

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Факультет економіки та управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

РОЗУМ Віктор Володимирович

**Управління дисциплінарними відносинами в
закладі охорони здоров'я. / Management of
disciplinary relations in a health care institution**

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
В. В. Розум

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

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" ___ " _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ДИСЦИПЛІНАРНИМИ ВІДНОСИНАМИ І ПОВЕДІНКОЮ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Суть, завдання та основні принципи управління дисциплінарними відносинами й поведінкою персоналу закладу охорони здоров'я	6
1.2. Нормативно-правові засади управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу.....	14
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ ТА МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ ДИСЦИПЛІНАРНИМИ ВІДНОСИНАМИ В КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА КОМУНАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ №2».....	25
2.1. Оцінка організаційного забезпечення організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я	25
2.2. Оцінка кадрового забезпечення досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	30
2.3. Оцінка форм і методів управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу в закладі охорони здоров'я	40
Висновки до розділу 2	48
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ДИСЦИПЛІНАРНИМИ ВІДНОСИНАМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	50
3.1. Напрямки впровадження лікарського самоврядування як інструмента управління дисциплінарними відносинами в закладі охорони здоров'я.....	50
3.2. Громадський моніторинг та контроль як інструмент вдосконалення управління дисциплінарними відносинами в закладі охорони здоров'я.....	59
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Зусилля України, спрямовані на створення необхідних умов для соціальної спрямованості економіки та її повноцінного входження у світовий ринок праці, потребують створення дієвих механізмів регулювання дисциплінарних відносин у сфері праці. Особливо гостро ця проблема стоїть у сфері охорони здоров'я, де мають місце порушення правових норм, розбіжність прав та обов'язків, які є як наслідками, так і причинами недосконалих дисциплінарних відносин, неналежної поведінки працівників. У рамках переходу України до ринкової моделі розвитку виникла необхідність реформування системи охорони здоров'я, а отже і належного фінансування закладів охорони здоров'я, реформування заробітної плати медичного персоналу та запровадження ефективних методів регулювання дисциплінарних відносин та поведінки медичних працівників. Недосконала система регулювання професійної діяльності медичних працівників. Застарілі принципи проектування, неадекватні методи та стилі управління призвели до зниження ефективності роботи медичних працівників та зниження інтересу до професійного розвитку.

Аналіз наукових досліджень і публікацій свідчить, що проблеми трудової дисципліни були вивчені в працях багатьох учених, зокрема: А.А. Абрамової, О.І. Процевського, О.Т. Барабаш, Н.М. Хуторяна, З. Симорота, А. Мацюка, Е. Монастирського, М. Данченка, О. П'ятакова, Л.А. Сироватської та інших. Їх роботи зробили значний внесок у формування наукових основ зміцнення професійної дисципліни. Тим не менш, слід зазначити, що більша частина досліджень трудової дисципліни проводилася в системі менеджменту та управління. Тому в цій роботі акцент зроблено на методах зміцнення трудової дисципліни, таких як переконання, виховання та примус. А економічні та організаційні умови успішного робочого процесу ще недостатньо вивчені. Сьогодні, в умовах становлення ринкової економіки, необхідно створити новий механізм регулювання трудових відносин в цілому

і трудової дисципліни зокрема. На сьогоднішній день вже є наукові праці таких молодих вчених, як С. Кожушко, М. О. Дей, в яких ставиться питання про переосмислення інституту трудової дисципліни та пристосування його до виникаючих потреб соціально-економічного розвитку країни. Разом з тим, досі відсутнє адекватне вирішення проблем концептуально-правового, науково-методичного забезпечення управління дисциплінарними відносинами та поведінки медичного персоналу.

Метою дослідження є розробка теоретико-правових засад і практичних рекомендацій щодо управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу закладу охорони здоров'я.

Досягнення окресленої мети визначило необхідність розв'язання таких **завдань**:

– дослідити теоретико-правові засади управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу закладу охорони здоров'я;

– проаналізувати діючі методи управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2»;

– визначити дієвість системи управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу закладу охорони здоров'я;

– розробити напрямки вдосконалення системи організації праці як елемента управління дисциплінарними відносинами в закладі охорони здоров'я;

– розробити нові форми та методи роботи з персоналом для покращення трудової дисципліни в закладі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є дисциплінарні відносини та поведінка персоналу КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2».

Предметом дослідження є механізм управління дисциплінарними відносинами та поведінки персоналу КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2».

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань використано комплексний, системний, функціональний, діалектичний, історичний та логічний підходи. Для досягнення поставленої мети використано низку загальних і специфічних наукових методів дослідження, що відповідають загальній логіці аналізу: методи системного аналізу (для вивчення теоретичних основ трудової дисципліни та дисциплінарних умов), соціально-психологічні методи (спостереження, анкетування), економіко-статистичні методи (для оцінки рівня розвитку трудової дисципліни), метод класифікації та аналізу (при вивченні критеріїв та показників оцінки стану професійної дисципліни).

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що основні положення, викладені автором у роботі, доведені до рівня конкретних рекомендацій та прикладних розробок і можуть бути використані в діяльності Тернопільської міської лікарні №2 у сфері управління дисциплінарними відносинами та поведінки персоналу.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ДИСЦИПЛІНАРНИМИ ВІДНОСИНАМИ І ПОВЕДІНКОЮ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Суть, завдання та основні принципи управління дисциплінарними відносинами й поведінкою персоналу закладу охорони здоров'я

Трудові відносини є універсальним суб'єктом трудового права, змістом трудових – відносин є професійна діяльність працівника, форма - трудовий договір або контракт.

З точки зору структури цих відносин в науці і практиці немає єдиного підходу. Деякі дослідники розрізняють такі елементи трудових відносин, як «трудові, родові та організаційні відносини, що дуже важливо, оскільки ці елементи взаємопов'язані і утворюють нові за своєю специфікою відносини. Інші вважають, що таке структурування виробничих відносин є штучним, оскільки «сам елемент праці має два обличчя: власність і організацію» [32].

Таким чином, всі професіонали трудових відносин одностайні у своїй думці щодо співвідношення між категорією «трудова дисципліна», яка розкриває основні права та обов'язки сторін трудового договору.

Слід зазначити, що в даний час не існує загальноприйнятої концепції дисципліни. Вчені визначають дисципліну як форму взаємин між людьми, як «міру забезпечення організованості і порядку; зв'язок поведінки людини з нормами суспільного життя; впорядкування поведінки людини відповідно до соціальних норм права і моралі» [36].

Дисципліна – важлива універсальна цінність, яка об'єднує людей. Тільки на цій основі можна встановити ефективні соціальні та професійні відносини. Термін «дисципліна» має кілька значень. На думку економіста В. Шкатули, «дисципліна - це суспільні відносини, що складаються з виконання

соціальних і технічних норм, правил поведінки в сім'ї, організації, суспільстві, державі» [23].

У різних відносинах найважливіші характеристики дисципліни називаються різними. Дисципліну можна розглядати і як функцію, як елемент соціальної системи, як засіб ефективного досягнення політичних, соціологічних і технологічних цілей, як фактор розвитку системи.

Дисципліна - це «рівень (високий, середній, недостатній) дотримання стандартів в організації. Загальною рисою дисципліни є порядок, сукупність правил поведінки, яких людина повинна дотримуватися» [6, с. 12].

Питанням про природу, класифікацію, спосіб поводження з дисциплінарними відносинами та їх кількісну оцінку присвячені Т. О. Сасонов, А. Д. Курченко, Т. М. Заліп [51]. Однак досі відсутня сучасна класифікація цих розладів, відсутнє чітке визначення об'єктів взаємозв'язків, проблеми моделювання майже не враховані, не розроблено механізму роботи з дисциплінарними відносинами з урахуванням особливостей персоналу закладу охорони здоров'я.

Дисципліна має два аспекти:

- «мета (порядок, без якого організація не може існувати);
- суб'єктивні (виконання обов'язків, повага до прав працівників)» [51, с. 1, 26].

Державна дисципліна встановлює встановлений державою порядок відносин, згідно з яким всі органи, організації, посадові особи, громадяни держави зобов'язані виконувати покладені на них обов'язки і обов'язки. До державної дисципліни належать: економічна, договірна, технологічна, планова та трудова дисципліна.

Дисциплінарні відносини існують в будь-яких трудових відносинах, оскільки вони охоплюють ціле при виконанні завдань і реалізації прав, а також при виконанні прав і обов'язків. «Дисциплінарні відносини, з одного боку, є частиною трудових відносин, які включають в себе питання права, мотивації, влади, організації управління і т.д. та здійснення прав, закріплених у відповідних нормативно-правових актах України» [46].

Структура дисциплінарних відносин за Лазором І. В. Як видно з запропонованого рисунку, вона включає в себе реалізацію і виконання прав і обов'язків, виконання роботи, механізм здійснення дисциплінарної відповідальності.

Виконувати робочі завдання, з обов'язковим підлеглим учасником за певним графіком. Дисципліна знайомить індивіда з певним поведінковим стереотипом, який приймається і підтримується співробітниками організації.

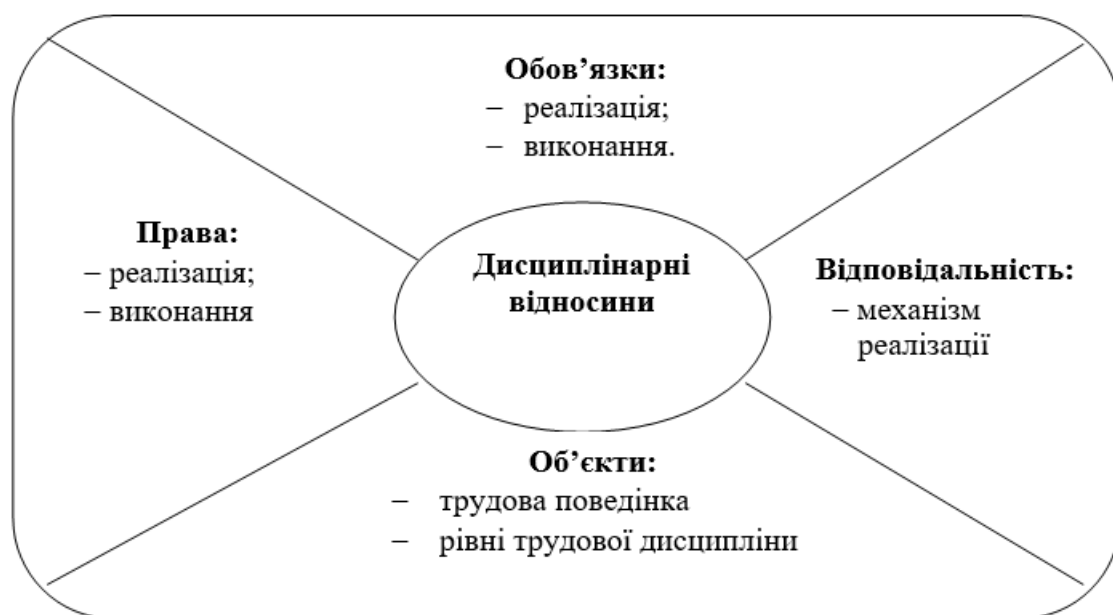


Рис. 1.1. Структура дисциплінарних відносин

Примітка. Складено автором за [37]

Трудова дисципліна пов'язана з виробничою, технічною, виконавчою дисципліною, тому трудова дисципліна - це «виконання організацією своїх функцій і обов'язків кожного працівника, дотримання встановлених вимог, норм і норм, відповідальність за їх виконання» [37].

Дисципліна в компанії, установі чи організації є показником організаційно-управлінського та морального клімату в колективі. В організації розрізняють три види трудової дисципліни:

– « управління (чітке виконання завдань кожним співробітником, без прояву ініціативи і активності);

– активний (гарантування прав при виконанні обов'язків за принципом: дозволено все, що не заборонено законом, за цих умов працівник має можливість активно реалізовувати свої права);

– самодисципліна (виконання обов'язків працівника, вміння бути активним, здійснювати свої права на засадах самоврядування)» [32].

Головним завданням керівництва є не виховання виконавчої дисципліни або активної дисципліни, а самодисципліни. У будь-якій організації можна без великих матеріальних витрат підвищити дисципліну на всіх рівнях управління і демократичним і законним шляхом навести порядок, як в організації, так і в суспільстві в цілому.

Організація може досягти цього за допомогою таких заходів:

- «зміна погляду на поняття «дисципліна» і «порядок»;
- ефективне застосування методів управління дисциплінарними відносинами в колективі.
- підвищити ефективність нагляду за виконанням завдань і обов'язків всіх співробітників організації;
- що керівництво організації робить акцент на заохоченні і переконливості, зацікавленості в результатах і мотивації до праці;
- виховання і розвиток самодисципліни як вищої форми дисципліни;
- порушення дисципліни вважається не тільки порушенням обов'язків, а й порушенням прав, які призводять до порушення прав іншої особи.

Дисциплінарні відносини є вторинною формою трудових відносин. За змістом дисциплінарні відносини поділяються на чотири типи: захисні, заохочувальні, виховні та організаційні» [28, с. 52].

Захисні відносини виникають при наявності одного з двох правових факторів: невиконання обов'язків і злочину, що заподіює шкоду іншій особі. Сторонами цих відносин є адміністративний відділ (адміністрація) організації, урядові організації, що мають повноваження, і співробітники. Тією мірою, якою це дозволено положеннями цієї Конвенції, Генеральний секретар

забезпечує, щоб стимулюючі відносини Генерального секретаря ґрунтувалися на використанні мотиваційних засобів.

Батьківські відносини - це «права і обов'язки керівництва по вихованню працівників принципам віри, підвищенню рівня охорони здоров'я, формуванню особистості і світогляду, підвищенню фізичного розвитку працівника» [35, с. 2-1].

Організаційні відносини - це «відносини, які спрямовані на зміцнення та підтримку бажаних дисциплінарних відносин шляхом визначення прав, обов'язків та рівнів відповідальності працівників» [32].

Метою дисциплінарних стягнень є поведінка особи, яка може бути активною, коли працівник виконує свої обов'язки, реалізуючи свої права і проявляючи більшу активність, ніж передбачається правилом, виходячи з принципу: «дозволено все, що не заборонено; юридична, яка ґрунтується на виконанні ним своїх обов'язків; використання прав; не за відсутності (відступ або порушення зобов'язань, перевищення прав тощо)» [16].

Дисципліна - це свого роду дотримання норм певної поведінки, які приймаються колективом і його членами. Іноді це неписані моральні норми, які притаманні лише конкретному робочому колективу. Трудова дисципліна є обов'язковою умовою співпраці. Будь-який виробничий процес вимагає від учасників дисципліни, підпорядкованої існуючому розпорядку і керівництву. Дисципліна - це об'єктивний, динамічний, історично обумовлений суспільний розвиток, на зміст, форми і методи якого вирішальний вплив зазнали форми власності і характер економічного розвитку.

Розкриття змісту управління трудовими відносинами в організації вимагає акценту уваги на тому, що трудова дисципліна як економічна категорія - це «система трудових відносин, що відноситься до більш раціонального і якісного виконання трудових функцій, встановлених законом та іншими соціальними нормами, що регулюють підпорядкування. Оскільки трудова дисципліна - це система суспільних відносин з людьми, залученими

до співпраці, її можна охарактеризувати як дисципліну трудових відносин» [11].

Вахтова дисципліна характеризує ставлення персоналу до обов'язку дотримуватися встановлених графіків позмінної роботи і періодів відпочинку на робочому місці: вчасно приходити і відходити з роботи, дотримуватися періодів відпочинку (обід і час відпочинку під час змін). У контексті трудових відносин працівник зобов'язаний дотримуватися режиму роботи, встановленого на робочому місці [7].

Як суб'єкт дисциплінарних відносин можна виділити наступні типи поведінки:

«1) Активний - проактивний. Повна реалізація своїх прав і виконання своїх важливих функцій, професійний і якісний розвиток, участь у громадській чи іншій діяльності. Співробітники з такою поведінкою часто проявляють ініціативу, діють з внутрішньої мотивації, докладають зусиль для опрацювання досвіду, нововведень тощо.

2) Пасивний – перформативний. Виконання обов'язків і прав тільки в контексті посадових інструкцій, небажання професійно розвиватися, участь у громадській та іншій діяльності. Мета досягається за рахунок використання традиційних методів, які неодноразово доводили себе на практиці;

3) Девіантна поведінка, в тому числі протиправна, що не відповідає нормам суспільства або компанії, і подружня невірність. Поведінка, яка не відповідає нормам організації або трудового колективу, але відповідає нормам суспільства;

4) Поведінка поза ринком праці. Він характеризує ставлення працівника до обов'язку дотримуватися певного режиму праці та відпочинку. Тобто відстеження графіків виходу на роботу, поведінки в сім'ї, в громадських місцях, у відпустку і т.д. Невиконання цих зобов'язань призводить до «прогулів, інших порушень дисципліни та громадського порядку, що ускладнює нормальне функціонування всього процесу управління на підприємстві» [1].

Таким чином, поведінка на роботі є складним соціальним явищем, думка про яке суперечлива. У ній органічно переплітаються дисциплінарні, моральні, етичні, соціальні, психологічні, владні та інші принципи. Поведінка є основним об'єктом дисциплінарних відносин, їх основою, яка допомагає зрозуміти механізм формування і розвитку всіх тих людей, які беруть участь в цих відносинах, в їх взаємопов'язаності і суперечливості.

Кількісні та якісні характеристики поведінки визначаються ступенем трудової дисципліни. Трудова дисципліна - це точне виконання завдань працівниками організації. Це сукупність законів, які регулюють правила внутрішнього трудового розпорядку, обов'язки всіх категорій працівників, мотивацію виконання роботи, відповідальність за невиконання зобов'язань. Поняття трудової дисципліни передається через сукупність правил, закладених у трудовому законодавстві України.

Таким чином, можна класифікувати дисциплінарні справи за трьома критеріями (рис. 1.2).

1. «Зміст: захисний, заохочувальний, освітній, організаційний, неправовий, культурний.

2. Залежно від мети проведення: активно проактивна, пасивно виконана, девіантна, в тому числі протиправна (нечесна) поведінка поза робочим простором. Сюди ж відносяться кількісні (якісні) характеристики поведінки, рівень трудової дисципліни.—

3. За характером відносин між сторонами: вертикальні (дисциплінарна компетенція), горизонтальні (співпраця)» [23].

Тому механізм поводження з дисциплінарними відносинами повинен включати в себе всю структуру: змістові, об'єктні, владні відносини.

Поведінкова дисципліна поза робочою зоною (робочим місцем) характеризує ставлення до зобов'язань щодо дотримання щотижневого режиму праці та відпочинку, тобто виконання графіка робочого курсу. Невиконання цих обов'язків, тобто прогули, пияцтво на роботі, втрата

робочого часу протягом дня у зв'язку із затриманням міліції за порушення громадського порядку, перешкоджає нормальній роботі всієї системи зв'язку.

