

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

ЯРОСЛАВІЦЬКИЙ Роман Васильович

**Планування кадрової роботи в закладі охорони
здоров'я / Planning personnel work in a health care
institution**

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-22
Р.В. Ярославіцький

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. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПЛАНУВАННЯ КАДРОВОЇ РОБОТИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Поняття кадрової роботи та специфіка її реалізації в сфері охорони здоров'я	6
1.2. Особливості планування кадрової роботи в закладі охорони здоров'я	13
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ПЛАНУВАННЯ КАДРОВОЇ РОБОТИ В КНП «ПОЧАЇВСЬКА РАЙОННА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ПОЧАЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	24
2.1 Оцінка організаційного забезпечення кадрової роботи закладу охорони здоров'я	24
2.2. Аналіз якості кадрового забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я	35
2.3. Оцінка процедури проходження атестації в досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	43
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ПЛАНУВАННЯ КАДРОВОЇ РОБОТИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	55
3.1. Концептуальні підходи до модернізації планування кадрової роботи закладу охорони здоров'я.....	55
3.2. Соціальний пакет як інструмент підвищення ефективності кадрової роботи в закладі охорони здоров'я.....	59
Висновки до розділу 3	67
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

ВСТУП

Актуальність проблеми. Усі заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності для досягнення медичної, соціальної та економічної ефективності вимушені пристосовуватися (адаптуватися) до стрімких змін зовнішнього середовища та умов активного контакту з різними агентами ринку, змінювати стиль керівництва, використовувати прийоми маркетингу та ефективного управління персоналом у межах розробленої стратегії. Останнє має на увазі створення таких умов роботи, за яких найважливіший складник лікувально-профілактичного закладу – медичний персонал – буде прикладати більше зусиль на виконання своїх прямих обов'язків для досягнення, як цілей організації, так і індивідуальних (особистих) цілей. Але проблема полягає в тому, що кадрові служби закладів державного сектору практично не впроваджують наукові методи підбору, адаптації, розвитку та оцінки персоналу (працюють за застарілою схемою).

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Наявні багаточисельні праці зарубіжних (Т.Ю. Базарова, Б.Л. Єрьоміна, А.П. Єгоршина та ін.) та вітчизняних науковців (Л.В. Балабанової, М.Д. Виноградського, В.М. Данюк, А.М. Колот, Н.І. Антошиної, О.М. Скібіцького, Г.А. Дмитренка та ін.) присвячені проблемам управління персоналом та ролі, яку він відіграє у досягненні ефективності діяльності організацій. Водночас основні аспекти управління персоналом медичних організацій бюджетної сфери в складний період реформування галузі охорони здоров'я потребують подальшого дослідження та реалізації.

Метою кваліфікаційної роботи є здійснення теоретичних узагальнень та наведення практичних рекомендацій щодо удосконалення механізму планування кадрової роботи в закладі охорони здоров'я.

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

- дослідити поняття кадрової роботи та специфіки її реалізації в сфері охорони здоров'я;
- вивчити особливості планування кадрової роботи в закладі охорони

здоров'я;

– оцінка організаційного забезпечення кадрової роботи закладу охорони здоров'я;

– оцінка якості кадрового забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я;

– концептуальні підходи до модернізації планування кадрової роботи закладу охорони здоров'я;

– соціальний пакет як інструмент підвищення ефективності кадрової роботи в закладі охорони здоров'я

Об'єктом дослідження є процес здійснення планування кадрової роботи закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження є механізми планування кадрової роботи закладу охорони здоров'я.

Для досягнення зазначеної мети та розв'язання поставлених задач при проведенні дослідження були використані наступні **методи дослідження**: метод системного аналізу – для дослідження кадрової політики закладу охорони здоров'я як системи, що складається із сукупності взаємопов'язаних і взаємозалежних елементів; метод структурного аналізу – для дослідження організаційної структури досліджуваного закладу охорони здоров'я; метод функціонального аналізу – для дослідження функцій досліджуваного закладу охорони здоров'я; економіко-математичні методи – для здійснення оцінки стану мотивації у різних структурних підрозділах досліджуваного закладу охорони здоров'я; метод анкетного опитування – для оцінки медичними працівниками системи мотивації досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Практична значущість результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в ній теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення кадрової політики закладу охорони здоров'я можуть бути використані в роботі КНП «Почаївська районна клінічна лікарня» Почаївської міської ради та інших закладів охорони здоров'я різних організаційно-правових форм та форм власності.

Апробація. За матеріалами проведеного дослідження опубліковано 2 тез

доповідей: на тему «Планування кадрової роботи в закладі охорони здоров'я» у збірнику матеріалів доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» [41] (Тернопіль, 4 травня 2023 року) та на тему «Удосконалення системи планування кадрової роботи в закладі охорони здоров'я» у збірнику матеріалів доповідей VIII науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» [42] (Тернопіль, 26 жовтня 2023 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПЛАНУВАННЯ КАДРОВОЇ РОБОТИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття кадрової роботи та специфіка її реалізації в сфері охорони здоров'я

В сучасних умовах розвитку української державності з урахуванням взятого курсу на інтеграцію до європейського співтовариства вироблення та реалізація політики ефективного кадрового забезпечення усіх сфер господарства, у тому числі соціально-гуманітарної сфери, і, зокрема, сфери охорони здоров'я, вбачається одним із пріоритетних завдань. Вироблення та реалізація сучасної кадрової політики України в усіх сферах суспільної діяльності потребує ефективної кадрової системи, що включає сукупність кадрових інститутів та організаційних структур, які здійснюють цілісне управління кадровими процесами, з метою досягнення визначених пріоритетів розвитку суспільства. За визначенням Ю.В. Ковбасюка, державна кадрова політика – це «цілеспрямована стратегічна діяльність держави, пов'язана з плануванням та прогнозуванням формування, професійного розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів України, визначенням цілей і пріоритетів кадрової діяльності. Від стратегії подальшого розвитку держави залежать обсяг і межі державного регулювання кадрових процесів, рівень їх децентралізації та демократизації» [13].

Дьомін О. під державною кадровою політикою розуміють «державну стратегію, що виражає волю народу, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, стратегії формування, розвитку та раціонального використання кадрів, всіх людських ресурсів держави» [15].

Оболенський О. Ю. дає таке визначення: «Під державною кадровою політикою слід розуміти державну стратегію, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, що віддзеркалює волю народу, державну стратегію формування, розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів держави. У змістовному плані державна кадрова політика -

це система офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів діяльності держави з організації та регулювання кадрових процесів і відносин» [29].

Державна кадрова політика має свою специфіку реалізації в різних сферах і галузях економіки. На сьогоднішній день в Україні реалізується велика кількість реформ, однією із найбільш значущих для нашої країни є медична реформа. В цьому контексті особливої актуальності набирає кадрова політика у сфері охорони здоров'я.

Пріоритетом кадрової політики у сфері охорони здоров'я є: «удосконалення системи аналізу, прогнозування соціальних процесів і трудових ресурсів; кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я відповідно до наявної потреби з урахуванням результатів медико-соціального та демографічного прогнозування; вирішення проблем розвитку медичного підприємництва, приватно-державного партнерства, забезпечення зайнятості та подолання безробіття; забезпечення соціальних гарантій праці, заробітної плати, прибутків» [16].

Головна мета сучасної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є «забезпечення високого професіоналізму всіх ділянок трудової діяльності кваліфікованими, активно діючими, добросовісними медичними працівниками, здатними забезпечити якісними послугами з профілактики, діагностики та лікування населення України» [16].

До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я відносять наступні:

– зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);

– зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я;

– виражена неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів;

співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців – загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.);

– відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах охорони здоров'я;

– недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я;

– загальні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я (дефіцит медичних кадрів, дисбаланс практичних навичок в залежності від інтенсивності навантаження лікарською практикою, нерівномірний розподіл медичних кадрів, незадовільні умови робочого середовища, трудова міграція медичних кадрів) [1].

Виділяються такі проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я:

1) складність структури кадрових ресурсів: за оцінками ВООЗ, підготовленими на основі результатів національних переписів, обстежень трудових ресурсів і статистичних джерел, на теперішній час у світі налічується понад 59 мільйонів медико-санітарних працівників, зайнятих повний робочий день. До цих працівників належать ті з них, основна функція яких полягає у зміцненні здоров'я плюс медико-санітарні працівники, зайняті в організаціях, що не входять в систему охорони здоров'я (такі, як медичні сестри, зараховані в штат тієї чи іншої компанії або шкільної амбулаторії тощо). Складну структуру кадрів сфери охорони здоров'я підтверджує й номенклатурний перелік профілів лише суто медичної та фармацевтичної діяльності сфери охорони здоров'я, (у Європейських країнах – понад 53 одиниці спеціалізації, в Україні лише лікарських спеціальностей – 123). Складна структура кадрів сфери охорони здоров'я ускладнює механізми планування потреб в кадрах. Адже облік даної категорії трудових ресурсів важливий як з точки зору розвитку власне сфери охорони здоров'я, так і з точки зору побудови стратегії розвитку кадрової політики і формування механізмів забезпечення кадрами, в залежності від потреб в тих чи інших фахівцях сфери охорони здоров'я;

2) проблеми статистичного обліку медичних кадрів. Існуюча статистична

база медичних кадрів не в повній мірі враховує складну кадрову структуру галузі. Відповідно, неповна (або викривлена) статистична інформація, щодо кадрового забезпечення галузі, призводить до неефективного планування підготовки та перепідготовки медичних кадрів. Недоліки статистичної звітності та відсутність загальноприйнятих визначень і аналітичних інструментів ускладнюють завдання проведення моніторингу кадрових ресурсів охорони здоров'я на будь-якому рівні – від глобального і регіонального до національного та місцевого;

3) дефіцит кадрів. Дефіцит кадрів охорони здоров'я у світі складає близько 2,3 мільйона лікарів, медсестер і акушерок і понад 4 мільйона працівників охорони здоров'я в цілому. У деяких регіонах світу, особливо в країнах Африки на південь від Сахари, для подолання кризи чисельність наявних кадрів охорони здоров'я має бути збільшена майже на 140 %. Для покриття кадрового дефіциту у світі потрібно, як мінімум, 4,25 млн. працівників сфери охорони здоров'я (2,36 млн. медичних працівників і 1,89 млн. адміністративних працівників та спеціалістів немедичного профілю). Згідно статистичних даних, в цілому на 10000 населення земної кулі, припадає 13 лікарів. Причому існують значні коливання по регіонах. Так, в країнах Африки на 10000 населення припадає лише 2 лікаря, тоді як в Європі – 32. Розбіжності є і в забезпеченості середнім медичним персоналом: на 10000 населення припадає 28 медичних сестер і акушерок, при цьому найменше – в Африці – 11, а в Європі – 79 на 1000 населення;

4) співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів. За даними ВООЗ, оптимальне співвідношення становить 4 до 1. Таке внутрішньокадрове співвідношення мають такі країни як Канада, Сполучені Штати Америки, тоді як в деяких регіонах цей показник варіює в межах від 8:1 – в Африці, до 1,5:1 – в регіоні Західної частини Тихого океану, а в таких країнах як Мексика, Перу, Сальвадор і Чилі на одного лікаря припадає менше однієї медсестри. Європейський регіон також має відповідні проблеми кадрового забезпечення. За даними ВООЗ, кількість лікарів на 10 тис. населення в середньому в Європі становить 36, в країнах Східної Європи - 33,2.

