

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

**ЖОЛИНСЬКА**  
Людмила Яківна

Регламентування роботи персоналу закладу охорони здоров'я в процесі  
реалізації його місії  
*Regulating the work of the staff of the health care institution in the process of  
implementing of its mission*

**Спеціальність 073 «Менеджмент»**

**Освітня програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я»**

**Випускна кваліфікаційна робота за освітнім рівнем «магістр»**

Студентка групи МЗОЗзм-21

Жолинська Л.Я. \_\_\_\_\_

Науковий керівник: д.е.н, професор

Желюк Т.Л. \_\_\_\_\_

**Тернопіль – 2021**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Розділ 1. Теоретичні та правові засади регламентування роботи персоналу закладу охорони здоров'я.....	6
1.1. Суть регламентування роботи персоналу закладу охорони здоров'я .....	6
1.3. Правовий базис для регламентування діяльності персоналу закладу охорони здоров'я.....	19
Висновки до розділу 1.....	24
Розділ 2. Механізм регламентування роботи персоналу досліджуваного медичного закладу.....	26
2.1. Аналіз організаційного супроводу регламентування роботи персоналу.....	26
2.2. Оцінка кадрового складу медичного закладу.....	33
2.3. Оцінка регламентування мотивації праці персоналу закладу охорони здоров'я.....	38
Висновки до розділу.....	43
Розділ 3. Напрями вдосконалення регламентування роботи персоналу закладу охорони здоров'я .....	44
3.1. Вдосконалення договірної форми регламентування роботи персоналу медичного закладу.....	44
3.2. Вдосконалення регламентування надання якісних медичних послуг.....	52
Висновки до розділу 3.....	60
Висновки.....	62
Список використаних джерел .....	64

## ВСТУП

### **Актуальність теми.**

Для того, щоб медичні працівники закладів охорони здоров'я були соціально-захищеними, знаходилися в площині цивільних правовідносин та юридичного захисту їх діяльність має бути регламентованою. Зауважимо, що регламентування повинно стосуватися реалізації кадрових відносин, безпосередніх функціональних обов'язків, комунікаційного супроводу з пацієнтами та їхніми родинами, тобто деонтології медичної практики, більше того для забезпечення якісного надання медичних послуг, постійної інноватизації форм та методів лікування регламентування вимагає і система професійного розвитку і вдосконалення. Тому дослідження регламентування роботи персоналу медичного закладу є актуальним і становить і наукове, і прикладне значення

### **Аналіз останніх досліджень та наукових праць.**

Дослідженню кадрових аспектів функціонування медичних закладів в літературі приділялася чимала увага. Зокрема варто виокремити праці Д. Богдана, А. Бойко, А. Василькова, Т.Желюк, А.Жуковської, О.Литвинової, Г.Корицького, Л.Крупяк, В. Короленка, Т. Попович, М.Шкільняка і інших. Визнаючи вклад даних вчених у розвиток системи трудових відносин медичних закладів слід констатувати, що в силу проведення медичної реформи, інноватизації форм та методів лікування вимоги до правового статусу медичних працівників та їх безпосередньої професійної діяльності посилюються, що має знаходити відображення у вдосконаленні системи регламентування

**Метою випускної кваліфікаційної роботи є оцінка стану регламентування роботи персоналу та вироблення пропозицій щодо його вдосконалення.**

Для досягнення поставленої мети окреслені такі завдання:

- провести аналіз та оцінку теоретичного та правового супроводу регламентування роботи персоналу закладу охорони здоров'я;
- проаналізувати стан кадрового забезпечення медичного закладу;

- проаналізувати механізм регламентування роботи персоналу закладу охорони здоров'я;
- обґрунтувати організаційно-методичні підходи до вдосконалення адміністрування роботи персоналу закладу охорони здоров'я;
- запропонувати напрями вдосконалення регламентування роботи кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я;

**Об'єктом** є процес регламентування функціональної діяльності працівників закладу охорони здоров'я на прикладі кадрового забезпечення КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня № 3».

**Предметом дослідження** є механізм регламентування функціональної діяльності кадрів закладу охорони здоров'я в процесі виконання його місії.

**Методи дослідження.** При виконанні дослідження використано процесний та системний підходи а також конкретні методи дослідження, серед них методи узагальнення, порівняння, структурного аналізу, системного аналізу для обґрунтуванні місця та суті регламентування роботи персоналу в управлінні медичним закладом, забезпечення якості медичної допомоги.

**Інформаційною базою дослідження** є діючі законодавчі та нормативно-правові акти України, інструктивний матеріал центральних органів виконавчої влади. Обліково-аналітичні дані, документи адміністрування досліджуваного закладу охорони здоров'я, наукові праці.

**Практичне значення.** Напрацьовані висновки та рекомендації можуть бути використані для покращення організаційного супроводу регламентування роботи персоналу медичного закладу.

**Апробація.** Основні результати дослідження апробовані у роботі Університетської науково-практичної конференції молодих вчених «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (25.11.21, ЗУНУ, Тернопіль; II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного

управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, 28 травня 2021 року). [8,9 ].

**Структура та обсяг роботи.** Випускна кваліфікаційна робота розміщена на включає три розділи, список використаних джерел із 56 позицій, 6 рисунків і 6 таблиць

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ РЕГЛАМЕНТУВАННЯ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1. 1. Суть регламентування роботи персоналу закладу охорони здоров'я

Для того, щоб персонал медичної установи будь-якої форми власності працював в руслі поставлених цілей на досягнення визначеної місії, його діяльність необхідно організувати, скоординувати, регламентувати відповідно до діючого законодавства, положень, статутів роботи медичного закладу.

Регламентування – це процес впорядкування добору, адаптації, професіоналізації, оцінювання, атестації, мотивації, функціональної діяльності кадрів, етики та деонтології медичної практики.

Регламентування реалізується за допомогою: визначення необхідних компетенцій медичних працівників, визначених в Довіднику кваліфікацій відповідно до різних професій [35]; посадових інструкцій; регламентів роботи відділу чи структури; протоколів лікування; методичних вказівок про надання певного виду медичних послуг, кодексів етики лікаря та медичної сестри; внутрішніх розпорядчих документів, чітко визначених норм витрат ресурсів, в тому числі і робочого часу; в міжнародних стандартах якості надання медичних послуг.

Класифікацію методів регламентування умовно можна провести на організаційні та розпорядчі методи (рис. 1.1). Організаційні методи включають нормування, стандартизацію, інструктування, інспектування, організаційну координацію, обліково-статистичні процедури, правила ведення медичної документації тощо.

Коли ми говоримо про регламентування роботи медичних працівників, то передусім повинні говорити про їхні компетенції. «Компетенції — це риси (характеристики) особистості, що дають їй змогу якісно виконувати визначену роботу, що спрямована на розв'язання проблем (завдань) у певній галузі. Варто

зазначити, що не існує єдиного узгодженого визначення та переліку ключових компетентностей, оскільки компетентності — це насамперед замовлення суспільства і його очікування від фахівця певної спеціальності» [51].



Рис. 1.1. Класифікація методів регламентування роботи персоналу

Примітка: складено з використанням [43,48].

Базовими компетентностями сучасної людини є інформаційна, комунікативна, правова компетентності, а також самоорганізація та самоосвіта. Інформаційна компетентність (уміння шукати, аналізувати, застосовувати інформацію для вирішення проблем - це освіта особистості, що інтегрує знання (про основні методи інформатики та інформаційних технологій), вміння (використання наявних знань для вирішення прикладних завдань), навички (використання компетенцій), вміння ефективно співпрацювати з іншими людьми, що передбачає знання способів взаємодії з оточуючими та віддаленими людьми та подіями, навички роботи в команді, оволодіння різними соціальними ролями в колективі.

Компетенції, необхідні для узгодженого та комплексного надання медичних послуг, можна розглядати як за видами медичних послуг, типом захворювання чи видом медичної допомоги, так і з позицій їх максимальної універсалізації. Професія медичного працівника вимагає унікальних

компетенцій, які не можуть обмежуватися якоюсь однією медичною спеціальністю. Медичні працівники повинні давати можливість брати участь у всьому безперервному спектрі медико-санітарних послуг для того, щоб вони могли виконувати різноманітні функції, які будуть їм доручені: займатися профілактикою захворювань та превентивним наданням медичних послуг, вести роботу з ведення мультипатологій, працювати у бригадах різних рівнях надання допомоги, з представниками різних спеціальностей та секторів, захищати та відстоювати права вразливих груп населення та забезпечувати справедливе надання послуг. На нашу думку, варто виокремити корпоративні, управлінські та фахові професійні групи компетенцій медичних працівників (рис.1.2).



Рис.1.2. Модель компетенцій працівників медичного закладу

Примітка: складено на основі [55, 51]

Компетенції персоналу медичного закладу закріплюються, коли медичні працівники приходять до лікувальних установ для виконання своїх функцій. Компетенції визначають характер та профіль посади, ними керуються при наймі нових працівників. Інформація про компетенції, необхідні для роботи на





даній посаді, що повинна надаватися потенційними кандидатами. Інструменти, які допомагають наймати співробітників та проводити з ними професійну орієнтацію на основі компетенцій, об'єднують: посадові вказівки, що включають опис основних компетенцій; роботи кадрових комісій для проведення співбесіди з кандидатами з основних компетенцій; багатформатні співбесіди, що включають рольові ігри або опис сценаріїв, де розглядаються потрібні компетенції. У таких співбесідах можуть брати участь пацієнти та представники різних професій. Після співбесіди проводиться обговорення, де у ясній формі наголошується на тому, наскільки виконання цього завдання вимагає використання очікуваних компетенцій. Багатопрофільна орієнтація за наявними засобами та ресурсами для розвитку багатопрофільної культури персоналу. Механізм адміністрування закладів охорони здоров'я створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління та використовує певні інструменти, які систематизовані нами в табл.1.1.

Якщо регламентування розглядати на різних рівнях функціонування економічної системи, то воно поділяється на публічне адміністрування, яке застосовується публічними інститутами при здійсненні управління на державному, регіональному, муніципальному рівні, рівні об'єднаних територіальних громад і адміністрування, що здійснюється на мікрорівні - установами і організаціями різних форм власності в процесі здійснення ними їхньої функціональної діяльності.

**Об'єкти та інструменти регламентування діяльності  
працівників закладу охорони здоров'я**

<b><u>Об'єкти регламентування</u></b>	<b><u>Інструменти регла-</u></b>
-надання медичних послуг;	Програма медичних гарантій, ст допомоги, порядок надання меди первинної ланки, клінічні протоколи, оснащення, клініко-експертні параме дорожні карти лікування пацієнтів, д послуг, журнали обліку процедур, контрольні картки диспансерного медичних документів систематизо
– управління медичним закладом;	<u>Статут медичного закладу, Стратегія колективний договір, положення стандарти управління якістю, меди претендентів на керівні посади.</u>
– добір кадрів, кадрове забезпечення;	<u>Посадові інструкції, договори, листки стандарти спілкування з хворими та прядок проведення атестації ліф документальні профілі для лікарів та медсестри, лікаря; плани-графіки з праці.</u>
– інформатизація галузі;	Функціонал для реєстрації закладу в здоров'я (ЕСОЗ), мережа <u>eHealth</u> , я даних (адміністратор ДП електронні медичні інформаційні <u>автоматизовують</u> роботу закладів с мережа моніторингу і аналізу діяльн ресурсів; поступовий перехід на ел картка, е-направлення); інформа

 	<p><u>Методичні рекомендації ведення обліку медичних виробів у закладах охорони здоров'я, затверджені шляхом перевірки документації, використання ліків під час акредитації, в персоналу відповідно до розділу 20 Статуту охорони здоров'я, затверджені охороною здоров'я України від 14.03.2014 р. довідка про штатний розпис та провізора; диплом про освіту провізора; посвідчення провізора (фармацевта); відповідальної особи з питань забезпечення засобами, затвердженого головним лікарем.</u></p>
--	--

Якщо розглядати регламентування через призму адміністрування діяльності медичного закладу, то воно складається з таких видів : «економічного (впорядкування облікової, інвестиційної, фінансової діяльності тощо); мотиваційного (сукупність командно-адміністративних та соціально-економічних стимулів, які спонукають державних службовців до високоефективної роботи); організаційного (об'єкти, суб'єкти публічного адміністрування, їх цілі, завдання, функції, методи управління та організаційні структури, а також результати їх функціонування); політичного (механізми формування політики в сфері охорони здоров'я тощо); правового: закони, концепції, стратегії, доктрини реформування сфери охорони здоров'я» [1].