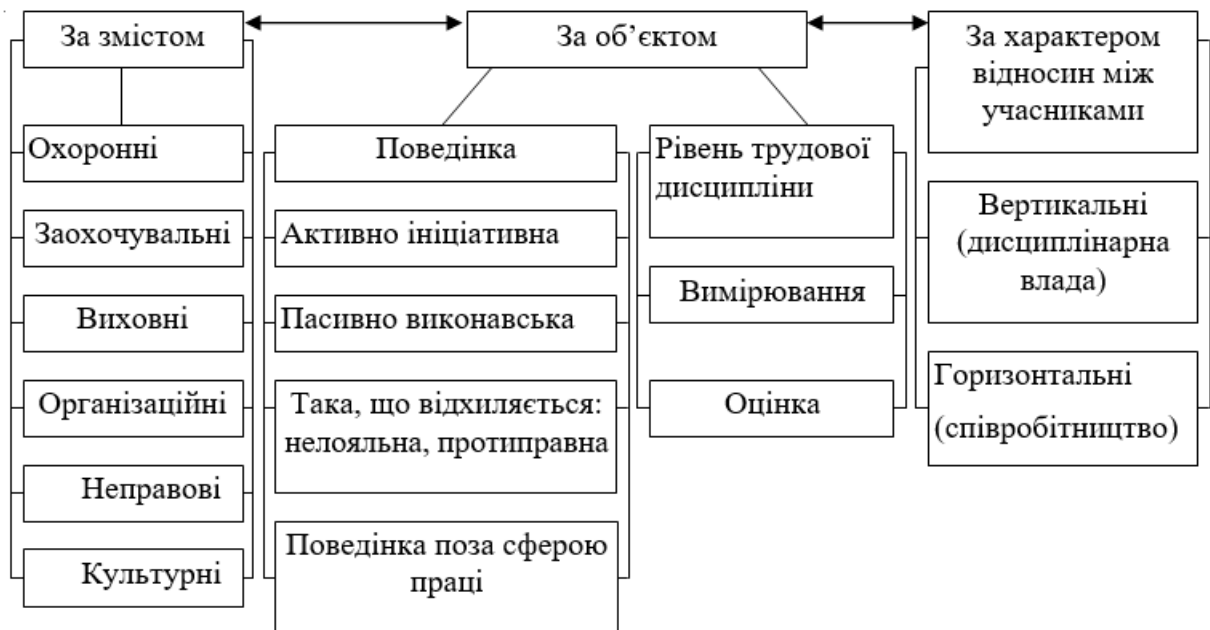


Рис. 1.2. Класифікація дисциплінарних відносин в організації

Примітка. Складено автором за [34].

Управління поведінкою людських ресурсів визначається багатьма дослідниками як складна і взаємопов'язана система управління всією організацією в поєднанні з ресурсами, зовнішнім середовищем і процесами, що відбуваються в установі як «сукупність взаємопов'язаних процесів управління людськими ресурсами (визначення загальної стратегії управління людськими ресурсами; планування робочої сили, включаючи оцінку потреб і доступності персоналу); залученість співробітників; підбір персоналу, оцінка персоналу; підвищення кваліфікації та підвищення кваліфікації; управління кар'єрою робітників; звільнення працівників; встановити зміст і послідовність праці та умови праці, заробітну плату і соціальну політику, управління витратами на персонал і кадрову політику і т.д.» [39]

Важливо відзначити, що останнім часом розвинулися такі сфери роботи, як тайм-менеджмент, конфлікти та напруженість; широко вивчені характеристики стилів керівництва, а також питання управління, етичні аспекти роботи менеджерів і т.д., що має вирішальне значення для розробки

методів управління поведінкою персоналу, в тому числі трудової дисципліни, які мають важливе значення для успішної роботи всієї організації.

Виходячи з вищесказаного, слід зазначити, що сутність дисциплінарних відносин полягає в регулюванні поведінки персоналу закладу охорони здоров'я, його мотивації, питання влади в колективі, організації управління. Високий рівень дотримання членами колективу стандартів, визнаних у закладі охорони здоров'я, неможливий без виконання працівниками обов'язків та реалізації прав, закріплених у відповідних законодавчих актах України.

1.2. Нормативно-правові засади управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу

Ефективне управління дисциплінарними відносинами вимагає чіткого політико-правового забезпечення в умовах розвитку сучасного суспільства, яке враховує всі аспекти поведінки персоналу для ефективності та успішності організації.

Ефективність системи охорони здоров'я в цілому і функціонування окремих установ значною мірою залежать від практики управління людськими ресурсами. Існує значна кількість методів управління людськими ресурсами, які традиційно поділяються на три групи за типом впливу:

- «економічна: система прийомів і методів впливу на спортсменів за допомогою конкретного зіставлення витрат і результатів;
- адміністративна: здійснюється за допомогою організаційно-розпорядчих методів безпосереднього впливу, які є директивними та обов'язковими;
- соціально-психологічні: форми управління, що впливають на персонал з метою формування ставлення до професійної та творчої діяльності» [36].

До економічно ефективних методів впливу на працівників відносяться матеріальне заохочення і санкції. Основним мотиватором, як правило, є заробітна плата; важливу роль відіграє також система виплат, надбавок, пільг

тощо. Державні та муніципальні заклади охорони здоров'я вже давно використовують Єдину тарифну сітку, яка визначає єдиний рівень оплати праці державних службовців, види премій та пільг. Крім того, існують норми, які визначають особливі умови оплати праці на рівні первинної медичної допомоги та екстреної медичної допомоги, а також особливі умови винагороди за роботу з певними захворюваннями (наприклад, ВІЛ-інфекцією та туберкульозом). Для медичних працівників, які збираються працювати у сільській місцевості, є можливість отримати додаткові стимулюючі або стимулюючі пакети від місцевої влади.

З початком переходу на нову систему фінансування медичних послуг громадські установи охорони здоров'я змінюють свою організаційно-правову форму, перетворюючись на муніципальні некомерційні організації (CNE), що впливає на підходи до компенсації. Замість єдиної системи колективних переговорів муніципальні некомерційні організації повинні використовувати «договірну систему оплати праці працівників, яка регулюється Трудовим кодексом, Законом про оплату праці [47] та Законом про договори та колективні угоди» [48]. У МОЗ нагадують, що коли заклад охорони здоров'я перетворюється на КНП, це відбувається в рамках договірних норм, тому йдеться насамперед про укладення колективного договору, який встановлює форми та системи оплати праці, норми праці, розміри надбавок, надбавок, премій тощо. надбавки та інші заохочення. і гарантії. Рекомендується, щоб винагорода лікаря ґрунтувалася на результатах його індивідуальної роботи з урахуванням конкуренції на ринку. При цьому гарантії оплати праці держави, зокрема щодо виплати мінімальної заробітної плати, мають неухильно дотримуватися. Муніципалітет, якому належить КНП, має забезпечити не лише врахування місцевих бюджетів, а й те, щоб розмір платежу був не нижчим за суму, передбачену Єдиним тарифним кодексом.

Профспілка працівників охорони здоров'я акцентує увагу на дотриманні чинного законодавства та певних мінімальних гарантій оплати праці медичного персоналу, а також визнає, що одностороннє внесення змін до

колективних договорів є незаконним, якщо це призводить до погіршення заробітної плати. Позиція профспілки полягає в тому, що «державна повинна встановити єдині та економічно обґрунтовані гарантії мінімальної заробітної плати для всієї України та забезпечити роботодавцям можливість створення додаткових матеріальних стимулів для працівників у межах даної установи, колонії чи територіальної громади на основі системи колективних договорів та територіальних (регіональних) договорів» [51].

Представники профспілок у первинній медико-санітарній допомозі зазначають, що у зв'язку із запровадженням нової моделі фінансування лікарі чудово розуміють, що «залучають гроші в роботу закладу» через кількість підписаних з пацієнтами декларацій. Таким чином, лікарі загальної практики можуть впливати на рішення щодо рівня оплати праці іншого медичного персоналу, прибутковості певних функцій та інших питань.

Адміністративні методи тісно пов'язані з економічними методами і вводяться раніше економічних методів. На відміну від економічних методів, які ґрунтуються на економічних інтересах людей, «адміністративні методи ґрунтуються на почутті обов'язку, дисципліні, розумінні можливості покарання» [32]. У комунальних установах та закладах громадського здоров'я існує низка внутрішніх документів, які регулюють процес управління закладом в цілому та його працівниками:

Статут закладу охорони здоров'я є першим нормативно-правовим документом, який визначає мету та основні завдання закладу охорони здоров'я та затверджується власником (компетентним органом або його компетентним органом). Статут містить основні положення про управління закладами охорони здоров'я: інформацію про органи управління, їх повноваження, організаційну структуру, а також обов'язковий розділ про повноваження персоналу.

Положення про заклад охорони здоров'я та його структурні класифікації є нормативним документом, який видається органом влади, власником закладу охорони здоров'я або директором закладу. Крім цілей і завдань установи,

нормативні акти містять також глави про управління, організаційну структуру і контроль підприємства, які складають основу адміністративно-розпорядчих процедур управління персоналом. Існують стандартні домовленості для різних закладів охорони здоров'я.

Управління системою охорони здоров'я включає функції управління та/або органи управління у сфері охорони здоров'я. Традиційно центр здоров'я очолював головний лікар, але з 2019 року відповідальність за управління закладами охорони здоров'я розмежована: управління адміністративними та фінансовими питаннями покладено на директора, а управління медичним процесом і турбота про систему охорони здоров'я є обов'язком директора. Якість залишається за медичним директором. Директор медичного центру відповідає за: організацію роботи та взаємодію між усіма підрозділами будівлі, підбір персоналу; медичний директор відповідає за професійний розвиток персоналу, внутрішню та зовнішню координацію послуг. Нововведення встановлює кваліфікаційні вимоги до підготовки осіб, які претендуватимуть на ці посади: Станом на 2022 рік однією з обов'язкових вимог є вища освіта в галузі управління та адміністрування.

Посадова інструкція персоналу медичного підприємства - це «документ, який встановлює організаційно-правовий статус працівника структурного підрозділу та умови його фактичної роботи. Посадові інструкції в основному ґрунтуються на Національній професійній класифікації та Довіднику з характеристик професійної кваліфікації працівників, які описують обов'язки та відповідальність, знання та кваліфікацію працівника, а також положення колективного договору та документів внутрішньої політики закладу охорони здоров'я (наприклад, закони, нормативні акти тощо). Посадові інструкції готуються і затверджуються безпосередньо в медичному центрі директором або тим, ким він уповноважує. За загальним правилом посадові інструкції можуть бути складені керівником будівельного підрозділу, в якому працює особа, безпосереднім керівником або представником відділу кадрів» [53].

Для підприємства охорони здоров'я обов'язковим є внутрішній нормативний документ, який називається Правила внутрішнього трудового розпорядку. Він є складовою частиною колективного трудового договору і визначає організацію праці на підприємстві. У цьому документі встановлюються домовленості між роботодавцем і працівником про всі суттєві аспекти організації праці в закладі охорони здоров'я, такі як режим роботи, час відпочинку і харчування, заходи стимулювання, обов'язок працівників дотримуватися процедур і правил для умов праці, наслідки порушень. Цей документ прийнято як галузевий стандарт.

У контексті реформування системи фінансування охорони здоров'я, яка передбачає запровадження ринкових механізмів та зміни у підготовці кадрів, порядок оплати праці та колективні договори набувають особливого та нового значення щодо управління персоналом у закладі охорони здоров'я. Колективним трудовим договором можуть бути передбачені додаткові гарантії для працівників і пов'язані з ними зобов'язання. У межах, дозволених положеннями цього Договору, генеральний секретар забезпечує посилення правових і соціальних гарантій персоналу щодо гарантій зайнятості. Наразі триває робота над переглядом та вдосконаленням змісту колективних договорів з метою їх адаптації до нових умов роботи закладів охорони здоров'я, таких як муніципальні некомерційні організації. Наприклад, Норвезька профспілка працівників охорони здоров'я розробила оновлену модель колективних трудових договорів.

Слід зазначити, що при складанні посадових інструкцій керівник закладу охорони здоров'я або призначений ним орган не може змінювати умови кваліфікації посади в частині підготовки та управління навчанням, які закладаються в кваліфікаційних характеристиках цієї посади. Але при необхідності завдання і обов'язки, що входять в типові характеристики кваліфікації, можуть бути розподілені між виконавцями. Коло завдань і обов'язків кожного працівника можна розширити, доручивши йому працювати на різні групи функцій однакової складності, виконання яких не

вимагає додаткової спеціалізації або кваліфікації (рис. 1.3). Тому в посадовій інструкції теоретично можна покласти обов'язки медсестри на лікаря, але ніяк не навпаки.

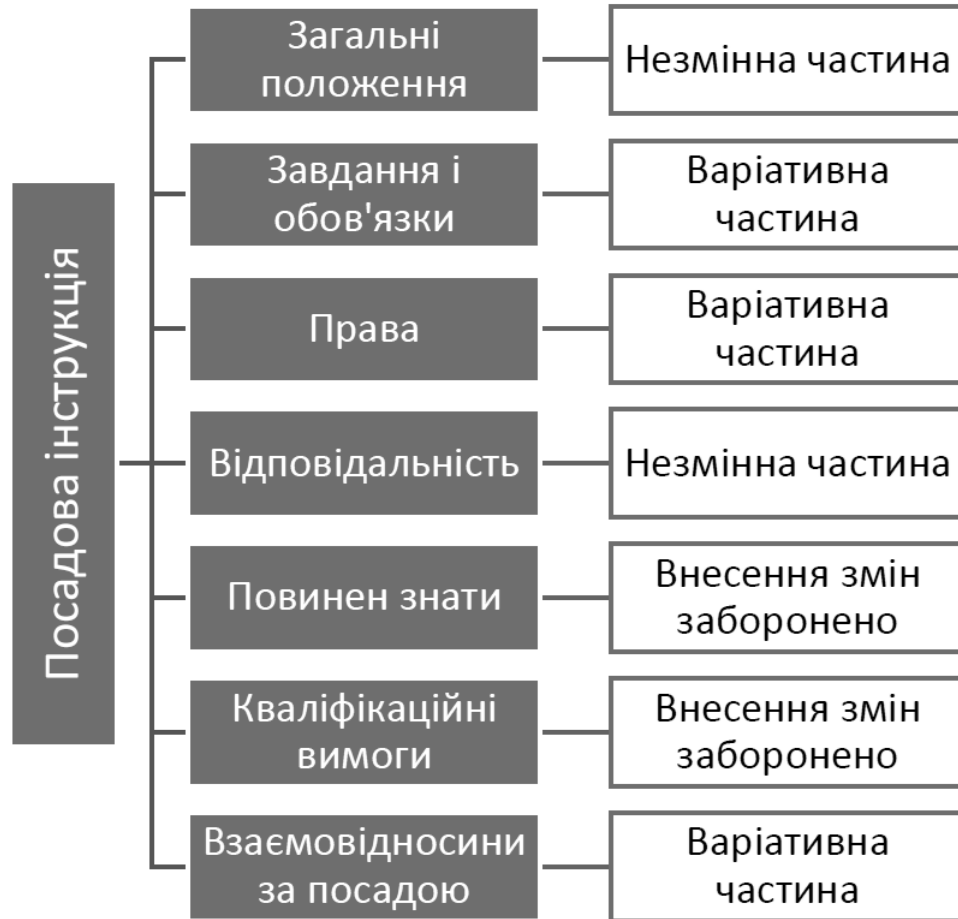


Рис. 1.3. Зміст і зміст посадової інструкції фахівців охорони здоров'я в Україні

Довідка: Збірник зведених форм організаційно-розпорядчих документів (Протокол Методичної комісії Державного комітету архівів України від 20.06.2006 р. № 3)

Як показали інтерв'ю, заклади охорони здоров'я мають мати відповідні посадові інструкції для всіх посад у штатному розписі. При цьому його зміст суворо контролюється на предмет відповідності кваліфікаційним вимогам до посадових інструкцій працівників. Це пов'язано з тим, що заклади охорони здоров'я повинні відповідати вимогам акредитації закладів охорони здоров'я, які кожні п'ять років перевіряють наявність, зміст і своєчасність посадових інструкцій. Водночас заклади охорони здоров'я, які брали участь у опитуваннях, не мали внутрішніх керівних документів щодо процесу розробки

та впровадження посадових інструкцій. На практиці посадові інструкції складають кадровики, які не мають медичної освіти. Інструкції формально відображають питання, пов'язані з кваліфікаційними вимогами та компетентністю медичного персоналу відповідно до Національної професійної класифікації. Керівники структурних відділень, адже коли складаються поштові інструкції, майже не залучаються до навчання. Як наслідок, стандартні посадові інструкції використовуються майже повсюдно, без визначення індивідуальної компетенції працівників у розділах про їхні ролі, права чи обов'язки.

Соціально-психологічні методи «допомагають визначити роль і місце співробітника в колективі, виявити і підтримати керівників, забезпечити ефективну комунікацію, уникнути або вирішити конфлікти, що сприяє нематеріальній мотивації працівника і результатам роботи. Психологічні методи використовуються для створення максимально сприятливого психологічного клімату в колективі, зазвичай вони орієнтуються на конкретну людину, її внутрішній світ, емоції, цінності, поведінку» [32].

Заклади охорони здоров'я вживають певних заходів, які мають соціально-психологічний вплив на працівників. Колективні договори включають положення про соціальний захист медичного персоналу та створення позитивних психологічних ефектів, таких як здійснення культурно-культурних та оздоровчих заходів, а також поліпшення умов праці. Зміст та періодичність цих заходів, як правило, визначаються індивідуально на кожному об'єкті, на розсуд керівництва та/або профспілки. Найбільш поширеними діями є: «виявлення кращих співробітників (подяка, нагорода, звання і т.д.), можливість участі в навчальних заходах, конференціях, семінарах, залучення співробітників до процесу управління установою, просування дискурсів медичного персоналу в засобах масової інформації. При цьому відсутня регулярна формальна оцінка соціально-психологічного статусу медичного персоналу, хоча є дослідження мотивації медичного

персоналу, результати яких опосередковано свідчать про соціальні фактори та психологічну атмосферу в закладах охорони здоров'я» [63].