Середній показник для країн СНД – 46. (В Україні показник забезпеченості практикуючими лікарями становить 26,5 на 10 тис. населення). Аналіз по окремих країнах показує виражену нерівномірність (як в географічному розподілі, так і в професійній структурі) між окремими країнами даного регіону. За даними ВООЗ, в регіоні спостерігається великий розрив у забезпеченості медичними кадрами на 1000 населення: співвідношення між країнами з найбільш низькою і найбільш високою чисельністю складають: 1:6 для лікарів, 1:10 для стоматологів, 1:50 для фармацевтів, 1:8 для медичних сестер і 1:12 для акушерок. Нерівномірність у розподілі медичних кадрів, географічний дисбаланс. Майже усі країни світу потерпають від нерівномірного територіального розподілу медичних працівників, які, як правило, сконцентровані в міських районах і вкрай слабо - в сільських. Така ситуація, як вказують експерти ВООЗ, має значне поширення і являє собою серйозну проблему в галузі забезпечення медико-санітарних послуг на національному рівні. Разом з тим його вплив проявляється найбільш відчутно в країнах з низьким рівнем доходів. Цьому є дві причини: одна полягає в тому, що багато з цих країн вже й так потерпають від гострої нестачі працівників охорони здоров'я у всіх районах, а інша – у тому, що частка населення, що проживає в сільських районах, як правило, більш значна в найбідніших країнах, ніж у багатих;

5) зростання мобільності (незапланована міграція). На сьогодні, за наявними даними, всі країни світу є частиною загального ринку праці, однією із характеристик якого є збільшення внутрішньої і міжнародної професійної мобільності працівників сфери охорони здоров'я. Слід зазначити, що міграція (як внутрішня, так і зовнішня) працівників сфери охорони здоров'я існувала завжди. Проте в останні роки міграційні процеси значно активізувалися, особливо у Європі, адже стимулювання трудової міграції є ключовим моментом політики ЄС, заснованої на принципі вільного пересування людей відповідно до вимог єдиного європейського ринку. При існуючому розриві між доходами в «старих» країнах ЄС і «нових» країнах Східної та Центральної Європи, значно активувався процес найму медичних сестер, лікарів та інших працівників

охорони здоров'я «нових» країн ЄС «старими» країнами ЄС. Це, у свою чергу, тягне за собою пожвавлення трудової міграції з країн пострадянського простору до «нових» країн ЄС. Адже незадовільні умови праці в цих країнах у поєднанні із значно кращими умовами праці і вищими заробітними платами в більш багатих країнах, сприяють тому, що тисячі медичних працівників виїждять із своєї країни з метою трудової міграції;

б) умови праці, відсутність мотивації. Як вже зазначалось, ефективність роботи системи охорони здоров'я в першу чергу залежить від продуктивності праці, рівня підготовки її працівників, раціонального використання кадрів і їхньої мотивації до роботи. Тому міжнародна спільнота, фахівці ВООЗ останнім часом приділяють багато уваги саме проблемам робочого середовища медичних працівників, вказуючи на те, що заходи щодо створення сприятливого робочого середовища відіграють ключову роль в забезпеченні як достатньої кількості кадрів охорони здоров'я, так і високої якості, продуктивності і мотивації цих кадрів. Це питання стає дедалі актуальнішим у зв'язку з тим, що економічна криза значно погіршила мотиваційні складові. Так, наприклад, Болгарія та Угорщина заморозили заробітну плату в державних лікарнях. Угорщина скасувала виплати щорічної тринадцятої зарплати. Ірландія і Литва також розглядають можливість зниження оплати праці. Тобто, вимоги і навантаження зростають, а заробітні плати, інші мотиваційні чинники знижуються, що викликає обґрунтований протест працівників сфери охорони здоров'я у всьому світі;

7) обмежені можливості в регулюванні та управлінні та слабка інформаційна база з кадрів. Однією із визначальних проблем є відсутність або неналежний рівень систем моніторингу складових вищезазначених проблем, що вкрай необхідно для розробки кадрової політики, планування, проведення програм та звітності. Основними проблемними моментами при цьому є наступне: у різних країнах використовуються різні системи класифікації медичного персоналу, його обов'язків, що майже не дає можливості проводити порівняльний аналіз між країнами; відсутні узгоджені стандарти для збору даних, а достовірність та надійність даних досить нерівномірна; відсутні

система збору своєчасної, достовірної, актуальної статистичної інформації по віковій структурі трудових ресурсів закладів охорони здоров'я, участі в ринку праці, тривалості робочого дня, продуктивності роботи, оплати праці, інституційного та географічного розподілу, а також розподілу за типом і рівнем послуг як в державному, так і в приватному секторі; брак доступної інформації щодо якості освіти і підготовки медичних кадрів, їхньої готовності до практичної діяльності тощо [13].

З огляду на вищезазначене, стратегічними цілями кадрової політики у сфері охорони здоров'я є:

1) у соціальному аспекті – досягнення високого рівня розвитку людського потенціалу держави, забезпечення рівня популяційного здоров'я, що підтверджуватиметься високими рівнями індексу людського розвитку та індексу здоров'я; задоволення очікувань медичних працівників щодо професійної самореалізації, гідних умов праці, у тому числі її оплати;

2) в економічному аспекті – на забезпечення сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами, підвищення рівня добробуту населення, конкурентоспроможності держави в цілому та на міжнародному ринку надання медичних послуг;

3) в інституційному аспекті – на вдосконалення нормативно- правової бази з метою запровадження новітніх підходів у кадровому менеджменті у сфері охорони здоров'я з урахуванням вимог Європейського Союзу;

4) в організаційному аспекті – на розбудову системи управління трудовими ресурсами у сфері охорони здоров'я на засадах соціального діалогу та партнерства держави і суб'єктів підприємницької діяльності.

Операційними цілями реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я доцільно визначити:

– удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;

– запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому - з усіма медичними працівниками;

– реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;

– реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я, спеціаліст з громадського здоров'я; розширення підготовки сімейних лікарів - лікарів загальної практики;

– розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;

– удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі.

1.2. Особливості планування кадрової роботи в закладі охорони здоров'я

Сьогодні змінюються ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та сама система охорони здоров'я загалом. Разом з цими змінами має бути впроваджена нова кадрова політика в сфері охорони здоров'я, що вимагає змін парадигми кадрової політики цих інституцій.

Проблема реалізації кадрової політики в сучасних соціально-економічних реаліях є ключовою, оскільки управління персоналом будь-якої організації є одним з основних чинників її конкурентоспроможності. Майбутнє вітчизняної системи охорони здоров'я та її сталий розвиток також безпосередньо залежать від фахівців галузі, які використовують свої навички та здібності, прагнуть до самовдосконалення та вмотивовані до успішної професійної діяльності, що є основним завданням кадрової політики сучасного закладу охорони здоров'я.

6 листопада 2021 року в Україні введено в дію Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2021 року № 2002, яким запроваджується автономізація медичних закладів [6].

В рамках автономізації закладів охорони здоров'я мають відбутись такі зміни у фінансово-господарській, управлінській, організаційній та інших видах діяльності цих закладів: 1) відбувається зміна форми власності (перетворення з бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство); 2) керівник закладу охорони здоров'я отримує широкі владні повноваження, зокрема свободу в розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики закладу, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу; 3) заклад охорони здоров'я отримує свободу дій у встановленні форми та методів оплати праці кадрам, механізмів мотивації та стимулювання в рамках чинного законодавства; 4) зміна фінансових механізмів господарювання (фінансування закладу зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, отже, мають бути запроваджені інструменти сучасного фінансового менеджменту); 5) заклад охорони здоров'я отримує право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я, які також діють у статусі підприємства, задля перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів членів об'єднання, отже, запроваджуються принципи аутсорсингу; 6) заклад охорони здоров'я може наймати за цивільноправовими договорами лікарів фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики [2].

Отже, в рамках вищезазначених змін можна простежити зміни в системі управління охороною здоров'я загалом: 1) запроваджуються принципи підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я не тільки для закладів приватного сектору охорони здоров'я, але й для бюджетного сектору; 2) формується необхідність бізнес-планування як інструмента планування підприємницької діяльності закладів охорони здоров'я; 3) впроваджуються

новітні механізми та інструментарій фінансового менеджменту для управління активами закладів охорони здоров'я; 4) впроваджується інструментарій стратегічного менеджменту для здійснення середньо- та довгострокового управління закладами охорони здоров'я; 5) відбувається зміна парадигми управління кадрами закладів охорони здоров'я, що приводить до впровадження сучасних методів управління кадрами.

Таким чином, можна стверджувати, що впровадження системи управління закладами охорони здоров'я, яка спирається на вищенаведені принципи, має забезпечити зміну конкурентного середовища галузі охорони здоров'я та привести до впровадження нового типу управління цими закладами, що засновується на підприємницькій діяльності.

Особливе місце у системі надання медичної допомоги та послуг посідають медичні кадри. Ми бачимо, що сучасні принципи реформування галузі передбачають зміну концепції управління цими кадрами: 1) застосування кадрової політики та стратегії в рамках діяльності закладу охорони здоров'я; 2) впровадження новітніх форм, систем та принципів оплати праці медичних працівників; 3) впровадження мотиваційного механізму та сучасних методів стимулювання діяльності медичного персоналу; 4) впровадження сучасних принципів формування та розвитку кадрів охорони здоров'я; 5) застосування новітніх методів підготовки медичних кадрів, зокрема управлінських; 6) запровадження принципів командної роботи в рамках надання медичної послуги закладами охорони здоров'я.

Розглянемо кожний з цих напрямів детальніше.

1. Кадрова політика та кадрова стратегія закладу охорони здоров'я. Досі в рамках наявної моделі організації охорони здоров'я в Україні керівники закладів цієї галузі не вважали за необхідне застосувати основні принципи стратегічного менеджменту персоналу, що засновуються на формуванні кадрової політики та стратегії. Така ситуація приводила до хаотичного управління кадрами закладу охорони здоров'я, коли не було ні концепції, ні філософії управління кадрами, а також не впроваджувались новітні технології управління медичними кадрами.

Кадрова політика є генеральним напрямом роботи з персоналом, який відображає сукупність принципів, методів, систему правил та норм у сфері роботи з персоналом, передбачає формування основних довгострокових напрямів роботи з кадрами організації. Кадрова стратегія визначається нами як загальний план дій у сфері менеджменту персоналу, який формується на основі кадрової політики та стратегії розвитку організації загалом.

Отже, виходячи з вищенаведених визначень, ми бачимо, що основними цілями кадрової політики та стратегії є забезпечення оптимального балансу процесів оновлення та збереження кількісного та якісного складу персоналу закладів охорони здоров'я відповідно до потреб закладу, вимог законодавства та стану ринку праці медичних кадрів.

Таким чином, формування кадрової політики та стратегії, що відображаються у статуті та філософії закладу, колективному договорі, правилах внутрішнього розпорядку, основних положеннях щодо кадрової роботи закладу, передбачає новий якісний етап формування та розвитку кадрів закладу охорони здоров'я, що спрямований на забезпечення сталого розвитку цього закладу зокрема та підвищення якості медичної допомоги загалом.

2. Впровадження новітніх форм, систем та принципів оплати праці медичних працівників. Проблема оплати праці робітників сфери охорони здоров'я України є чи не найактуальнішою соціально-економічною проблемою, оскільки професія лікаря є найменш оплачуваною в Україні. Згідно з даними Державної служби статистики України середньомісячна заробітна плата медичного персоналу є найнижчою серед зарплат працівників бюджетної сфери України (рис. 1.1). Так, у 2022 році вона складала 66,5% середньомісячної заробітної плати по Україні.

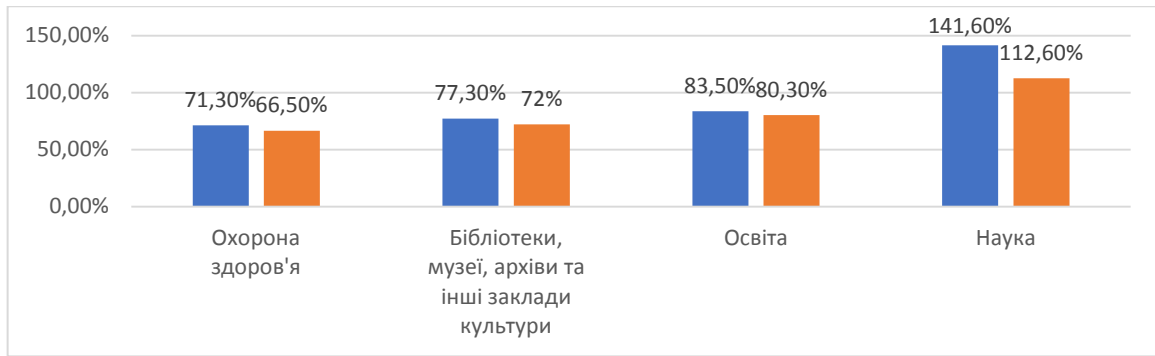


Рис. 1.1. Середньомісячна заробітна плата працівників бюджетної сфери України

Примітка. Наведено за [4]

Сучасна система охорони здоров'я України працює на принципах тарифної системи та нормування праці, що має низку недоліків. Оплата праці робітників медичних закладів базується на єдиній сітці заробітної плати з урахуванням всіх доплат. Така система оплати праці є фіксованою, не залежить від обсягу та якості наданої медичної допомоги та послуг. Відповідно до такої системи оплати праці медичному персоналу повинна бути виплачена заробітна плата навіть в тому разі, якщо вони не виконували певний обсяг робіт. Уявіть ситуацію. В однакових умовах працюють два лікарі з однаковим досвідом та кваліфікацією. Один лікар висококваліфікований, якому припадає близько 30 призначень пацієнтів на добу. Інший не працює в повну силу, у нього близько 10-15 пацієнтів на добу. Відповідно до єдиної тарифної системи оплати праці обидва лікарі отримують однакову заробітну плату. Зрештою, перший лікар змінить характер своєї професійної поведінки, оскільки зрозуміє, що не потрібно перенапружуватись на роботі, тому що рівень його винагороди не зміниться. В наведеній вище ситуації одна з найважливіших функцій системи оплати праці, якою є стимулювання, не працює, тому роботодавець не має можливості ні заохочувати, ні санкціонувати своїх співробітників.

