Rota groups); 3) замісні послуги (Deputising services); 4) відділення ЕМД в закладах охорони здоров'я (Emergency departments); 5) Кабінети первинної медичної допомоги: клініки/кабінети пішої доступності, кабінети незначних травм та центри термінової допомоги (Walk-in primary care centres, minor injury units and urgent care centres); 6) кооперативи лікарів загальної практики сімейної медицини (General practice cooperatives); 7) медичні клініки/кабінети в торгових центрах (Retail or medical clinics located within retail stores).

Найбільшими викликами для організації первинної медичної допомоги в позаробочі години, навіть у розвинених країнах, залишається недостатня фінансова винагорода за таку роботу, дефіцит медичного персоналу первинної медичної допомоги, недостатня організаційна і ресурсна підтримка з боку влади і місцевого врядування. Це може призводити до перенавантаження, професійного вигорання і відтоку медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу.

Надання послуг первинної медичної допомоги у позаробочий час має певні обмеження і недоліки у порівнянні із порядком надання первинної медичної допомоги у робочий час лікарем, якого обрав пацієнт, а саме: 1) відсутність попереднього запису, триваліший час очікування перед прийомом лікаря, черга пацієнтів із різними захворюваннями і станами; 2) неможливість вільного вибору лікаря; 3) нетривалий час на консультацію, вирішення лише гострих проблем; 4) відсутність у лікаря повної інформації щодо пацієнта (доступу до медичних даних), щодо попередньої медичної допомоги, наявності хронічних захворювань і їх динаміки, застосування лікарських засобів

тощо.

Першим кроком до організації надання первинної медичної допомоги в позаробочі години має бути ґрунтовний аналіз потреб населення з урахуванням місцевих особливостей, наведених вище. Проведений аналіз дозволяє місцевій владі приймати зважені і обґрунтовані рішення в широкому діапазоні: від окремих управлінських і адміністративних заходів до розробки відповідної місцевої програми з передбаченим у бюджеті фінансуванням.

При розробці на підставі проведеного аналізу рішень щодо організації надання первинної медичної допомоги в позаробочі години на певній території, важливо залучити всі зацікавлені сторони: власників медичних закладів (для комунальних некомерційних підприємств – представників органів місцевого самоврядування), керівників закладів охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми закладів, їх заступників, завідувачів амбулаторій, представників найманих працівників, а також представників пацієнтів. Слід також розглядати можливість об'єднувати ресурси з сусідніми адміністративно-територіальними одиницями для спільного вирішення питань.

Рішення щодо надання первинної медичної допомоги в позаробочі години на певній території можуть передбачати (але не обмежуватись): 1) розширення годин роботи надавача первинної медичної допомоги: складення відповідних графіків змінності лікарів (молодшого медичного персоналу); чергування у вечірній час в межах встановлених норм; поділ робочого часу лікарів (молодшого медичного персоналу) на частини; 2) додаткову оплату роботи (надурочні, у святкові і неробочі дні); 3) найм додаткового персоналу для роботи у вихідні дні; 4) закупівлю послуг з надання ПМД у вихідні дні (місцеві програми); 5) залучення закладів спеціалізованої медичної допомоги (структурних підрозділів лікарень – відділень невідкладної медичної допомоги, травмунктів тощо).

Отже, з метою надання якісних послуг важливо розподіляти робочий час лікаря на консультативний прийом пацієнтів, телефонні консультації, домашні візити, роботу з документами тощо. Необхідно також виділяти в розкладі час на прийом позапланових пацієнтів. Дотримання такого графіку та постійне ознайомлення з ним пацієнтів дозволяє з часом створити певні правила і культуру взаємодії між медичним персоналом і пацієнтами.

Список використаних джерел:

1. Організація надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів: Рішення консультативно-дорадчої групи з питань удосконалення законодавства у сфері надання первинної медичної допомоги № 1 від 1 берерня 2019 року. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/10935-methodicni_rekomendacii_pmd.pdf

2. 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.

Володимир ВАЛОВИНА

здобувач освітньо-професійної програми

«Менеджмент закладів охорони здоров'я», ЗУНУ

Науковий керівник – к.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту,

публічного управління та персоналу ЗУНУ Лідія КРУП'ЯК

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНЮВАННЯ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В умовах реформування охорони здоров'я, коли змінюються підходи до управління медичними закладами з метою збільшення їх автономії, виникає необхідність запровадження адекватної системи оцінювання діяльності медичного персоналу. Ефективність системи охорони здоров'я досягається взаємодією трьох основних груп учасників, а саме користувачів медичних послуг (широких верств населення), менеджерів охорони здоров'я та медичних працівників. Зазначимо, що медичний персонал здатний працювати таким чином, щоб справедливо та ефективно реагувати на запити населення для досягнення якомога кращих результатів. Разом з тим, обов'язкова оцінка медичного персоналу шляхом порівняння індивідуальних показників ефективності із зовнішніми цілями є стандартною практикою в багатьох системах охорони здоров'я.

Практика свідчить, що ефективне управління працівниками вимагає періодичного їх оцінювання й атестування для вирішення таких питань: планування потреб у залученні нових працівників та переміщення наявних всередині закладу охорони здоров'я; звільнення працівників; підвищення їх кваліфікації і планування професійних кар'єр; визначення і диференціації винагороджень; підвищення ефективності мотивування праці та її якості; оптимізація обміну інформацією між керівниками і підлеглими; здійснення організаційних змін. Тому, оцінювання персоналу розглядається як елемент управління і як система атестації кадрів, що застосовується в закладі охорони здоров'я в тій чи іншій модифікації [1].

Відтак, оцінювання роботи медичного персоналу є процедурою, яка проводиться з метою виявлення рівня відповідності особистісних якостей працівника, кількісних та якісних результатів його діяльності визначеним вимогам. Вона є необхідним засобом вивчення якісного складу кадрового потенціалу закладу охорони здоров'я, його сильних і слабких сторін, та основою для