«Переважає більшість «незадоволених» своєю роботою лікарів страждають від синдрому емоційного вигорання (65%), але ця проблема переважає і «задоволений» медперсонал (40% страждають від вигорання). Респонденти з синдромом емоційного вигорання відчували «травматичні обставини» (46%), «скорочення робочих завдань» (38%), «деперсоналізацію» (35%), «розширення атмосфери емоційної економіки» (30%) та «неадекватне вибіркоче емоційне реагування» (27%)» [63]. Вигорання серед медичного персоналу дуже повільно визнається проблемою, але слід зазначити, що інформація та рекомендації спрямовують лікаря з вигоранням насамперед через самодіагностику та саморегуляцію. Незважаючи на існування проблеми, профілактика вигорання та належний догляд за медичним персоналом не вважаються частиною виконання ними посадових обов'язків, що негативно впливає на мотивацію та якість надання медичної допомоги пацієнтам.

Розуміння управління талантами. Підхід «управління талантами» був введений в 1990-х роках після доповіді міжнародної консалтингової фірми McKinsey «Війна за таланти», хоча ідея навчання і розвитку творчого потенціалу співробітників вже пропагувалася в різних бізнес-організаціях за кілька років до публікації звіту. Розуміння та термінологія управління талантами все ще формується, особливо для галузі охорони здоров'я. У джерелах підхід до управління талантами в основному оцінюється з двох аспектів:

1) «здатність компанії залучати, утримувати та розвивати таланти; 2) Процес керівництва «особливими» і талановитими співробітниками. Управління талантами складається з кількох компонентів: залучення та наймання талантів, лідерство, орієнтоване на результат, навчання та розвиток талантів, управління компенсаціями. Управління талантами не є заміною управління людськими ресурсами, оскільки кількість талантів невелика (згідно з дослідженнями - від 3 до 5%), але створення спеціальних умов і

технологій управління талановитими співробітниками дозволяє організації досягати більших і кращих результатів відповідно до стратегії» [63].

Обов'язковою умовою є стратегічний план як основа управління талантами. Водночас, практика стратегічного планування лише починає впроваджуватися в закладах охорони здоров'я. Деякі українські центри охорони здоров'я державного сектору вже підготували документи з місією, цілями та окремими частинами стратегічного плану, але це не можна вважати сталою практикою у сфері охорони здоров'я, без розуміння стратегії охорони здоров'я складно визначити, які критичні позиції є важливими для залучення талантів. Для впровадження управління талантами необхідно мати політики або процедури, які чітко визначають критерії «таланту» на основі сфери роботи, а також інструменти, анкети та шкали вимірювання талантів. Приклади таких інструментів для корпоративних структур є, але в закладах охорони здоров'я вони не застосовуються. Для роботи з талановитими співробітниками повинні застосовуватися спеціальні процедури і технології, які гарантують, що їх професійне зростання відбувається швидше і ефективніше. «Як показує досвід національних центрів здоров'я, сьогодні не прийнято визначати та планувати потреби у професійному розвитку персоналу. Не існує політики чи процедур компенсації та компенсацій талановитим працівникам» [54].

Нарешті, відсутня практика оцінки ефективності «таланту» для оцінки внеску таланту в досягнення цілей стратегічного плану; це має сенс, враховуючи відсутність стратегічних цілей на рівні охорони здоров'я.

Наприклад, у закладах охорони здоров'я, які в рамках реформи охорони здоров'я були реструктуризовані у вузли, замість єдиної системи колективних переговорів та ролі колективних договорів буде запроваджено договірну систему оплати праці працівників, які визначають форми та системи оплати праці, рівень роботи та рівень матеріального та нематеріального стимулювання, що підлягає посиленню. «Адміністративні процедури управління закладами охорони здоров'я зазначаються у статуті закладу

охорони здоров'я, у регламенті закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів, у робочих листах працівників закладів охорони здоров'я та у правилах внутрішнього трудового розпорядку. З 2019 року вперше визначено повноваження та відповідальність за управління закладами охорони здоров'я: управління покладається на директора, а процес надання якісної медичної допомоги – на медичного директора» [63]. Практика стратегічного планування тільки починає впроваджуватися в закладах охорони здоров'я. Посадові інструкції формально відображають питання кваліфікаційних вимог і компетентності медичного персоналу (використовуються типові інструкції). Положення про посадові інструкції обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медсестер. Коло завдань і обов'язків кожного співробітника можна розширити, доручивши їм передбачувану роботу для різних груп функцій однакової складності, виконання яких не вимагає додаткової спеціалізації або кваліфікації. Заклади охорони здоров'я не проводять регулярну та формалізовану оцінку соціально-психологічного стану медичного персоналу, а також не проводять оцінку мотивації персоналу.

Висновки до розділу 1

На цьому етапі переходу до ринкових відносин роль профспілкового руху в зміцненні трудової дисципліни дещо зменшилася. На перший план виходить особиста зацікавленість працівника в результатах своєї праці, а не соціальне питання. Тому велика увага приділяється управлінню дисциплінарними відносинами та поведінці персоналу в закладі охорони здоров'я для регулювання взаємовідносин між членами колективу, дотримання всіх норм і правил поведінки, відповідно до чинного законодавства та нормативної бази, встановленої в закладах охорони здоров'я.

Тому слід зазначити, що дисциплінарні відносини є частиною трудових відносин, включаючи питання права, мотивації, влади, організації управління тощо. З іншого боку, йдеться про виконання обов'язків працівників та реалізацію прав, закріплених у відповідних законодавчих актах

України. Ефективний контроль за поведінкою працівників неможливий без грамотно організованої роботи апарату управління, відповідних методів мотивації, дисциплінарного впливу.

У закладах охорони здоров'я, які в рамках реформи охорони здоров'я були реструктуризовані в комунальні, замість єдиної шкали буде запроваджено контрактну систему виплат працівникам та посилено роль колективних договорів, які визначають форми та системи оплати праці, норми праці, рівень фінансового та нефінансового стимулювання. Адміністративні процедури управління закладами охорони здоров'я зазначаються у статуті закладу охорони здоров'я, у регламенті закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів, у робочих листах працівників закладів охорони здоров'я та у правилах внутрішнього трудового розпорядку. З 2019 року вперше визначено повноваження та відповідальність за управління закладами охорони здоров'я: управління покладається на директора, а процес надання якісної медичної допомоги – на медичного директора. Практика стратегічного планування тільки починає впроваджуватися в закладах охорони здоров'я. Посадові інструкції формально відображають питання кваліфікаційних вимог і компетентності медичного персоналу (використовуються типові інструкції). Положення про посадові інструкції обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медсестер. Коло завдань і обов'язків кожного співробітника можна розширити, доручивши їм передбачувану роботу для різних груп функцій однакової складності, виконання яких не вимагає додаткової спеціалізації або кваліфікації. Заклади охорони здоров'я не проводять регулярну та формалізовану оцінку соціально-психологічного стану медичного персоналу, а також не проводять оцінку мотивації персоналу.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ СИСТЕМИ ТА МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ
ДИСЦИПЛІНАРНИМИ ВІДНОСИНАМИ В КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА
КОМУНАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ №2»

2.1. Оцінка організаційного забезпечення організації роботи персоналу закладу охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська міська лікарня №2» (КНП «ТКМЛ №2») є «медичним закладом, який здійснює свою діяльність відповідно до законодавства України щодо медичного обслуговування та статуту закладу. У своїй діяльності медичний заклад керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, рішеннями Верховної Ради України, законами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами та розпорядженнями Міністерства охорони здоров'я, які є обов'язковими для виконання всіма закладами охорони здоров'я» [45].

«Керівним органом разом із засновником, власником та керівником комунального некомерційного підприємства «ТКМЛ № 2» є Тернопільська територіальна громада (секторально підпорядкована Департаменту охорони здоров'я та медичної допомоги Тернопільської міської ради)» [45].

ТКМЛ № 2 у своїй діяльності регулюється «законодавством України, обов'язковими нормативно-правовими актами центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування, а також Статутом» [45].

Згідно з рішенням Податкової інспекції м. Тернопіль в головному управлінні Податкової адміністрації Тернопільської області від 10.02.2021р. № 2119184600021 КНП «ТКМЛ №2» «встановлено печатку неприбутковості (0031 – побутові установки) на підставі попереднього рішення про реєстрацію в реєстрі неприбуткових організацій та організацій від 04.03.2018 року. (Неприбутковість 0048 - інші підприємства, діяльність яких відповідає

вимогам підрозділу 133.4 Кодексу)» [45]

Крім того, згідно з даними, що містяться в Реєстрі ліцензій на право провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, КНП «ТЦМЛ № 2» отримало Дозвіл на закупівлю (СРС) від Державного управління з контролю за лікарськими засобами та наркотиками; зберігання; звичка; знищення наркотичних засобів, перелік наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів (діє з 08.08.2019 по 08.08.2024).

Крім того, згідно з реєстраційним досьє від 07.06.2018 № 01/0706-М на підставі наказу МОЗ України від 14.06.2018р. 1127, згідно з переліком здобувачів ліцензії, КНП «ТКМЛ № 2» видано ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (табл.2.1).

Таблиця 2.1.

Види медичної практики установи

Види практики
сфері з психотерапії, інвазивної електрофізіології, радіологія, медична статистика, молодший сестринська справа (хірургічний), молодший сестринська справа, молодший акушерство, молодший лабораторні питання (гігієна), молодший лабораторія (клінічна), серцево-судинна хірургія, хірургія, функціональна діагностика, фізіологія, фізіотерапія, урологія, УЗД, терапія, судинна хірургія, стоматологія, рефлексологія, радіологія, ревматологія, пульмонологія, офтальмологія, ЛОР, ортопедія і травматологія, онкологія, неонатологія, неврологія, ортотерапія і травматологія, онкологія, неонатологія, неврологія, ортотерапія медицина клінічна лабораторна діагностика, клінічна біохімія, кардіологія, інфекційні хвороби, ендоскопія, ендокринологія, дитяча анестезіологія, дерматовенерологія, гематологія, гастроентерологія, бактеріологія, анестезіологія, акушерство та гінекологія, трансфузіологія, торакальна хірургія, сексуальна патологія, проктологія, онкохірургія, онкоїнеологія, нейрохірургія, інтервенційна кардіологія, епідеміологія, дитяча офтальмологія, неврологія, педіатрія, дитяча гінекологія, фізична медицина та професійна реабілітація.

Примітка. Сформовано за [45]

Фінансування КНП «ТКМЛ №2» здійснювалося за рахунок бюджету міста Тернополя (за рахунок медичних субсидій, коштів місцевого бюджету та коштів місцевого бюджету на енергоносії), спеціального фонду (надходження коштів від надання платних медичних послуг, оренди, благодійної підтримки, інших доходів та (станом на 01.04.2020 р.) коштів наданих НЗСУ.

Таблиця 2.2.

Напрямки установи

Основні напрямки	
Забезпечити населення міста якісними медичними послугами та надати їм невідкладну медичну допомогу в лікарні із затвердженими кадровими, бюджетними, фінансовими, матеріально-технічними ресурсами;	організація та оцінка тимчасової (або постійної) втрати працездатності пацієнта та реабілітаційних заходів;
надання безоплатної допомоги, гарантованої державою, в межах розмірів, передбачених чинним законодавством. Ця підтримка надається за певними правилами на бюджетному рівні;	підвищити якість охорони здоров'я шляхом залучення коштів від інших організацій, незалежно від форми власності;
участь у підготовці лікарів загальної практики - закладення основ медичної діяльності відповідно до договорів з медичними навчальними закладами та медичними службами;	проведення наукових досліджень з медичної тематики, авторизація та застосування нових методів лікування, профілактики, діагностики та реабілітації хворих; проводити фахову оцінку результатів наукових досліджень у галузі охорони здоров'я;

Примітка. Сформовано за [45]

Нинішнє керівництво КНП «ТКМЛ» № 2 очолює директор, який «призначається на посаду та звільняється з посади за рішенням виконавчого органу міста Тернополя і який підпорядковується безпосередньо компетентному адміністративному органу та несе персональну відповідальність за виконання завдань та функціональних можливостей, покладених на установу. Відповідно до статуту директор розпоряджається коштами та активами КНП, контролює фінансову та кадрову дисципліну, контролює ефективне використання товарів та ресурсів, відповідає за організаційну, науково-методичну, адміністративно-господарську діяльність; затверджує організаційну структуру» укладає угоди про співпрацю із зацікавленими сторонами. Тернопільська міська лікарня №2 є клінічною базою медичних закладів усіх рівнів акредитації та закладів вищої освіти» [45].

КНП «ТКМЛ № 2» самостійно визначає організаційну структуру, затверджує чисельність і чисельність працівників (рис. 2.1).

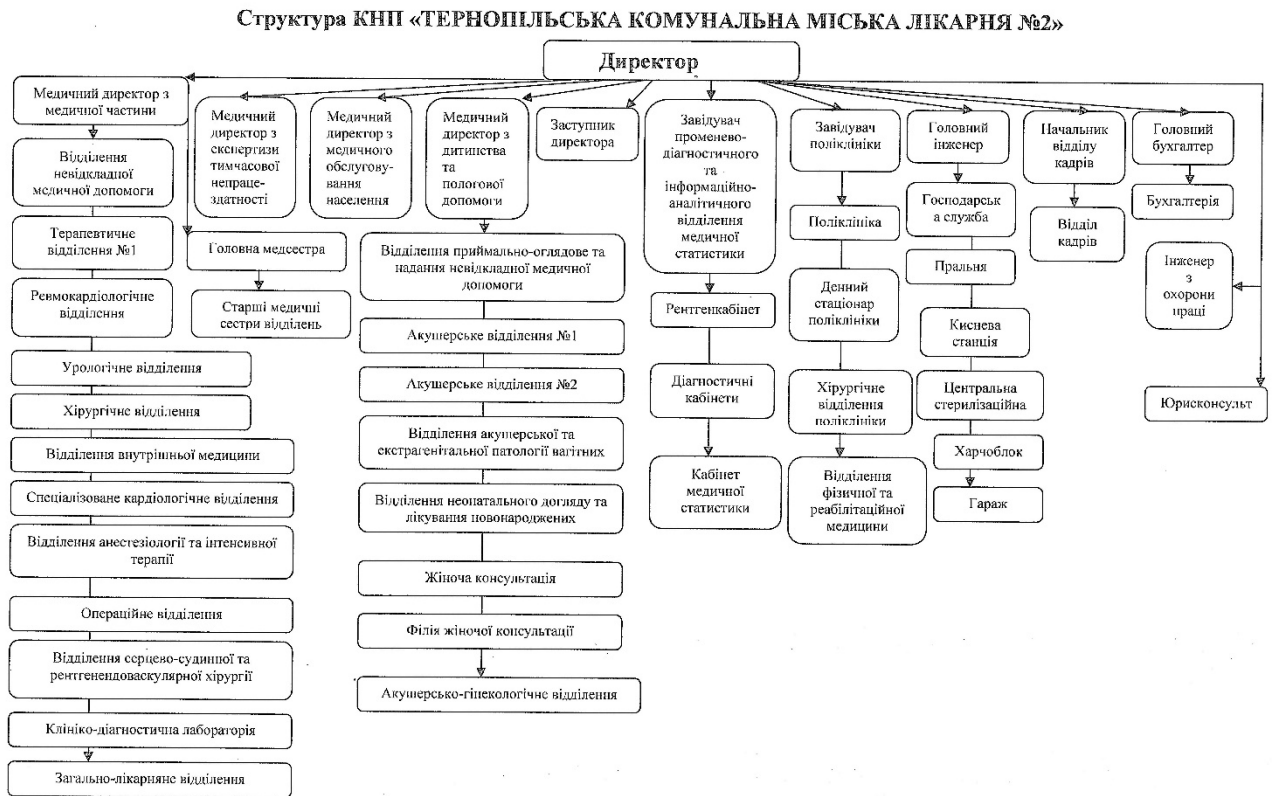


Рис. 2.1. Організація роботи Тернопільської міської лікарні №2

Примітка. Сформовано за даними Тернопільської міської лікарні №2

Як видно на рис. 2.1. до складу КНП «ТКМЛ №2» входять: госпіталізація з 10 послугами: «неврологічне відділення, яке розраховане на 45 ліжок постійного проживання хворих, у тому числі: У нашому закладі є різноманітні відділення, де надається якісна медична допомога. До них належать: «неврологічне відділення з 45 ліжками, де лікують гострі інсульти, нейрохірургічні, неврологічні та реабілітаційні випадки; два терапевтичні відділення з 105 ліжками, де обслуговують хворих з легеневидами, гастроентерологічними, ревматологічними, ендокринологічними та іншими захворюваннями (за системою з 3-х або 2-х рівневого обслуговування); відділення анестезіології та інтенсивної терапії з 12 ліжками, де проводяться реанімаційні заходи; спеціалізоване кардіологічне відділення з 60 ліжками, де легко справляються з інфарктом міокарда та гострою серцевою патологією (за системою з 3-х рівневого обслуговування); урологічне відділення з 35 ліжками, де застосовуються новаторські методи лазерної та лапароскопічної хірургії для

урологічних хворих; хірургічне відділення з 60 ліжками, де виконуються операції з ЛОР-патології, ортопедично-травматологічних, проктологічних та інших напрямків; відділення радіології та серцево-судинної хірургії з 20 ліжками, де проводяться складні втручання на судинах» [45].

Немовлята та пологи, в тому числі пологове відділення розрахована на 30 ліжок; пологове відділення №2 – 25 ліжок; відділення акушерства та екстрагенітальної патології вагітних – 20 ліжок; відділення догляду за новонародженими та новонародженими: 75 ліжок, у тому числі 45 ліжок для догляду за матір'ю та немовлям; відділення неонатального та неонатального відділення на 30 ліжок та відділення інтенсивної терапії новонароджених; відділення акушерства та гінекології на 45 ліжок, з них 10 ліжок для патології вагітних, 35 ліжок для гінекології (система обслуговування на 3 рівнях); консультаційні години для жінок у Перинатальному центрі, дочірньому підприємстві жіночої консультації в Перинатальному центрі [45].

Амбулаторно-поліклінічна служба, в якій є три відділення і вузькі фахівці, які займаються медичною практикою (близькі фахівці; Інститут фізичної медицини та реабілітації; «Денна хірургія» відділення амбулаторії на другому етапі надання медичної допомоги).

Відділення радіологічної діагностики та інформаційного аналізу медичної статистики, що включає діагностичні кабінети, ультразвукову діагностику, ендоскопічне відділення, функціональну діагностику, рентгенологічне відділення, інформаційно-аналітичне відділення медичної статистики.

Крім того, у 2022 році КНП «ТКМЛ №2» успішно співпрацювало з Національною службою здоров'я України «за програмою медичних гарантій надання медичної допомоги за 19 комплектами медичних послуг, серед яких пріоритетні, а саме: пологи, гострий інфаркт міокарда, гострий інсульт, неонатальна допомога, амбулаторні ендоскопічні діагностичні обстеження» [45].