Отже, якість медичної допомоги знижується, оскільки зникає прагнення докласти більших зусиль до процесу лікування, надання медичної допомоги чи послуги в медичних кадрах.

Все це приводить до зниження престижу професії медичного працівника в українських реаліях. Таким чином, постає необхідність докорінної зміни

форм, систем та принципів оплати праці медичних працівників. Оплата праці медичних кадрів має передбачати встановлення винагороди за досягнуті результати понад встановленого заробітку за тарифною ставкою (наприклад, впровадження погодинно-преміальної системи оплати праці). Таким чином, посилюються відповідальність та особиста зацікавленість працівників у кількісних та якісних характеристиках надання медичної допомоги.

3. Впровадження мотиваційного механізму та сучасних методів стимулювання діяльності медичного персоналу. Як було сказано вище, медичний персонал є основним ресурсом системи охорони здоров'я, оскільки лікарі є виробниками медичних послуг. Таким чином, вони створюють якість медичних послуг і надають висококваліфіковану медичну допомогу, тому від них залежить медична та соціальна ефективність всієї системи охорони здоров'я, а їхній результат залежить від якісного механізму мотивації та системи оплати праці, що існує в галузі охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я, як і будь-яке інше підприємство, може понести значні збитки через неефективне управління фондом заробітної плати, а продуктивність праці робітників може зменшуватися через несправедливу чи непрозору систему компенсацій та стимулів. Це спричиняє необхідність не тільки зміни системи та форми оплати праці, але й впровадження удосконаленого механізму мотивації та стимулювання персоналу закладів охорони здоров'я.

Формування якісного механізму мотивації та стимулювання – це одна з найголовніших функцій будь-якого менеджера чи керівника, оскільки завдяки ньому відбувається вплив на персонал організацій, підприємства чи установи задля активізації їх діяльності, підвищення ефективності та продуктивності. При цьому керівник має розглядати мотивацію та стимулювання в сукупності, оскільки вони мають різні напрями дії. Так, мотивація є процесом усвідомленого вибору людиною того чи іншого типу поведінки, що визначається комплексним впливом зовнішніх (стимули) та внутрішніх (мотиви) факторів. У процесі трудової діяльності мотивація дає змогу працівникам задовольняти свої основні потреби шляхом виконання своїх

трудових обов'язків.

Так, запроваджуючи мотиваційний механізм у закладах охорони здоров'я, керівники на основі потреб вибудовують мотивацію трудової діяльності, тобто, враховуючи потреби своїх підлеглих, керівники мають спонукати їх до дії задля досягнення цілей. Причому індивідуальні та загальні цілі організації мають перебувати в підпорядкуванні. Отже, необхідно трудовий процес та механізм мотивації вибудовувати індивідуально для кожного співробітника з урахуванням дійсних мотивів поведінки співробітників.

Підкріплюють мотиваційний процес стимулюючі інструменти (винагороди). Вони завжди мають здійснюватися лише в сукупності з мотиваційним процесом, адже в такий спосіб вибудовується механізм мотивації та стимулювання в організації. Під стимулюванням персоналу ми розуміємо зовнішнє спонукання до дії, підставою до якої є інтерес (матеріальний, моральний, індивідуальний чи груповий).

Будь-який керівник має завжди справу як з процесом мотивації, так і зі стимулюванням своїх підлеглих. Внутрішню винагороду, під якою ми розуміємо мотивацію, дає сама робота. Це може бути почуття досягнення результату, змістовності чи значущості самої роботи, самоповаги тощо. Таким чином, найбільш простим засобом забезпечення внутрішньої винагороди є створення відповідних умов для діяльності та точна постановка завдання.

В межах медичної установи прикладом інструментів забезпечення внутрішньої винагороди є створення належних умов для роботи завдяки забезпеченню необхідного матеріально-технічного оснащення (наприклад, згідно з примірним табелем матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, затвердженим Наказом МОЗ від 26 січня 2018 року № 148), комп'ютеризації, адекватного навчання медичного персоналу та його розвитку, ротації кадрів тощо.

Зовнішня винагорода не виникає від самої роботи, а надається організацією. З мотиваційної точки зору її можна визначити як стимулювання праці, спрямоване на більш повну реалізацію наявного трудового потенціалу.

Таким чином, мотивація та стимулювання втілюють стратегію та тактику

управління персоналом. Мотивація – це стратегічна лінія, що спрямована на досягнення глобальних цілей, які поставлені перед співробітником та сполучаються із загальними щодо організації.

Наприклад, лікар, що прагне ротації чи розширення своїх професіональних знань, проходить навчання чи курси підвищення кваліфікації за рахунок медичного закладу, в якому працює, сприяючи його розвитку завдяки набутим знанням та навичкам. Стимулювання – це тактика в мотиваційному механізмі, яка задовольняє певні мотиви співробітників (переважно матеріальні) та дає змогу підвищити продуктивність їх праці. Наприклад, заохочення завдяки преміям, 13-му окладу, подякам за понаднормову роботу, гнучкому графіку роботи.

Таким чином, ми бачимо, що мотивація та стимулювання протилежні за своїми спрямуваннями: мотивація передбачає зміну наявного стану в організації, а стимулювання – його закріплення, однак вони доповнюють один одного.

Так, наприклад, у двох медичних установах зі схожими умовами праці діє лише один з представлених вище інструментів: у першій діє мотиваційний механізм (забезпечення необхідного матеріально-технічного оснащення, комп'ютерного забезпечення трудового процесу, гнучкий графік роботи, профілактичні медичні огляди медичних працівників, оцінювання робочих місць), а в другому – лише стимулювання (надбавки до заробітної плати за складні умови праці, надбавки за наднормову роботу, оплата санаторно-профілактичного відпочинку за рахунок медичної установи).

У першому випадку вжиття заходів медичної установи спрямоване лише на покращення умов праці та сприяє поліпшенню дійсної ситуації. У другому випадку заходи «закріплюють» наявне положення в установі, «затримуючи» медичний персонал в установі завдяки матеріальному заохоченню. Однак у будь-який момент за рівних умов у цих установах може виникнути висока плинність кадрів, оскільки такі процеси не враховують інтереси всіх категорій працівників, а є окремими елементами мотиваційного процесу не доповнюючи один одного. Для вирішення проблеми підвищення якості медичних послуг та

ефективності їх надання є необхідним комплексний підхід, який враховує існування таких типів співробітників: співробітники, які орієнтовані на змістовність та суспільну значущість праці; співробітники, які орієнтовані на оплату праці та інші матеріальні цінності; співробітники, в яких значимість різних цінностей збалансована [44].

4. Впровадження сучасних принципів формування та розвитку кадрів охорони здоров'я. Сучасні керівники закладів охорони здоров'я, на відміну від представників інших галузей економіки, не розуміють необхідність процесу формування та розвитку кадрів закладів охорони здоров'я, що полягає в професійному плануванні якісного та кількісного складу персоналу, підборі, відборі, розстановці, адаптації, оцінюванні та навчанні персоналу закладу. Так, ці процеси відбуваються в закладах охорони здоров'я, проте вони не пов'язані між собою, не підпорядковуються ні філософії, ні політиці, ні стратегії управління персоналом, що приводить до проблем, які були вище зазначені.

Отже, постає необхідність якісного процесу формування кадрів закладів охорони здоров'я, оскільки цей процес формує базис інноваційного потенціалу закладу, перспективи його подальшого розвитку та конкурентоспроможність, тобто має стати інтегрованою частиною загального процесу стратегічного планування діяльності закладу охорони здоров'я.

Процес формування медичних кадрів має враховувати такі чинники, як організаційна структура закладу, корпоративна культура, ринок праці та медичних послуг, нормативно-законодавча база. Врахування цих чинників у процесі формування кадрів дасть змогу кадровій стратегії закладу охорони здоров'я бути проактивною, забезпечувати задоволення потреб персоналу, враховувати інтереси своїх працівників у процесі діяльності.

5. Застосування новітніх методів підготовки медичних кадрів, зокрема управлінських. Проте проблема менеджменту медичного персоналу полягає не тільки у його формуванні, але й в розвитку. Медичний персонал (особливо лікарі) – це ті кадри, які постійно мають підвищувати рівень своєї кваліфікації, підтверджувати ліцензію тощо. Отже, підготовка медичних кадрів спрямована на забезпечення принципу безперервної медичної освіти. Це мають враховувати

керівники закладів охорони здоров'я як в кадровій політиці та стратегії, так і в процесі мотивації, адже методи розвитку кадрів можуть стати дієвим мотиваційним інструментом. Наприклад, підвищення кваліфікації, участь у міжнародних та національних конференціях, перепідготовка можуть здійснюватися за рахунок закладу охорони здоров'я для тих кадрів, які показують найвищі показники діяльності за підсумками атестації кадрів.

Результати розвитку медичного персоналу мають стати підґрунтям управління кар'єрою та службово-посадовим рухом персоналу в рамках закладу охорони здоров'я, як це відбувається на підприємствах провідних галузей економіки.

6. Запровадження принципів командної роботи в рамках надання медичної послуги закладами охорони здоров'я. Надання медичної послуги є командною роботою, отже, одним із завдань керівника закладу охорони здоров'я є забезпечення сприятливого клімату та командного духу закладу охорони здоров'я задля формування згуртованого трудового колективу. Це дасть змогу підвищити медичну ефективність діяльності, отже, соціальну та економічну ефективність закладу охорони здоров'я. Зокрема, мають застосуватися психологічні інструменти побудови робочих команд, методи профілактики емоційного вигорання, методи побудови відносин «лікар – пацієнт», «лікар – середній та молодший персонал», «лікар – керівник».

Таким чином, побудова сучасної парадигми управління персоналом закладу охорони здоров'я, яка враховує механізми стратегічного менеджменту персоналу, психологічні аспекти діяльності, економічні та соціальні методи впливу, має загалом на меті підвищення ефективності діяльності персоналу закладу охорони здоров'я та якості надання медичної допомоги на національному рівні.

Отже, враховуючи все вищесказане, ми бачимо, що є необхідність впровадження значних змін у процес формування фонду заробітної плати медичних працівників, їхнього заохочення, менеджменту персоналу закладів охорони здоров'я тощо. На нашу думку, необхідно частково перейняти досвід зарубіжних країн, де система охорони здоров'я є розвинутою, та досвід

провідних галузей економіки України, де застосовуються новітні технології управління персоналом, однак з урахуванням реалій та можливостей (фінансові, кадрові, інноваційні тощо) нашої країни.

Висновки до розділу 1

Дослідження специфіки кадрової роботи в сфері охорони здоров'я дозволило сформулювати її головну мету: забезпечення високого професіоналізму всіх ділянок трудової діяльності кваліфікованими, активно діючими, добросовісними медичними працівниками, здатними забезпечити якісними послугами з профілактики, діагностики та лікування населення України. До типових недоліків кадрового забезпечення системи охорони здоров'я в роботі віднесено: зміни демографічних та епідеміологічних характеристик; збереження традиційних підходів до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами; виражену неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я; відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах охорони здоров'я; недосконалу і ненадійну інформаційну та дослідну базу з кадрових ресурсів охорони здоров'я; загальні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я.

В результаті дослідження виявлено зміни в кадровій політиці закладів охорони здоров'я, що зумовлені процесами їх автоматизації, зокрема: зміна форми власності (перетворення з бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство); розширення повноважень керівника закладів охорони здоров'я; отримання свободи дій у встановленні форми та методів оплати праці медичним працівникам, механізмів мотивації та стимулювання в рамках чинного законодавства; зміна фінансових механізмів господарювання; отримання закладом охорони здоров'я права утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я, які також діють у статусі підприємства, задля перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів членів об'єднання.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ПЛАНУВАННЯ КАДРОВОЇ РОБОТИ В КНП «ПОЧАЇВСЬКА РАЙОННА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ПОЧАЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1 Оцінка організаційного забезпечення кадрової роботи закладу охорони здоров'я

Діяльність Почаївської районної комунальної лікарні здійснюється у відповідності до плану основних організаційних заходів, згідно яких проводилось виконання наказів МОЗ України, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, розпоряджень обласної та районної держадміністрацій, відділу охорони здоров'я РДА, обласної та районної рад, впровадження клінічних протоколів на всіх рівнях надання медичної допомоги, виконання національних, державних та регіональних програм, контроль за якістю лікувально-діагностичного процесу, виконання контрольних показників.

Важливо розуміти, що в умовах проведення медичної реформи управління комунальним некомерційним підприємством здійснює рада територіальної громади села, селища, міста, району, області, яка є власником майна відповідного закладу охорони здоров'я. Поточне керівництво (оперативне управління) комунальним некомерційним підприємством здійснює керівник підприємства (головний лікар).