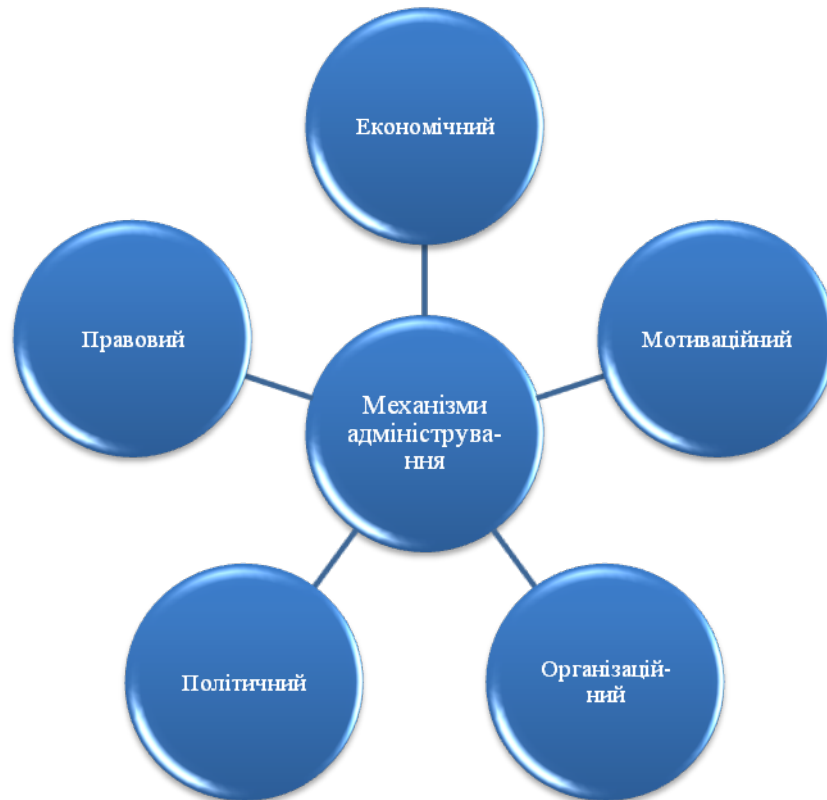


Рис.1.3. Складові регламентування роботи працівників медичних установ

Примітка: побудовано автором на основі [1].

«Адміністрування може бути зовнішнє, коли роботу медичних установ та організацій регламентують через важелі політики охорони здоров'я та внутрішнє адміністрування, завдяки якому забезпечується самостійне функціонування суб'єкта адміністрування: впорядкування організаційно-управлінської структури, документації, розпорядження трудовими, матеріальними, фінансовими ресурсами, налагодження ефективного документообігу» [3].

Інформаційно-аналітичним підґрунтям для регламентування роботи персоналу медичного закладу є медична документація. Документ, що регламентують роботу персоналу можна структурувати на : «1) вхідні документи, одержані від органів вищого рівня, із вказівками, роз'ясненнями та зведеннями; від інших закладів щодо розв'язання певних питань або вжиття спільних заходів; від інших юридичних осіб та заяви й скарги від громадян; 2) документи, створені у лікувальних закладах різної форми власності (внутрішні,

що діють у межах закладу, та вихідні, які надсилають іншим юридичним особам або громадянам)» [48].

З позицій нормативного регулювання документальне забезпечення може бути: «а) гостоване – медичні бланки та журнали, форми яких затверджені, зокрема, Міністерством охорони здоров'я України, ведення яких є обов'язковим для усіх без винятку закладів; б) негостоване – медичні бланки та журнали, не затверджені МОЗ або іншим міністерством чи держслужбою, але які використовують у закладі (вести такі документи необов'язково, проте їх наявність значно полегшує роботу медперсоналу)» [48].

«За функціональним призначенням медичну документацію можна розділити на реєстраційно-накопичувальну та обліково-звітну. Також є первинна медична документація, в якій фіксують усі етапи лікувально-діагностичного процесу: стан хворого, дії медичного персоналу, використані технології і матеріали тощо» [48].

Регламентування здійснюється з дотриманням певних методів, підходів, принципів, які формують його методологію. До основних принципів адміністрування відносять: «1. Верховенство права (тобто діяльність повинна здійснюватися тільки відповідно до законів та адміністративних актів). 2. Об'єктивність (неупередженість виконання рішень). 3. Пропорційність (масштаб адміністративного рішення і засоби здійснення повинні відповідати цілям адміністрування). 4. Реалізацію важелів адміністративного менеджменту лише у межах, правилах та процедурах, що дозволені та чітко прописані у діючому законодавстві. 5. Службова співпраця при підготовці адміністративних рішень. 6. Ефективність та результативність, тобто раціональне використання ресурсів при прийнятті рішень щодо адміністрування, тобто з мінімальними витратами. 7. Субсидіарності, відповідно до якого рішення повинні здійснюватися на тих рівнях, де їх виконання є найбільш ефективним. 8. Мінімальною бюрократизації» [1].

При характеристиці методології регламентування діяльності медичного закладу слід окремо розрізняти адміністрування системи внутріорганізаційного менеджменту та системи надання медичних послуг.

Якщо ми говоримо про медичні послуги, як об'єкт регламентування, то його інструментом є локальні протоколи. Затверджує порядок розробки локальних протоколів наказ МОЗ у відповідному документі - «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» [10] від 28.09.2012 № 751. Якщо у реєстрі медико-технологічних документів з'являється затверджений уніфікований клінічний протокол, керівник медичного закладу видає наказ про зібрання робочої групи, яка протягом наступних 3-х місяців повинна почати роботу над розробкою локального протоколу. Сьогодні розроблені мультидисциплінарні уніфіковані клінічні протоколи, які можна адаптувати і застосовувати в закладах і первинної, і третинної медичної допомоги. Тому саме їх і потрібно брати за основу під час розробки локального протоколу в будь-якому медичному закладі.

У протокол потрібно внести всі заходи, передбачені уніфікованим клінічним протоколом, на вживання яких у закладу є можливості та ресурси. Якщо метод лікування, який застосовується у закладі, відрізняється від методу, який затверджений у стандарті, то робоча група вносить зміни у основні частини протоколу і подає відповідні письмові пояснення необхідності внесених змін.

Розробка локальних протоколів повинна здійснюватися у кожному медичному закладі незалежно від його форми власності. Разом з тим, і приватний, і комунальний, і державний медзаклад повинен погодити адаптовані протоколи з відповідними підрозділами державних адміністрацій у сфері охорони здоров'я, щоб вони могли здійснювати координацію роботи медичних закладів на підвідомчій їм території.

На обов'язковість розроблення локальних клінічних протоколів вказує пункт 2.7 «Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2011 № 49» [4], у якому йдеться, що заклад охорони здоров'я має затвердити в установленому законодавством порядку «локальні клінічні протоколи (маршрути пацієнтів) згідно з клінічними протоколами та медичними стандартами» [4], затвердженими Міністерством охорони здоров'я України.

Вимога щодо розроблення локальних протоколів медичної допомоги міститься й у Стандартах акредитації закладів охорони здоров'я, затверджених наказом МОЗ України від 14.03.2011 № 142. У пункті 3.13 цих стандартів йдеться, що за наявності у лікувальному закладі локальних клінічних протоколів (маршрутів пацієнтів), розроблених згідно з протоколами та медичними стандартами, заклад отримує 5 балів при проходженні акредитації (за наявності локальних протоколів на 50% нозологічних форм такий заклад отримує 2 бали відповідності) [10].

Життєвий цикл локального клінічного протоколу включає наступні етапи: формування робочої групи з розроблення локальних протоколів; навчання персоналу; вибір теми локального протоколу; створення тексту локального медичного протоколу; впровадження протоколу у діяльність лікувального закладу; оцінювання ефективності застосування протоколу надання медичної допомоги; перегляд локального протоколу, внесення змін та доповнень.

Персональний та кількісний склад робочої групи із розроблення локальних клінічних протоколів медичної допомоги затверджується наказом головного лікаря по закладу охорони здоров'я із огляду на виробничу потребу. До робочої групи включають лікарів, які мають добрі організаційні навички і знають принципи розроблення галузевої документації, командної роботи та управління якістю, з поміж яких обирають керівника робочої групи.

«Ще однією дійовою особою у процесі розроблення локального клінічного протоколу є клінічний провізор (фармацевт), який має стежити за впровадженням заходів щодо раціональної фармакотерапії при виконанні локального протоколу медичної допомоги з використанням лікарських засобів, ефективність та безпечність яких підтверджена доказами; консультувати лікарів у питаннях фармакотерапії та забезпечувати дотримання положень локального Формуляру лікарських засобів при проведенні фармакотерапії відповідно до вимог локального протоколу» [40].

Зазначимо, що локальний клінічний протокол медичної допомоги і локальний формуляр лікарських засобів — це гармонізовані між собою документи, оскільки їх розробляють на основі базових документів державного рівня (уніфікованого клінічного протоколу та Державного формуляру лікарських засобів), які, у свою чергу, створюються на основі спільних джерел інформації — клінічних настанов, у тому числі на засадах доказової медицини.

Керівник робочої групи має організувати низку занять та тренінгів із таких тем: система управління якістю в охороні здоров'я; принципи доказової медицини; загальні принципи розроблення та впровадження уніфікованих і локальних клінічних протоколів; організація та методи експертної роботи впродовж розроблення локального протоколу медичної допомоги; використання формуляра лікарських засобів, основ доказової медицини, клініко економічного аналізу; використання інформаційних технологій у діяльності закладу охорони здоров'я.

Відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я України про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги заклади охорони здоров'я зобов'язані розробити локальний протокол за темою, визначеною в уніфікованому протоколі.

Далі розглянемо алгоритм створення локального протоколу, якщо є затверджений Міністерством охорони здоров'я України уніфікований протокол. Структура локального протоколу медичної допомоги затверджена додатком 9



до Методики № 751. Дозволені лише неістотні відхилення локального протоколу медичної допомоги від уніфікованого, оскільки локальний протокол має забезпечити обсяг та якість медичної допомоги відповідно до положень уніфікованого клінічного протоколу.

У загальній частині локального протоколу вказують: реквізити закладу охорони здоров'я, в якому затверджений документ; назву локального протоколу (формулюють у клінічних термінах); шифр за МКХ10 (для визначення відповідності при подальшому статистичному обробленні); перелік медико-технологічних документів галузевого рівня, на підставі яких був розроблений локальний протокол; перелік клінічних настанов, твердження яких стали основою для розроблення локального протоколу; дату затвердження на рівні лікувального закладу, дату погодження управлінням (головним управлінням) охорони здоров'я обласної (міської) державної адміністрації; заплановану дату перегляду локального протоколу; розробників локального протоколу; список скорочень; вступ (стислий огляд та характеристика актуальності локального протоколу, епідеміологічної інформації по району обслуговування закладу, особливостей надання медичної допомоги пацієнтам із конкретною нозологією (патологічним станом) в умовах окремого лікувального закладу.

Основна частина локального протоколу складається із шести розділів: організація надання медичної допомоги; діагностика; механізм лікування пацієнта; додаткові рекомендації по завершенню лікування; реабілітація; профілактика. Для кожного етапу вказують необхідні дії, відповідальних осіб, строки виконання та індикатори якості медичної допомоги.

Клінічний маршрут пацієнта розробляють у вигляді графічної схеми. Він ілюструє алгоритм виконання ключових етапів локального протоколу та схему переміщення пацієнта структурними підрозділами закладу охорони здоров'я. Клінічний маршрут створюють для виконання таких завдань: подання у вигляді схеми логічної послідовності виконання положень локального протоколу;

графічного представлення переміщення пацієнта структурними підрозділами закладу та поза його межами при наданні медичної допомоги відповідно до вимог локального протоколу; наочного демонстрування положень локального протоколу при проведенні занять, тренінгів та семінарів із персоналом тощо.

Після того, як робоча група розробила попередній проект локального медичного протоколу, його доводять до відома працівників лікувального закладу і надсилають провідним спеціалістам обласного чи міського управління охорони здоров'я, які мають ознайомитися із локальним протоколом та надати зауваження чи пропозиції. На основі цих зауважень (пропозицій) локальний протокол доопрацьовують, після чого надсилають на розгляд клініко-експертній комісії, що діє при обласному (міському) управлінні охорони здоров'я. Ця комісія розглядає проект локального протоколу та ухвалює рішення щодо його відповідності уніфікованому клінічному протоколу медичної допомоги. А вже остаточний, погоджений клініко-експертною комісією, варіант локального протоколу затверджується наказом головного лікаря по закладу охорони здоров'я. У випадку, коли у локальному протоколі маршрут пацієнта передбачає взаємодію двох або більше лікувальних закладів різного рівня надання медичної допомоги чи об'єднання лікарень, локальний протокол мають узгодити всі заклади охорони здоров'я в частині їхньої взаємодії.