Згідно з укладеною угодою з Національною службою здоров'я України,

пацієнти, які потребують медичної допомоги внаслідок гострої респіраторної хвороби COVID-19, викликані коронавірусом SARS-CoV-2, можуть отримати її від мобільних медичних бригад, які пройшли спеціальне навчання для реагування на такі випадки.

Водночас, існує низка ризиків, пов'язаних із роботою в нових умовах реформування системи охорони здоров'я, зокрема: нестабільна ситуація на ринку медичних послуг, сфера послуг, вартість лікарських засобів та медичного обладнання, що призводить до зростання вартості обслуговування пацієнтів.

2.2. Оцінка кадрового забезпечення досліджуваного закладу охорони здоров'я

Аналіз персоналу проводиться на основі кількісного і якісного аналізу персоналу: аналізу якісного і кількісного складу персоналу, аналізу системи навчання і розвитку персоналу, аналізу плинності кадрів.

Для того, щоб заклади охорони здоров'я могли ефективно виконувати свої функції та досягати запланованих результатів, необхідно, щоб їхній персонал володів високим рівнем професійних навичок та кваліфікації. Якість персоналу можна оцінити за допомогою таких показників роботи, як:

- «економічні (складність роботи, кваліфікація робітника, умови праці, стаж роботи);
- персонал (дисциплінованість, уміння, обізнаність, ефективність, творча активність);
- організаційно-технічні (привабливість праці, рівень технологічної організації праці, раціональна організація праці);
- соціокультурні (колективізм, соціальна активність, загальнокультурний і моральний розвиток)» [47].

Структурні характеристики робочої сили визначаються складом і кількісною часткою різних категорій і груп працівників закладу охорони здоров'я. Якісний склад персоналу характеризується професіоналізмом, віковою структурою та професійним досвідом. Структура стажу співробітників може бути оцінена з точки зору як загального стажу, так і старшинства в організації. Структура трудового колективу за рівнем освіти дає можливість виявити працівників з вищою освітою, післядипломною освітою, середньою спеціальною освітою та початковою освітою.

Чисельність працівників КНП «ТКМЛ № 2» визначається директором підприємства на власний розсуд на підставі фінансового плану підприємства, затвердженого в установленому законодавством та Статутом порядку, з урахуванням необхідності створення належних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги (табл. 2.3).

Станом на 01.01.2022 року міською комунальною лікарнею №2 м. Тернополя затверджено на загальну оплату праці: «1071,75 одиниць персоналу із середньомісячним фондом оплати праці 8741095,57 грн., з них 257,5 працівників, спеціалістів з простою та неповною вищою освітою – 421,5 одиниць персоналу, молодшого персоналу – 227,75, інших працівників – 154,5, фармацевтів – 3,5, спеціалістів з вищою немедичною освітою – 7,0, у спеціальному фонді оплати праці: 21,5 одиниць персоналу із середньомісячною заробітною платою 158949,25 гривень, у тому числі медичного персоналу – 5,5 одиниць особового складу, спеціалістів з базовою та неповною вищою освітою – 7,5 одиниць особового складу, інших працівників – 8,5» [45].

Весь медичний персонал Тернопільської міської лікарні №2 сертифікований. Атестація має на меті удосконалення професійної діяльності лікаря з метою подальшого підвищення якості медичної допомоги, що надається населенню. Основним обов'язком медичної довідки є оцінка відповідності лікарів вимогам щодо підвищення кваліфікації та сприяння їх професійному розвитку.

Таблиця 2.3

**Кількість працівників Тернопільської міської лікарні №2 станом на
01.01.2022**

Найменування посад	Кількість посад у цілому в закладі		У тому числі в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації		Кількість штатних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах, осіб
	штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	
Лікарі, усього	257	251	72,25	69,00	274
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	3	3	1	1	3
Середній медичний персонал, усього	419,75	390,50	121,00	113,50	401
Молодший персонал	220,50	215,25	30,75	30,75	212
Інший персонал	167,50	153,25	29,00	26,50	148
Усього	1071,75	1016,50	254,00	240,75	1041

Примітка. Сформовано за даними Тернопільської міської лікарні №2

З кваліфікаційних категорій лікарів «(295 осіб) 63% (132 особи) лікарів мають вищу атестаційну категорію, 20% (43 особи) першу категорію та 17% (36 осіб) другу кваліфікаційну категорію» [45] (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Кваліфікаційні категорії лікарів Тернопільської міської лікарні №2

Примітка. Сформовано за даними Тернопільської міської лікарні №2

Одним з етапів підвищення кваліфікації медсестер є проходження атестації, яку успішно пройшли 455 осіб. За результатами атестації, 178 медсестер (64%) отримали вищу категорію, 60 медсестер (20%) - першу категорію і 42 медсестри (17%) - другу категорію. (рис. 2.3).

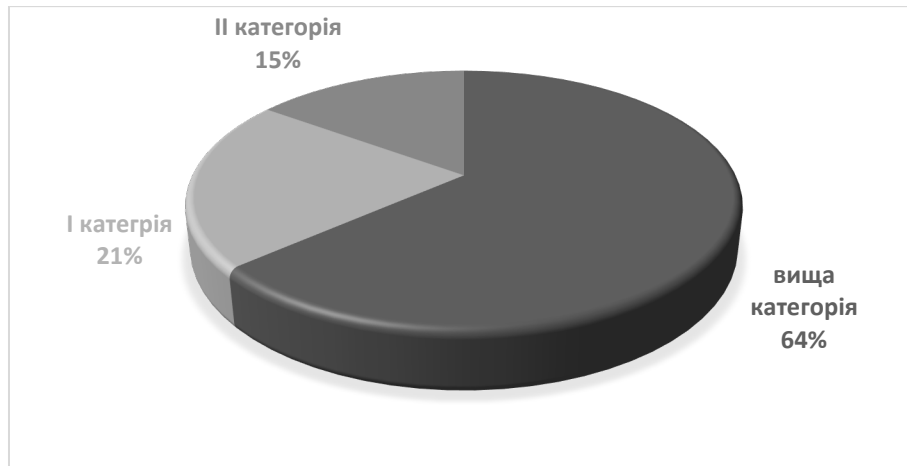


Рис. 2.3. Кваліфікаційні категорії медичних сестер Тернопільської міської лікарні №2

Примітка. Сформовано за даними Тернопільської міської лікарні №2

В умовах стрімкого та інноваційного економічного розвитку держави медичні ресурси закладів охорони здоров'я є одним з основних важелів, що впливають на народжуваність, захворюваність, інвалідність, тривалість життя та смертність населення. Останніми роками в Україні ці показники неухильно погіршуються, що свідчить про глибоку кризу у сфері охорони здоров'я. Реформи, що проводяться, призводять до масового невдоволення медичних кадрів сферою охорони здоров'я, що позначається на їх мотивації та працездатності, та до неконтрольованої міграції медичного персоналу за кордон у пошуках гідної заробітної плати, до невдоволення населення якістю медичного обслуговування в містах.

Працездатність і мотивація медичного персоналу тісно пов'язані з рядом факторів, а саме: заробітною платою, умовами праці та побуту, підвищенням кваліфікації, підвищенням кваліфікації, коштами, матеріалом, медичним

обладнанням. У закладах охорони здоров'я необхідно «покращувати психосоціальне середовище медичних працівників, щоб вони могли ефективно виконувати свої професійні завдання, наприклад, у разі необхідності підтримки та просування економічних медичних кадрів через керівництво, оскільки навантаження продовжує зростати. високий рівень відповідальності, що призводить до стресу та вигорання на робочому місці» [51]. На жаль, багато медичних працівників мігрували в інші країни в пошуках більш високооплачуваної роботи.

Для визначення мотивації професійної медичної діяльності серед медичного персоналу Тернопільської міської лікарні №2 у нашому дослідженні використано метод «Мотивація професійної діяльності» К. Замфіра в модифікації А. Реана, який дозволяє «визначити актуальність типів мотивацій: 1 - матеріальна винагорода; 2 – Прагнути до професійного розвитку; 3 – бажання не піддаватися критиці з боку керівництва і колег; 4 – бажання уникнути можливих штрафних санкцій або проблем; 5 – Орієнтація на престиж і повагу до оточуючих; 6 – Задоволеність добре виконаною роботою; 7 – Пільги на робочому місці. Дана методика дозволяє визначити три типи мотиваційно-мотиваційного комплексу медичного персоналу з будь-якою кваліфікацією, професіями і професійним досвідом: внутрішня мотивація (ІМ) - розуміння корисності праці, бажання вчитися і підвищувати професіоналізм, бути задоволеним результатами своєї роботи; позитивна зовнішня мотивація: досягнення професійного зростання, постійна потреба в матеріальному заохоченні, преміях; зовнішня негативна мотивація (ВОН): дратує критика, догани та штрафи від керівництва» [54].

Медичним працівникам Тернопільської міської лікарні №2 було запропоновано анкету з питаннями, після опитування використовувалася шкала від 1 до 5 балів: 1 бал – «дуже мало», 2 бали – «досить мало», 3 бали – «небагато, але й не мало», 4 бали – «досить великі», 5 балів – «дуже великі».

За результатами нашого опитування з'ясувалося, що найвищий бал отримала внутрішня мотивація всього медичного персоналу Тернопільської

міської лікарні №2 (табл. 2.4), що знайшло відображення у розумінні корисності своєї роботи, бажанні вчитися та підвищувати свій професіоналізм.

Аналіз даних таблиці 2.4 показує, що у лікарів і жінок чоловічої статі з ПМС зовнішня негативна мотивація переважає зовнішні позитивні ($3,2 + 0,8$) і ($3,0 \pm 1,2$) відповідно, що узгоджується з комплексом мотивації $MB > MPA <$ замінником.

В тих медичних працівників ми можемо спостерігати зниження інтересу до роботи, зниження психологічного благополуччя (нікчемність у житті, негативне ставлення до оточуючих, відсутність прагнення до професійного розвитку, відсутність самосвідомості, байдужість до праці тощо), що може негативно позначитися на якості медичної допомоги. про міжособистісні стосунки в колективі та вдома.

Таблиця 2.4

**Види мотивації до професійної діяльності медичного персоналу
Тернопільської міської лікарні №2, середні значення (бали)**

Мотивація	Лікарі				Середній медичний персонал			
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
	М	m	М	m	М	m	М	m
Внутрішня	3,9	0,9	3,6	0,9	3,9	1,2	3,3	0,9
Зовнішня позитивна	2,9	0,6	2,7	0,7	3,4	1,3	2,8	0,9
Зовнішня негативна	3,2	0,8	2,7	1,0	3,2	1,6	3,0	1,2

Примітка. Сформовано за даними Тернопільської міської лікарні №2

Лікарі розробили мотиваційний комплекс, що складається з $MB > EAP$. Це означає, що вони прагнуть професійного розвитку, що їм потрібні фінансові стимули, що їм незручно чути критику, вислуховувати догану від керівництва.

Ще один мотиваційний комплекс, який ми отримали від чоловіків-вихователів в $NM > ZPM$, який простежує переважання розуміння корисності своєї роботи, бажання вчитися і підвищувати свій рівень, прагнення професійно зростати, пропонуючи їм матеріальні винагороди і бонуси. В результаті вони не соромляться визнавати свої помилки.

При аналізі результатів опитування була використана класифікація

мотиваційних факторів Герцберга, згідно з якою виділяють дві групи факторів: «Мотиваційні фактори» - це фактори, які позитивно впливають на мотивацію, такі як можливість професійного зростання, успіху, інтересу і задоволеності роботою, асертивність як особистості і професії, і «контекстуальні фактори» або «гігієнічні фактори». Наприклад, погана робота і міжособистісні відносини на робочому місці, низька заробітна плата, відсутність оплати, в основному через зовнішні обставини і зовнішню негативну мотивацію» [40].

Монотонність – «це стан порушення свідомого контролю за виконанням роботи, що виникає в монотонних робочих ситуаціях з частим повторенням стереотипних дій та збідненим зовнішнім середовищем, що супроводжується відчуттям нудьги/сонливості та домінуючою мотивацією до зміни діяльності» [45].

При аналізі показників вираженості монотонності, що впливає на зниження працездатності медичних працівників (табл. 2.5), видно, що для «лікарів-жінок помірна оцінка (від 16 до 25 балів) індексу монотонності становить 69,3% і не перевищує показників лікарів-чоловіків (80,0%). і СМП жінки - 78,1% і трохи вище, ніж СМП чоловіки (77,8%). При цьому жінки-лікарі та жінки у службах екстреної медичної допомоги мали виражений ступінь одноманітності (від 26 до 31 бала): 9,7% та 7,0% відповідно, тоді як у чоловіків не було вираженого ступеня одноманітності» [45].

Одним із факторів, який впливав на низьку якість роботи медичних працівників, було психологічне вигорання. Це стан втрати мотивації до дуже простої та суб'єктивно нудної або неусвідомлюваної діяльності, що виявляється у сильному бажанні припинити роботу (відмова діяти) або зробити певне стереотипне досягнення більш різноманітним [45].

В умовах переходу України до ринкової моделі неадекватність системи охорони здоров'я в частині відсутності стимулів для медичного персоналу до роботи вимагає невідкладних заходів щодо вдосконалення механізмів сприяння праці медичного персоналу та покращення здоров'я населення України. З метою посилення зацікавленості працівників у підвищенні продуктивності праці та підвищенні рівня нормування, якості виконуваної

роботи керівники закладів охорони здоров'я можуть вводити контрактну заробітну плату, премії для працівників за особистий внесок у загальні результати роботи колективу, причому премії не обмежуються максимальними сумами.

Таблиця 2.5.

Диференційована оцінка зниженої працездатності медичного персоналу Тернопільської міської лікарні №2 як функція вираженості індексу монотонності, %

Медичний персонал ЗОЗ, п		Ступінь вираженості індексу монотонії			
		Низький (до 15 балів)	Помірний (16-25 балів)	Виражений (26-31 бал)	Високий (32 і більше балів)
Лікарі n=87	Чоловіки (n=25)	20,0	80,0	0	0
	Жінки (n=62)	21,0	69,3	9,7	0
Середній медичний персонал n=137	Чоловіки (n=9)	22,2	77,8	0	0
	Жінки (n=128)	14,1	78,1	7,0	0,8

Примітка. Сформовано за даними Тернопільської міської лікарні №2

В даний час вторинні і третинні відносини з розрахунком диференційованої заробітної плати не змінилися. Нова реформа системи охорони здоров'я є по суті «підходом» і передбачає скасування тарифних планів за категоріями та коефіцієнтами.

На підставі результатів лікування та їх інтерпретації за «ключем» ДОСЗП за методикою А. Леонової та С. Величковської встановлено (табл. 2.6), що у лікарів-чоловіків та жінок з ПМС спостерігається помірний ступінь перенасичення.

Виражений ступінь (26-31 бал) розумового перенасичення (відсутність інтересу до роботи) відзначена на малих і середніх підприємствах жінок і чоловіків - 11,2% і 14,1% відповідно, що пояснюється постійним перебуванням в стаціонарі і спілкуванням з пацієнтами. Високу вираженість індексу перенасичення (32 бали і більше) ми спостерігали у жінок: жінки-лікарі – 4,8%, жінки в екстреній допомозі – 2,3%, тому що жінки більш чутливі, ніж чоловіки, і емоційно, і відповідально за виконання своїх професійних завдань і дуже швидко вигорають, що може

призвести до розвитку ознак тривожності та депресивних реакцій.

Таблиця 2.6

Диференційована оцінка умов зниження потужності медичного персоналу Тернопільської міської лікарні №2 на основі вираженості індексу перенасичення, %

Медичний персонал ЗОЗ, п		Ступінь вираженості індексу перенасичення			
		Низький (до 15 балів)	Помірний (16-25 балів)	Виражений (26-31 бал)	Високий (32 і більше балів)
Лікарі n=87	Чоловіки (n=25)	28,0	64,0	8,0	0
	Жінки (n=62)	30,6	56,5	8,1	4,8
Середній медичний персонал n=137	Чоловіки (n=9)	44,4	44,4	11,2	0
	Жінки (n=128)	18,8	64,0	14,1	2,3

Примітка. Сформовано за даними Тернопільської міської лікарні №2

Оцінка зниженої працездатності медичного персоналу проводилася на основі присутності або відсутності у них напруги/стресу. Напруга / стрес - це «стан підвищеної мобілізації психологічних і енергетичних ресурсів медичного персоналу, що розвивається у відповідь на підвищення складності або суб'єктивної значущості діяльності, з переважанням мотивації до подолання труднощів, отриманої продуктивним і деструктивним способом (домінування процесуальних мотивів - мотивів самозбереження або психологічного захисту)» [45].

Згідно з даними таблиці 2.7, висока вираженість індексу стресу була виявлена у жінок-лікарів (3,2%) і у жінок з МСП (1,6%), що підтверджує наші спостереження за вираженим психоемоційним станом жінок-лікарів в закладі.

З огляду на результати опитування, для ефективного формування позитивного мотиваційного комплексу необхідно звернути увагу на наступні елементи діяльності медичного персоналу:

– фітбек: обговорення певної задачі та результатів її виконання (командна робота) в операційних;

Таблиця 2.7

Диференційована оцінка умов зниженої працездатності медичного персоналу міської лікарні міста Тернополя №2 за вираженістю індексу стресу, %

Медичний персонал ЗОЗ, п		Ступінь вираженості індексу стресу			
		Низький (до 15 балів)	Помірний (16-25 балів)	Виражений (26-31 бал)	Високий (32 і більше балів)
Лікарі n=87	Чоловіки (n=25)	12,0	48,0	16,0	0
	Жінки (n=62)	11,3	72,6	12,9	3,2
Середній медичний персонал n=137	Чоловіки (n=9)	22,2	66,7	11,1	0
	Жінки (n=128)	6,2	83,6	8,6	1,6

Примітка. Сформовано за даними Тернопільської міської лікарні №2

– різноманіття навичок і вмінь: збільшення змісту праці, насичення її професійними і незвичайними моментами, що викликає інтерес до праці як важливої внутрішньої мотивації;

– важливість роботи, яка полягає в розвитку почуття сенсу і важливості від своєї роботи з медичним персоналом.

Одним із способів підвищити якість медичної допомоги є забезпечення цілісності робочого місця, коли кожен медичний працівник виконує свою роль у загальному процесі лікування та догляду за пацієнтами. Це дозволяє лікарям та іншим медичним працівникам використовувати свої знання та навички на повну, а також отримувати задоволення від своєї роботи. Крім того, необхідно покращити матеріальне стимулювання медичного персоналу, ввести обов'язкове медичне страхування та надати соціальний пакет, який би враховував особливості роботи у медичній сфері. Це сприятиме залученню та збереженню кваліфікованих фахівців, а також покращить їхнє ставлення до роботи.

2.3. Оцінка форм і методів управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу в закладі охорони здоров'я

В адміністративно-управлінській діяльності закладу охорони здоров'я велике значення в контексті управління охороною здоров'я мають методи управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу.