Локальним документом, який регламентує діяльність Почаївської районної комунальної лікарні (РКЛ) є колективний договір. Він є базисом регулювання виробничих, трудових та соціально-економічних відносин. Даний колективний договір розроблено відповідно до Конституції України, Кодексу законів про працю України, Законів України «Про колективні договори і угоди», «Про охорону праці», «Про оплату праці», «Про відпустки», «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказу Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я», інших нормативно-правових актів щодо діяльності закладів охорони

здоров'я.

Метою Договору є створення та підтримання необхідних виробничих, трудових і соціально-економічних умов для плідної, ініціативної та продуктивної праці медичних та інших категорій працівників лікарні, захист їх прав та інтересів на рівні, не нижчому, ніж передбачено чинним законодавством.

Функціональна діяльність згідно договору здійснюється за принципами: паритетності представництва сторін договору, взаємної довіри й поваги, дотримання принципів соціального партнерства; розмежування прав і відповідальності сторін; рівноправності сторін у внесенні пропозицій щодо змісту договору; урахування реальних можливостей матеріального, виробничого і фінансового забезпечення зобов'язань сторін; добровільності у прийнятті зобов'язань.

Почаївська РКЛ обслуговує населення загальною кількістю – 23 932 чол., з них дорослих – 17 818 чол., дітей – 5 267 чол., підлітків – 847 чол. Сільського населення – 16 153 чол., міського населення – 7 779 чол.

Відповідно плану основних організаційних заходів проведено 6 медичних рад та оперативні наради.

За період 2020 - 2022рр проведена оптимізація ліжкового фонду, скорочено 23 ліжка, з них 10 терапевтичних ліжок, 2 дитячі інфекційні ліжка, 2 дорослі інфекційні ліжка, 2 педіатричні ліжка, 2 пологові ліжка, 5 хірургічних ліжок. Станом на 01.01. 2022 року лікарня функціонує на 78 ліжок з відділеннями: хірургічне відділення на 18 ліжок, з них 10 хірургічних, 5 неврологічних, 3 гінекологічних; пологове відділення на 6 ліжок, з них 3 ліжка для роділь, 3 ліжка палати патології; педіатричне відділення на 13 ліжок; інфекційне відділення на 11 ліжок, з них 8 ліжок для дорослих, 3 ліжок для дітей. Норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками (78 ліжок) у розрахунку на 10 тис. населення становить – 33,3. За I півріччя 2022 року по всіх відділеннях проведені косметичні ремонти з побілкою і покраскою. Проведено утеплення фасаду рентгенкабінету та заміна вікон на пластикові, на що було затрачено 20 000 грн. Придбано м'який інвентар (постільна білизна) на

суму 20 000 грн. За рахунок спонсорської допомоги отримано мікроскоп в клініко – діагностичну лабораторію, водонагрівач і пральну машину в пральню, холодильник в інфекційне відділення. За рахунок бюджетних коштів придбано лейкоцитарний лічильник в клініко – діагностичну лабораторію. Проведено ремонт енергопостачальних та комунікаційних систем, (ремонт водопровідної системи корпусу №1 та теплової системи в поліклінічному відділенні).

Функціональна діяльність досліджуваного закладу пов'язана із станом здоров'я населення території та загальною демографічною ситуацією в регіоні. Демографічна ситуація залишається складною з мінусовим природнім приростом – (-1,8) (2021р. – -3,1). По м. Почаєву природний приріст – +1,5 (2021р. + 0,5).

По території обслуговування народилося 139 дітей (2021р. – 139), померло – 184чол. (2021р. – 215чол.). По м. Почаїв народилося 70 (2021р. - 60), померло – 58 (2021р. – 58). За I півріччя 2022 року померло всього 184 чол. (2021р – 215 чол.) (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Структура смертності в працездатному віці

	2021 р.	2022 р.
1. Травми і отруєння	8	2
2. Злоякісні х-би	10	9
3. Церебровоскулярні х-би	6	5
4. Х-би ССС	7	12
5. Х-би органів дихання	2	3
6. Х-би шлунково-кишкового тракту	2	2

Примітка. Складено автором з використанням інформації Почаївської РКЛ.

За 6 місяців 2022р. в поліклінічному відділенні зроблено 41 260 відвідувань (2021р. – 37 335). Відвідування на 1 мешканця - 3,6 (2021. – 3,2).

Прийнято з приводу захворюваності – 20 368 (2021р. – 17 619), що становить – 49,3% (2021р. – 47,1%) профогляди – 20 892 (2021р. –19 716), що становить 50,6% (2021р. – 52,8%). При поліклінічному відділенні функціонують заміні форми стаціонарної допомоги :денний стаціонар на 10 ліжок, показник на 10 тисяч населення 4,1 . В денному стаціонарі проліковано –

277 пацієнтів проведено л/д – 2 115, середнє перебування – 7,6. На диспансерному обліку знаходиться – 3 988 пацієнтів, з них дорослих – 3 066, дітей – 603, підлітків – 319. За 6 місяців 2022р. на облік взято дорослих – 304, дітей – 68. Захворюваність дорослого населення (на 10 тисяч) –1 295,5 (2021 р. –1089,3). Поширеність дорослого населення (на 10 тисяч) – 4468,9 (2021 р. – 4218,0) Захворюваність дитячого населення (на 1 тисячу) – 336,0 (2021р. – 339,7). Поширеність дитячого населення (1 тисяча) –595,8 (2021р. –600,1)

За 6 місяців 2022 року на облік взято 25 онкохворих (2021р. – 16). Запущених випадків не виявлено. З метою раннього виявлення хворих з передраковою патологією, ранніми формами раку шийки матки, зниження занедбаності на візуальні форми раку у жінок проводяться онкопрофогляди жіночого населення. Відсоток проведених онкопрофоглядів по м.Почаєві і приписній дільниці становить 33,0%, м. Почаїв – 34,3% .

Акушер-гінекологами проводиться співпраця з лікарями загальної практики сімейної медицини щодо проведення онкопрофоглядів жіночого населення з метою раннього виявлення онкологічної патології.

Аналізуючи безпосереднє надання медичних послуг досліджуваною установою слід зауважити, що заплановані показники діяльності стаціонару виконано на 106%, в т.ч. терапевтичне відділення – 112,4%; хірургічне відділення - 99,0%; неврологічні ліжка– 118,2%; гінекологічні ліжка – 111,6%; педіатричне відділення-107,5%; інфекційні ліжка для дорослих- 87,9%; інфекційні ліжка для дітей – 140,6%; ліжка для роділь – 90,5%, ліжка патології – 123,9%. Обіг ліжка по стаціонару – 17,9, довгота перебування – 9,8, середньорічна робота ліжка – 180,2, відсоток с\ж – 54,8%.

За I півріччя 2022 року в стаціонарі проліковано 1401 пацієнт (2021р – 1443) (табл.2.2). За 2021 рік в стаціонарних відділеннях було проліковано 2 668 пацієнтів. За 2020 рік - 3 161 пацієнт. Всього по стаціонару померло 10 чол.: загальна летальність – 0,7.

Хірургічне відділення функціонує на 10 ліжок. Відсоток виконання плану ліжок днів-99% (2021р. -101,4). Робота ліжка становить – 169,7 (2021р. – 172,3%). Обіг ліжка-16,9 (2021р. -19,1); середнє перебування на ліжку-10,2 (

2021р. -9); проліковано пацієнтів – 164 (2021р. – 190)., виконано операцій – 101 з них 52 планових, 49 ургентних,(2021р. всього операцій- 114 з них 54 планових, ургентних-60), хірургічна активність – 60,5% (2021р. – 60,0%). Всього проведено амбулаторних операцій – 856 (2020р. – 970). На органах вуха , горла, носа – 152 (2020 р. – 142); на кістково - м'язевій системі – 19 (2015 – 5) ; на шкірі і підшкірній клітковині – 605 (2020 р. – 735); інші – 0 (2020р. – 0).

Таблиця 2.2

Надання медичних послуг КНП «Почаївською РКЛ» в 2021- 2022 рр.

Показники	Роки	
	2021	2022
Терапевтичне ліжка	524	526
Хірургічні ліжка	191	164
Неврологічні ліжка	113	120
Гінекологічні ліжка	59	56
Дитячі інфекційні ліжка	61	87
Інфекційні ліжка дорослі	111	105
Педіатричне відділення	267	224
Ліжка для роділь	67	63
Ліжка палати патології	50	53

Примітка. Складено автором з використанням інформації Почаївської РКЛ.

Всього проведено амбулаторних операцій – 447 (2021р. – 452). На органах вуха , горла, носа – 72 (2021 р. – 76); на кістково-м'язевій системі – 4 (2021 – 7) ; на шкірі і під шкірній клітковині – 346 (2021 р. – 353) ; інші – 0 (2021р. – 0).

Надання акушерсько-гінекологічної допомоги здійснюється відповідно наказів МОЗ України, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації. За I півріччя 2022 рік на облік взято 99 вагітних, за аналогічний період 2021 року була взята 101 вагітна. До 12 тиж. – 93 жінок, що становить - 97,0%. Для перинатального скринінгу вроджених вад розвитку проводиться УЗД обстеження, яке дворазово пройшли до 21 тижнів 95 вагітних, що становить 97% .Обстежено ваг на HbsAd двічі до 23 тижнів – 95, що становить – 97%. Обстежено на RW двічі до 30 тижнів вагітності – 91, що становить – 95%. Кількість вагітних взятих на облік по роках складає

відповідно 2015р. 261 особа, 2020р. – 250, 2021 – 201 жінок. За I півріччя 2022 року в пологовому відділенні прийнято 50 пологів (2021р.- 50).

Проведено БЦЖ – щеплень – 27, відмов – 23.

Постійно виконуються заходи по комплексній районній програмі «Здоров'я населення Кременеччини 2021-2021» куди входить розділ «Репродуктивне здоров'я».

За I півріччя в пологовому відділенні придбано за державні кошти: медикаменти (4 235 грн.); постільна білизна (1 950 грн.); за благодійні кошти:

2 функціональних ліжка (3 681 грн.) Що вказує на низьку інституційну спроможність держави модернізувати інфраструктурне забезпечення лікарні бюджетними коштами. Функціональна діяльність лікарні також пов'язана із роботою допоміжних служб (табл.2.3).

Таблиця 2.3

**Оцінка роботи допоміжних служб у організації функціональної діяльності
Почаївської РКЛ**

Показники	2021 р.	2022р.
Рентгенологічних досліджень всього	1617	1865
З них, зроблено просвічувань	-	-
К-сть спец. обстежень на 100 відвід	0,008	0,004
Число флюорографій на 1 тис. нас.	140,9	148,7
Робота кабінету функціональної діагностики		
Кількість осіб, що були обстеженні	4942	4938
К-сть обстежень	5545	5654
ЕКГ досліджень	5401	5506
К-сть обстежень на 1 хв. в стаціонарі	0,3	0,4
К-сть обстежень на 100 відвідувань	13,1	12,1
% обстежень в амбулаторних умовах	74,3	88,4
Робота фізіотерапевтичного кабінету		
К- сть осіб, що закінчили лікування, всього	1482	1464
Число відпущених процедур	22116	21711
К- сть процедур на 100 відвідувань	35,0	31,4
К-сть проц.. на 1 хв., що лікувався в кабінеті	14,9	14,8
Робота клініко – діагностичної лабораторії		
Зроблено аналізів	113876	110213
% біохімічних аналізів	18,2	20,9
% обстежень амбулаторних хворих	63,4	63,8
К- сть аналізів на 100 відвідувань	193,5	170,4
К- сть аналізів на 1 ліжко	457,1	511,3

К- сть аналізів на 100 стац. хворих	2393,8	2847,0
-------------------------------------	--------	--------

Примітка. Складено автором з використанням інформації Почаївської РКЛ.

За 6 місяців 2022р. здали кров - 66 донори, (2021р – 52) заготовлено – 27л 500мл. крові з консервантом, без консерванту – 24л 890 мл крові(2021р – 23 л 290мл), без консерванту (21л 140мл). Відправлено на Тернопіль 24 л 390мл.(2021р – 21л 250мл). Відділення лікарні забезпеченні препаратами крові і кровозамінниками для надання невідкладної допомоги: свіжозамороженна плазма – 9 л. 150мл. всіх груп; еритромаца – 1 л. 700мл. всіх груп.

По виконанню регіональних програм виконувалися наступні заходи. Протягом 6 місяців 2022 року забезпечувалося виконання заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції та для громадян, які прибувають з тимчасово окупованої території.

Постійно проводиться медичне спостереження за учасниками антитерористичної операції та демобілізованими особами. Постраждалим учасникам антитерористичної операції забезпечується надання медичної допомоги, психологічної реабілітації, санаторно-курортного лікування.

Відділення лікарні забезпеченні необхідною кількістю лікарських засобів та виробів медичного призначення для надання медичної допомоги учасникам АТО.