Також робоча група при лікувальному закладі обов'язково має проаналізувати нормативні документи, розроблені Міністерством охорони здоров'я України з обраної теми. Коли базу для локального клінічного протоколу зібрано, оцінено та проаналізовано, робоча група береться до розроблення тексту протоколу. Процедура написання тексту протоколу, його обговорення та затвердження така ж сама, як і при розробленні локального протоколу на основі уніфікованого. Наступними етапами після розроблення та затвердження локального протоколу медичної допомоги є його впровадження у

діяльність лікувального закладу, моніторинг дотримання вимог локального протоколу та згодом перегляд протоколу, внесення до нього змін і доповнень.

В основі регламентування діяльності працівників медичного закладу покладено закони публічного адміністрування : залежності управлінського впливу від стану об'єкту та викликів ендогенного і екзогенного середовища; розмежування центрів управління, горизонтального та вертикального поділу управлінського впливу; системності організації адміністрування, який проявляється єдності рівнів та функцій управління; пропорційності керованої й керуючої підсистем.

Методологію регламентування складає базис, до якого входить сукупність прийомів, засобів і способів управлінського впливу, які забезпечують керованість, дисципліну, відповідальність та результати надання медичних послуг.

## **1.2. Правовий базис для регламентування діяльності персоналу закладу охорони здоров'я**

Регламентування діяльності працівників медичного закладу створюється і обмежується правовими інструментами.

Питання правового супроводу регламентування функціональної діяльності працівників закладів охорони здоров'я здійснюється Законами України:

1. «Про автономізацію медичних установ», в якому вперше визначене поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як одиниці вартості.
2. «Про державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів» [10], який інституціоналізує принцип «гроші ідуть за пацієнтом», тобто гарантію держави що і на

первинному і на вторинному спеціалізованому рівні надання медичних послуг буде профінансоване.

За діючої системи МОЗ замовляє медичні послуги для населення у себе. Наприклад, він дає гроші у вигляді медичної субвенції міській раді, яка передає медзакладу, який належить місту, але підпорядковується МОЗ. Якість наданих послуг нікого не цікавить. Натомість Національна служба здоров'я не володіє жодним із медичних закладів [4,5].

Важливим елементом адміністрування лікувального закладу є контроль якості надання медичних послуг через систему ліцензування. Ліцензування – це процес, за допомогою якого уряд уповноважує практикуючого лікаря або організацію охорони здоров'я (зазвичай після перевірки відповідності мінімальним обов'язковим стандартам).

Ліцензування є інструментом підтвердження того, що інструментальне, матеріально-технічне, кадрове, фінансове забезпечення медичного закладу дозволить підтвердити можливість надання ним медичних послуг. Акредитація медичних закладів направлена на досягнення оптимальних стандартів. Національний орган з акредитації шляхом незалежного зовнішнього оцінювання публічно підтверджує досягнення установою стандартів акредитації.

«У Концепції управління якістю медичної допомоги зазначено, що аналіз результатів роботи закладів охорони здоров'я ґрунтується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичних даних і річних звітах про діяльність), а також на результатах окремих досліджень якості медичної допомоги та визначення напрямків її покращання» [27].

«Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті пацієнтів, розбіжності

встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, котрі супроводжувалися скаргами заявника, тощо» [10].

Хоча в нормативних документах МОЗ і зазначені сучасні методи контролю якості – клінічний аудит та адміністративний моніторинг, на практиці здійснюється експертна оцінка результату та окремих небажаних випадків із вживанням «організаційних заходів» для покарання винних. У той час як клінічний аудит у медичному закладі проводиться зазвичай один раз на квартал і має на меті не покарання окремих працівників за те, що не було досягнуто прийнятної якості, а пошук можливостей для його досягнення [5].

Після реорганізації закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) – бюджетної установи до комунального некомерційного підприємства мають змінитися механізми організації оплати праці. Причиною цього є різні підходи до регулювання оплати праці працівників бюджетних установ та організацій та працівників інших підприємств, установ, організацій.

Оплата праці медичних працівників може здійснюватися відповідно статтей 8, 13 Закону України «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» [10], також наказом МОЗ «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» [10].

Якщо ЗОЗ трансформовано у КМП, то заклад використовує договірну оплату праці.

Усі фінансові інструменти мотивації та додаткові преференції мають бути обумовлені колективним договором, але з врахуванням діючого законодавства та галузевих угод.

Якщо колективний договір не підписано, то форми та розмір оплати погоджується з профспілковим комітетом.

Нині ЦОЗ мають змогу використовувати змішані системи оплати праці. Основна оплата за фахові знання та вміння, а додаткова- за отримані результати роботи, але з дотриманням встановлених державою соціальних гарантій (стаття 3 Закону «Про державні гарантії»). Додаткові преференції можуть бути в рамках місцевих програм підвищення оплати праці медичних працівників.

Особисті здібності, кваліфікація, досвід, результати роботи є основними факторами, що впливають на оплату праці. При регламентуванні оплати можна використовувати

- прописаний розмір заробітної плати за контрактом;
- система обґрунтованого і справедливого за умовами та результатами роботи персоніфікації заробітної плати працівників з орієнтацією на ефективність їхньої роботи;
- залежність заробітної плати лікарів від продуктивності їх роботи;
- періодичний перегляд посадових окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконуваної роботи, з метою стимулювання їх праці. При складанні та укладанні колективних договорів або положень про оплату праці необхідно передбачити, щоб система оплати праці ЦОЗ була чітко сформульована та обов'язково визначала:
  - мету та основні завдання, які повинні вирішувати її працівники;
  - структура основної заробітної плати за елементами, з яких вона складається;
  - показники, за якими здійснюється оплата праці окремих груп і категорій працівників;
  - умови підвищення або зниження основної заробітної плати працівникам до встановленого законодавством рівня із зазначенням показників та умов діяльності, за яких може застосовуватися таке підвищення або зниження, та розмір такого підвищення або зменшення;
  - показники та умови нарахування додаткової винагороди: премій, доплат, надбавок чи інших заохочувальних і компенсаційних виплат.

Іншим важливим аспектом правового забезпечення функціональної діяльності є адміністрування податкових платежів.

Комунальне некомерційне підприємство за власним бажанням може бути зареєстроване як платник податку на додану вартість. Чинне податкове законодавство передбачає звільнення від сплати ПДВ операцій з постачання товарів (робіт, послуг) закладами охорони здоров'я, за винятками, передбаченими п.1.5 ст.197. Податкового кодексу України.

Залежно від виду операцій (постачання медичних послуг чи товарів) та за умови реєстрації ПНЦ як платника ПДВ, такі операції будуть оподатковуватись ПДВ за різними ставками або звільнитися від оподаткування. Так, операції з постачання лікарських засобів, дозволених до виробництва та застосування в Україні, постачання медичних виробів, включених законодавцем до відповідного Переліку, постачання лікарських засобів, виробів медичного призначення, дозволених до застосування в клінічних випробуваннях, оподатковується ПДВ за ставкою 7%.

Операції з постачання послуг відповідно статті 197 ЦК України, надаються закладами охорони здоров'я, які мають ліцензію на них.

Створення КНП переслідує досягнення гуманітарних цілей без мети отримання прибутку. Таке підприємство вноситься до Реєстру неприбуткових установ та організацій. Отримання комунальним некомерційним підприємством статусу неприбуткової організації звільняє такого суб'єкта від сплати податку на прибуток.

КНП може отримувати дохід не лише у вигляді трансфертів, але й також унаслідок надання платних послуг, передбачених у статуті підприємства. Наприклад, здача в оренду тимчасово вільних приміщень. Доходи від оренди не будуть оподатковуватися якщо КНП буде використовувати їх для основною діяльності, що передбачена установчими документами. Такі витрати повинні плануватися та визначатися неприбутковою організацією у фінансовому плані

та відповідати цілям, завданням та напрямкам діяльності, визначеним її установчими документами.

### **Висновки до розділу 1**

Результати проведеного дослідження дали змогу зробити наступні висновки та пропозиції.

Регламентування – це організаційно-розпорядчий метод управління установою, який створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління та включає організаційні, облікові, розпорядчі методи.

Комплексний механізм регламентування як форми адміністрування в управлінні медичним закладом складається з таких видів механізмів: економічного; мотиваційного; організаційного; правового .

Результати регламентування знаходять своє відображення в документообігу, який може мати електронну та паперові форми; нормативно-правових актах, стандартах якості, медично-інструктивному матеріалі, інформації аналітичного, статистичного, фінансового обліку та звітності.

Під документообігом слід розуміти заповнення, ведення, зберігання електронних медичних карток, первинної медичної, управлінської та фінансової документації в електронному вигляді в базах даних МІС «ЕМСІМЕД», генерацію статистичних, аналітичних та управлінських звітів на підставі первинної документації; обмеження прав доступу до документів і створення документальних профілів для лікарів і медперсоналу різних спеціальностей; підтримання структури додаткових даних як джерела інформації для додаткових нестандартних потреб замовника медичних послуг.

Інформаційно-аналітичним підґрунтям для регламентування діяльності медичного закладу є медична документація, яку в рамках даного дослідження



ми пропонуємо структурувати на вхідні та внутріорганізаційні; гостовані та негостовані; реєстраційно-накопичувальні та обліково-звітні; первинні та вторинні документи.

В основі регламентування роботи медичних працівників покладено компетентнісну модель, яка об'єднує корпоративні, професійні, особистісні, управлінські компетенції працівників медичного закладу.

Для покращення показників роботи медпрацівників на основі компетенцій можуть бути використані такі інструменти: анкетування пацієнтів для виявлення ступеня їх задоволеності чи встановлення ящиків для скарг та пропозицій; повідомлення про негативну реакцію або анонімні повідомлення про лікарські помилки; щорічне проведення самооцінки, яка дозволяє визначити сильні та слабкі сторони з погляду компетенцій; щорічна або періодична атестація; оцінки, що відображають результати минулих планів навчання та включають розробку планів наступного етапу навчання; клінічний аудит. Наставництво, коучінг, щорічна атестація, звіти про побічні ефекти, форми для скарг та пропозицій пацієнтів, структурована оцінка: тестування або у формі письмових іспитів, або формі об'єктивного структурованого клінічного іспиту, впровадження клінічних посібників та протоколів на доказовій основі.

## РОЗДІЛ 2

### МЕХАНІЗМ РЕГЛАМЕНТУВАННЯ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

#### 2.1 Аналіз організаційного супроводу регламентування роботи персоналу

«Комунальне некомерційне підприємство "Міська комунальна лікарня №3 Тернопільської міської ради» [11] (КНП «МКЛ №3» ТМР) забезпечує надання поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги 30 000 дорослого населення території обслуговування та мешканцям м. Тернополя, проведення профілактичних медичних оглядів як організованих так і неорганізованих категорій населення. КНП «МКЛ №3» ТМР реалізує заходи, спрямовані на забезпечення: доступної, своєчасної та якісної медичної допомоги; керованості та безперервності в наданні медичної допомоги; наступності лікувально-діагностичного процесу [11].

Функції, які виконують медичні працівники в рамках реалізації місії медичного закладу умовно можна структурувати на організаційно-методичні, лікувально-діагностичні, адміністративно-господарські, наукові тощо, характеристика яких подана в табл. 2.1.

З метою досягнення кращих результатів наукової організації роботи відділень і служб лікувального закладу, своєчасного і чіткого одержання інформації про діяльність закладу, впровадження раціональних методів управління лікувально-діагностичним процесом використовується функціональна система управління лікувальною базою, якою чітко розподілені та конкретизовані права і обов'язки заступників директора, розподілені підрозділи і служби для курації, розроблена система отримання інформації від служб.