Методи поводження з дисциплінарними відносинами є засобами впливу на державу через право на суспільні відносини, тобто поведінку учасників цих відносин. На думку О. І. Процевського, «правила поведінки, закріплені в правових нормах, перетинають складний шлях через свідомість суб'єктів правовідносин настільки, що він визначає метод правового регулювання як правовий засіб впливу на свідомість людей і готовність регулювати свої дії і поведінку в інтересах суспільства» [33].

Методи забезпечення дисципліни на робочому місці визначаються як встановлені законодавством процедури її здійснення. Так, статтею 140 КЗпП України встановлено такі форми трудової дисципліни: «створення організаційно-економічних умов, необхідних для нормальної та високопродуктивної праці, свідоме ставлення до праці, методи переконання, виховання, заохочення праці совісті, створення атмосфери нетерпимості до порушення трудової дисципліни, У межах, дозволених положеннями цієї Конвенції, Генеральний секретар забезпечує, щоб Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй мав право брати до уваги положення цієї Конвенції. У контексті ринкових відносин особливе значення мають економічні та організаційні методи забезпечення виробничої дисципліни» [31].

З метою діагностики форм і методів поводження з дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу була проведена комплексна оцінка відповідних параметрів за допомогою соціологічного дослідження. Враховувалися такі чинники: форми влади, стиль керівництва, механізм управління дисциплінарними відносинами, ступінь згуртованості колективу, тип взаємин у колективі, рівень довіри, професіоналізм апарату управління в

управлінні поведінкою працівників.

Ступінь компетентності апарату управління КНП «ТКМЛ № 2» визначається шляхом співбесіди з персоналом. Характеристика рівнів професійної компетентності наведена в таблиці. 2.8. За рівнем області присуджується ранг, який відображає рівень професійної майстерності керівника. Це допомагає краще оцінити якість управління та ефективність роботи керівництва.

Таблиця 2.8.

Оцінка професійної придатності керівника

Номер зони	Зони рівнів професійної придатності		Ранг
1	Номінальна	низький	1
2	Ординарна	середній	2
3	Потенційна	досить високий	3
4	Перспективна	високий	4

Примітка. Складено на основі [18].

Так, на думку більшості респондентів, як показано на рисунку 2.4, рівень компетентності директора опитаного закладу охорони здоров'я є високим і характеризується перспективністю (50%), 15% вважають їх кваліфікаційний потенціал досить високим, а 10% – низьким. З огляду на стан дисципліни в Тернопільській міській лікарні №2, можна зробити висновок, що керівництво поважають або немає критичного ставлення.



Рис. 2.4. Діаграма рівня компетентності директора Тернопільської міської лікарні №2.

Примітка. Самостійно складено автором.

За даними опитування, 38% співробітників вважають його досить високим, але не таким перспективним, як у директора, якому довіряють 20% опитаних. Можливо, це пов'язано з тим, що помічник керівника проявляє консервативність і негативне ставлення до змін, а також симпатії і антипатії до окремих працівників.

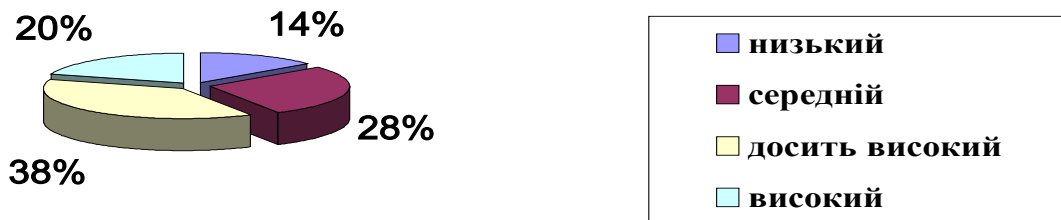


Рис. 2.5. Положення про право на професію директора Тернопільської міської лікарні № 2

Примітка. Самостійно складено автором.

Професійна придатність медичного директора до системи охорони здоров'я населення середня, але перспективна. Вона вимагає вдосконалення певних управлінських і особистісних якостей для ефективної організації роботи. Однією з проблем, які виникають у роботі медичного директора медичних служб для населення, є нездатність враховувати індивідуальні особливості та потреби пацієнтів та співробітників. Це призводить до низької мотивації працівників, які не відчують підтримки та визнання з боку керівництва. Також це може спричиняти конфлікти між медичним директором медичного обслуговування населення та іншими членами колективу, які не згодні з його рішеннями або методами роботи.

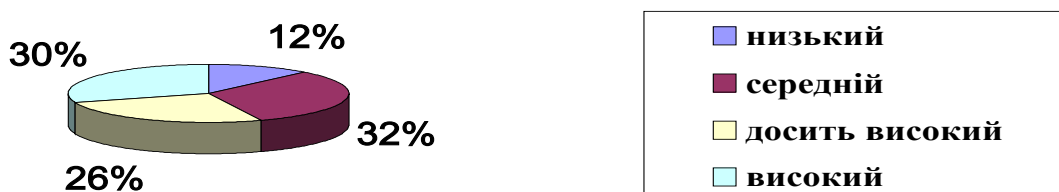


Рис. 2.6. Графік ступеня професійної придатності медичного директора з надання медичної допомоги населенню КНП «ТКМЛ № 2»

Примітка. Самостійно складено автором.

Ми бачимо, що більшість опитаних вважають, що професійний рівень директора КНП «ТКМЛ № 2» та його помічника є досить високим, хоча для підвищення своїх професійних якостей їм необхідно вдосконалювати деякі особистісні якості. Слід зазначити, що апарат управління закладом характеризується перспективним рівнем професійної компетентності, що позитивно позначається на роботі закладу охорони здоров'я та позитивно впливає на управління персоналом та його поведінку.

В рамках іспиту на придатність до практичної діяльності було проведено оцінку особливостей та типів особистісних відносин керівників при виконанні ними професійних обов'язків з урахуванням стилю керівництва та методів управління.

Стиль керівництва – «це відносно стійка система способів, методів і форм, яка характеризує особливості практичної діяльності керівників підприємств, їх індивідуальний стиль керівництва. Вираження стилю керівництва в реальних умовах визначається об'єктивними і суб'єктивними факторами: конкретними завданнями і функціями колективу, змістом і умовами праці, індивідуальними якостями і досвідом керівника і т.д.» [50].

У результаті проведеного аналізу можна зробити висновок, що: директор КНП «ТКМЛ № 2» може успішно виконувати управлінські функції завдяки своїм індивідуально-психологічним особливостям; їх робота характеризується демократичним стилем керівництва; заступнику слід звернути увагу на поліпшення особистісних якостей.

В рамках дослідження глобального показника, що враховує форми і методи управління дисциплінарними відносинами і поведінкою персоналу, було проведено дослідження соціально-психологічного клімату (СПК). При більш детальному розгляді факторів, що впливають на характер взаємин всередині колективу, можна виявити, що високий відсоток тих, хто вважає, що, виконуючи встановлені заплановані завдання, колектив намагається враховувати і інтереси індивіда, коли мова заходить про завдання колективу (табл. 2.9).

Таблиця 2.9.

**Розподіл відповідей на запитання: «Які цілі
Чи переслідують їх у команді?»**

Цілі	Число відповідей, (%)
У нашому колективі кожний намагається у своїй роботі здійснити, насамперед, свої власні бажання	26
У нашому колективі вважаються винятково із плановими цілями, на інтереси окремих осіб не звертається увага	23
У нашому колективі цілі визначає тільки маленька група людей	5
У нашому колективі цілі визначає тільки безпосередній начальник	18
Наш колектив здійснює поставлені планові завдання і одночасно намагається брати до уваги інтереси окремих осіб	28

Примітка. Сформовано автором.

Одним з найважливіших факторів для поведінки працівників і для своєчасного виконання ними своїх обов'язків є необхідність повноцінного використання всіх форм влади керівництвом установи. Тому після ретельного аналізу було встановлено, що, на думку персоналу, директор закладу охорони здоров'я впливав на персонал під час розслідування за допомогою судових органів (рис. 2.7). Ця влада ґрунтується на ієрархічній структурі організації, в якій працівники поділяються за організаційним рівнем, мають довіру і визнають, що керівник має право приймати рішення, віддавати накази, віддавати накази, керувати підлеглими і виконувати свій обов'язок.

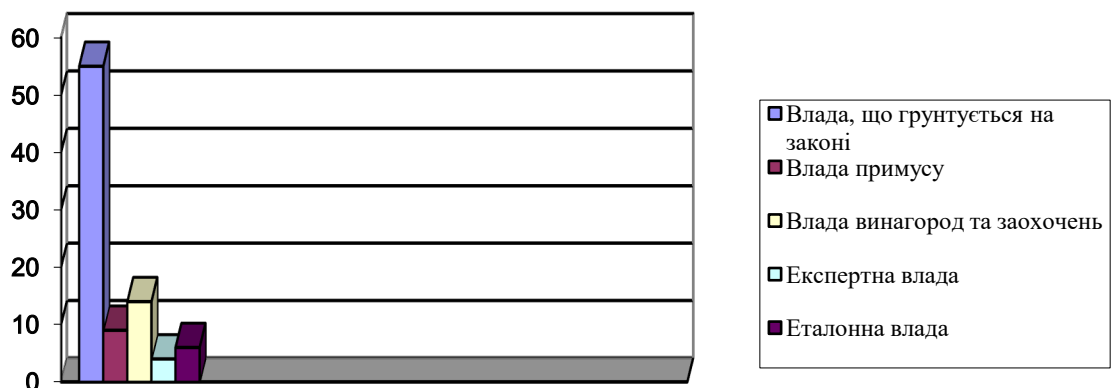


Рис. 2.7. Форма певної влади, яка має місце в закладі охорони здоров'я.

Примітка. Самостійно складено автором.

У ході розслідування ми з'ясували, що на практиці адміністративний апарат Тернопільської міської лікарні №2 найчастіше використовує методи впливу, такі як заохочення, переконання, рідше заохочення. Результати наведені на рисунку 2.8. За словами директора закладу охорони здоров'я, завданням керівництва та працівників відділів кадрів є створення нормальних умов життєдіяльності працівників на заміну їх ефективної та якісної роботи. Кінцева мета - не обмежити дохід людини, а сприяти задоволенню престижних матеріальних цінностей. В результаті ми спостерігали деякі суперечності в розумінні методів і форм управління поведінкою персоналу і дисциплінарними відносинами в досліджуваному медичному центрі.

Цікаво, що плинність кадрів відіграє значну роль у дисциплінованій поведінці працівників. Міський департамент охорони здоров'я враховує лише фактичну оплату, що становить мізерний відсоток. Однак факт «прихованого обертання» ігнорується. Про приховане виснаження свідчить кількість респондентів, які вже замислювалися про зміну роботи (45%), хоча 55% працівників не мають на це підстав. Цей висновок підтверджується результатами дослідження продуктивності, представленими в таблиці. 2.10.

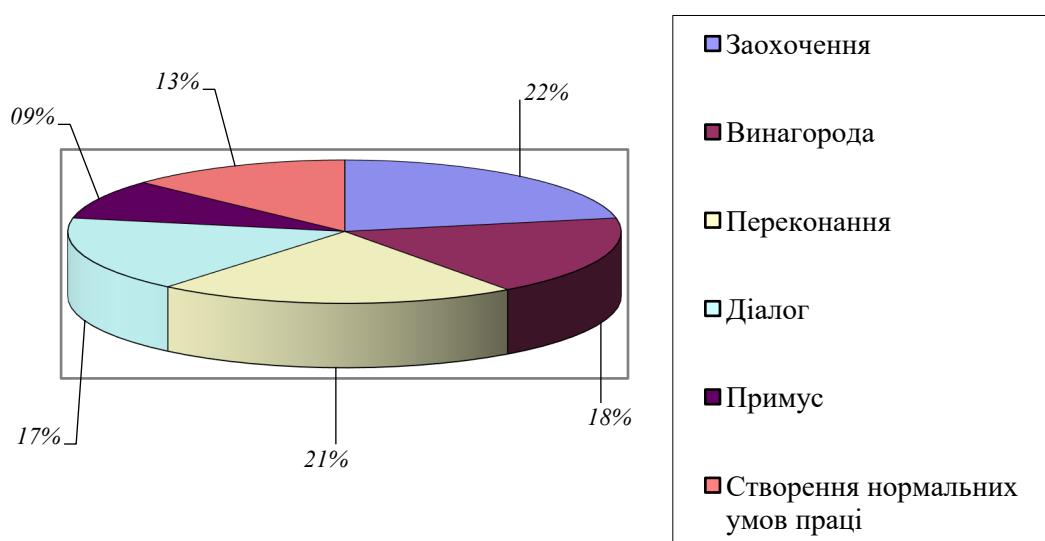


Рис. 2.8. Методика ведення дисциплінарних справ у Тернопільській міській лікарні №2

Примітка. Самостійно складено автором.

Таблиця 2.10.

Розподіл відповідей на питання: «Чи замислювалися ви коли-небудь про зміну роботи?»

	Число відповідей, (%)
Так, думаю	0
Так, уже давно, але не вирішив до кінця	23
Так, але тільки, коли сильно розлючуся	22
Ні, у мене немає на це ніяких причин	55

Примітка. Сформовано автором.

Характер взаємин членів колективу в цілому складається з взаємин керівника і підлеглих і підлеглих один з одним. Результати тесту показують, що більшість співробітників задоволені ставленням керівника до колективу (рис. 2.9.), і тому ми можемо очікувати середовища, сприятливого для діяльності співробітників команди та їх позитивної поведінки. Однак наявність деякої незадоволеності (22%) може призвести до конфліктних ситуацій і помилок у поведінці співробітників.

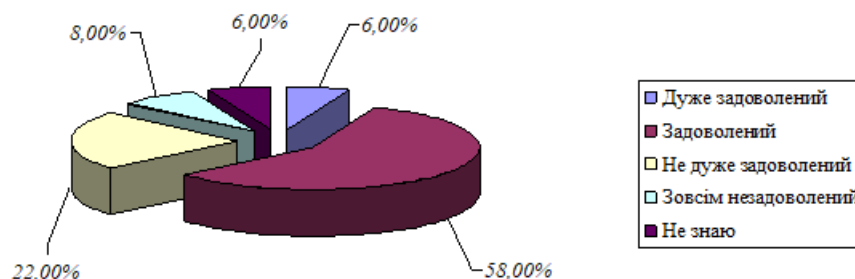


Рис. 2.9. Рівень задоволеності ставленням керівника до колективу.

Примітка. Самостійно складено автором.

Вивчення поведінки працівників неможливе без детального вивчення взаємин між членами групи. Наприклад, ми з'ясували, що працівники визначають стосунки як дружні та довірчі (рис. 2.10.), проте значний відсоток опитаних виділяє відсутність довіри у відносинах, що може бути пов'язано з неадекватним ставленням до іншого, домінуванням нездорового духу суперництва.

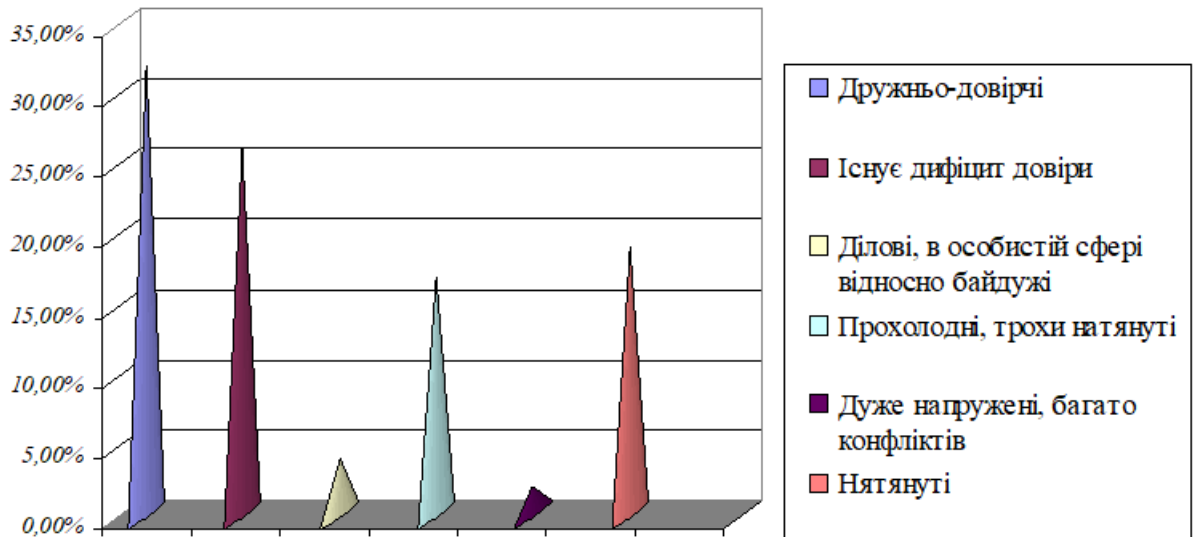


Рис. 2.10. Огляд дослідження якісних показників взаємовідносин у колективі КНП «ТКМЛ № 2»

Примітка. Самостійно складено автором.

Вивчення соціально-психологічного клімату показує, що психологічне становище колективів в цілому сприятливе, що добре видно на діаграмі відносних оцінок соціально-психологічного клімату в колективі лікарні міста Тернополя №2, яка була складена на основі порівняння даних, отриманих в процесі дослідження, з нормативними оцінками, характерними для нормальної соціально-психологічної ситуації (рис. 2.11).



Рис. 2.11. Схема оцінки соціально-психологічного клімату серед персоналу Тернопільської міської лікарні №2.
Примітка. Самостійно складено автором.

Оцінка соціально-психологічного клімату є «важливим показником, що характеризує рівень розвитку в групі, а також здатність керівника формувати стабільний колектив. Оцінка соціально-психологічного клімату є визначальною для всіх складових оцінки характеристик керівника та їх впливу на поведінку працівників» [35].

Згідно з проведеними дослідженнями, спектр форм і методів поводження з дисциплінарними відносинами обмежений і недостатній для ефективного управління поведінкою персоналу, чому також сприяє ряд факторів, таких як: недоліки в організації праці, умови праці, що зобов'язують працівника порушувати дисципліну, оплата праці, що не спонукає до виконання певних функцій, горушенню дисципліни сприяють також протиріччя між нормами закону і дійсними нормами, за якими формуються умови праці, кваліфікованих і некваліфікованих працівників, інтересами трудового колективу.