Здійснюється постійне оновлення реєстру демобілізованих з поданням інформації в управління охорони здоров'я облдержадміністрації. Налагоджено безвідмовну госпіталізацію учасників антитерористичної операції з метою їх оздоровлення та відповідного лікування.

За I півріччя 2022 року на стаціонарному лікуванні перебував 1 учасник АТО, амбулаторно надана медична допомога 4 учасникам АТО, 1 учаснику АТО оформлена довідка ф070/0 на санітарно-курортне лікування в санаторій «Скадовськ» неврологічного профілю.

Виконуються заходи по наданню медичної допомоги пацієнтам з гострим

коронарним синдромом. На виконання наказу управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації від 03.11. 2021 року №649-од «Про стан надання медичної допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом У Тернопільській області» по лікарні видано наказ від 01.12. 2021 р. № 141, яким затверджено відповідні заходи. За I півріччя 2022 року зареєстровано 5 пацієнтів з гострим інфарктом міокарду, 4 пацієнтів направлено в реанімаційне відділення Кременецької РКЛ, 1 перебував на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні Почаївській РКЛ.

В Почаївській РКЛ проводиться заходи щодо виконання програми профілактики, діагностики і лікування хронічних вірусних гепатитів.

На обліку в лікаря – інфекціоніста перебуває 9 хворих з хронічними ВГ, з них: хронічний ВГ «В» - 1 хворий, хронічний ВГ «С» - 8 хворих. В Почаївській РКЛ безкоштовно проводиться обстеження на австралійський антиген медпрацівникам, вагітним та по епідпоказах. За I півріччя 2022 рік проведено 217 обстежень, з них медпрацівникам – 56, вагітних – 150, та інші (11 чол.).

Проводилось навчання пацієнтів з ХВГ і контактних з питань зниження прогресування і передачі інфекції, попередження коінфікування іншими парентеральними інфекціями та санітарно – освітня робота серед населення та випускалися санбюлетні по даній тематиці

Почаївською РКЛ забезпечується виконання наказів МОЗ України № 120 від 25.05.2000р. «Про вдосконалення медичної допомоги на ВІЛ-інфекцію (СНІД)» та № 955 від 05.11.2013р. «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків». Обстеження на ВІЛ-інфекцію (СНІД) проводиться донорам, вагітним та по епідпоказах. Всі донори проходять клініко-лабораторне обстеження, ретельно збирається епіданамнез, проводиться дотестове консультування, після тестове консультування. Вся донорська кров направляється після кровоздачі на тестування в ТОСПК. В лікарні постійно проводиться санітарно-освітня робота шляхом, проведення бесід з хворими та їх родичами з питань профілактики ВІЛ-інфекції (СНІД). В відділеннях випускались санітарні бюлетні з даного питання.

В рамках виконання районної цільової соціальної програми протидії захворюванням на туберкульоз проводяться наступні заходи:

1. Профілактичні флюорографічні обстеження пацієнтів амбулаторно при зверненні та тих, які перебувають на стаціонарному лікуванні.

2. За I півріччя 2022 року по даних рентгенкабінету проведено 2 650 (201р. – 2 579) флюорографій, що становить 148,7 на 1 тисячу населення. При виявленні патології пацієнти направляються на дообстеження. В 2022 році закуплено ФГ – плівку та рентгенплівку на суму 32 500грн.

3. В амбулаторних і стаціонарних умовах проводяться обстеження харкотиння на БК. За I півріччя 2022 року проведено 69 обстеження, з них амбулаторних – 10, стаціонарних- 59, двохразово обстежено -34 чол.

4. В пологовому відділенні новонародженим проводяться профілактичні щеплення БЦЖ-вакцини. За 2022р. зроблено 27 БЦЖ-щеплень . Пологове відділення забезпечене вакциною БЦЖ на 22.08. 2022р наявно 280 доз, вакцини проти гепатиту В 152 дози.

На основі проведеного аналізу діяльності Почаївської РКЛ можна запропонувати заходи щодо покращення надання медичної допомоги населенню за основними пріоритетними напрямками розвитку охорони здоров'я у 2022 році. Зокрема, для покращення матеріально - технічної бази доцільно: придбати УЗД-апарат, фіброгастроскоп (спонсорська допомога), гематологічний аналізатор, 4 комп'ютери, провести ремонт фасаду поліклінічного, хірургічного та терапевтичного відділень; передбачити закупівлю акумулятора та шин для санітарного транспорту, проведення поточних ремонтів по відділеннях.

Для покращення надання акушерської – гінекологічної допомоги необхідно забезпечити:

– виконання наказів МОЗ України від 29.12.2003 року №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги в Україні», від 15.07.2011 року № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько- гінекологічної допомоги в Україні», від 10.05.2004 року №234 «Про організацію профілактики внутрішньо – лікарняних інфекцій в

акушерських стаціонарах»;

– для покращення спостереження за вагітними звертати увагу на якісне ведення вагітних в жіночій консультації, своєчасну діагностику, дотримання клінічних протоколів надання медичної допомоги і лікування. На родорозршення вагітних з патологією направляти в ТОПЦ «Мати і дитина».

– забезпечити належне спостереження і ведення жінок репродуктивного віку з екстрагенітальними захворюваннями, при яких вагітність протипоказана, забезпечити їх 100% контрацепцією з метою попередження материнської смертності.

– покращити показник раннього взяття вагітних на облік до 12 тижнів. Повне їх обстеження, динамічне спостереження.

– акушер-гінекологам співпрацювати з первинною ланкою для вчасного взяття вагітних на облік і нагляду за ними.

– забезпечити скерування на розродження вагітних групи високого акушерського ризику, перинатальні патології та з екстрагенітальною патологією на III етап надання медичної допомоги в обласний перинатальний центр «Мати і дитина» відповідно наказу Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації №547-од від 08.12.2014р «Про додаткові заходи щодо попередження материнської смертності, впорядкування I II III рівнів перинатальної допомоги та впровадження плану – схеми маршруту пацієнтів в закладах охорони здоров'я області»

На виконання програми «Онкологія» вжити заходів по усуненню недоліків з питань раннього виявлення онкопатологій: підвищити рівень онкопрофоглядів; покращити якість цитологічного обстеження мазків; активізувати виїзди акушер – гінекологів на ФАПи, АЗПСМ, покращити їх результативність; проводити аналіз показника занедбаності візуальних форм новоутворень; покращити роботу по ранньому виявленню онкопатологій;

З метою раннього виявлення туберкульозу вжити заходів щодо ціле направленою охоплення населення флюорографічними оглядами та покращити використання методу мікроскопії мазка харкотиння на туберкульоз.

Необхідно і надалі проводити контроль за своєчасним та об'єктивним

розглядом звернень громадян щодо надання медичної допомоги.

Забезпечити медичне спостереження та надання медичної допомоги учасникам антитерористичної операції, демобілізованими, внутрішньо переміщеними особами.

Для підвищення інституційної спроможності лікарні виконувати регіональні цільові програми в сфері охорони здоров'я необхідно зосередити свою діяльність на вдосконаленні показників виконання обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ – інфекції (СНІДу) на 2015- 2022 роки: районної Програми профілактики, діагностики і лікування хронічних вірусних гепатитів; комплексної районної програми «Здоров'я населення Кременеччини 2021-2021», розділу «Репродуктивне здоров'я». Постійно контролювати виконання заходів щодо надання допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом. Забезпечити систему контролю за якістю лікувально – діагностичного процесу та дотримання протоколів надання медичної допомоги. Активізувати роботу по залученню позабюджетних надходжень. Провести реорганізацію відділень Почаївської РКЛ, оптимізацію ліжкового фонду з перепрофілюванням ліжок.

На виконання заходів щодо реформування у сфері охорони здоров'я, відповідно до визначених Міністерством охорони здоров'я України завдань, виконання рішень колегій управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації щодо оптимізації структурних підрозділів та ліжкового фонду для забезпечення ефективного його використання, листа управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації від 30.10. 2021р. №3920/3-01 «Про оптимізацію закладів охорони здоров'я», концепції розвитку перинатальної допомоги в області, планується провести з 01.01.2019 року реорганізацію відділень, а саме: хірургічне відділення з гінекологічними та неврологічними ліжками буде реорганізовано у приймально-діагностичне відділення невідкладної допомоги; пологове відділення буде реорганізовано у відділення сестринського догляду з ліжками паліативної допомоги. Ліжковий фонд Почаївської РКЛ становитиме 67 ліжко-місць: 1) терапевтичне відділення 30 ліжок, з них: 25 терапевтичних; 5 неврологічних; 2) приймальне відділення 4

ліжка, з них: 2 хірургічних; 2 гінекологічних; 3) педіатричне відділення 12 ліжок; 4) відділення сестринського догляду 10 ліжок; 5) інфекційне відділення 11 ліжок, з них: 8 ліжок для дорослих; 3 ліжок для дітей.

2.2. Аналіз якості кадрового забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я

В організації управління закладом велику увагу приділяють людському фактору, підвищенню якості роботи й творчої віддачі кадрового потенціалу, поліпшенню фахової підготовки і використанню спеціалістів з урахуванням їх професійного та кваліфікаційного рівнів. Організаційний супровід управління кадровим забезпеченням здійснює відділ кадрового забезпечення.

Облікова кількість штатних працівників Почаївської РКЛ складає 190 осіб із них 9 осіб пенсійного віку. Загальна кількість працюючих – 166 чол., з них лікарів – 28; середнього медперсоналу - 69, молодшого медперсоналу – 43, інші – 25 (табл. 2.4).

З метою удосконалення професійного рівня у 2022 році пройшли курси підвищення кваліфікації і проатестовано 2 лікарі, середнього медперсоналу – 9.

Управління кадровим забезпеченням досліджуваного медичного закладу включає в себе:

1. Організацію роботи щодо підбору та розміщення кадрів з урахуванням їх професійного і кваліфікаційного рівнів.

2. Забезпечення постійного підвищення фахової кваліфікації лікарів та молодших медичних спеціалістів шляхом:

- а) проходження курсів удосконалення, атестації, стажування в клініках України та за кордоном;

- б) здобуття наукових ступенів медичним персоналом та вищої медичної освіти молодшими медичними спеціалістами.

3. Формування дієвого резерву кадрів для висування їх на керівні посади.

4. Забезпечення юридичного супроводу діяльності лікарні, надання консультацій працівникам лікарні з організаційно-правових та інших

юридичних питань.

5. Ведення діловодства з кадрових питань відповідно до чинного законодавства України про працю.

Рух кадрів представлено в табл. 2.5, свідчить, що в системі кадрового забезпечення обрано вектор скорочення штатних працівників, оскільки

Таблиця 2.4

Якісний склад Почаївської районної комунальної лікарні

Найменування посад	Но-мер ряд-ка	Кількість посад у цілому в закладі		у тому числі в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації		Кількість фізичних осіб основних працівни-ків у цілому в закладі на зайнятих посадах
		штат-них	зай-нятих	Штат-них	Зай-нятих	
А	Б	1	2	3	4	5
Лікарі, усього	1	31,75	28,25	18,50	16,25	26
у тому числі: керівники закладів та їх заступники	2	2,00	2,00			2
терапевти, усього	3	4,00	3,75	2,00	1,75	4
ендокринологи	18	0,50		0,50		
інфекціоністи	24	1,25	1,00	0,50	0,50	1
у тому числі дитячі	25	0,25				
фізіотерапевти	26	0,75				
хірурги	30	3,25	2,00	1,25	0,25	1
анестезіологи	41	1,00	1,00			1
у тому числі дитячі	42	0,50	0,50			1
стоматологи	47	5,50	5,00	5,50	5,00	6
акушери-гінекологи	49	3,25	3,25	2,50	2,50	3
педіатри, усього	51	1,75	1,75	1,00	1,00	3
педіатри-неонатологи	54	0,50	0,50			
офтальмологи	55	1,00	1,00	1,00	1,00	1
отоларингологи	57	1,00	1,00	1,00	1,00	1
невропатологи	61	1,25	1,25	1,00	1,00	1
психіатри	64	0,25	0,25	0,25	0,25	1
дерматовенерологи	70	1,00	1,00	1,00	1,00	
лікарі-лаборанти	77	1,50	1,50			

рентгенологи	83	1,00	1,00			1
інтерни	90	1,00	1,00	1,00	1,00	2
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	92	1,50	1,50			1
Середній медперсонал, усього	94	76,50	70,00	23,00	19,00	69
у тому числі за спеціальностями: медичні сестри	95	53,50	48,75	18,00	15,00	48
акушерки	96	8,00	6,25	3,00	2,00	6
лаборанти клінічних лабораторій	100	7,00	7,00			7
рентгенолаборанти	102	2,00	2,00			2
медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів	103	4,00	4,00			4
медичні статистики	104	2,00	2,00	2,00	2,00	2
Молодший медперсонал	108	44,00	41,50	6,00	6,00	40
Інший персонал	109	36,00	30,50	3,50	3,00	32
Усього посад (підсумок рядків 1, 92-94, 106-109)	110	189,75	171,75	51,00	44,25	168
біологи	114	1,00	1,00			1
юристи	115	0,50	0,50			1

Примітка. Складено автором з використанням інформації Почаївської РКЛ.