Таблиця 2.1

**Напрями функціональної діяльності КНП «Тернопільська комунальна лікарня № 3»**

<b>1. Організаційно-методична робота</b>
<p>1. Організація амбулаторної та стаціонарної вторинної медичної допомоги населенню.</p> <p>2. Організація та забезпечення профілактичних медичних оглядів організованих категорій населення, періодичних обов'язкових медичних оглядів та медичних оглядів працівників окремих категорій на госпрозрахункових засадах.</p> <p>3. Організація та проведення диспансеризації - заходи, спрямовані на профілактику, організацію комплексності, поетапність роботи медичних підрозділів різного профілю та адекватне лікування як в стаціонарних, так і амбулаторних умовах.</p> <p>4. Впровадження системи контролю якості медичної допомоги.</p> <p>5. Адаптація та впровадження існуючих стандартів надання медичної допомоги населенню відповідно до затверджених стандартів МОЗ України.</p> <p>6. Організація системи безперервного навчання та занять з актуальних питань охорони здоров'я, з метою всебічного інформаційного забезпечення та реалізації концепції постійної професійної підготовки медичного персоналу.</p> <p>7. Організація роботи за принципом взаємодії з органами охорони здоров'я всіх рівнів, вищими медичними навчальними закладами III-IV рівнів акредитації, з професійними об'єднаннями, благодійними та громадськими організаціями.</p>
<b>2. Лікувально-діагностична робота</b>
<p>1. Надання медичної допомоги (медичних послуг) згідно з Ліцензією на медичну практику та результатами державної акредитації.</p> <p>2. Забезпечення використання сучасних методів діагностики, лікування та реабілітації.</p> <p>3. Виконання певного обсягу діагностичних та оперативних втручань (у тому числі малоінвазивних та реконструктивно-пластичних) з метою правильної діагностики та відновлення функції.</p> <p>4. Задоволення потреб населення в медичній допомозі та здійснення комплексу профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів щодо оздоровлення населення та попередження захворювань.</p> <p>5. Забезпечення поетапності та безперервності надання медичної допомоги між відділеннями лікарні та іншими медичними закладами.</p>
<b>3. Консультативна робота</b>
<p>1. Надання консультативної допомоги, корегування лікування.</p> <p>2. Пропаганда здорового способу життя.</p>
<b>4. Наукова робота</b>
<p>1. Здійснення співпраці з науковими установами.</p>
<b>5. Адміністративно-господарська робота</b>

ресурсне забезпечення статутної діяльності та виконання державних та регіональних програм;

- правове забезпечення ;
- комунікаційно-інформаційне забезпечення;
- матеріально-технічне та фінансове забезпечення; забезпечення придбання, перевезення, зберігання, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- кадрове забезпечення (підготовка, поповнення та підвищення кваліфікації, безперервне навчання);
- впровадження сучасних управлінських та медичних технологій;
- проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення;
- участь у благодійних програмах.

Для правильної організації роботи відділень лікарні, своєчасно та правильно прийнятих рішень, втілення більш раціональних і правильних методів управління лікувальним процесом, керівництву лікарні необхідне якісне інформаційне забезпечення.

Функціонують програми «Кадри», «Бухгалтерія», «Медстат», інтернет.

В даному закладі розроблена і втілена система організації та управління, яка базується на таких принципах:

- конкретне планування роботи на рік, місяць, тиждень виходячи із аналізу основних показників здоров'я населення та роботи підрозділів лікувального закладу ;
- система регулярного контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу в поліклініці і стаціонарі (система управління якістю лікувально-діагностичним процесом);
- система впровадження передового досвіду і наукової організації праці.

За своєю структурою підприємство нараховує низку адміністративно-управлінських підрозділів, які взаємодіють між собою за типом лінійно-функціональної структури. Структура лікарні містить:

1. Апарат управління.

2. Приймально-діагностичне відділення.
3. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії (9 ліжок).
4. Відділ реконструктивної та малоінвазивної хірургії (45 ліжок).
5. Відділ реабілітації хворих неврологічного профілю (25 ліжок).
6. Терапевтичне відділення (55 ліжок).
7. Відділення фізіотерапевтичної реабілітації.
8. Хірургічне відділення поліклініки.
9. Консультативно-діагностичне відділення.
10. Відділення профілактичних медичних оглядів.
11. Денний стаціонар (25 ліжок).
13. Клініко-діагностична лабораторія.
14. Інженерно-господарська служба лікарні.

Управління Підприємством здійснюється відповідно до Статуту Тернопільською міською радою, Директором та медичним директором, трудовим колективом.

Власник (Тернопільська міська рада) в управлінні КНП виконує такі функції:

- 1.1. Затверджує статут КНП та зміни до нього.
- 1.1. Приймає рішення про структурну реорганізацію чи ліквідацію.
- 1.3. Погоджує кредитні договори, договори спільної з іншими медичними закладами діяльності, договори застави.
- 1.4. Затверджує здачу майна в оренду і його використання.
- 1.5. Погоджує створення відокремлених підрозділів КНП.

Поточне керівництво діяльності Підприємства здійснює директор в особі Головного лікаря, який призначається на посаду на умовах контракту.

Призначення директора – Головного лікаря на посаду та звільнення з посади здійснюється міським головою.

У контракті вказується термін найму, права, обов'язки та відповідальність директора, умови його мотивації, звільнення.

На посаду директора – Головного лікаря Підприємства може бути призначено особу, яка має відповідну освіту та професійну підготовку, стаж роботи на керівній посаді не менше 5 років, який володіє державною мовою.

В питаннях регламентування директор видає розпорядчі акти, несе юридичну відповідальність за використання коштів та майна КНП, укладає договори, відкриває рахунки в банках, в установах, штатний розпис, умови праці, призначає на посади та звільняє керівників структурних підрозділів, інших працівників, затверджує положення про підрозділи КНП, обирає форми оплати праці, погоджує розміри посадових окладів та додаткових доплат відповідно до колективного договору із працівниками.

Тернопільська міська рада як уповноважений орган управління виконує такі функції:

1. Погоджує програмно-планові та звітні документи.
2. Затверджує фінансовий план та контролює його виконання.
3. Проводить моніторинг фінансової складової діяльності підприємства.
4. Контролює бюджетну дисципліну.
5. Здійснює контроль за ефективним використанням та збереженням майна та коштів Підприємства.
6. Забезпечує приведення у відповідність до законодавства Статуту та внутрішніми положеннями Підприємства.
7. Контроль виконання орендарями інвестиційних та технічних програм, якщо такі передбачені договором оренди.
8. Здійснює інші повноваження, встановлені законодавством.
9. Здійснює контроль за використанням та збереженням належного Підприємству майна.

Уповноважений орган управління здійснює контроль за використанням та збереженням майна Підприємства, не втручаючись в оперативно-господарську діяльність Підприємства.

Послідовно впроваджуються комплексні заходи з покращання якості та ефективності медичної допомоги: вдосконалення амбулаторно-поліклінічної служби з надання спеціалізованої медичної допомоги, підвищення якості профілактичних медичних оглядів; подальший розвиток ресурсозберігаючих та стаціонар-замінних технологій, активізація та розширення діапазону хірургічних втручань в амбулаторних умовах; зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення від серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, туберкульозу, онкологічних хвороб; зміцнення та підвищення ефективності використання ресурсного потенціалу лікарні; впровадження сучасних медичних та подальший розвиток комп'ютерних технологій.

Для правильності керівництва відділенням і службами на початку року складається комплексний план заходів КНП «МКЛ №3»ТМР на рік, який виходить із аналізу роботи за минулий рік.

Із загального комплексного плану по лікарні формуються плани роботи відділів і служб.

З метою виконання заходів по лікувальному закладі здійснюється організація та їх контроль. Одним з методів контролю є заслуховування плану заходів та виконання цього плану роботи на медичних радах лікарні, оперативних нарадах працівників поліклініки і стаціонару (Див. Додаток А).

Оцінка якості лікувально-діагностичного процесу проводиться шляхом експертних оцінок. Цим методом вивчається якість лікувально-діагностичного процесу, експертизи тимчасової втрати працездатності, об'єм і якість роботи допоміжних відділів та служб та інше.

З метою оцінки якості лікувально-діагностичного процесу в лікувальному закладі, стану і динаміки здоров'я населення території

обслуговування і області впроваджена система контролю на основі оцінки досягнутих кінцевих результатів. При цьому результати, досягнуті структурним підрозділом, відділенням або конкретним виконавцем порівнюються з моделлю кінцевих результатів.

Для забезпечення функціонування ефективної системи контролю якості, розроблені стандарти якості, що встановлюють вимоги до якості діагностики та лікування, як в стаціонарних відділеннях (мінімально необхідний об'єм лікувальних і лікувально-діагностичних процедур і маніпуляцій, котрі повинен отримати пацієнт, а також конкретні вимоги, яким повинен відповідати стан хворого, що закінчив лікування) так і в амбулаторно-поліклінічних.

Щорічно, на початку року, в нашому лікувальному закладі видається наказ з удосконалення організації роботи апарату управління, яким формується мета, напрямки, заходи і координується діяльність лікарні для повного і своєчасного задоволення потреб населення в кваліфікованій медичній допомозі, ефективному використанню кадрових, матеріальних, фінансових ресурсів, наукового потенціалу медуніверситету, направлених на покращення здоров'я населення.

На основі аналізу статистичних даних, щомісячно на оперативних нарадах у директора закладу заслуховуються питання лікувально-діагностичної допомоги у відділеннях, санепідрежиму, використання медикаментів, своєчасності консультативного забезпечення, наступності в роботі амбулаторно-поліклінічних служб та стаціонару, в також інші питання.

Однією з форм контролю є щотижневі обходи заступника з медичної частини із завідувачами відділень у відділеннях і службах лікарні з наступним розглядом виявлених недоліків і розробкою заходів по їх усуненню.



## 2.2. Оцінка кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я

Медичні кадри є головною і досить вагомою частиною функціонування закладу охорони здоров'я, забезпечуючи його результативну та ефективну діяльність. Регламентування роботи кадрового забезпечення медичного закладу здійснюється через кадрову політику, що передбачає добір, адаптацію, кадрове планування, статусну та фінансову мотивацію, систему соціального захисту, звільнення тощо.

Працівники мають право брати участь в управлінні КНП через загальні збори (конференції), збори трудових колективів, участь у засіданнях профспілкових комітетів.

Представники профспілкової організації, або обрані від установи уповноважені працівники, представляють інтереси інших працівників в управлінні КНП. Трудовий колектив КНП бере участь в управлінні КНП на підставі трудових контрактів, що регламентують трудові взаємовідносини працівника з КНП.

Директор укладає з трудовим колективом трудовий договір і всі питання щодо регламентування роботи колективу мають бути в цьому документі чітко зафіксованими.

Сторони колективного договору звітують одна перед одною на загальних зборах колективу не рідше одного разу на рік.

Форми та системи оплати праці, норми праці, ставки, тарифні ставки, схеми оплати праці, умови запровадження та розміри надбавок, надбавок, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних та гарантійних виплат можуть встановлюватися колективним договором відповідно до норм та гарантій, передбачених законодавством, Генеральними та галузевими угодами.

Мінімальний розмір оплати праці працівників не може бути нижчим від мінімального розміру оплати праці, встановленого законодавством України.

Регламентування роботи кадрів здійснюється відповідно до штатного розпису, для якого характерними ознаками є скорочення чисельності лікарів та середнього медичного персоналу (табл.2.2).

Таблиця 2.2

**Аналіз кадрового забезпечення КНМ  
«Тернопільська комунальна лікарня № 3»**

Назва показників	За 9 місяців 2018 р.	2017 р.	2016 р.	% росту, зниження
1	2	3	4	5
-кількість штатних посад лікарів	101,25	101,25	99,75	+1,5 %
- кількість фізичних осіб лікарів	96	97	95	+2,1 %
- забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	32,7	33,1	32,2	
-кількість штатних посад середнього медперсоналу	153,5	153,5	153,5	=
- кількість фізичних осіб середнього медперсоналу	131	133	140	-5,0 %
- забезпеченість середнім медперсоналом на 10 тис. нас.	44,7	45,4	47,5	
-кількість штатних посад медичних сестер	114,0	114,0	134,0	-14,9 %
- кількість фізичних осіб медичних сестер	119	119	123	-3,2 %
- забезпеченість медичними сестрами на 10 тис. населення.	40,6	40,6	41,8	=
- % атестованих лікарів	92,7%	90,7%	91,5%	+2,2%
- % атестованих середнього медперсоналу	79,3%	79,1%	76,4%	+0,2%
- % атестованих медичних сестер	76,9%	76,4%	74,7%	+0,6%

Примітка: розраховано на основі адміністративно-управлінської інформації КНП «Тернопільська комунальна лікарня № 3».

Якщо забезпеченість населення лікарями ближче до середньостатистичного показника по Україні, який становить 43,2 на 10 тисяч населення, то забезпеченість середнім медперсоналом майже вдвічі менший – 93,5 на 10 тисяч населення по Україні проти 44,7 на 10 тисяч в КНП «МКЛ №3» ТМР. По суті така ситуація лише загострює проблеми кадрового забезпечення.

Прогнозування потреби в медичних кадрах завжди є актуальним. Необхідні кадрові пропорції значною мірою залежать від організації та фінансування охорони здоров'я, зумовлюються специфікою завдань, які виконуються медичними працівниками, що, в свою чергу, визначає специфічність формування медичних кадрів. Кадрові ресурси є одним із ключових факторів, які визначають ефективність функціонування служби охорони здоров'я.

Щодо рівня професіоналізації, то вищу категорію мають 56 із 95 лікарів та 14 із 129 середніх медичних працівників (табл.2.3).

Таблиця 2.3

### Оцінка фахового кваліфікаційного рівня кадрів

	Усього облікова кількість осіб на 31.12	У тому числі на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апараті органів управління	Із загальної кількості лікарів (графа 1), які мають кваліфікаційну категорію		
			вищу	I	II
<b>A</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1. Лікарі</b>	95		56	21	10
у тому числі жінок	63		38	13	7
<b>2. Середній медичний персонал</b>	129	71	14	14	
Із загальної кількості середніх медичних працівників-жінок	122	65	14	14	
<b>3. Спеціалісти з вищою немедичною освітою</b>	1	1			

Примітка: розраховано на основі адміністративно-управлінської інформації КНП «Тернопільська комунальна лікарня № 3».