Висновки до розділу 2

КНП "Тернопільська комунальна міська лікарня №2" - це медичний заклад, який працює відповідно до українського законодавства про медичну допомогу та свого статуту. Медичний заклад дотримується Конституції України, Господарського і Цивільного кодексів України, законів України, рішень Верховної Ради України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України, які обов'язкові для всіх медичних закладів, наказів та розпоряджень МОЗ України. Виконавчих органів, а також рішень місцевих органів виконавчої влади та самоврядування. За результатами аналізу системи та механізмів управління дисципліною та поведінкою персоналу в КНП "ТКМЛ № 2" можна зробити висновок про низький рівень організації праці, що свідчить про неефективність організаційно-функціонального механізму контролю за поведінкою працюючих на підприємстві. управління охороною здоров'я, зокрема, у сфері людських ресурсів.

Чисельність працівників КНП «ТКМЛ № 2» визначається директором підприємства на власний розсуд на підставі фінансового плану підприємства, погодженого в установленому законодавством та Статутом порядку, з урахуванням необхідності створення належних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги.

Професійна дисципліна в закладі охорони здоров'я забезпечується методами переконання і заохочення сумлінної праці. Порушення дисципліни каратимуться дисциплінарними та публічними санкціями. Усі питання, пов'язані із застосуванням регламенту, вирішуються директором підприємств охорони здоров'я, а у випадках, передбачених чинним законодавством і правилами процедури, спільно або за взаємною згодою з Комітетом Співки. Коефіцієнт трудової дисципліни становить 40 відсотків, що не вважається еталоном інституту, який повинен служити орієнтиром для дотримання трудової дисципліни і діючих нормативних актів, і вимагає прийняття заходів щодо вдосконалення механізму управління трудовими відносинами.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ДИСЦИПЛІНАРНИМИ ВІДНОСИНАМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Напрямки впровадження лікарського самоврядування як інструмента управління дисциплінарними відносинами в закладі охорони здоров'я

Незважаючи на активний процес реформування, український сектор охорони здоров'я все ще стикається з низкою проблем, пов'язаних з неефективним використанням людських ресурсів у сфері охорони здоров'я, низькою кваліфікацією медичного персоналу, значним старінням медичного персоналу та відсутністю мотивації до ефективної та продуктивної роботи. Одним із шляхів вирішення цих проблем є децентралізація охорони здоров'я та запровадження професійної медичної автономії, що сприятиме впровадженню демократичних перетворень та покращенню управління дисциплінарними відносинами в закладі охорони здоров'я.

Медичне самоврядування - це «професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я, яке гарантується наданим державою праву лікарям самостійно вирішувати проблеми своєї професійної діяльності і яке здійснюється шляхом створення автономних організацій лікарів у встановленому законодавством порядку. Вони виконують важливі регулюючі функції (сертифікація навчальних програм, ведення медичного реєстру, надання та припинення права на практику, підвищення кваліфікації лікарів тощо)» [2]. Генеральна Асамблея Всесвітньої медичної асоціації наголошує, «що без автономії медичного персоналу, (лікарі, медсестри, фармацевти), неможливо ефективно захистити права пацієнтів» [14]. «Надаючи лікарям професійну незалежність і свободу у здійсненні медичної діяльності, суспільство створює необхідні умови для формування найкращої системи охорони здоров'я для своїх громадян, що в свою чергу робить значний внесок

у національний розвиток і національну безпеку» [14].

До основних переваг медичного самоврядування можна віднести: 1) «звільнення від влади та органів влади від вирішення проблем, пов'язаних з організацією якісних медичних послуг (якість досягається за рахунок самоконтролю та особистої відповідальності); (2) розвиток регіональної мережі автономних організацій для підтримки професійної діяльності лікарів на місцевому рівні; 3) Розширити можливості для лікарів щодо обміну досвідом та знаннями з колегами в сусідніх країнах у контексті співпраці з міжнародними автономними організаціями» [14].

Сьогодні практично у всіх розвинених країнах світу основне місце в організації медичної практики традиційно займають автономні національні організації (асоціації, асоціації, медичні асоціації, стайні, медичні коледжі та ін.), «які несуть повну відповідальність перед державою і суспільством за якість медичної допомоги, професійну підготовку лікарів і дотримання правил лікарської етики, забезпечення безпеки та прав пацієнтів» [42].

Крім традиційних автономних медичних організацій, існують також міжнародні медичні асоціації, такі як: «Всесвітня медична асоціація, *Всесвітня організація національних коледжів і академій (WONCA)*, Європейський союз медичних фахівців, Постійний комітет європейських лікарів, Європейська *академія професорів* медицини та Європейської академії медицини., Асоціації європейських шкіл громадського здоров'я, Європейської мережі оцінки здоров'я (*European Network for Health Technology Assessment*) та ін. Існування та діяльність цих організацій свідчать про важливу діяльність громадського руху лікарів та його роль у покращенні охорони здоров'я та розвитку охорони здоров'я у світі загалом та в Європі зокрема» [42].

На Всесвітніх медичних *асамблеях Всесвітньої медичної асоціації* приймаються важливі рішення щодо впровадження та розвитку медичного самоменеджменту в усьому світі.

«У жовтні 1987 р. 39-та Всесвітня медична асамблея прийняла «Мадридську декларацію», в якій наголошувалося на необхідності

самоуправління медичною професією та встановлення професійної автономії» [42]. Основні принципи медичної автономії, закладені в документі, покликані максимально задовольнити потреби пацієнтів та захистити права медичного персоналу. Як наслідок, усі країни-члени ЄС прийняли закони, які роблять медичну автономію питанням медичної автономії. Делеговано низку важливих регуляторних функцій у сфері охорони здоров'я та окреслено основні організаційні засади медичної практики.

У 2008 році 59-та Всесвітня медична асамблея прийняла Сеульську декларацію «Про професійну медичну автономію та клінічну незалежність», яка «визнає важливість професійної медичної автономії та незалежності при прийнятті клінічних рішень, які повинні зберігатися не тільки як невід'ємна частина якісної медичної допомоги, а отже, корисні для пацієнта, але і як основний принцип медичної практики» [42].

Після прийняття Всесвітньою медичною асамблеєю Сеульської декларації значна частина африканських країн Європейського Союзу, Північної та Південної Америки, Південної та Східної Азії прийняли закони, які передають регулюючі функції в управлінні системою охорони здоров'я медичній автономії., в якому викладені принципи організації медичної практики [42].

За кордоном є великий досвід у сфері медичної автономії. Практично у всіх державах-членах ЄС існує орган, який регулює основні положення функціонування медичного самоврядування. Медичне самоврядування в Німеччині, наприклад, здійснюється двома окремими структурами: Медичною асоціацією і Орденем стоматологів. Німецька медична асоціація є одним із найпотужніших і найшанованіших медичних товариств у світі. Вона представляє інтереси понад 470 000 осіб. Це центральна організація автономної медичної системи країни.

Всі лікарі в Німеччині є членами Німецької медичної асоціації в силу обов'язкового членства в одній з державних палат. Вони працюють відповідно до законодавства країн у сфері медичної практики, активно співпрацюють

один з одним, обмінюються досвідом та координують спільні дії. Обов'язкове членство на одному з медичних факультетів супроводжується сплатою членських внесків (близько 0,6% від доходу лікаря). Політичні інтереси лікарів фіксують і контролюють їх діяльність, забезпечуючи при цьому максимально високі стандарти етики і медичної науки. Вони також відповідають за організацію, регулювання та підтримку професійного розвитку та безперервної освіти лікарів.

Основними завданнями медичних товариств на материку є: 1) гласність; 2) професійне та політичне представництво лікарів в інших сферах (медіа, експертиза, підтримка Національної служби здоров'я, співпраця з міжнародними партнерами та органами охорони здоров'я); 3) соціальні питання (наприклад, медичні пенсії).

Основним принципом діяльності автономних медичних організацій у Німеччині є «забезпечення якості медичної допомоги, тобто захист інтересів професії, суспільства та пацієнтів. Це звільняє державу та уряд від багатьох організаційних проблем, а суспільство є компетентним партнером у забезпеченні якості медичних послуг та системи охорони здоров'я в цілому (через саморегуляцію та особисту відповідальність)» [42].

Будучи членом незалежної медичної організації, німецькі лікарі мають широкі можливості для обміну досвідом і знаннями з колегами в сусідніх країнах і співпраці з міжнародними автономними організаціями.

У Чеській Республіці медичне самолікування здійснюється через три медичні табори: медичну асоціацію, стоматологічний кабінет і фармацевтичну комору.

Важливість чеської комори полягає в тому, що представництво на конференції, яка обирає керівні органи головної палати, складається як з регіональних комор, так і зі спеціалізованих асоціацій.

Основними обов'язками Палати є: 1) «забезпечення професійного виконання своїх функцій та дотримання правил етики та порядку Палати всіма її членами; 2) забезпечення професійної компетентності членів та

забезпечення дотримання умов медичних, стоматологічних та фармацевтичних професій відповідно до конкретних правил, 3) оцінка та захист професійних прав та інтересів членів; 4) захист професійного статусу членів; 5) Вести реєстр учасників» [35].

Особливістю медичного самоврядування в Словаччині є те, що представництво в медичних автономних організаціях структурно базується як на територіальній основі (Словацька медична асоціація та її територіальні підрозділи), так і на принципі формування секцій у межах сфер діяльності (кафедра гігієни та епідеміології, кафедра клінічної біохімії, кафедра патологічної анатомії, кафедра ядерної медицини, кафедра нейрохірургії, секція неонатології, секція онкології, секція клінічної мікробіології та ін.) [42].

Ще однією особливістю словацького медичного самоврядування є добровільне членство в коморі, яке може бути надано будь-якому лікарю з вищою або медичною освітою. При цьому до комори можуть приєднатися і лікарі, які не практикують у Словаччині. Стати членом комори можна, зареєструвавшись в Медичному реєстрі за бажанням лікаря.

У Польщі створено одну централізовану медичну асоціацію, якої повинні дотримуватися всі лікарі, що практикують медичну професію в Польщі. Жоден закон у сфері охорони здоров'я не може бути прийнятий без схвалення парламенту. Палата також має право видавати ліцензії лікарям з інших країн на оцінку відповідності медичним ступеням. Палата представників може відкликати ліцензію на медичну практику.

У США і Канаді відсутня централізована або добре організована система медичного самоврядування, але існує понад 200 професійних медичних організацій з різними ролями і функціями. Однак небагато організацій мають належний юридичний статус і повноваження. Комітет зв'язку з медичною освітою (LCME) та Американська остеопатична асоціація (AOA) визнані Міністерством освіти США як органи з акредитації програм медичної освіти для отримання ліцензій доктора медицини (MD) та доктора остеопатичних (остеопатів).

Федерація державних лікарських товариств і державні лікарські товариства несуть відповідальність за видачу ліцензій на медичну практику. Управління по боротьбі з наркотиками (DEA) дозволяє лікарям призначати контрольовані речовини. Фактично ці 4 організації, а точніше 54 (існує 50 державних медичних асоціацій), є «єдиними автономними медичними організаціями, які мають підтримку і визнання на федеральному рівні. Всі інші організації надають інформаційну підтримку лікарям, розробляють освітні проекти, надають юридичну підтримку, розробляють етичні медичні стандарти» [13].

Хоча в кожній країні існує своя специфічна практика організації лікарського самолікування, їх можна розділити на 4 основні групи:

До першої групи входять 17 країн Центральної та Східної Європи: Австрія, Люксембург, Німеччина, Словенія, Албанія та інші країни, де діють медичні асоціації (ZEVA). Для цих країн характерні моделі, які вперше були представлені в Німеччині та Австрії. Для цих моделей характерні: обов'язковий характер членства лікарів у службах, передача майже всіх компетенцій, пов'язаних з медичною професійною діяльністю, від держави до автономних організацій, спеціальний закон про самоврядування;

Другу групу складають 17 країн Західної та Південної Європи, включаючи Францію, Італію та Іспанію, де діє Європейська рада медичних асоціацій (CEOM). Слід зазначити, що деякі автономні медичні організації, наприклад у Німеччині, Австрії та Румунії, є членами обох асоціацій: ZEVA та CEOM. Як наслідок, існує певна конкуренція між національними автономними організаціями цих країн. Крім того, закони, що регулюють процес лікарського самоуправління, певною мірою відрізняються, хоча ці аспекти принципово не впливають на характер лікарського самоуправління як такого;

Третю групу складають Великобританія, Скандинавські держави і країни Балтії, які традиційно сформували певні системи регулювання і саморегулювання медичної практики, тобто не мають загальних асоціацій.

Наприклад, у Великій Британії членство в автономній медичній організації (Royal Collegium) не є обов'язковим, але якщо лікар не є членом цієї організації, він не може виконувати свої професійні обов'язки. У країнах Балтії існують ліки, пов'язані з певними медичними навичками в області самостійного прийому. Особливістю автономних медичних організацій у скандинавських країнах є те, що, крім основних функцій, вони виконують ще й функцію профспілок: відповідають за фінансовий захист своїх членів [1]; четверта група - США. Американська система самоврядування відрізняється від європейської в ряді аспектів, наприклад, в тому, що стосується функції ліцензування, яка не здійснюється федеральним урядом, а є відповідальністю земель. Таким чином, Американська медична асоціація не видає ліцензії на медичну практику, але підтверджує постійний професійний розвиток лікаря, без якого він не може отримати право на практику від державних органів. Американська медична асоціація також не має обов'язкового членства, але фактично під неї потрапляє понад 90% лікарів.

Аналіз світового досвіду показав, що самоменеджмент медичного персоналу є незамінною та корисною моделлю управління охороною здоров'я і що його реалізація має бути невід'ємною складовою реформи національної системи охорони здоров'я та невід'ємною складовою державної політики у сфері охорони здоров'я. Водночас, важливо підтримувати кращі традиції вітчизняного ділового спілкування, використовуючи передовий зарубіжний досвід для функціонування автономних медичних організацій [18, с. 6].

Проведений аналіз дозволив сформулювати основні завдання лікарського самоврядування: 1) «ліцензування та нагляд за належним і сумлінним здійсненням лікарської практики;» інтеграція лікарів в одному медичному просторі; 3) реалізація політики співробітництва між охороною здоров'я, лікарями та пацієнтами; 4) встановити етичні та деонтологічні принципи медичної практики, обов'язкові для всіх лікарів; 5) впливати на стан громадського здоров'я, політику в галузі охорони здоров'я та сприяти ефективному використанню ресурсів охорони здоров'я; 6) організовувати

співробітництво з науковими товариствами, національними та зарубіжними університетами тощо» [2]

Вищезазначені функції виконує медичний автономний уряд: (1) шляхом надання права на медичну практику; 2) вести медичну документацію; 3) обговорення умов працевлаштування та оплати праці лікарів; 4) нагляд за належним і сумлінним виконанням лікарем професійних обов'язків; 5° встановлення чітких критеріїв (індикаторів) якості медичної допомоги; 6) притягнення лікарів до дисциплінарної відповідальності; 7) сприяння професійному розвитку лікарів; 8) атестація та атестація лікарів, ліцензія на медичну практику та участь в акредитації закладів охорони здоров'я; 9) участь у процедурах відбору на керівні посади у сфері охорони здоров'я; 10) організація розгляду та обговорення загальних розпорядчих документів державного управління, зокрема тих, що стосуються розвитку служби охорони здоров'я та здійснення лікарем професійних функцій, 11) контроль за використанням лікарських засобів та медичної реклами, 12) прийняття та дотримання етичних принципів, що застосовуються до всіх лікарів, 13) встановлення обмежень та контроль за дотриманням лікарської таємниці; 14) організація співробітництва з органами державної влади, політичними організаціями, профспілками та іншими громадськими організаціями у сфері охорони здоров'я населення та умов здійснення професійної діяльності лікаря; 15) надавати медичну інформацію лікарям у розумні строки; 16) розроблення національної стратегії інформування громадськості про події в Здоров'я; 17) визначення кваліфікації лікаря; надання права на медичну практику громадянам інших держав.

Медичне товариство України (АУСП) – «найстаріша і найбільша організація в нашій країні, яка об'єднує представників медичної професії з усіх регіонів України. ВоноТ вважається спадкоємицею традицій Українського медичного товариства (Рутена) у Львові, заснованого у 1910 році, та Асоціації лікарів України, заснованої в Києві у 1917 році» [32].

Основними цілями АУСП є: 1) сприяння захисту та зміцненню здоров'я українського народу; 2) розвиток вітчизняної медичної науки; 3) участь у

вирішенні медичних проблем; 4) сприяння професійному розвитку медичних працівників та їх правовому і соціальному захисту; 5) задоволення своїх законних соціальних, економічних, творчих та інших спільних інтересів.

Завданнями АУСП є: 1) сприяння моральному, культурному та національному відродженню української медицини та всього українського народу; 2) підвищення загальнодержавного і соціального значення медичної професії, сприяння відродженню її авторитету і престижу, сприяння підвищенню рівня і якості медичної допомоги всім верствам населення; 3) підвищення професійного рівня українських лікарів шляхом підвищення їх кваліфікації та практичних навичок, удосконалення медичної освіти, розвитку творчого потенціалу, реалізації права кожного на інтелектуальну працю та її результатів; 4) сприяти формуванню сфер інтересів у галузі медичної науки, організувати та брати участь у наукових дослідженнях з актуальних проблем у галузі медицини та охорони здоров'я, а також застосовувати на практиці свої досягнення; 5) захист інтересів членів АУСП в органах державна влада та державне управління; Забезпечити правовий захист своїх громадянських, академічних, соціальних та економічних інтересів.

Протягом багатьох років VULT активно працює над впровадженням медичного самоврядування, розвитком професійної автономії та професійної відповідальності лікарів. Оскільки в нашій країні вже розпочато серйозне реформування системи охорони здоров'я, то законодавче запровадження медичної автономії є проблемою, що виникає.

Саме тому наразі в Україні відсутній єдиний нормативно-правовий документ, який би описував правовий статус автономних медичних організацій та визначав їх місце серед інших питань державної політики у сфері охорони здоров'я. У цьому контексті особливо важливим є створення відповідної нормативно-правової бази функціонування автономних медичних організацій, яка встановлює механізми державної політики щодо захисту прав медичного персоналу та забезпечує правове підґрунтя для створення взаємоузгодженої комплексної системи соціальних гарантій для пацієнтів та

лікарів.

Запровадження медичного самоврядування в Україні дозволить значно скоротити обіг паралельних коштів у сфері охорони здоров'я, звільнити пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій та представників нетрадиційної медицини, забезпечити контроль медичної реклами, створити необхідні умови для надання якісної медичної допомоги, забезпечити практичне обґрунтування прибутковості функціонування деяких закладів охорони здоров'я. Він дозволить виявити потребу у лікарях різних спеціальностей, налагодити ефективну систему страхування професійної відповідальності для лікарів та медичного страхування громадян, а також допоможе вирішити інші важливі медико-соціальні проблеми.