коефіцієнт звільнення практично на 50% більший від коефіцієнту прийняття.

Таблиця 2.5

Рух кадрів Почаївської РКЛ в 2022 році

Звільнено			Прийнято		
лікарі	м\с	Мол.м\с	лікарі	м\с	Мол м\с
1	2	4	-	-	2

Примітка. Складено автором з використанням інформації Почаївської РКЛ

Для кожного медичного спеціаліста, відповідно до посадової інструкції, розроблено стандарти і критерії оцінки якості роботи, які щомісячно аналізують на зборах у відділенні.

Теоретичну та практичну підготовку медсестринського персоналу підвищують за чітко відрегульованою схемою післядипломного навчання медсестер. Вимогою нинішнього дня є висококваліфікована медсестра. Нові технології в охороні здоров'я, нові методи діагностики і лікування, сучасні стандарти рівня медсестринського догляду й опіки – все це потребує постійного необхідного навчання та вдосконалення. Тривалість стажування для медсестер скла дає 1 місяць, для медсестер, які вийшли на роботу з відпустки по догляду за дитиною до 3–6 років, та молодших медсестер – 2 тижні. Після закінчення стажування комісія, регламентована наказом по лікарні, до якої входять представники всіх секторів сестринської ради лікарні, медсестри вищої кваліфікаційної категорії, бакалаври, магістри, проводить співбесіду з молодим спеціалістом.

Атестують молодших медичних спеціалістів згідно з наказом МОЗ України від 23.11.2007 року № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою».

Система контролю за якістю надання медичної допомоги базується на медико-експертних стандартах. Медико-експертні стандарти включають: клініко-статистичні групи за профілем, термін лікування, стандарти якості обстеження і лікування, категорії складності обстеження і лікування. Контроль за якістю проводять на 3 рівнях. Рівні контролю: 1) завідувач структурного

підрозділу; 2) заступник головного лікаря з лікувальної роботи; 3) заступник головного лікаря з експертизи.

Налагоджена система контролю дала можливість оцінити діяльність на кожному рівні, своєчасно виявити й усунути недоліки лікувально-діагностичного процесу. Результати аналізу організації та якості надання медичної допомоги заслуховують на оперативних нарадах, засіданнях правління з контролем за виконанням запланованих заходів.

Отже, можна стверджувати, що лікарня забезпечена фахівцями, які надають якісну медичну допомогу.

Діагностику професійності кадрів необхідно проводити для забезпечення якості надання медичних послуг.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги відповідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 752 здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я або медичними радами закладів охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я; самооцінки медичних працівників; організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; моніторингу реалізації управлінських рішень; моніторингу дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; моніторингу системи індикаторів якості медичної допомоги; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги.

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, проведення акредитації закладів охорони здоров'я, атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється за такими складовими:

- структура, процес та результати медичної допомоги;
- організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень;
- відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я;
- вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги;
- забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.

Контроль якості наданої медичної допомоги проводиться у випадках смерті пацієнтів, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання закладами охорони здоров'я стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та/або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Кількісна оцінка якості наданих медичних послуг має сформуватись на основі критеріїв, які є найбільш значущими, а також визначити їхню вагу в загальній оцінці:

1) критерії професійні – визначають здатність лікаря (медичного персоналу, що проводить лікування) надавати адекватну медичну допомогу та підтверджують рівень його кваліфікації. Числова оцінка зазначеної групи має проводитися фахівцями в цій галузі;

2) критерії доступності медичних послуг – група, що характеризує легкість і простоту “доступу” пацієнтів до отримання необхідних медичних послуг. Оцінювання цих критеріїв має проводитися працівниками лікувального закладу;

3) критерії обслуговування – критерії, які визначають рівень обслуговування пацієнтів. Оцінка цих критеріїв має надаватися безпосередньо

самими пацієнтами під час або ж безпосередньо після отримання медичних послуг;

4) критерії комунікативні – група, що характеризує, як правило, аспекти ознайомлення з лікувальним закладом, обраними методиками лікування, комунікабельністю медичних працівників тощо. Оцінка наведених критеріїв проводиться пацієнтами;

5) критерії престижності лікувального закладу – формують імідж закладу, рівень його визнання серед інших установ аналогічного профілю, є доказом інноваційності та сучасності лікарні (поліклініки). Визначаються працівниками лікувального закладу, оскільки лише вони володіють вказаною інформацією.

Серед зовнішніх методик забезпечення високої якості медичних послуг акредитація є найбільш поширеною в світі методикою та найбільш ефективною. Її роль полягає у пошуку в сучасних системах охорони здоров'я проблем, що найбільше впливають (можуть впливати) на безпеку пацієнтів. У цьому аспекті в світі напрацьовані критерії вимірювання оцінок закладів охорони здоров'я, тобто акредитаційні стандарти. Ці стандартів світовій практиці мають характер динамічний, підлягають певній модифікації залежно від швидкості отримання бажаного результату. Найцікавішим елементом системи акредитації є те, що окремо взята лікарня може провести самооцінювання через порівняння зі зірцями найкращих ефектів у галузі, які зазначаються в стандартах акредитації. Визначення в такий спосіб слабких сторін має сприяти виправленню прогалин всередині лікувального закладу. Система управління якістю шукає та дає можливість контролювати інфраструктуру, проведення закупівлі, потребуючи створення технічно-організаційних і економічних умов для постійного вдосконалення. Істотним є запобігання невідповідностям у прийнятих процедурах та існуючих інструкціях. Норма ISO 9001: 2000 вимагає від працівників не лише ефективного впровадження і підтримки системи ефективного управління, а і її постійного вдосконалення. Акредитація та ISO для закладів охорони здоров'я є підтвердженням якості наданих медичних послуг.

2.3. Оцінка процедури проходження атестації в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Порядок проведення атестації лікарів КНП «Почаївська районна клінічна лікарня» затверджений відповідним наказом «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22.02.2019 № 446. Згідно з останніми змінами, внесеними наказом МОЗ від 18.08.2021 № 1753, він регламентує два види атестації лікарів:

- 1) на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- 2) на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Раніше лікарі могли атестуватися на визначення знань і практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст». Нині ж пункт про такий вид атестації МОЗ із Порядку № 446 виключило. Натомість додало нове в атестації лікарів – окремий розділ про відновлення медичної практики для лікарів: які своєчасно не пройшли атестацію на кваліфікаційну категорію яким відмовлено в атестації на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії які не працювали понад три роки за лікарською спеціальністю Неатестовані лікарі мають скласти тест, а потім пройти стажування або курси спеціалізації в закладах післядипломної освіти або інститутах (факультетах) післядипломної освіти закладів вищої освіти. Підставою для проходження такого стажування є направлення з місця роботи. Навчання триває від 1 до 6 місяців, залежно від результатів.

Атестацію на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії проводять за бажанням лікаря. Раніше за рік до атестації лікар мав пройти обов'язкові чотиритижневі курси, так званий передатестаційний цикл, а в період між передатестаційними циклами міг і не брати участі в освітніх заходах. Нині ж навчатися треба майже постійно. За задумом розробників нової системи атестації, підвищення кваліфікації має бути не просто формальністю. Завдяки навчанню лікар постійно розвиватиметься й удосконалюватиме професійні вміння, а отже залишатиметься конкурентоспроможним на ринку праці.

Разом із тим підтверджувати кваліфікаційну категорію потрібно раз на 5

років. Не має значення, чи то атестація головного лікаря чи атестація сімейних лікарів. Атестацію на присвоєння категорії за бажанням можна проходити частіше. Позачергова атестація лікарів може відбуватися раніше. Якщо лікар має відповідний стаж роботи та виконує вимоги до безперервного професійного розвитку, він має змогу атестуватися вже через рік після попередньої атестації.

Кваліфікаційні категорії зазвичай присвоюють у такій послідовності: друга, перша та вища. Атестаційна комісія може присвоїти лікарю категорію не дотримуючи цієї послідовності. Тобто, замість першої одразу вищу. Однак такий варіант можливий за умов, що лікар: має відповідний стаж роботи демонструє в особистому освітньому портфоліо різноманітні види діяльності та значно перевищує мінімальні вимоги щодо кількості балів безперервного професійного розвитку за рік. Щоб «перескочити» через категорію, лікар має набрати втричі більше балів, ніж установлений мінімум.

Атестація лікарів на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії проводиться за спеціальностями як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом. Для атестації лікарі «подають до атестаційної комісії документи, як-от: письмова заява атестаційний листок копії диплома, трудової книжки, сертифіката лікаря-спеціаліста та/або посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку копії документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку» [16]. Лікарі, які не мають трудової книжки, можуть подати до атестаційної комісії витяг з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування. Документи подавайте не пізніше ніж за місяць до початку роботи комісії або не пізніше ніж за місяць до закінчення терміну дії посвідчення.

На засіданні атестаційної комісії лікар «пред'являє оригінали документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку особисто» [16]. Форму цих документів визначають організатори освітніх заходів. Згідно з наданими документами атестаційна комісія нараховує бали за проходження безперервного професійного розвитку згідно з додатком 4 до

Порядку № 446. Недостатня кількість балів безперервного професійного розвитку – це підстава для відмови у присвоєнні чи підтвердженні кваліфікаційної категорії. Раніше атестаційна комісія могла призначити ще одне засідання, щоб лікар добрав необхідну кількість балів. Нині такого не буде. Немає балів – немає атестації. Лікарі, яким атестаційна комісія відмовила у присвоєнні/підтвердженні кваліфікаційної категорії, можуть оскаржити це рішення в суді.

Аби за результатами атестації лікар отримав певну кваліфікаційну категорію, він повинен мати мінімальний стаж роботи за спеціальністю: друга категорія – 5 років перша – 7 років вища – 10 років До стажу роботи за спеціальністю для атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії відтепер не входить період навчання в інтернатурі та ординатурі. Натомість атестаційна комісія зарахує періоди навчання в докторантурі й аспірантурі за цією спеціальністю. А лікарям, що атестуються за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», – за будь-якою спеціальністю.

До стажу роботи за будь-якою спеціальністю атестаційна комісія зарахує роботу в органах охорони здоров'я, службу в Збройних силах України та інших військових формуваннях. Підприємницьку діяльність за лікарською спеціальністю зарахують до стажу роботи за цією спеціальністю.

За наявності необхідної кількості балів безперервного професійного розвитку лікарям можуть присвоїти кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», якщо вони три роки пропрацювали на посадах керівників чи їхніх заступників у: «МОЗ України, Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим структурних підрозділах з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій закладах, установах та підприємствах охорони здоров'я» [16]. При цьому атестаційна комісія врахує стаж роботи та кваліфікаційну категорію з лікарської спеціальності, з якої спеціаліст мав відповідну підготовку.

За спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», а також за суміжними спеціальностями атестуються лікарі, які працюють у: «МОЗ

України, Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділах з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій, в профспілках виконавчих апаратів та їхніх організаціях, Товаристві Червоного Хреста» [16].

До стажу роботи для атестації за деякими спеціальностями зараховуються періоди роботи на інших посадах (табл. 2.6). Однак для цього лікар має відпрацювати за спеціальністю, з якої атестується, не менше трьох років. Виняток – медицина невідкладних станів, тут вимог до тривалості роботи немає.