Поліклініка функціонує в складі КНП з виконанням функції медичного забезпечення населення мікрорайону „Дружба” м. Тернополя. У зв'язку з розмежуванням рівнів забезпечення надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах, поліклініка є лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує надання кваліфікованої спеціалізованої

(вторинний рівень) консультативно-діагностичної медичної допомоги населенню території обслуговування, інших мікрорайонів міста та районів області.

«Критерії розмежування видів медичної допомоги визначаються її складністю, обсягами, місцем надання та порядком звернення пацієнтів для отримання відповідного виду медичної допомоги, що розрізняється за інтенсивністю її надання та медичною спеціалізацією» [40].

Основними завданнями поліклініки є організація в наданні профільними спеціалістами консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної медичної допомоги та реабілітації в поліклініці і вдома пацієнтам, які звернулись за направленням лікарів загальної практики - сімейної медицини та пацієнтам, які звернулись за медичною допомогою з приводу гострого чи хронічного захворювання самостійно. Проведення необхідних консультацій та обстежень для встановлення чи підтвердження захворювання та з метою визначення заключного клінічного діагнозу, проведення експертизи втрати працездатності, рекомендації чи призначення лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів, із забезпеченням пацієнтам обсягу та якості надання медичної допомоги та діагностичного обстеження з дотриманням стандартів та уніфікованих клінічних протоколів затверджених МОЗ України відповідними наказами, та за необхідності, направлення пацієнтів на госпіталізацію у стаціонари лікарень вторинного або третинного рівнів.

В поліклініці надається спеціалізована медична допомога за 15 профільними спеціальностями: - хірургія, онкохірургія, отоларингологія, ортопедія і травматологія, урологія, акушерство і гінекологія, офтальмологія, ендокринологія, кардіологія, неврологія, інфекційні хвороби, пульмонологія, гастроентерологія, дерматовенерологія, ревматологія.

В структурі поліклініки активно функціонують такі стаціонар-замінні підрозділи як денний стаціонар на 25 ліжок (у дві зміни), домашній стаціонар для надання медичної допомоги хворим неврологічного профілю, ефективність

яких в доступності і наближенні стаціонарної допомоги до населення і значній економії бюджетних коштів. Для проведення реабілітаційних заходів активно функціонує реабілітаційне відділення з фізіотерапевтичними кабінетами.

Отже можна стверджувати, що лікарня має належний рівень організаційного забезпечення для того, щоб виконувати покладені на неї функції та поступово трансформуватися в установу, яка надає реабілітаційні послуги.

Для якісного надання медичних послуг досліджувана медична установ повинна мати належне фінансове та матеріально-технічне забезпечення.

Джерелами формування майна КНП є: комунальне майно; кошти від реалізації медичних послуг, кошти місцевого бюджету, кредити банків, гранти, проектні кошти. Статутний капітал підприємства складають основні та оборотні фонди в загальній сумі 24 183 962,00 грн.

Робота медичних працівників залежить від стану матеріально-технічного забезпечення КНП (див. рис.2.1).



Рис.2.1. Структура матеріально-технічного забезпечення функціональної діяльності медичних працівників КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня № 3»

Примітка. Побудовано автором.

Конкурентний ресурсний базис медичного закладу залежить передусім від регламентування мотивації персоналу медичного закладу.

### **2.3.Оцінка регламентування мотивації праці персоналу закладу охорони здоров'я**

«В основі реалізації стимулюючої функції системи оплати праці КНП МКЛ №3 ТМР повинна бути особиста зацікавленість лікаря у результатах своєї роботи, а тому основну частку заробітної плати доцільно пов'язувати із наявними результатами індивідуальної праці, виходячи з особистих якостей і результатів праці кожного медичного працівника, а додаткова може залежати від кінцевих результатів роботи медичного закладу. Також з метою усунення інфляційного чинника та стимулювання праці медичних працівників важливо періодично переглядати посадові оклади, в т.ч. із використанням індивідуального підходу» [9]. Структуру оплати праці лікарів представлено на рис.2.2.

«За нинішніх умов стандартного рівня оплати праці медпрацівників уже немає. Визначення їх окладів на сьогодні залежить від самих медзакладів: ті, які реформувалися в КНП – вони визначають систему оплати праці самостійно. Однак при цьому можуть орієнтуватися й на єдині тарифні системи оплати праці (ЄТС) бюджетників, а також «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, наказ Мінпраці та МОЗ від 05.10.2005 р. № 308/519» [31]. Більшість медичних закладів (КНП) пішли саме цим шляхом і система оплати праці у них така ж, як була за бюджетного фінансування. На даний час МОЗ уже розроблені відповідні методичні рекомендації по розробці системи оплати праці медичного закладу КНП; ті, які залишилися бюджетниками, – використовують системи тарифних розрядів з ЄТС для бюджетників, постанова Кабміну від 30.08.2002 р. № 1298. Також останній варіант – з бюджетною ЄТС – стосується медиків, які

працюють не в медзакладі, а у бюджетних організаціях, наприклад медсестри в школах, закладах вищої освіти і т.д. Система оплати праці у медичному закладі регламентується внутрішнім документом – колективним договором» [31].

**Моделі оплати праці: основний оклад + надбавки за вислугу років у розмірі 10% за 3 роки стажу; 20% за 10 років стажу; 30% за 20 років стажу+ доплати: у розмірі місячного окладу на оздоровлення при наданні річної відпустки**

<p><b>Заробітна плата працівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, які уклали договір про медичне обслуговування населення з Національною службою здоров'я України, за повністю виконану місячну (годинну) норму праці встановлюється на рівні не нижчому ніж:</b></p> <p>1) у місячному розмірі:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20000 гривень для лікарів та професіоналів ;</li> <li>- 13500 гривень для посад фахівців з базовою вищою медичною освітою та неповною вищою медичною освітою;</li> </ul> <p>1) у погодинному розмірі:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 120,37 гривень для лікарів та професіоналів;</li> <li>- 81,25 гривень для посад фахівців з базовою вищою медичною освітою та неповною вищою медичною освітою.</li> </ul>	<p>Моделі оплати праці: модель «100% зарплата»; модель «Заробітна плата плюс бонуси»;</p> <p>модель рівних часток; модель продуктивності;</p> <p>модель оплати праці з використанням капітаційних ставок для первинної ланки надання медичних послуг;</p> <p>встановлення щомісячної стимулюючої виплати лікарям-інтернам та молодим спеціалістам за кошти місцевого бюджету територіальної громади</p> <p>Модель оплати праці фіксується у колективному договорі – див. пп. 3.1.4 зразка колективного договору</p>	<p>Для медпрацівників та інших працівників, які БЕЗПОСЕРЕДНЬО зайняті ліквідацією захворювання на COVID та надають медичну допомогу хворим на туберкульоз</p> <p>≤ 300% від зарплати (оклад + обов'язкові доплати й надбавки/</p> <p>Розмір зарплати за рішенням керівника може змінюватися щомісяця</p>
---	---	--

Рис.2.2. Моделі оплати праці медичних працівників у 2021 році

Наявна система стимулів та мотиваторів роботи персоналу у КНП включає такі практики: «прямі фінансові стимули: а) обов'язкові компенсаційні та стимулюючі надбавки і доплати (за особливі умови праці, кваліфікаційну категорію тощо); прямі фінансові стимули за роботу в особливих (пандемічних) умовах; стимулювання за наявність додаткових компетенцій; непрямі фінансові стимули: оплата навчання, участі у професійних заходах; переваги та пільги в галузі житлово-побутового обслуговування (здебільшого для медичних працівників у сільській місцевості); вручення подарунків до ювілеїв, державних або професійних свят; непрямі фінансові стимули за ініціативність та лідерство; - нефінансові стимули: гарантія зайнятості; забезпечення задовільних умов праці; визнання цінності роботи; надання можливості для розвитку та вдосконалення» [8].

Застосування фінансових стимулів є обмеженим. «Відсутня практика оцінки економічної ефективності стимулів та мотиваторів, що впроваджуються на рівні ЗОЗ чи в рамках регіональних цільових програм (наприклад, програми місцевих стимулів для медичних працівників у сільській місцевості). У ЗОЗ фінансові та нефінансові стимули часто не узгоджено зі стратегічними цілями, нормами і цінностями. Наприклад, стимулювання навчанням не застосовується незалежно від визначених пріоритетних напрямів розвитку ЗОЗ» [8].

Відповідно до Постанови Верховної ради України «Про заходи протидії поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) та захисту всіх систем життєдіяльності країни від негативних наслідків пандемії та нових біологічних загроз» [10] впродовж 2020-2021 рр. були реалізовані додаткові організаційні стимули. Зокрема покращено умови праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на інфекційні хвороби, шляхом створення при закладах охорони здоров'я місць відпочинку та забезпечення додатковими компенсаційним фінансуванням.



Слід зазначити, що на 2022 рік Уряд заклав підвищення заробітної плати медичним працівникам на рівні 20000 лікарям та 13500 молодшому медичному персоналу[31].

В досліджуваному закладі не практикується перерозподіл медичного персоналу. Однак працівники закладу постійно поглиблюють професійні компетенції.

Для вдосконалення кадрового супроводу можна наймати і інших фахівців на засадах цивільно-правового. Важливим у доборі кадрів є найм працівників соціальної сфери. Сфера роботи соціальних працівників в ЗОЗ може передбачати такі види діяльності як: консультативна допомога керівництва, адвокаційні програмні ініціативи, управління стресами та конфліктними ситуаціями, психоаналіз, робота із стейкхолдерами, волонтерами, благодійними організаціями тощо

Функції додатково найманих на контрактних засадах працівників можуть стосуватися як соціальних функцій, так і обліково-аналітичних, клінічного та адміністративного аудиту, інформаційно-аналітичного супроводу, ведення обліку та звітності, коучингу.

Мотивація роботи кадрів в частині фінансових виплат та додаткових преференцій повинна корелювати із критеріями оцінювання результатів надання медичних послуг та якості виконання функціональних обов'язків (своєчасності, доступності, безпеки, інноваційності).

«Серед зовнішніх методик забезпечення високої якості медичних послуг акредитація є найбільш поширеною в світі методикою та найбільш ефективною. Її роль полягає у встановленні відповідності надання медичних послуг відповідно до вимог світових стандартів» [40].

Загалом слід зауважити, що фінансові стимули праці залежать від фінансування КНП, яке залежить від : коштів в рамках договорів укладених між надавачами медичних послуг і Національною службою здоров'я України,

бюджетного фінансування (кошти місцевих бюджетів), некомерційного самофінансування через надання платних послуг, добровільного медичного страхування, благодійництва, коштів, отриманих в рамках грантового фінансування.

Правове підґрунтя для створення фінансових стимулів для кадрового забезпечення створюють Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [10], наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [10] тощо.

«Умови оплати праці працівників підприємств (у тому числі комунальних) здійснюються на договірній основі, що передбачено ст. 97 Кодексу законів про працю України, ст. 15, 16 Закону України «Про оплату праці», Законом України «Про колективні договори і угоди», положеннями Генеральної угоди про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні на 2019-2021 роки, відповідними галузевими угодами. В сфері оплати праці підприємств може застосовуватися постанова Кабінету Міністрів України від 19.05.1999 № 859 «Про умови і розміри оплати праці керівників підприємств, заснованих на державній, комунальній власності, та об'єднань державних підприємств» [10].

«Крім того, за умови визначення в колективному договорі підприємства, можливо застосовувати умови оплати праці працівників відповідно до нормативних актів, що регулюють умови оплати праці працівників бюджетної сфери, а саме умови оплати праці працівників державних та комунальних (бюджетних) закладів охорони здоров'я, які розроблені відповідно до постанови КМУ «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» [10].

Таким чином регламентування мотивації оплати праці на підставі колективного договору може передбачати встановлення будь-яких форм

оплати праці в залежності від вкладу, досвіду, характеру діяльності працівників медичного закладу.

## **Висновки до розділу 2**

Результати проведеного дослідження показали, що регламентування роботи персоналу здійснюється в розрізі функцій кадрового менеджменту, що стосуються добру, планування, діяльності, організаційного та ресурсного супроводу, мотивації праці медичних працівників в рамках Статуту, Стратегії розвитку КНП «Тернопільська міська лікарня №3», положень про структурні підрозділи, колективного договору, посадових інструкцій, положень про організацію лікувально-діагностичного процесу в КНП «МКЛ №3», протоколів лікування.