Діяльність громадських і автономних організацій є справжнім індикатором процесу становлення громадянського суспільства і демократизації політичного і соціального ладу держави. І чим ефективнішою буде їхня робота, тим повнішим і сильнішим буде громадянське суспільство.

3.2. Громадський моніторинг та контроль як інструмент вдосконалення управління дисциплінарними відносинами в закладі охорони здоров'я

Одним із напрямів сучасної модернізації та покращення управлінської дисципліни в сфері охорони здоров'я є зміцнення державного сектору у реалізації медичної реформи, особливо щодо громадського нагляду та оцінки якості медичних послуг. Передбачається, що це сприятиме подоланню корупційних та інших негативних явищ.

З системної точки зору, медичні заклади є частиною більшої системи, а саме охорони здоров'я. Ось визначення терміна «система охорони здоров'я», прийняте в Талліннській хартії в 2008 році: «У політичних та інституційних межах країни система охорони здоров'я є сукупністю всіх державних і приватних організацій, установ, структур і ресурсів, які спрямовані на збереження або відновлення здоров'я людей. Системи охорони здоров'я

забезпечують надання індивідуальних послуг та послуг на рівні громади» [2]

Насправді процеси поліпшення, підтримання або відновлення здоров'я людей, а також надання індивідуальних і державних послуг здійснюються медичними установами.

Медичний заклад - це соціальна система, складний організм, в якому переплітаються інтереси індивідів і груп, законодавчі вимоги і неформальні заходи, жорсткі методи управління людськими ресурсами, інноваційні елементи. Тому в контексті реформування системи охорони здоров'я перед фахівцями високого рівня в медичних закладах постають важливі завдання, пов'язані з належним функціонуванням медичних закладів та їх працівників (з точки зору: їх нормативно-правових актів; інформації, документації та допомоги з аналізом; контролю за виконанням завдань працівниками; інформування громадськості про діяльність закладу, і т.д.). Підґрунтям для вдосконалення діяльності медичних закладів сприятиме підвищення якості медичної допомоги та медичних послуг, які вони надають. Виявленню проблемних проблем у роботі медичних закладів та визначенню напрямів для вдосконалення сприяє громадський моніторинг та контроль.

Для розкриття змісту поняття «громадський контроль» визначимо його як суспільно-політичне явище. На думку українського вченого Демківа І.О. Громадський «контроль є інструментом громадської оцінки виконання суспільних завдань органами державної влади та іншими підконтрольними об'єктами. Цей контроль є невід'ємною складовою державного управління і є незамінним фактором для розвитку суспільства в умовах розвитку демократичної, соціальної і правової держави» [25].

Нетудихата К.Л. визначає «громадський контроль як систему відносин між громадянським суспільством і державою. Система ґрунтується на підзвітності органів виконавчої влади держави, державним законодавчим органам (парламентський контроль) та неурядовим структурам («третій сектор» та засоби масової інформації)» [43]. Таким чином, громадський контроль сприяє становленню громадянського суспільства, в якому дійсно

гарантуються права і свободи всіх індивідів і громадян, а об'єктом контролю є влада.

Логіку такого висновку можна побачити в «думках деяких українських експертів і політиків, які намагаються розширити поняття громадського контролю, при цьому скоріше формалізувавши вимоги до своїх. Саме тому законопроектом «Про державний контроль», розробленим Всеукраїнською громадською організацією «Громадський контроль», пропонується здійснювати контроль не лише за органами державної влади та місцевого самоврядування, а й за комерційними підприємствами, незалежно від організаційно-правових та майнових форм, установами, організаціями та їх посадовими особами.

Громадський контроль «є формою участі громадськості в управлінні, спрямованою на підвищення ефективності діяльності органів державної влади, підприємств, установ та організацій, що надають соціальні послуги» [39].

Тому бажано здійснювати офіційний контроль за роботою медичних закладів. До переваг громадського контролю можна віднести:

– усунення та попередження явищ і процесів, що призводять до розбіжностей між поставленими перед медичними закладами завданнями та результатами їх виконання (неефективне виконання завдань, недостатній професіоналізм та кваліфікація персоналу, брак фінансових ресурсів або нецільове привласнення коштів, корупція, організація непрозорих тендерів на закупівлю лікарських засобів, організація непрозорих тендерів на закупівлю лікарських засобів, закупівля лікарських засобів, закупівля лікарських засобів, затвердження загальнодержавних та регіональних програм в інтересах лікарських засобів). групи інтересів, зокрема фармацевтичні компанії тощо). Так, «згідно з опитуваннями в Україні, лікарі вважаються однією з найбільш корумпованих груп населення. З іншого боку, експерти вказують на нераціональне використання ресурсів у цій сфері, незадовільний стан інфраструктури та обладнання, сумнівну якість ліків та ненадійний контроль інфекцій – фактори, які значно підвищують ризик виникнення побічних ефектів у сімейній медицині» [43];

– Удосконалити роботу медичних закладів та їх персоналу з урахуванням зауважень та пропозицій громадськості.

Громадська оцінка роботи медичних закладів створить необхідні умови для впровадження механізмів управління якістю в медичних закладах, за рахунок «гармонійного поєднання всіх її складових: якості медичного персоналу; якості медичних технологій та приладів; якості процесу догляду (від огляду та діагностики пацієнта, через лікування та реабілітацію, до профілактичних заходів); якості лікарських засобів; якості організації медичної практики; якості медичних процедур; якості медичної інформації; якості законодавства про охорону здоров'я» [35].

Під громадським контролем за роботою медичних закладів розуміють систему заходів, спрямованих на виявлення порушень медичними закладами та їх працівниками в законодавстві, що гарантує права, інтереси і свободи громадян у сфері охорони здоров'я медичними закладами та їх працівниками.

У зв'язку з пильною увагою громадськості до роботи медичних закладів регулюється робота зі зв'язків з громадськістю з точки зору прозорості та прозорості роботи медичних закладів та їх адміністративних послуг, їх взаємовідносин з громадськістю, утвердження принципів верховенства права.

Участь громадськості в обговоренні найактуальніших питань у сфері охорони здоров'я, а також у процесі оптимізації діяльності медичних закладів є об'єктивно необхідною, адже населення бере безпосередню участь у впровадженні медичних реформ, відстоює свої інтереси та сприяє покращенню роботи медичних закладів.

Сьогодні інститути громадянського суспільства не лише вивчають результати медичної реформи, а й цікавляться такими питаннями, як модернізація роботи медичних закладів, кадрові зміни, верховенство права посадовими особами українського сектору охорони здоров'я тощо. Тому ефективна взаємодія між медичними закладами та інститутами громадянського суспільства має ґрунтуватися на застосуванні різних форм громадського контролю, зокрема громадського контролю.

Громадський контроль має бути системним і комплексним процесом, який здійснюється безперервно. З цієї причини офіційне здійснення контролю за роботою медичних закладів інститутами громадянського суспільства набуває особливого значення та змісту, адже за допомогою такого зворотного зв'язку з громадськістю (споживачами медичних послуг, окремими групами населення на даній території тощо), іншими суб'єктами контролю у сфері охорони здоров'я, медичними закладами та їх працівниками.

Під громадським контролем за роботою медичних установ розуміють систематичний і безперервний процес, що включає спостереження за діяльністю медичних установ та їх працівників соціальними установами з метою визначення якості прийнятих рішень, оцінки ступеня дотримання дисципліни та законності працівників. Виявити ризики порушення прав та інтересів споживачів медичних послуг, надати рекомендації щодо оптимізації роботи медичних закладів та підвищення конкурентоспроможності.

Метою державного нагляду є діяльність медичних установ та їх працівників.

«Об'єктами громадського контролю за роботою медичних закладів можуть бути різні інститути громадянського суспільства, діяльність яких регулюється чинним законодавством України, а саме: громадські організації, аналітичні центри, моніторингові комітети, профспілки, політичні партії, громадські ради, засоби масової інформації тощо»[34] .

Громадський контроль за роботою медичних закладів стосується діяльності цих закладів та їх працівників, ступеня ефективності прийняття рішень та виконання управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, ступеня дотримання дисципліни та законності персоналу медичних закладів. Тощо.

Основні завдання громадського нагляду за роботою медичних закладів полягають у наступному (рис. 3.1).

У нинішніх ринкових умовах підвищення високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів є для них особливо актуальною темою. Для пояснення теми конкурентоспроможності медичних закладів

скористаємося літературою [25], автори якої стверджують, що «основними факторами конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є: «медична ефективність, тобто медична ефективність, тобто медична ефективність. здатність повною мірою задовольняти потреби споживачів, пропонуючи повний спектр високоякісних медичних послуг та адміністративну ефективність, зокрема ефективність адміністративних, фінансових, кадрових, інформаційних та комунікаційних послуг в управлінні закладом, його послугами та ресурсами» [25].

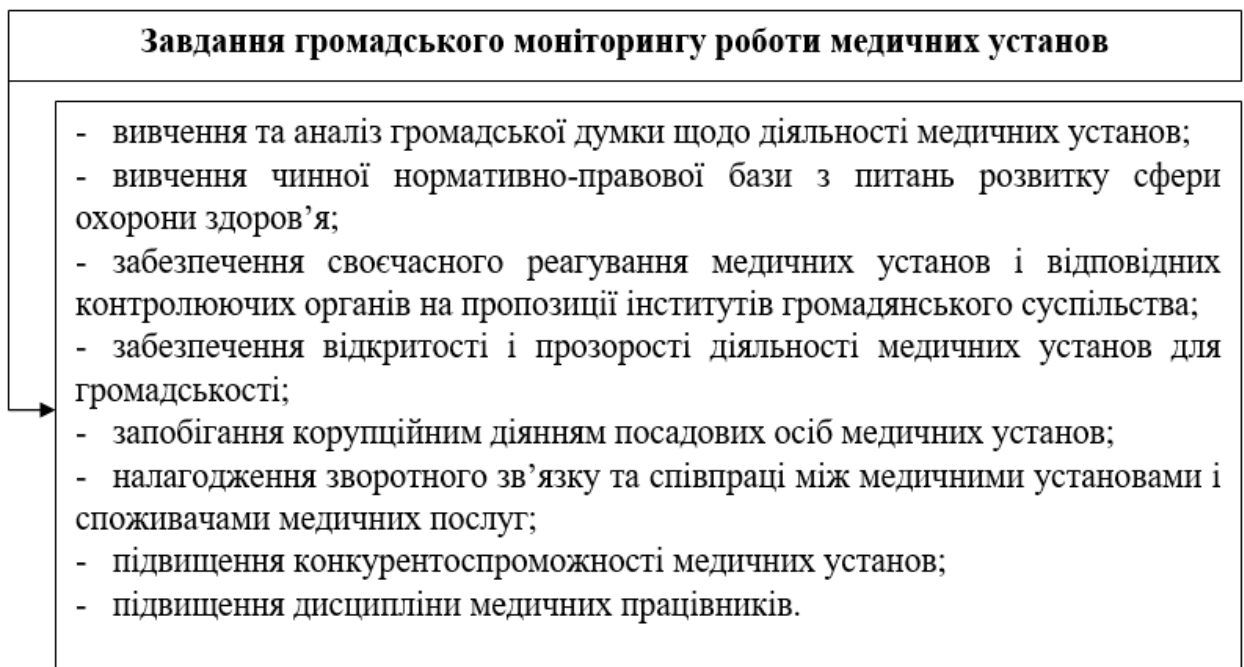


Рис. 3.1. Громадський контроль за роботою медичних закладів

Примітка: Сформовано автором за [25]

Беручи до уваги завдання, визначені для офіційного контролю за роботою медичних закладів, а також те, що медичні установи входять до складу державних органів, цей контроль повинен ґрунтуватися на принципах, викладених на рисунку 3.2 [8].

Крім рисунка 3.2, варто зазначити, що громадський нагляд також функціонує як інструмент громадського контролю, зокрема:

– «Звітність, як інструмент громадського контролю, покликана «дати» в інформаційному просторі конкретну проблему в діяльності медичного закладу

або його працівників;

– Консультації, як інструмент громадського контролю, спрямовані на вивчення громадської думки, врахування та координацію позицій різних суб'єктів;

– Діалог, як інструмент громадського контролю, спрямований на забезпечення обміну думками між зацікавленими сторонами;

– Асоціація, як інструмент громадського контролю, проявляється у спільній відповідальності за прийняті рішення, які стосуються як роботи конкретного медичного закладу, так і сфери охорони здоров'я загалом» [8].

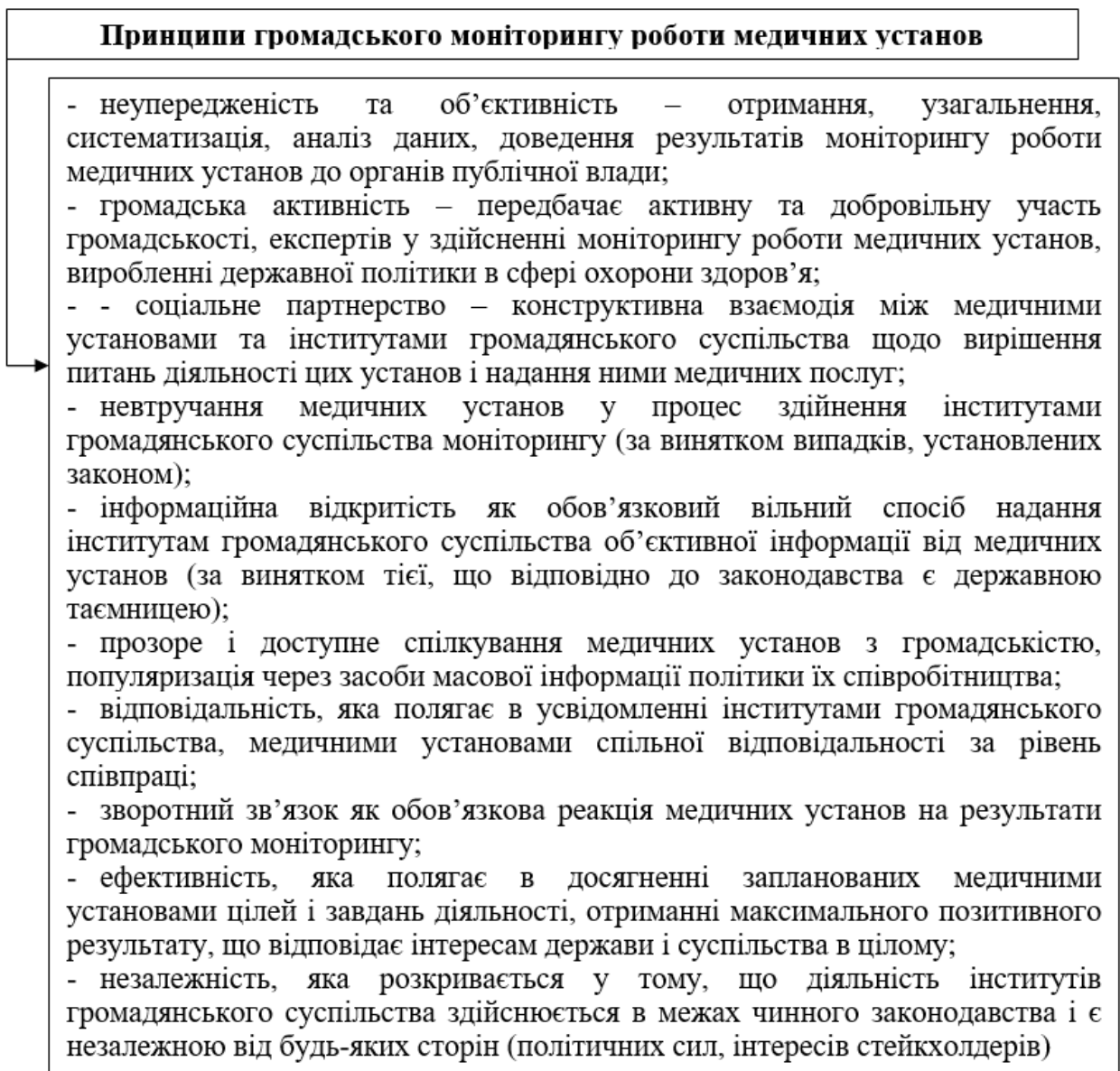


Рис. 3.2. Принципи офіційного контролю за роботою медичних закладів

Примітка: Створено автором за [12]

Результати громадського контролю за роботою медичних закладів мають враховуватися при внесенні необхідних змін та коригувань у роботу цих закладів та їх працівників, використовуючи їх у стратегічному управлінні та плануванні діяльності та дисциплінарних відносин медичних закладів.

Таким чином, активне здійснення громадського нагляду та контролю за роботою медичних закладів стане доказом переходу від моделі централізованого управління сферою охорони здоров'я з боку держави до моделі співпраці, в якій управління системою охорони здоров'я буде продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів) забезпечити, щоб держави-учасниці мали право брати участь у розробці національної моделі медичних послуг, реалізація якої відповідає потребам громадськості та покращує ведення дисциплінарних справ.

Висновки до розділу 3

Тому посилення дисципліни на всіх рівнях управління економікою України, особливо на рівні закладів охорони здоров'я, є державною проблемою. Дисциплінарні умови повинні бути побудовані таким чином, щоб створити сучасний механізм управління. Існує потреба в механізмі, який сприятиме зміцненню дисципліни серед персоналу закладу та врешті-решт створить систему «дисципліни без покарань» та самодисципліни. Як показують наші дослідження, такий механізм можливий і дуже ефективний, про що свідчить підвищення рівня дисципліни в досліджуваному медичному закладі.

Запровадження медичного самоврядування в Україні дозволить значно скоротити обіг паралельних коштів у сфері охорони здоров'я, звільнити пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій та представників нетрадиційної медицини, забезпечити контроль медичної реклами, створити необхідні умови для надання якісної медичної допомоги, забезпечити практичне обґрунтування прибутковості функціонування деяких закладів охорони здоров'я. Він дозволить виявити потребу у лікарях різних

спеціальностей, налагодити ефективну систему страхування професійної відповідальності для лікарів та медичного страхування громадян, а також допоможе вирішити інші важливі медико-соціальні проблеми.

Діяльність громадських і автономних організацій є справжнім індикатором процесу становлення громадянського суспільства і демократизації політичного і соціального ладу держави. І чим ефективнішою буде їхня робота, тим повнішим і сильнішим буде громадянське суспільство.

Результати громадського контролю за роботою медичних закладів мають враховуватися при внесенні необхідних змін та коригувань у роботу цих закладів та їх працівників, використовуючи їх у стратегічному управлінні та плануванні діяльності та дисциплінарних відносин медичних закладів. А активне впровадження громадського нагляду та контролю за роботою закладів охорони здоров'я стане свідченням переходу від моделі централізованого управління сферою охорони здоров'я з боку держави до колаборативної моделі. У цій моделі управління охороною здоров'я буде продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів. Забезпечити, щоб держави-учасниці мали право брати участь у розробці національної моделі медичних послуг, реалізація якої відповідає потребам громадськості та покращує ведення дисциплінарних справ.