Таблиця 2.6

Відповідність окремих посад лікарським спеціальностям

Спеціальність	Лікарська посада, роботу на якій зараховують до стажу
«Медицина невідкладних станів»	Лікар з медицини невідкладних станів системи екстреної медичної допомоги, терапевт, педіатр, хірург, акушер-гінеколог, кардіолог, невропатолог та анестезіолог
«Психіатрія», «Наркологія», «Психотерапія», «Судово-психіатрична експертиза»	Психіатр, нарколог, психотерапевт та судово-психіатричний експерт
«Трансфузіологія»	Хірург станції (відділення) переливання крові, гематолог, гематолог дитячий та лікар-анестезіолог
«Гастроентерологія», «Дієтологія», «Кардіологія», «Ревматологія», «Нефрологія», «Пульмонологія», «Геріатрія», «Алергологія», «Гематологія», «Ендокринологія»	Терапевт
«Неонатологія», «Дитяча гастроентерологія», «Дитяча кардіологія», «Дитяча кардіоревматологія», «Дитяча пульмонологія», «Дитяча алергологія», «Дитяча гематологія», «Дитяча ендокринологія», «Дитяча неврологія», «Дитяча психіатрія», «Дитяча офтальмологія», «Дитяча онкологія», «Дитяча нейрохірургія», «Дитяча нефрологія»	Педіатр
«Дитяча ортопедія і травматологія», «Дитяча урологія»	Хірург дитячий
«Судово-медична гістологія», «Судово-медична імунологія», «Судово-медична криміналістика», «Судово-медична цитологія», «Судово-медична токсикологія»	Судово-медичний експерт
«Рентгенологія», «Ультразвукова діагностика», «Радіонуклідна діагностика», «Променева терапія»	Радіолог
«Загальна практика — сімейна медицина»	Педіатр, терапевт, лікар з судової медицини, лікар з медицини

	невідкладних станів
«Терапевтична стоматологія», «Хірургічна стоматологія», «Ортопедична стоматологія», «Ортодонтія», «Дитяча стоматологія»	Стоматолог

Примітка. Наведено за [16]

Нині ніхто не зобов'язує лікарів відвідувати конкретні заходи безперервного професійного розвитку. Лікар може обрати вид і спрямування власного навчання відповідно до потреб медичної практики та бачення свого професійного розвитку. Єдине, що за участь у заходах не за своєю спеціальністю можна набрати щонайбільше 8 балів на рік.

КМУ передбачив запуск електронної системи безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я. Набрати бали можна буде лише за участь у тих заходах безперервного професійного розвитку, які в ній зареєстровані. Згідно з Положенням № 725, лікар може отримати бали безперервного професійного розвитку за «здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я» [16].

Отримання балів безперервного професійного розвитку за формальну освіту можна шляхом зарахування до стажу роботи періодів навчання: в докторантурі та в аспірантурі. Це освітньо-науковий та науковий рівні вищої освіти. Відповідно, і бали безперервного професійного розвитку в рамках формальної освіти лікар може отримати лише за здобуття освітньо-наукового та наукового ступенів – доктора філософії і доктора наук відповідно.

До неформальної освіти лікарів зараховується: 1) «навчання на циклах тематичного удосконалення» [16]; 2) «професійне медичне стажування за межами закладу, де працює лікар» [16]; 3) «навчання на заходах безперервного професійного розвитку, внесених у систему, зокрема: майстер-класах, симуляційних тренінгах чи тренінгах з оволодіння практичними навичками, тренінгах, семінарах, фахових (тематичних) школах, наукових та/або науково-практичних конференціях (зокрема конгресах, з'їздах, симпозіумах)» [16].

Неформальну освіту лікар також може здобувати очно, дистанційно за допомогою електронних навчальних ресурсів або поєднуючи ці форми роботи. Брати особисту участь обов'язково під час: 1) «навчання на симуляційних тренінгах або тренінгах з оволодіння практичними навичками, зокрема на

тренінгах, які проводяться під час науково-практичних конференцій, симпозіумів, з'їздів, конгресів»; 2) «професійного медичного стажування за межами «рідного» закладу» [16].

Особисто або дистанційно в режимі реального часу обов'язково брати участь у заходах: 1) «підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти» [16]; 2) «наукова та/або науково-практична конференція (зокрема конгрес, симпозіум, з'їзд)» [16]; 3) «тематичне навчання (фахові (тематичні) школи, тренінги, семінари, майстер-класи)» [16].

Інформальна освіта безперервного професійного розвитку шляхом здобуття інформальної освіти передбачає, що лікар самостійно здобуватиме професійні компетентності під час повсякденної діяльності, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю. Підтвердити, що здобував інформальну освіту, лікар може публікацією своєї статті або огляду в журналі з імпаکت-фактором.

Усі відвідані заходи безперервного професійного розвитку та бали за них лікар відображає в особистому освітньому портфоліо. Якщо атестується за кількома спеціальностями – створює відповідну кількість портфоліо. Бланк документа наведений у додатку 2 до Порядку № 446.

МОЗ України оновило форму освітнього портфоліо. Відтепер лікарю потрібно буде вписати кількість наданих медичних послуг за звітний період. Ця вимога не поширюється на 37 спеціальностей, які не зобов'язані обліковувати по 50 балів безперервного професійного розвитку на рік, а також на спеціальність «Організація і управління охороною здоров'я».

Особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку створює сам лікар, а засвідчує – керівник закладу охорони здоров'я у період, за який ці бали обліковують. Портфоліо лікарів, які припинили медичну практику і не працювали в поточному році, засвідчує керівник закладу охорони здоров'я за останнім місцем роботи.

Лікарі, «які здійснюють професійну діяльність, зобов'язані щороку подавати на перевірку особисте освітнє портфоліо та підтверджувати

щонайменше 50 балів безперервного професійного розвитку» [16]. Скільки необхідно набрати, аби атестуватися в найближчі роки, розгляньте в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Атестація лікарів: кількість балів

Рік атестації	Мінімальна кількість балів	Рік, за який слід набрати бали
2021	50	2020
2022	100	2020 та 2021
2023	150	2020, 2021, 2022

Примітка. Наведено за [16]

Окрім того, відтепер лікар має право не обліковувати бали або облікувати менше 50 балів на рік, якщо у відповідний річний період у нього були на це об'єктивні поважні причини, підтверджені документально, як-от: стан здоров'я надзвичайні ситуації природного і техногенного характеру військові дії тощо. Раніше в таких випадках лікарю могли зарахувати бали за інші роки періоду між атестаціями, якщо у такі роки він набрав більше мінімальної кількості балів.

Бали за проходження безперервного професійного розвитку атестаційна комісія нараховує на основі документів, що підтверджують участь лікаря в освітніх заходах. Критерії того, як нараховуються бали безперервного професійного розвитку, представлені у табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Критерії нарахування балів безперервного професійного розвитку лікарів КНП «Почаївська районна клінічна лікарня»

№ з/п	Вид діяльності	Кількість балів		Підтвердний документ
		в Україні	в інших країнах*	
1	2	3	4	5
1. Формальна освіта				
1.1	Здобуття освітньо-наукового та наукового рівнів вищої освіти галузі знань «Охорона здоров'я (доктор філософії, доктор наук). Нарахування балів у рік захисту дисертації	100	100	диплом

1	2	3	4	5
2. Неформальна освіта				
2.1	Підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти, в тому числі за змішаною (денною та дистанційною) формою освіти, тривалістю:****			посвідчення/свідоцтво
	1 тиждень;	25		
	2 і більше тижнів.	50		
2.2	Медичне стажування в закладі охорони здоров'я за межами закладу, де працює фахівець 3 кількості балів, отриманих за	3 за день	5 за день	відраджень та копія наказу про зарахування на стажування в Україні. Сертифікат/диплом для іншої
1	2	3	4	5
	заходи в Україні, враховується не більше 25 за рік**			країни із програмою стажування
2.3	Наукова, науково-практична конференція, конгрес, симпозіум, з'їзд:			сертифікат або диплом про участь в конференції. Доповідь підтверджується програмою події та/або публікацією у матеріалах заходу
	участь в одноденному заході;	5*	10	
	участь у заході тривалістю 2 дні та більше;	10*	20	
	стендова доповідь;	20	50	
	усна доповідь.	30	70	
Одна й та сама доповідь повторно не враховується. Рекламні доповіді не враховуються				
2.4	Професійний розвиток за дистанційною формою навчання з використанням електронних навчальних ресурсів. Кількість балів, що враховуються до обов'язкового щорічного мінімуму, не має перевищувати 15 балів для україномовних та 20 балів для англomовних заходів**	1 бал за 2 години; англomовні курси - відповідно до кількості балів у сертифікаті		сертифікат
2.5	Навчання на <u>симуляційних</u> тренінгах або тренінгах з оволодіння практичними навичками, в тому числі під час науково-практичних конференцій, симпозіумів, з'їздів, конгресів:			сертифікат/диплом
	одноденний захід;	15*	20	
	захід тривалістю 2 дні та більше.	25*	30	
2.6	Проведення <u>симуляційних</u> тренінгів або тренінгів з оволодіння практичними навичками, в тому числі під час науково-практичних			

1	2	3	4	5
2.6	конференцій, симпозіумів, з'їздів, конгресів:			оригінал програми заходу, сертифікату тренера, запрошення від організаторів взяти участь у заході в якості тренера
	одноденний захід;	10		
	захід тривалістю 2 дні та більше. (бали нараховуються за проведення одного заходу на рік)***	15		
2.7	Тематичне навчання (фахові школи, семінари, майстер-класи тощо):			сертифікат/диплом
	одноденний захід;	10*	15	
	захід тривалістю 2 дні та більше.	20*	25	
2.8	Проведення тематичного навчання щонайменше на регіональному рівні (фахові школи, тренінги, семінар, майстер-класи):			оригінал сертифікату тренера та програми заходу
	одноденний захід;	10		
	захід тривалістю 2 дні та більше.	15		
	Але не менше ніж два бали за годину роботи у випадку проведення окремих сесій (бали нараховуються за проведення одного заходу на рік)***			
1	2	3	4	5
3. Інформальна освіта				
3.1	Публікація статті або огляду в журналі з імпаکت-фактором	20	30 в іноземних виданнях англійською мовою	бібліографічна довідка

Примітки: наведено за [16]

* «Кількість балів за заходи, які відбуваються в країнах з високим рівнем доходу (за рейтингом Світового Банку) або акредитовані за кордоном чи в Україні ЕАССМЕ/АССМЕ/RCPSO чи сертифіковані ERC/ILCOR/АНА під час підрахунку загальної кількості балів множиться на 2» [16].

** «Максимальна кількість балів не обмежена, але до щорічного обов'язкового мінімуму балів безперервного професійного розвитку враховуються не більше зазначеної у таблиці кількості балів» [16].

*** Тільки для тренерів, що отримали сертифікати міжнародних організацій.

**** «Врахування балів за підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти, в тому числі за змішаною (денною та дистанційною) формою освіти, здійснюватиметься не більше 2 разів на 5 років, незалежно від кількості пройдених циклів тематичного удосконалення. Вказане обмеження щодо нарахування балів безперервного професійного розвитку починає діяти з дати набрання чинності цим наказом» [16].

Якщо лікар має кілька спеціальностей, його не змушують набирати по 50 балів на кожну. Адже освітні заходи не обов'язково мають бути «за фахом». Однак «за освітні заходи з питань медичної етики, деонтології, цифрових та комунікаційних навичок та інші освітні заходи, які не стосуються відповідної лікарської спеціальності (або спеціальностей), але є частиною кваліфікаційних вимог, лікар отримає максимум 8 балів» [16].

За дистанційною формою навчання лікар може набрати щонайбільше 15 балів безперервного професійного розвитку. Однак протягом карантину, установленого КМУ з метою запобігання поширенню на території України COVID-19, цю межу можна переходити.

Особливі умови атестації на 2022 рік МОЗ передбачило для лікарів, що надають первинну медичну допомогу. Якщо станом на 31.12.2021 понад 80% задекларованих у них пацієнтів вакцинуються проти COVID-19, ці лікарі отримають додаткові 50 балів безперервного професійного розвитку.

На час «проходження безперервного професійного розвитку з відривом від виробництва за працівниками сфери охорони здоров'я зберігається середня заробітна плата в порядку, визначеному законодавством для працівників, яких направляють для підвищення кваліфікації» [16].

Фінансування безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я «здійснюється за рахунок коштів державного бюджету у порядку, затвердженому МОЗ України, погодженому з Мінфіном, а також за рахунок коштів фізичних, юридичних осіб та інших не заборонених законодавством джерел фінансування відповідно до відомостей з Реєстру медичних працівників та Реєстру медичних спеціалістів, визначених постановою КМУ від 25.04.2018 № 411» [16].

Отже, проаналізована процедура атестації медичних працівників містить дуже багато нововведень. Тільки час може показати наскільки вона ефективна. Медичним працівникам залишається лише сумлінно виконувати всі пункти та вимоги системи безперервного професійного розвитку.

Висновки до розділу 2

Діяльність Почаївської районної комунальної лікарні здійснюється у відповідності до плану основних організаційних заходів, згідно яких проводилось виконання наказів МОЗ України, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, розпоряджень обласної та районної держадміністрацій, відділу охорони здоров'я РДА, обласної та районної рад, впровадження клінічних протоколів на всіх рівнях надання медичної допомоги, виконання національних, державних та регіональних програм, контроль за якістю лікувально-діагностичного процесу, виконання контрольних показників.

Локальним документом, який регламентує діяльність Почаївської районної комунальної лікарні (РКЛ) є колективний договір. Він є базисом регулювання виробничих, трудових та соціально-економічних відносин. Даний колективний договір розроблено відповідно до Конституції України, Кодексу законів про працю України, Законів України «Про колективні договори і угоди», «Про охорону праці», «Про оплату праці», «Про відпустки», «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказу Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я», інших нормативно-правових актів щодо діяльності закладів охорони здоров'я.