Для вдосконалення кадрового складу досліджуваного КНП пропонуємо створити соціальну службу, сферою функціональних компетенцій якої будуть: психосоціальна підтримка, адвокація якісного догляду за невиліковно хворими, case-management та робота з мультидисциплінарною командою, інформування пацієнтів про медичні гарантії, можливості медичного страхування, реалізація програм з підвищення якості життя пацієнтів, адміністративні функції.

Наявна система регламентування стимулів та мотиваторів роботи персоналу в досліджуваному закладі включає: 1) прямі фінансові стимули: обов'язкові компенсаційні та стимулюючі надбавки і доплати; 2) непрямі фінансові стимули: вручення подарунків до ювілеїв, професійних свят; за ініціативність та лідерство; 3) нефінансові стимули: гарантія зайнятості; забезпечення задовільних умов праці; розробка програм професіоналізації кадрів.

### **РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ РЕГЛАМЕНТУВАННЯ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

#### **3.1. Вдосконалення договірної форми регламентування роботи персоналу медичного закладу**

Основним інструментом збалансування інтересів працівників та медичного закладу є колективний договір (додаток А), який укладається відповідно до Закону України «Про колективні договори і угоди», і КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня № 3» був укладений відповідно до трансформації закладу в КНП конференцією членів трудового колективу протокол №11 від «20» вересня 2017р. та набув чинності з «21» вересня 2017 року.

Він регламентує найм працівників, реалізації соціально-трудова відносин, специфіку мотивації та вирішення трудових спорів.

Він базисом регулювання всіх соціально-економічних, виробничих і трудових відносин у установі протягом усього періоду його дії. Норми та положення цього колективного договору діють безпосередньо та є обов'язковими для дотримання адміністрацією та профкомом (підписали його сторонами). Дія колективного договору поширюється усім працівників установи, незалежно від своїх приналежності до профспілкової чи іншого громадської організації. Окремі положення договору поширюються на звільнених пенсіонерів та інвалідів праці; на працівників, звільнених з ініціативи адміністрації (на підставах, передбачених п.1 ст.40 КзпПр України).

Колективний договір у досліджуваному КНП укладено на 4 (роки). Його змінюють відповідно до змін та галузевої, регіональної угод з питань, стосуються питань висвітлених в трудовому договорі.

Пропозиції кожної із сторін щодо внесення змін та доповнень до колективного договору сторони розглядають спільно та приймають рішення на протязі 10 днів.

«Проект колективного договору обговорюється у трудовому колективі та вноситься на розгляд загальних зборів (конференції) трудового колективу. Якщо збори (конференція) трудового колективу відхиляють проект колективного договору або окремі його положення, сторони відновлюють переговори для пошуку необхідного рішення. Термін цих переговорів має перевищувати 10 днів. Після цього проект загалом вноситься на розгляд зборів (конференції) трудового колективу» [36].

Колективний договір підписується після схвалення з трудовим колективом до 5 днів із його схвалення, якщо інше встановлено зборами (конференцією) трудового колективу.

Важливо відмітити, що протягом терміну дії колективного договору в односторонньому порядку не можна вносити до нього будь-які зміни.

Адміністрація (разом із профкомом) після підписання колективного договору доводить його до відома всіх працівників підприємства та подає його на реєстрацію. Зобов'язання сторін у колективному договорі систематизовано у таблиці 3.1.

*Таблиця 3.1*

### **Зобов'язання сторін колективного договору**

<b>Зобов'язання</b>	<b>Адміністрація</b>	<b>Професійний комітет КНП</b>
Професійні	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Забезпечити комфортні місця для роботи медичних працівників з відповідним матеріально-технічним супроводом.</li> <li>2. Скласти кожному працівнику посадові інструкції з визначенням прав, обов'язків, відповідальності сторін.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Утримуватися від заходів протесного та страйкового характеру, усі спірні питання вирішувати в рамках колективного договору за домовленістю адміністрації і профспілкового комітету. порядку.</li> <li>2. Дотримання правил трудового розпорядку.</li> <li>3. Відстоювання соціальних прав працівників</li> </ol>

Продовження Таблиці 3.1

Трудові	<p>1. <u>Прийом на роботу нових працівників здійснюється відповідно до чинного законодавства</u></p> <p>2. <u>Укладати контракт з новоприйнятими відповідно до чинного законодавства; з працюючими працівниками за їх згодою, не менше ніж на 3 роки.</u></p> <p>3. <u>Забезпечити нормальну тривалість робочого часу - 40 год. на тиждень, 8 год. на день.</u></p> <p>4. <u>Забезпечити для лікарського та середнього медичного персоналу, скорочений робочий час: 38,5 год. на тиждень - в нормальних умовах праці; 36 год.; 30 год. на тиждень - в шкідливих та важких умовах праці (затв. Постановою КМУ від 21.02.2001р. за №163) та додаткові відпустки.</u></p> <p>5. <u>Надання відпусток працівникам Підприємства здійснюється згідно Закону України «Про відпустки» від 15.11.1996р. № 504/96-ВР.</u></p> <p><u>Установити гарантовану тривалість щорічної основної відпустки для всіх</u></p>	Здійснює положення своєчасно трудові про приї переведо режиму: ознайом працівни
---------	--	---

Забезпечення зайнятості	<p>1. У разі планування звільнення працівників з причин економічного, технологічного, структурного характеру або у зв'язку з ліквідацією, реорганізацією, зміною форми власності установи, завчасно, не пізніше як за три місяці до намічуваних звільнень надати профкому інформацію щодо цих заходів, а також провести консультації з профкомом про заходи щодо запобігання звільненням чи зведенню їх кількості до мінімуму або пом'якшення несприятливих наслідків будь-яких звільнень.</p> <p>2. Не допускати масових звільнень працівників (понад 10% від загальної чисельності працівників установи). При необхідності впроваджувати узгоджену з профкомом програму працевлаштування і соціальної підтримки таких працівників. Допускати звільнення працівників по п.1ст.40 КЗпП України лише у випадку вжиття всіх можливих засобів їх</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
-------------------------	---	-------------------------------

Примітка: побудовано з використанням [10,11]

Особливою сферою збалансування інтересів працівників та управління КНП є оплата праці.

«Форми та системи оплати праці, розмір посадового окладу працівника, норми праці, розцінки, тарифні сітки, ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних та гарантійних виплат» [31] погоджуються лише з керівником підприємства з дотриманням норм та гарантій, передбачених законодавством, генеральними та галузевими (регіональними) угодами. У досліджуваному КНП можуть застосовуватися такі форми та системи оплати

праці: відрядна, погодинна та тарифна. Адміністрація в рамках адміністрування оплати праці зобов'язується:

1. Вчасно погоджувати штатний розпис та посадові оклади працівників із діючими схемами на основі Єдиної тарифної сітки у разі тарифної оплати праці.

2. Встановлювати надбавки відповідно до чинного законодавства.

3. Розмір посадового окладу керівника Комунального підприємства визначається залежно в кратності до мінімального посадового окладу (ставки) працівника основної професії (лікаря без категорії) відповідно до п. 10 ч.4 ст.43 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [10], Кодекс законів про працю України, Постанови КМУ «від 19.03.1994р. №170 «Про впорядкування застосування контрактної форми трудового договору» [10] та від 19.05.1999р. № 859 «Про умови та розміри оплати праці керівників підприємств, заснованих на державній, комунальній власності та об'єднаних державних підприємствах» [10].

Посадові оклади керівника лікарні та його заступників серед лікарів та провізорів підвищують наявність кваліфікаційної категорії на певний відсоток тарифної ставки працівника I тарифного розряду, згідно з пп.2.4.1. умов №308/519.

4. Заступникам директора КНП «Міська комунальна лікарня №3» ТМР посадові оклади встановлюються на 5 відсотків нижче за посадовий оклад директора, а головному бухгалтеру - на 10 відсотків, згідно з «Наказом Мінпраці України, МОЗ України від 05.10.2005 № 308/5 оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» [10].

5. Директору КНП та його заступникам виплачується допомога на оздоровлення згідно з Постановою КМ України від 10.05.2011р. №524, Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників



(затвердженого наказом МОЗ України від 29.03.2002р. №117 та Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» розділ I ст.3.

6. Директору КНП «Міська комунальна лікарня №3» ТМР та його заступникам нараховувати надбавку за вислугу років згідно з Порядком виплати надбавки за вислугу років лікарям та спеціалістам .

7. Своєчасно проводити уточнення тарифікації працівників у зв'язку із зміною освіти, присвоєнням їм наукового ступеня, почесного звання, кваліфікаційної категорії за наслідками атестації.

8. Вчасно знайомити всіх працівників з умовами оплати праці.

9. Здійснювати преміювання працівників установи в межах фонду заробітної плати відповідно до Положення про преміювання та надання матеріальної допомоги.

10. Виплачувати заробітну плату двічі на місяць до 15 та 30 числа.

11. Якщо є порушення термінів виплати заробітної плати, передбачити компенсаційні виплати відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 21.02.01р. № 159 «Про затвердження Порядку проведення компенсації громадянам втрати частини грошових доходів у зв'язку із порушенням строків їхньої виплати» [10].

12. Не змінювати в односторонньому порядку умов оплати праці.

13. Регламентувати та супроводжувати озшифрованою видачу заробітної плати.

14. Фінансувати програми професіоналізації медичних працівників.

Дотримання фінансової дисципліни з боку трудового колективу повинен контролювати профком, в тому числі і напрями удосконалення фінансової та статусної мотивації у системі кадрового менеджменту, удосконалення стилів керівництва у системі кадрового менеджменту, використання технологій

доказового менеджменту та маркетингу у кадровому менеджменті медицини.

Для посилення мотивації вважаємо за доцільне зосередити увагу на додаткових фінансових преференціях:

- 1. Надавати працівникам матеріальну допомогу та допомогу на оздоровлення.*
- 2. У сумі середньомісячної заробітної плати виплачувати при виході на пенсію матеріальну допомогу.*
- 3. Надавати матеріальну допомогу працівникам, що потребують соціальної допомоги.*
- 4. За наявності коштів преміювати працівників установи за бездоганну працю та участь у громадському житті закладу до професійних свят.*
- 5. Передбачити обов'язкове корпоративне соціальне страхування.*
- 6. Створювати належні умови діяльності комісії із соціального страхування у разі тимчасової непрацездатності в установі.*
- 7. Справедливо розподіляти санаторно курортні путівки..*
- 8. «Здійснювати своєчасно та у повному розмірі нарахування, обчислення та сплату в установленому законодавством порядку внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування (у тому числі пенсійне) за осіб, які працюють в установі, а також своєчасно ознайомлювати представників застрахованих осіб із відомостями про суму сплачених страхових внесків на отриману застрахованими особами зарплату, наявність та рух путівок, отриманих від робочих органів відділень Фонду, та проведення перерахувань на рахунок Фонду сум часткової оплати вартості путівок» [36].*
- 9. Враховувати необхідні документи про стаж при нарахуванні пенсії..*
- 10. Здійснювати своєчасне оформлення документів та подання працівників для*

*призначення пенсій.*

*11. Надавати право жінкам, які мають дітей віком до 15 років на літню відпустку.*

*12. Надавати право на щорічну відпустку в той самий період подружжю, що працює в установі.*

*13. Для працівників, які знаходяться на диспансерному обліку давати відпустки у необхідний для них час.*

«При цьому профком повинен проводити оздоровчо-спортивну роботу у трудовому колективі, здійснювати контроль за станом лікувально-профілактичної роботи з особами, які перебувають на диспансерному обліку, часто і довго хворіють, контролювати цільове використання коштів на виплату соціальних пілг, проведення культурно-масових заходів. доводити інформацію до членів трудового колективу, здійснювати контроль за своєчасною та повною сплатою власником страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, своєчасним матеріальним забезпеченням та наданням соціальних послуг. видом соціального страхування» [36].

На нашу думку, у фінансовій мотивації досліджуваного КНП є певні недогляди.

1. Мінімальна заробітна плата як база посадового окладу не пов'язана з результатами функціональної діяльності. Керівництво бере на себе зобов'язання збільшувати зарплату співробітниками щоразу, коли в країні підвищуватиметься мінімальна заробітна плата, але складно передбачити, чи буде у них на той час достатньо фінансових ресурсів для цього.

2. Некоректно описані формули розрахунку премій, не верифіковані

суб'єкти, на яких вона застосовується, неоднозначно зазначено, як приймаються дані та за який період для розрахунку премій тощо. Все, що неоднозначно може спричинити судові суперечки.