ВИСНОВКИ

На даному етапі переходу до ринкових відносин роль робітничого суспільства в зміцненні трудової дисципліни дещо зменшується. Особиста зацікавленість працівника в результатах своєї роботи є першочерговою, а не вимогою товарищкості. З метою забезпечення того, щоб держави-учасниці не були зобов'язані дотримуватися положень цієї Конвенції, держави-учасниці забезпечують, щоб вони мали право виконувати положення цієї Директиви відповідно до положень цієї Конвенції.

Дисциплінарні відносини - це частина трудових відносин, які включають в себе питання права, мотивації, влади, організації управління і т.д. З іншого боку, йдеться про виконання обов'язків працівників та реалізацію прав, закріплених у відповідних законодавчих актах України. Ефективний контроль за поведінкою працівників неможливий без грамотно організованої роботи апарату управління, відповідних методів мотивації, дисциплінарного впливу.

У закладах охорони здоров'я, які в рамках реформи охорони здоров'я були реструктуризовані в КНП, замість єдиної шкали буде запроваджено контрактну систему виплат працівникам та посилено роль колективних договорів, які визначають форми та системи оплати праці, норми праці, рівень фінансового та нефінансового стимулювання. Адміністративні процедури управління закладами охорони здоров'я зазначаються у статуті закладу охорони здоров'я, у регламенті закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів, у робочих листах працівників закладів охорони здоров'я та у правилах внутрішнього трудового розпорядку. З 2019 року вперше визначено повноваження та відповідальність за управління закладами охорони здоров'я: управління покладається на директора, а процес надання якісної медичної допомоги – на медичного директора. Практика стратегічного планування тільки починає впроваджуватися в закладах охорони здоров'я. Посадові інструкції формально відображають питання кваліфікаційних вимог і компетентності медичного персоналу (використовуються типові інструкції).

Положення про посадові інструкції обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медсестер. Коло завдань і обов'язків кожного співробітника можна розширити, доручивши їм передбачувану роботу для різних груп функцій однакової складності, виконання яких не вимагає додаткової спеціалізації або кваліфікації. У закладах охорони здоров'я не проводиться регулярна і формалізована оцінка соціально-психологічного стану медичного персоналу, а також оцінка мотивації персоналу.

Аналіз системи та механізмів управління дисциплінарними відносинами та поведінкою персоналу в КНП «ТКМЛ № 2» свідчить про недостатній рівень розвитку організації праці, що свідчить про неадекватність організаційно-функціонального механізму контролю за поведінкою працівників досліджуваного підприємства. управління охороною здоров'я, наприклад, у сфері людських ресурсів.

Професійна дисципліна в закладі охорони здоров'я забезпечується методами переконання і заохочення сумлінної праці. Порушення дисципліни каратимуться дисциплінарними та публічними санкціями. Усі питання, пов'язані із застосуванням Регламенту, вирішуються директором підприємств охорони здоров'я, а у випадках, передбачених чинним законодавством і правилами процедури, спільно або за взаємною згодою з Комітетом Співки. Коефіцієнт трудової дисципліни становить 40 відсотків, що не вважається еталоном інституту, який повинен служити орієнтиром для дотримання трудової дисципліни і діючих нормативних актів, і вимагає прийняття заходів щодо вдосконалення механізму управління трудовими відносинами.

Тому посилення дисципліни на всіх рівнях управління економікою України, особливо на рівні закладів охорони здоров'я, є державною проблемою. Дисциплінарні умови повинні бути побудовані таким чином, щоб створити сучасний механізм управління. Потрібен механізм, який сприятиме зміцненню дисципліни персоналу медичного закладу і, зрештою, формуванню системи «дисципліни без покарань» та самодисципліни. Як показало наше

дослідження, такий механізм можливий і дуже ефективний, про що свідчить підвищення рівня дисципліни в досліджуваному закладі охорони здоров'я.

Запровадження в Україні медичного самоврядування дозволить значно скоротити обіг паралельних коштів у сфері охорони здоров'я, звільнити пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій та представників нетрадиційної медицини, забезпечити контроль за медичною рекламою, створити необхідні умови для надання якісної медичної допомоги, а також забезпечити практичне обґрунтування життєздатність функціонування окремих закладів охорони здоров'я. Він дозволить виявити потребу в лікарях різних спеціальностей, налагодити ефективну систему страхування професійної відповідальності для лікарів та медичного страхування громадян, а також допоможе вирішити інші важливі медико-соціальні проблеми.

Діяльність громадських і автономних організацій є справжнім індикатором процесу становлення громадянського суспільства і демократизації політичного і соціального ладу держави. І чим ефективнішою буде їхня робота, тим повнішим і сильнішим буде громадянське суспільство.

Результати громадського контролю за роботою медичних закладів мають враховуватися при внесенні необхідних змін та коригувань у роботу цих закладів та їх працівників, використовуючи їх у стратегічному управлінні та плануванні діяльності та дисциплінарних відносин медичних закладів. Активний громадський моніторинг та контроль за роботою закладів охорони здоров'я стане тестом для переходу від моделі централізованого управління сферою охорони здоров'я з боку держави до колаборативної моделі. У цій моделі управління охороною здоров'я буде результатом спільної діяльності широкого кола суб'єктів (держав через відповідні органи державної влади, урядові організації, засоби масової інформації, громадян), а результатом – створення національної моделі охорони здоров'я. Це допоможе задовольнити потреби громадськості та покращити ведення дисциплінарних справ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова І. Теоретико-методичні засади організаційної поведінки персоналу [Електронний ресурс] / І. Абрамова // Економічний форум. - 2022. - № 1. - С. 42-48. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecfor_2022_1_7
2. Августин Р. Р., Демків І. О. Удосконалення системи менеджменту в органах місцевого самоврядування на прикладі управління розвитком локальних інтегрованих структур. *Академічні візії*. 2023. Вип 16. URL: <https://www.academy-vision.org/index.php/av/article/view/403>
3. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250>.
4. Августин Р. Р., Стахів О. В. Управління процесами інтелектуалізації – системна умова розвитку закладів охорони здоров'я. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. 2023. № 37. С. 13-21.
5. Бакка О. Л. Поведінкова економіка і питання мотивування персоналу [Електронний ресурс] / О. Л. Бакка // Вчені записки університету «КРОК». Серія: Економіка. - 2018. - Вип. 2. - С. 5-17. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vzuk_2018_2_3
6. Барабаш О.Т. Дисципліна праці: Навч.посібник. / О. Т. Барабаш // Українська юридична академія. – Харків, 2-14. – 52 с.
7. Башмарін І.В. Сучасні вимоги до використання трудових ресурсів у закладах медичного напрямку. *Кадри*. Мелітопіль, 2014. № 1. С. 15-18.
8. Бідучак А. С. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях [Електронний ресурс] / А. С. Бідучак, В. В. Горачук, Н. В. Гопко // Клінічна та експериментальна патологія. - 2022. - Т. 21, № 4. - С. 3-8. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kep_2022_21_4_3
9. Варіс І. О. Гейміфікація бізнес-процесів менеджменту персоналу [Електронний ресурс] / І. О. Варіс, О. І. Кравчук, П. О. Зайцева // Бізнес Інформ. - 2023. - № 4. - С. 189-196.

10. Варіс І. О. Цифровізація бізнес-процесів менеджменту персоналу: можливості HRM-систем [Електронний ресурс] / І. О. Варіс, О. І. Кравчук, Є. Ю. Паращук // Галицький економічний вісник. - 2022. - № 1. - С. 90-102. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/gev_2022_1_12
11. Вишневецька С. В. Трудові правовідносини як об'єкт дослідження науки трудового права. / С. В. Вишневецька // Підприємство, господарство і право. – 2022. – № 1. – С. 60-63.
12. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг: вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.
13. Вороніна В. Л. Стратегія розвитку персоналу в системі стратегічного менеджменту [Електронний ресурс] / В. Л. Вороніна, А. В. Горопашна, Д. Е. Стовбун // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. - 2021. - Вип. 36. - С. 46-50. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg_2021_36_10
14. Гаврилюк І.В. Розвиток персоналу лікувальних закладів як фактор конкурентоспроможності. URL: <http://archive.nbuv.gov.ua>
15. Гакова М. В. Роль інституціонального середовища в контексті управління поведінкою персоналу підприємств готельно-ресторанного господарства [Електронний ресурс] / М. В. Гакова // Вісник Донецького національного університету економіки і торгівлі ім. Михайла Туган-Барановського. Серія: Економічні науки. - 2019. - № 1. - С. 86-96. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vdnuete_2019_1_11
16. Галько Л. Р. Управління поведінкою персоналу підприємства в умовах змін [Електронний ресурс] / Л. Р. Галько // Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка. - 2018. - Т. 23, Вип. 7. - С. 96-101. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_econ_2018_23_7_21
17. Гненний М. В. Мотивація персоналу в системі менеджменту якості [Електронний ресурс] / М. В. Гненний // Вісник економіки транспорту і

- промисловості. - 2017. - № 58 (спец. вип.). - С. 257-259. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vetp_2017_58__144
18. Голобородько Т. В. Етичні аспекти лідерства в управлінській практиці: роль інформаційного забезпечення та менеджменту персоналу в умовах розвитку цифрового суспільства [Електронний ресурс] / Т. В. Голобородько, Л. А. Буркова // Інвестиції: практика та досвід. - 2023. - № 14. - С. 47-54
19. Гриньова В.М. Адміністративне управління трудовим потенціалом в медичних закладах: навч. посіб. Харків: ХНЕУ, 2015. 428 с.
20. Д'яконова І. І. Сучасні парадигми формування корпоративної культури як ефективного інструменту менеджменту персоналу [Електронний ресурс] / І. І. Д'яконова, О. І. Долгошеєва, Л. С. Іванова, Ю. В. Сіняговський, В. В. Васюкова // Вісник Сумського державного університету. Серія: Економіка. - 2021. - № 4. - С. 215-224. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSU_ekon_2021_4_27
21. Даниленко Л. І. Управлінська компетентність керівника закладу охорони здоров'я: 36. наук, праць.– Донецьк: Либідь, 2011.
22. Даниленко Л.І. Концептуальні засади підготовки медичних та керівних кадрів охорони здоров'я України в сучасних умовах. / Л. І. Даниленко // Педагогічні інновації: ідеї, реалії, перспективи.– К.: Логос, 2011.– Вий. 4.– С. 69-79.
23. Дей М.О. Основні питання стимулювання трудової активності в Україні / Марина Олександрівна Дей // Підприємництво, господарство і право. – 2004. – №6. – С.105-108
24. Дей М.О. Проблеми морального стимулювання робітників, як соціально-правового інструменту управління працею / Марина Олександрівна Дей // Підприємництво, господарство і право. – 2014. – №11. – С.53-56
25. Демків І.О. Особливості прояву конкуренції в сфері охорони здоров'я. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи*: Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Тернопіль-Кам'янець-Подільський. 2018.

C.86-90

26. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр. у 2 ч. / заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К.: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
27. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>
28. Долішній М.І., Алушко С.М. Соціально-трудоий потенціал: теорія і практика. Ч. 1,2. / М.І. Долішній, С.М. Алушко. К.: Наук. думка, 2005. 234с.
29. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis>.
30. Захарчин Г. М. Менеджмент персоналу: нові сенси й тенденції [Електронний ресурс] / Г. М. Захарчин, Т. В. Склярчук, Ю. І. Вовк // Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка. - 2020. - Т. 25, Вип. 1. - С. 186-190. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_econ_2020_25_1_34
31. Кодекс законів про працю України: Закон України від 10.12.1971 № 322-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
32. Кожушко С. Й. Обов'язки працівників щодо дотримання дисципліни праці у проекті Трудового кодексу України / С. Й. Кожушко // Підприємництво, господарство і право. – 2018. – №5. – С.52-54
33. Кожушко С. Й. Питання дисципліни праці в проекті Трудового кодексу України / С. Й. Кожушко // Підприємництво, господарство і право. – 2015. – №6. – С.71-73;
34. Кожушко С. Й. Трудова дисципліна в системі елементів трудових правовідносин / С. Й. Кожушко // Право України. – 2015. – №9. – С.89-91
35. Кологойда О. В. Припинення корпоративних відносин як дисциплінарно-господарська санкція та форма корпоративної відповідальності [Електронний ресурс] / О. В. Кологойда // Право та інновації. - 2016. - № 3. - С. 16-22. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apir_2016_3_4

36. Колот А.М. Мотивація персоналу: Підручник. / А.М. Колот. □ К.: КНЕУ, 2012. – 337 с.
37. Лазор І. В. Заохочення як засіб забезпечення дисципліни праці в умовах ринкових відносин [Електронний ресурс] / І. В. Лазор // Актуальні проблеми права: теорія і практика. - 2010. - № 18. - С. 376-384. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/app_2010_18_54
38. Лизньова А. Ю. Гносеологія аксіосфери мотивації поведінки персоналу [Електронний ресурс] / А. Ю. Лизньова // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. - 2014. - № 1. - С. 70-78. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vchnu_ekon_2014_1_14
39. Лисак В. Ю. Формування категоріального апарату щодо організаційної поведінки персоналу [Електронний ресурс] / В. Ю. Лисак // Східна Європа: економіка, бізнес та управління. - 2022. - Вип. 1. - С. 175-180. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sxeebu_2022_1_31
40. Маркіна І. А. Менеджмент персоналу в умовах стійкого інноваційного розвитку підприємства [Електронний ресурс] / І. А. Маркіна, В. Л. Вороніна, К. Є. Філатова // Підприємництво та інновації. - 2021. - Вип. 17. - С. 39-42. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pidin№v_2021_17_9
41. Міністерство охорони здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
42. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. С. 261-293. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf
43. Нетудихата К. Л. Діагностика персоналу в системі кадрового менеджменту закладу охорони здоров'я [Електронний ресурс] / К. Л. Нетудихата, Е. В. Ковальчук, В. В. Ляшенко // Приазовський економічний вісник. - 2021. - Вип. 3. - С. 68-74. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/priaev_2021_3_15
44. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

45. Офіційний сайт Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня №2». URL: <https://www.tkml2.te.ua/>
46. Осовська Г.В. Управління трудовими ресурсами: Навч. посібник. / Г.В. Осовська, О.В. Крушельницька. – Житомир: ЖІТІ, 2016. – 304с.
47. Про оплату праці: Закон України від 24.03.1995 № 108/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80#Text>
48. Про колективні договори і угоди: Закон України від 01.07.1993 № 3356-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3356-12#Text>
49. Розум В. Основні принципи управління дисциплінарними відносинами й поведінкою персоналу закладу охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 4 травня 2023 року).
50. Розум В. Напрямки впровадження лікарського самоврядування як інструмента управління дисциплінарними відносинами в закладі охорони здоров'я: мат. доп. наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні». м. Тернопіль, 24 листопада 2023р.
51. Сазонова Т. О. Особливості управління поведінкою персоналу в сучасних умовах [Електронний ресурс] / Т. О. Сазонова, А. Д. Курченко, Т. М. Заліпа // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. - 2022. - Вип. 42. - С. 125-129. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg_2022_42_24
52. Сазонова Т. О. Стратегічне значення проектування інноваційної поведінки персоналу сучасної організації [Електронний ресурс] / Т. О. Сазонова, О. В. Федірець // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. - 2016. - Вип. 7(3). - С. 59-63. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg_2016_7\(3\)_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg_2016_7(3)_16)

53. Смачило І.І. Теоретичні підходи до формування кадрової стратегії підприємства. *Науковий журнал. «Молодий вчений»*. Херсон: ТОВ Видавничий дім «Гельветика». 2020. № 12 (88). С. 6-9.
54. Смачило І.І. Формування економічної стратегії підприємства в сучасних умовах. *Науковий журнал. «Молодий вчений»*. Херсон: ТОВ Видавничий дім «Гельветика». 2017. № 12 (52). С. 758-762.
55. Стрижеус Л. В. Теоретико-методичні засади підвищення ефективності менеджменту персоналу організації [Електронний ресурс] / Л. В. Стрижеус, А. О. Тендюк, Ю. С. Марчук // Економічні науки. Серія: Регіональна економіка. - 2021. - Вип. 18. - С. 191-202. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecnre_2021_18_23
56. Терещенко Л. В. Формування терміносистеми дослідження ефективності менеджменту персоналу [Електронний ресурс] / Л. В. Терещенко // Український журнал прикладної економіки. - 2018. - Т. 3, № 3. - С. 68-73. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujae_2018_3_3_10
57. Фединець Н. І. Мотиваційна складова управління поведінкою персоналу підприємства [Електронний ресурс] / Н. І. Фединець, В. М. Коцупей // Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». Серія: Економічні науки. - 2020. - № 10(1). - С. 110-115. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnjie_2020_10\(1\)_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnjie_2020_10(1)_15)
58. Федоренко А. В. Зв'язок інноваційної поведінки персоналу і моделей робочого середовища: міжнаціональний аналіз [Електронний ресурс] / А. В. Федоренко // Економіка та держава. - 2020. - № 9. - С. 105-111. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecde_2020_9_20
59. Червінська Л. П. Тенденції розвитку інноваційних технологій менеджменту персоналу [Електронний ресурс] / Л. П. Червінська, Т. М. Червінська, М. П. Буковинська // Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Економічні науки. - 2021. - Вип. 4. - С. 91-99. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npmaure_2021_4_17

60. Черновол-Ткаченко Р. І. Концептуальні засади управління дисциплінарними відносинами в навчальному закладі [Електронний ресурс] / Р. І. Черновол-Ткаченко // Педагогіка та психологія. - 2010. - Вип. 37. - С. 13-22. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkhnpu_ped_2010_37_4
61. Шевчук А. А. Науково-теоретичний огляд поняття дисциплінарного примусу в окремих сферах суспільних відносин [Електронний ресурс] / А. А. Шевчук // Правничий вісник Університету «КРОК». - 2017. - Вип. 26. - С. 111-117. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pvuk_2017_26_17
62. Шкільняк М.М, Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. 258 с.
63. Шкільняк М.М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2. С. 22-30.
64. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2(19). С. 151-159.
65. Stahiv O., Biletska I., Perepolkina O., Avgustyn R., Mykytyn O. (2023). Efficiency of the Implementation of InNevation and Investment Projects at Healthcare Institutions: Integral Analysis and Ways of Enhancement. Science and InNevation, 19(5), 18–33. <https://doi.org/10.15407/scine19.05.018>
66. McKinsey Quarterly is the business journal of McKinsey & Company. Corporate finance. URL: http://www.mckinseyquarterly.com/Corporate_Finance/M_A