3. Необхідно також передбачити у колективному договорі негативну фінансову мотивацію, тобто санкції порушення умов договору. Усі юридичні норми відповідальності регламентуються статтями 18-20 Закону України "Про колективні договори та угоди" та Кодексом України про адміністративні правопорушення. «Порушення чи невиконання зобов'язань за колективним договором особами, які представляють власників чи уповноважених ними органів чи профспілки чи інші уповноважені трудовим колективом органи, чи представниками трудових колективів тягне за собою накладення штрафу до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Ненадання цими ж особами інформації, необхідної для здійснення контролю за виконанням колективних договорів, тягне за собою накладення штрафу до п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян» [11, 36]

4. Керівництво медичної установи має мотивувати і статусне та фінансове підвищення кваліфікації, безперервний процес саморозвитку лікарів та молодшого медичного персоналу.

Використання даних пропозицій дозволить краще збалансувати трудові відносини у досліджуваному закладі.

### **3.2. Вдосконалення адміністрування надання якісних медичних послуг**

Для підвищення задоволеності населення якістю і доступністю медичної допомоги в досліджуваному медичному закладі необхідно вирішити такі завдання:

- ліквідувати черги шляхом оптимізації робочого часу і вдосконалення системи управління потоками пацієнтів через систему електронної реєстрації прийомів лікарів та електронне консультування;

- підвищити доступність діагностичних і лікувально-профілактичних втручань для пацієнтів;

- підвищити інформованість пацієнтів про медичну допомогу шляхом впровадження регламентів послуг;

- підвищити інформованість пацієнтів про правила ведення здорового способу життя, про правила прийому ліків, призначених лікарем, і про правила способу життя з хронічними захворюваннями;

- створити сприятливу, «дружню» середовище для пацієнтів в шляхом проведення роз'яснювальної роботи серед медичних працівників, а також шляхом посилення контролю за медичними працівниками по цьому напрямку і підвищення їх мотивації до ввічливого поводження з пацієнтами відповідно до затвердженого кодексу етики медичних працівників;

- підвищити зацікавленість населення в збереженні свого здоров'я і здоров'я своїх близьких шляхом проведення тренінгів з валеології і солідарної відповідальності пацієнта за своє здоров'я;

- проводити поточні та капітальні ремонти для інклюзивних умов перебування пацієнтів у медичному закладі.

Для досягнення поставлених задач необхідне: новітнє медичне обладнання; кваліфіковані кадрові ресурси; поточні та капітальні ремонти, врахування ризиків (наявність конкурентних закладів на території міста, економічний спад в регіоні та значна частка неплатоспроможного населення, недостатня кількість медичного персоналу, недостатність забезпечення засобами медичного призначення та послуг.

Проблеми адміністрування надання медичних послуг мають вирішуватися в руслі алгоритмізації процесу управління, інноваційних технологій управління, модернізації моніторингу, створення умов для

забезпечення якості медичних послуг. Важливим елементом управлінської підтримки є визначення критеріїв та показників розвитку медичної якості. Кожна складова підвищення якості має позиціонуватися за конкретними критеріями: налагодження управлінських механізмів, модернізація управління, кваліфікація управлінського персоналу, перехід до стратегічно цілеспрямованого управління, впровадження інформаційно-комп'ютерних систем управління, моніторингова підтримка, психологізація менеджменту, керування ризиками. управління.

Одним із етапів впровадження системи забезпечення якості є комплексний адміністративний аудит як засіб оцінки поточного стану організації та виявлення її слабких місць, моніторинг професійної та кваліфікації лікарів і медсестринського персоналу, управління та результативність діяльності організації. керівництво діяльністю установи.

Ще одним дуже важливим питанням якісного надання послуг є плинність кадрів. Цікавим є досвід країн у вирішенні проблем кадрового дефіциту шляхом запровадження такого інструменту, як запровадження або розширення надання послуг меншою кількістю лікарів, про що йдеться в аналізі діяльності надавачів медичних послуг у Канаді, Данії, Фінляндія, Франція, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Іспанія та Швеція. , Швейцарії, Великобританії та США. Системи охорони здоров'я Австрії, Німеччини, Італії, Японії, Люксембургу, Греції, Чехії виявилися більш консервативними в перерозподілі ролей лікарів певних спеціалізацій.

Для припинення плинності медичних кадрів слід розробити стратегію збереження кадрового потенціалу КНІ. Його складовими мають бути: - індивідуальна оцінка кожного медичного працівника; збільшення розміру оплати праці залежно від рівня їх кваліфікації, обсягу, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи; запровадження мотиваційних надбавок до основної заробітної плати; своєчасне планування та підвищення

кваліфікації медичного та немедичного персоналу; заходи щодо добору та розподілу кадрів, вивчення їх відповідності діловим і моральним якостям у роботі за професією, посадою.

Ці заходи забезпечать підвищення показників роботи персоналу (збільшення кількості обслуговуваних пацієнтів, покращення рівня наданих послуг), зниження плинності кадрів у результаті підвищення якості наданих послуг та задоволеності пацієнтів.

Очікуваний результат реалізації такої стратегії: покращення якості спеціалізованої допомоги; підвищення рівня оплати праці працівників закладу та їх соціального захисту; зниження плинності кадрів, особливо медичного персоналу; оснащення та переоснащення медичним обладнанням та обладнанням; виконання державних гарантій медичного обслуговування населення в стаціонарі та готовності до співпраці з НСЗУ; створення комфортних умов перебування в медичному закладі як для пацієнтів, так і для медичних працівників; підприємство стане більш конкурентоспроможним і покращить свій фінансовий стан.

Важливий підхід, орієнтований на пацієнта, до надання медичної допомоги.

Лікування, орієнтоване на пацієнта, означає «надання допомоги пацієнту з повагою та відповідно до його індивідуальних потреб, потреб і цінностей, а також забезпечення того, щоб усі рішення щодо лікування приймалися з урахуванням найкращих інтересів пацієнта. «Це означає, що система охорони здоров'я та постачальники медичних послуг прагнуть зрозуміти конкретні обставини своїх пацієнтів та адаптувати плани лікування та соціальної підтримки, що призведе до підвищення шансів на успіх лікування» [2].

Необхідно контролювати прихильність до лікування, щоб забезпечити модель надання медичної допомоги, орієнтовану на пацієнта. Дотримання стаціонарного лікування зазвичай набагато легше контролювати, ніж амбулаторне лікування. Для успішного продовження лікування після виписки зі

стаціонару необхідно мати надійну систему моніторингу, з відповідними протоколами, за місцем проживання пацієнта, у центрах первинної медико-санітарної допомоги та протитуберкульозних закладах районного рівня.

Описуючи підходи до покращення адміністрування медичних послуг, важливо надати можливості захисту пацієнтів від ризиків лікування – доступ до якісних базових медичних послуг та безпечних, ефективних, якісних та недорогих базових ліків та вакцин відповідно до векторів. глобальної стратегії «Цілі сталого розвитку на 2016-2030 роки». , п. 3.8). Для цього як на рівні закладу, так і на рівні області та держави необхідно вжити заходів щодо відкритого обміну інформацією щодо цін та відшкодування вартості ліків; вимагати розкриття вартості клінічних випробувань на людях, незалежно від їх кінцевих результатів або від того, чи сприяють ці результати отриманню реєстраційних дозволів (одночасно вживаються відповідні заходи для забезпечення конфіденційності персональних даних); вимагати відкритого надання такої інформації про лікарські засоби: річні звіти про виручку від реалізації, ціни та реалізовані одиниці продукції; щорічні звіти про витрати на маркетинг для кожного зареєстрованого продукту чи процедури; витрати, безпосередньо пов'язані з кожним клінічним випробуванням з метою отримання реєстраційного дозволу на будь-який продукт або процедуру; будь-які гранти, податкові пільги чи інші заходи фінансової підтримки чи стимулювання в державному секторі, пов'язані з виданням початкового дозволу регулюючому органу, а також щорічні дані про подальші вдосконалення продукту чи процедури; підвищити рівень прозорості патентного ландшафту щодо технологій охорони здоров'я та всіх категорій лікарських засобів; співпрацюють один з одним у сфері отримання та відкритого розповсюдження результатів наукових досліджень та ноу-хау щодо розробки, виробництва та постачання лікарських засобів для сприяння розбудові наукового потенціалу у сфері охорони здоров'я у звітності про доклінічні дослідження.



Інструментом регулювання, що захищає інтереси як медичного персоналу, так і споживачів медичних послуг, є доказова медицина, яка з 2012 року впроваджується в Україні у формі стандартизації медичної допомоги та медичних послуг.

«Доказова медицина (англ. evidence-based medicine) у світі сучасної медицини — це релігія для медиків, що визначає шлях лікування кожного пацієнта. На відміну від традиційної, доказова медицина — не лише поєднання теоретичних знань та досвіду спеціаліста, але й наявність новітніх і достовірних клінічних досліджень щодо лікування подібних захворювань у світі. Доказова медицина має на меті створення таких методів, які були б максимально ефективними та безпечними під час лікування. Пацієнт при цьому отримує найкраще лікування, оскільки сучасний лікар, дотримуючись принципів доказової медицини у своїй повсякденній клінічній роботі, враховує також індивідуальні особливості організму пацієнта» [21].

Доказова медицина базується на протоколах лікування, клінічних рекомендаціях, які базуються на поширених у системі міжнародної практики методах, моделях, підходах (див. табл. 3.2).

Клінічні рекомендації - це документ, що містить докази підтвердженого клінічного досвіду з профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, включаючи опис моделей пацієнтів, послідовність дій медичного працівника, схеми діагностики та лікування залежно від перебігу захворювання, ускладнень та супутні захворювання тощо фактори, що впливають на результати лікування.

Таблиця 3.2

Інформаційна база для клінічних рекомендацій в рамках використання  
протоколів лікування

Назва джерела клінічних доказів	Суть та джерело отримання
<u>Best Evidence</u>	Містить докладні реферати та повнотекстові оглядів із високою якістю методології
<u>PubMed</u>	Універсальна система, призначена для електронного ресурсу Національної медичної бібліотеки, містить реферати біомедичних статей з 1966 року. Має фільтри, що дозволяють ключовими параметрами ( <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</a> )
<u>UpToDate</u> ( <a href="http://www.uptodate.com">www.uptodate.com</a> ).	Являє собою велику навчальну базу даних оновлювану щомісяці. На відміну від «Cochrane Library» дані не застосовуються спеціальні стратегії якості матеріалів, але вона містить багато
<u>ACP Journal Club</u>	Містить структуровані реферати з коментарі фахівців з обговорення використання отриманих даних ( <a href="http://www.acponline.org/journals/acpj/jclub">www.acponline.org/journals/acpj/jclub</a> )
<u>Centre for Evidence based medicine</u>	( <a href="http://cebm.net">http://cebm.net</a> , <a href="http://www.cebm.utoronto.ca">http://www.cebm.utoronto.ca</a> ) медицини (Оксфорд) розміщує матеріали журналів навчальні матеріали з доказової

Примітка: наведено на основі [54].

У сучасній практиці доволі поширеними при регламентуванні функціональної діяльності медичних працівників є міжнародні стандарти Good Medical Practice (належна медична практика), Good Clinical Practice (належна клінічна практика), Good Laboratory Practice (належна лабораторна практика). Якщо винести за дужки зазначені в них питання етики та організації практики і говорити про сучасні медичні дослідження, можна стверджувати, що вони повністю відображають принципи доказової медицини. Ці дослідження дозволяють математично порівняти один метод лікування або діагностики з іншим або якщо іншого методу на сьогоднішній день не існує, з плацебо.

Витоки доказової медицини можна шукати якраз у ефекті плацебо, тобто препарату-пустушки, позбавленого діючої речовини. Середньостатистичний ефект плацебо у психічно здорових людей може досягати 30%. У людей, яких у народі прийнято називати навіюваними - тобто як високочутливих, так і з тривожними розладами, - ефект плацебо може досягати 60%. Звичайний практикуючий лікар не завжди може зрозуміти, чи допомогло пацієнтові призначене їм лікування, чи організм одужав сам, як це буває, скажімо, під час застуди. Доказова медицина - це якийсь інструмент, що дозволяє порівняти різні медичні маніпуляції та визначити рівень їх ефективності.

В медичній практиці існує поняття «ієрархія доказовості», вона поділяється на два аспекти: рівень доказовості та клас рекомендацій. Найвищий рівень А присвоюється виду медичного втручання, якщо дані, що свідчать на його користь, отримані в ході кількох, зазвичай великих рандомізованих досліджень — саме вони є золотим стандартом отримання наукових даних про нові методи діагностики, або лікування. У таких дослідженнях пацієнтів ділять на три групи: випробувальну, в якій тестуватимуть новий препарат, традиційну, в якій лікування даного захворювання відбувається загальноприйнятим чином, та контрольну, в якій використовують плацебо.

Дослідження подібного типу називають рандомізованими тому, що рішення про те, в яку групу потрапить пацієнт, приймається абсолютно випадковим чином. Важливу роль тут відіграє метод засліплення: він полягає в тому, що пацієнт, який приймає плацебо, не знає, що це насправді — пустушка або препарат, що діє. Високоєфективним є метод подвійного засліплення, коли лікар, який відстежує динаміку пацієнтів, також не знає, в якій групі знаходиться та чи інша людина, а потім інший лікар, який має ці дані, аналізує результат.

Прийняттям рішення про рівень доказовості займаються спеціальні експертні органи: Всесвітня організація охорони здоров'я, Кокрановське співробітництво (The Cochrane Collaboration), Товариство критичної медицини

(Society for Critical Care Medicine), British Medical Journal та багато інших. Ці організації створюють гайдлайни - керівництва для лікарів. Такі медичні рекомендації ґрунтуються на найнадійніших наукових доказах, і чим сильнішими є докази, тим якіснішим буде гайдлайн для практикуючих лікарів.

Впровадження доказової медицини в практику роботи КНП стане запорукою підвищення його конкурентоспроможності на ринку медичних послуг регіону та України вцілому.

### **Висновки до розділу 3**

Результати дослідження в даному розділі показали, що вдосконалення регламентування функціональної діяльності медичного персоналу слід проводити з вдосконалення договірної форми та активного використання доказової медицини.

В основі доказової медицини лежить ключовий принцип — лікар повинен лікувати пацієнтів, спираючись на наукові факти. Для того, щоб метод діагностики знайшов застосування для пацієнта, його безпека та ефективність має бути доведена у клінічних дослідженнях. Цей підхід істотно відрізняється від традиційного підходу до медицини як мистецтва лікування з безліччю медичних шкіл. Розвиток даної медицини базується на стандартизації медичних послуг та пов'язаний зі стрімким розвитком технологій у галузі медицини. Лікар або окрема спільнота лікарів має доступ тільки до обмеженої кількості пацієнтів, але завдяки доказовій медицині з'являється можливість приймати рішення, ґрунтуючись на досвіді всього світового медичного наукового співтовариства.

Для підвищення задоволеності населення якістю і доступністю медичної допомоги в досліджуваному медичному закладі необхідно поряд із системою електронної реєстрації прийомів лікарів та електронного консультування підвищити доступність діагностичних і лікувально-профілактичних втручань для пацієнтів за рахунок модернізації технічної бази; покращити просвітницьку

діяльність медичного персоналу за рахунок підвищення зацікавленості населення в збереженні свого здоров'я шляхом проведення веб-бінарів з валеології і солідарної відповідальності пацієнта за своє здоров'я.

Проблеми регламентування роботи медичного персоналу слід вирішувати за рахунок передбачення в колективному договорі підвищення розміру оплати праці залежно від рівня кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи; запровадження мотиваційних доплат до основної заробітної плати; своєчасне планування та проведення підвищення кваліфікації медичного та немедичного персоналу; заходи щодо добору та розподілу персоналу, вивчення відповідності їхніх ділових та моральних якостей в роботі за професією, посадою. Для збалансування інтересів адміністрації і обслуговуючого персоналу необхідно вдосконалити умови фінансової мотивації за результатами роботи та запровадити фінансову відповідальність за порушення умов колективного договору.

## ВИСНОВКИ

Результати дослідження регламентування роботи медичного персоналу в сучасних показали, що нині це є унікальний універсальний інструмент, який з одного боку забезпечує процес ний підхід до надання медичних послуг, а з другої сторони є максимально людиноцентричним, оскільки мінімізує можливі ризики, забезпечує відповідність стандартам якості медичної допомоги, покращує параметричні характеристики безпеки надання медичних послуг і одночасно служить інструментом соціального захисту медичних працівників.

Отримані висновки та пропозиції можна представити таким чином.

1. З метою поглиблення наукових та прикладних засад регламентування як інструменту адміністрування діяльності медичного закладу слід використовувати компетентнісну модель, яка об'єднує корпоративні, управлінські, професійні компетенції необхідні для роботи в медичному закладі, базується на основних законах адміністрування, використанні організаційно-розпорядчих, обліково-аналітичних методах управління, створюється і обмежується правовими інструментами, методичними, регламентами, положеннями, стандартами, статутами, інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу.

2. Комплексний механізм регламентування складається з таких видів механізмів: економічного; мотиваційного; організаційного; правового . Результати регламентування закріплюються в документообігу, який може мати електронну та паперові форми.

3. Результати проведеного дослідження показали, що в цілому регламентування функціональної діяльності медичного персоналу здійснюється в розрізі функцій планування, організації та контролю в рамках Статуту, Стратегії розвитку КНП «Тернопільська міська лікарня №3», положень про структурні підрозділи, колективного договору, посадових інструкцій, положень

про організацію лікувально-діагностичного процесу в КНП «МКЛ №3», протоколів лікування.

4. Для покращення регламентування якості лікувально-діагностичного процесу в КНП «МКЛ №3» ТМР необхідно вирішувати наступні питання: покращення матеріально-технічної бази, систематичного підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу; покращення фінансування з метою більш повного забезпечення лікувального закладу медичним обладнанням та сучасною діагностичною і лікувальною апаратурою, медикаментами, продуктами харчування, що дало би можливість ширше впроваджувати сучасні методи діагностики і лікування хворих; освоєння нових методів управління та впровадження господарського розрахунку і економічного стимулювання; підвищення якості періодичних медичних оглядів населення з метою раннього виявлення захворювань та ефективного їх лікування.

5. Регламентування кадрового забезпечення КНП слід проводити відповідно до колективного договору, штатного розпису, посадових інструкцій, методично-інструктивного матеріалу щодо мотивації роботи медичного, управлінського обслуговуючого персоналу, програм професіоналізації, моделі фахового профілю, професійних компетенцій.

Впровадження інформаційних технологій в систему регламентування роботи медичного персоналу повинно корелюватися з експертизою якості надання медичних послуг і стосуватися: контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу згідно з протоколом медичних технологій за профілем; контролю за виконанням планових показників роботи за моделями кінцевих результатів; експертизи тимчасової непрацездатності; обробки медико-статистичної інформації.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративний менеджмент: навч. посіб. / А. Ф. Мельник, Г. Л. Монастирський, Т. М. Попович та ін.. Тернопіль : ТАЙП, 2016. 115 с.
2. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID .
3. Бойко О . Адміністрування . Політична енциклопедія / редкол.: Ю. Левенець (голова), Ю. Шаповал (заст. голови). К. : Парламентське видавництво, 2011. С. 18
4. Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua>
5. Веб-сайт НСЗУ. URL:<https://data.gov.ua/organization/natsionalna-sluzhba-zdorovia-ukrainy>
6. Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами до 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>
7. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Вісник ТНЕУ. 2019. № 1. С.37-50.
8. Жолинська Л. Вдосконалення кадрової роботи в закладі охорони здоров'я в процесі реалізації його місії. Матеріали доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 28 травня 2021 року). Частина 2. 2021.
9. Жолинська Л. Оцінювання кадрового забезпечення в закладі охорони здоров'я Матеріали наукової Інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу. Тернопіль. ЗУНУ. 25.11.2021.
10. Законодавство України. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/zak>
11. Інформаційні та методичні інструктивні матеріали Комунального некомерційного підприємства "Міська комунальна лікарня №3" Тернопільської міської ради. URL: <http://www.tmk13.te.ua/>



12. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.
13. Класифікація видів економічної діяльності (КВЕД-2010) URL: <http://dovidnyk.in.ua/directories/2010kved> (дата звернення: 23.11.2019).
14. Князевич В. М. Актуальні питання кадрового забезпечення служби анестезіології та інтенсивної терапії обласних багатопрофільних лікарень. Патологія. 2014. № 1. С. 4–7.
15. Кодекс Законів про Працю України № 871-12 від 20.03.91. Дата оновлення: 28.11.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/322-08> (дата звернення: 01.12.2019).
16. Кодекс корпоративної етики науковців, лікарів і медичних працівників державної установи, затверджений на засіданні Вченої Ради Державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» 29 червня 2018 року. URL: [https://neuro.kiev.ua/wp-content/uploads/Kodeks-korporatyvnoyi-etyky\\_062918.pdf](https://neuro.kiev.ua/wp-content/uploads/Kodeks-korporatyvnoyi-etyky_062918.pdf)
17. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки. URL: [http://uacm.kharkov.ua/download/2013\\_10/148-154\\_Konzepziya\\_10\\_sc\\_P.pdf](http://uacm.kharkov.ua/download/2013_10/148-154_Konzepziya_10_sc_P.pdf).
18. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 96 с.
19. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2011 № 49.
20. Ляховченко Л.А. Удосконалення державного управління фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я в Україні URL: [http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DUTP/2009\\_2/zmist.htm](http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DUTP/2009_2/zmist.htm).
21. Макаренко О. Доказова медицина, як засіб конкурентного просування на ринку медичних послуг. URL: <https://rpht.com.ua/ua/archive/>

- 2011/4%2821%29/pages-38-41/dokazova-medicina-yak-zasib-prosuvannya-likarskih-preparativ-na-farmaceutichnomu-rinku-ukrayini
22. Медична реформа 2020. URL: <https://www.100lifekyiv.org/post>.
23. Менеджмент : навч. посіб. / М. М. Шкільняк, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна, Ж. Л. Крисько, І. О. Демків. Тернопіль : КРОК, 2017. 252 с.
24. Мурашко М. І. Менеджмент персоналу: навч. посіб. [3-тє вид., випр. і доп.] М. І. Мурашко. К.: Т-во „Знання”, КОО, 2008. 435 с.
25. Наказ МОЗ України від 25.05.2006 № 319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0696-06>.
26. Наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>.
27. Наказ МОЗ України від 30.08.2010 № 734 «Про затвердження Примірного статуту закладу охорони здоров'я – комунального некомерційного підприємства та Примірного договору про надання медичних послуг». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0734282-10#o104>.
28. Наказ МОЗ України від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1008282-11>.
29. Наказ МОН України від 07.12.2018 № 1369 «Про затвердження Порядку проведення державної підсумкової атестації». URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-poryadku-provedennya-derzhavnoyi-pidsumkovoyi-atestaciyi-1369>.
30. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua>
31. Оплата праці медичних працівників у 2021 році. URL: [https://www.golovbukh.ua/article/7578-oplata-prats-derjavn-garant#anc\\_1](https://www.golovbukh.ua/article/7578-oplata-prats-derjavn-garant#anc_1)
32. Основи законодавства України про охорону здоров'я/ Закон України від 16.01.2020 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

33. Офіційний сайт ДП «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». URL: <http://medstat.gov.ua>
34. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>.
35. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 “Охорона здоров'я”: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-provnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>
36. Про колективні договори і угоди. Закон України від 01.07.1993 № 3356-XII
37. Про затвердження Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/vb204282-00>.
38. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>.
39. Про подальше удосконалення атестації лікарів. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98>.
40. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 № 751.
41. Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 95-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-p>

42. Програма медичних гарантій на 2021 рік. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-programi-medichnih-garantij-2021-zris-tarif-na-nadannya-ambulatornoyi-dopomogi>
43. Програмне забезпечення «Облік медичних кадрів України». URL: <https://www.infomed.ck.ua/download/kadry>.
44. Сертифікація ISO 9001:2008. Практика управління медичним закладом. 2015. № 9. URL: <https://www.medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/sertyfikatsiia-iso-90012008-ta-akredytatsiia>
45. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я. Національний стандарт України (IWA 1:2005; ДСТУ IWA 1:2007). URL: <http://document.ua/sistemi-upravlinnja-jakisty.-nastanovi-shodo-polipshuvannjastd12628.html>.
46. Стандартизація в системі охорони здоров'я. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/7846/standartizaciya-v-sistemi-oxoroni-zdorov-ya>
47. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я. URL: [http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/13930/1/%D0%91%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5\\_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%8B.pdf](http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/13930/1/%D0%91%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%8B.pdf)
48. Уніфікована система організаційно-розпорядчої документації. Вимоги до оформлювання документів ДСТУ 4163-2003 від 01.09.2003. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0055609-03?lang=en>.
49. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка. URL : <http://library.tneu.edu.ua/images/stories/>

50. Шкільняк М.М. , Желюк Т.Л. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560с
- 51.Шкільняк М.М., Желюк Т.Л. Організація діяльності закладу охорони здоров'я / нав. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с.
- 52.Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159.
- 53.Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies Carman K., Dardess P., Maurer M. [et al.] Health Affairs. 2013. № 32 (2). P. 223–231.
54. EUR/RC62/8 Health 2020: policy framework and strategy URL: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-foreurope/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy>.
- 55.<https://www.medsprava.com.ua/news/4832-vajliv-dokumenti-msyatsya>
- 56.e-Health. URL: <https://ehealth.ciet-holding.com/>
- 57.Busse R. Paying for chronic disease care Caring for people with chronic conditions. A health system perspective Nolte E., McKee M. [Eds.]. Berkshire: Open University Press, 2008. P. 143–171.