В організації управління закладом велику увагу приділяють людському фактору, підвищенню якості роботи й творчої віддачі кадрового потенціалу, поліпшенню фахової підготовки і використанню спеціалістів з урахуванням їх професійного та кваліфікаційного рівнів. Організаційний супровід управління кадровим забезпеченням здійснює відділ кадрового забезпечення.

Управління кадровим забезпеченням досліджуваного медичного закладу включає в себе: організацію роботи щодо підбору та розміщення кадрів з урахуванням їх професійного і кваліфікаційного рівнів; забезпечення постійного підвищення фахової кваліфікації лікарів та молодших медичних спеціалістів; формування дієвого резерву кадрів для висування їх на керівні посади; забезпечення юридичного супроводу діяльності лікарні, надання

консультацій працівникам лікарні з організаційно-правових та інших юридичних питань; ведення діловодства з кадрових питань відповідно до чинного законодавства України про працю.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ПЛАНУВАННЯ КАДРОВОЇ РОБОТИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Концептуальні підходи до модернізації планування кадрової роботи закладу охорони здоров'я

Зважаючи на відсутність чітко детермінованої державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, для досягнення оптимальних результатів у реформуванні вітчизняної охорони здоров'я необхідно розробити і прийняти Концепцію кадрової політики сфери охорони здоров'я в Україні (на рівні акту Кабінету Міністрів У країни) [13]. Реалізація такої Концепції має включати у якості стратегічних цілей: модернізацію нормативно-правової бази та адаптації її до вимог європейського законодавства; розробку та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики; продовження підготовки відповідних медичних кадрів відповідно до прогнозованих потреб та показників оперативного коригування цих потреб; створення системи мотивацій та стимулів для медичних працівників – із забезпеченням нормативно-правової та соціально-економічної складових; активне залучення професійних асоціацій у вирішення проблем КРОЗ, запровадження фахового самоврядування у вирішенні питань кадрової та інноваційної політики, розробці єдиних стандартів надання медичної допомоги та оцінці її якості; створення єдиного реєстру медичних працівників; активну співпрацю з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я; проведення оперативного моніторингу та оцінки ефективності реалізованих заходів та відповідне вдосконалення нормативно-правової бази, в залежності від результатів реалізації цих заходів; запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки і при наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням; поетапний перехід на оптимальну систему співвідношення медичних кадрів відповідно до світових стандартів.

Серед операційних цілей для досягнення зазначених стратегічних

пріоритетів вважаємо за доцільне виокремити такі:

1. Запровадження шестирівневої підготовки медичних та фармацевтичних фахівців: два рівні додипломної підготовки (бакалаврат і магістратура), два рівні післядипломної підготовки (обов'язкова інтернатура – відповідно загальна практика-сімейна медицина, загальна стоматологія та загальна фармація; згодом – на конкурсній рейтинговій основі – резидентура за всіма спеціальностями); два науково-освітні рівні (аспірантура – доктор філософії, та докторантура - доктор наук).

2. Приведення навчальних програм на до- та післядипломному рівні до світових вимог, з урахуванням тривалості навчання.

3. Запровадження ліцензування діяльності медичних та фармацевтичних фахівців структурами професійного самоврядування спільно з професійними асоціаціями. Для допуску до практики запровадити стандартизовані національні іспити, що відповідатимуть вимогам європейських агенцій із сертифікації фахівців.

4. Широке запровадження медичної освіти протягом життя (Continuous Medical Education) із використанням дистанційних методів освіти, у тому числі платформ масової відкритої онлайн- освіти (МООС) та телеконференцій, у тому числі відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2022 року № 302.

Серед основних концептуальних засад доцільно виокремити такі.

1. Модернізація нормативно-правової бази кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Одним із першочергових напрямів удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я доцільно визначити модернізацію нормативно-правової бази для вирішення наявних проблем галузі, з урахуванням умов її розвитку та враховуючи досвід міжнародної, у першу чергу європейської практики. Реалізацію цього напрямку необхідно забезпечити шляхом аудиту, систематизації та узгодження чинної нормативно-правової бази, що регламентує питання кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні (питання підготовки, розподілу, працевлаштування

медичних кадрів, управління кадрами, підвищення мотиваційної складової тощо). Зазначений напрям включає в себе:

- розробку з урахуванням європейських вимог професійних стандартів фахівців сфери охорони здоров'я, що дозволить адаптувати підходи до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної, психологічної тощо видів допомоги і сприятиме раціональному використанню кадрових ресурсів охорони здоров'я;

- оптимізацію нормативно-правових актів щодо номенклатури спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей відповідно до світових критеріїв;

- модернізацію обліково-звітної документації кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації;

- оптимізацію ведення реєстру фахівців у сфері охорони здоров'я, визначення питання залучення до цього питання організацій професійного самоврядування та делегування їм державою функцій з планування та управління персоналом відповідно до усталеної світової та європейської практики.

2. Удосконалення механізмів планування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я. Ефективне перспективне кадрове планування можливе лише за умови наявності достовірної інформації про кількість медичних працівників (лікарів різного профілю та середнього медичного персоналу) в кожному регіоні і країні в цілому, перспективи їх природного руху. Тому для реалізації даного напрямку кадрової політики у сфері охорони здоров'я доцільно:

- удосконалити систему збору та обробки статистичної інформації щодо кадрового складу сфери охорони здоров'я, зокрема проводити облік всіх медичних кадрів певної адміністративної території незалежно від форми власності та підпорядкування закладів;

- створити автоматизовану систему регіональних центрів збору звітності

щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я на відповідній території;

- забезпечити регулярне навчання персоналу регіональних кадрових служб сучасним методам збору даних, аналізу, планування, прогнозування і управління кадровими ресурсами сфери охорони здоров'я;

- забезпечити розробку, затвердження та виконання місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, яка б відповідала потребам медичної галузі в умовах децентралізації;

- оптимізувати підготовку менеджерів сфери охорони здоров'я з використанням сучасного досвіду країн Європейського Союзу.

3. Удосконалення системи мотивацій і стимулів. Серед першочергових завдань модернізації механізмів кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні доцільно визначити посилення системи мотивацій і стимулів. Для реалізації цього напрямку необхідно:

- запроваджувати сучасні підходи оплати вартості медичних послуг та створення відповідних можливостей підвищення заробітної плати медичним працівникам сфери охорони здоров'я в залежності від рівня кваліфікації медичних працівників, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;

- запровадити індикатори якості, процедуру анонімного анкетування споживачів послуг з охорони здоров'я для визначення ступеня задоволеності місцевої громади якістю надання цих послуг;

- забезпечити включення до місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я розділів, які передбачають отримання службового житла (будинки або квартири) з правом набуття права власності за умови тривалої безперервної роботи; створення умов щодо доступності регулярного підвищення професійного рівня медичних працівників шляхом максимального наближення освітніх послуг до місця проживання, у тому числі за рахунок дистанційних форм навчання; надання працівникам сфери охорони здоров'я, особливо первинної ланки, пільг на оплату комунальних послуг;

- з метою вдосконалення соціальної захищеності медичних працівників при здійсненні професійної діяльності необхідно створити систему державного

соціального страхування відповідальності на випадок професійної помилки;

– забезпечити розробку та запровадження системи правового захисту працівників сфери охорони здоров'я від посягань на їхнє життя і здоров'я під час виконання посадових обов'язків.

4. Оптимізація якості підготовки медичних кадрів. Вкрай важливою складовою удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції є покращення якості медичних послуг шляхом не лише модернізації матеріально-технічного забезпечення галузі, але й підвищення професійного рівня персоналу. З цією метою доцільно:

– оптимізувати використання пілг при вступі у вищі медичні навчальні заклади, запровадити психологічне тестування для визначення стартової мотивації та професійної придатності;

– посилити механізми вдосконалення підготовки кадрів (до- дипломної та післядипломної освіти за принципом «освіта протягом життя»), а саме практичної спрямованості підготовки фахівців, використання інноваційної складової та забезпечення їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці;

– забезпечити обов'язкову спеціальну підготовку управлінських кадрів, здатних працювати в умовах інтегрованої до світового співтовариства конкурентоспроможної національної економіки;

– посилити вимоги до акредитації та ліцензування медичної практики відповідно до чинних світових стандартів.

3.2. Соціальний пакет як інструмент підвищення ефективності кадрової роботи в закладі охорони здоров'я

Перспективним інструментом підвищення ефективності системи мотивації персоналу КНП «Почаївська районна клінічна лікарня» є розробка та запровадження соціального пакету для працівників.

Поняття «соціальний пакет» слід розуміти як надання роботодавцем працівнику матеріальних благ понад встановлені законодавством норми або які не передбачені законодавством, у вигляді пілг, компенсацій, привілеїв і

соціальних гарантій понад розмір належної йому основної заробітної плати [33, с. 116].

Вітчизняні вчені розробили класифікацію соціальних пакетів, яка ґрунтується на принципі добровільності/обов'язковості надання матеріальних благ працівнику понад розмір його основної заробітної плати, а також за ознакою доповнення до неї або відшкодування особистих витрат [27]. Тож до складу соціального пакета включаються як базові соціальні гарантії, передбачені законодавством про працю та соціальне забезпечення, так і додаткові матеріальні блага, які роботодавець надає за власною ініціативою (рис. 3.1).

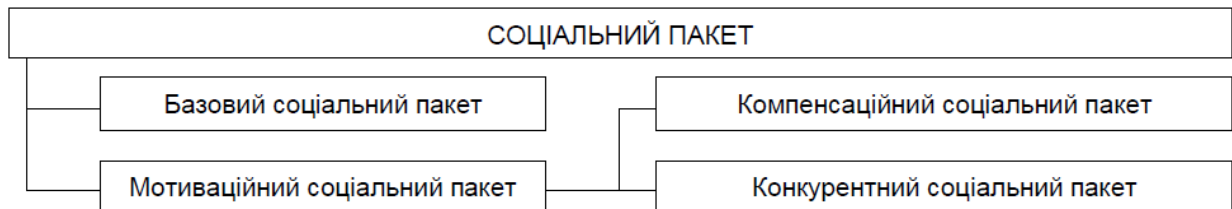


Рис. 3.1. Структура соціального пакета

Примітка. Наведено за [11; 27; 28]

При цьому базовий соціальний пакет охоплює забезпечення необхідних для виконання роботи умов праці, передбачених законодавством, колективним договором і угодою сторін; загальнообов'язкове державне соціальне страхування; виплату в повному розмірі на соціальних пільг і гарантій, передбачених колективним договором, угодою.

Водночас мотиваційний пакет поєднує в собі конкурентний і компенсаційний пакети й охоплює передбачені законодавством блага, які роботодавець надає працівнику понад гарантії [27].

В узагальненому вигляді зміст конкурентного пакета можна представити як сукупність чотирьох блоків: забезпечення здоров'я; розвиток корпоративної культури, навчання, підвищення кваліфікації; відпочинок і розваги; мотивація праці. Компенсаційний пакет охоплює відшкодування особистих витрат, пов'язаних із роботою (на мобільний зв'язок, транспорт, оренда або придбання житла в іншому місті та ін.).

Варто зазначити, що окремі вітчизняні фахівці з управління персоналом вважають, що послуги соціального пакета не мають перевищувати 10-15 % від заробітної плати (сукупного доходу) працівника, а припустимі витрати на управління соціальними пакетами – бути більшими від 5-7 % їхньої вартості. Водночас практика свідчить, що сформувалася чітка тенденція до зрушення структури загальної винагороди персоналу в бік збільшення її додаткової частини – у ряді випадків забезпечення соціального пакета становить понад 15 % усіх витрат організації на персонал [28].

Для індивідуалізації винагороди працівників в основу надання соціального пакета можна було б покласти традиційний підхід, коли працівники, що відносяться до одного ієрархічного рівня, мають право на однакові набори послуг, але він має суттєвий недолік. Роботодавці відзначали, що подібні набори недостатньо впливають на мотивацію і показники роботи не досягає очікуваного рівня, оскільки їх окремі елементи мають різну цінність для різних працівників.

У результаті досліджень науковці виявили прямий позитивний зв'язок між індивідуалізацією системи мотивації праці персоналу й ефективністю діяльності організації. А оскільки діапазон заходів щодо індивідуалізації дуже широкий, то доцільно використовувати так званий «метод кафе», який являє собою варіант індивідуалізації складових системи мотивації праці. В основі методу є «меню» (набір послуг), в якому персоналу пропонують «різноманітні страви» (певні послуги). Добровільність вибору дозволяє оптимізувати ефективність мотивації і усуває необхідність у трудомісткому й дорогому оцінюванні індивідуальних винагород кожного працівника. Принцип вільного вибору соціальних послуг дасть можливість безперервної адаптації системи мотивації праці найманих працівників до їх персональних потреб і життєвих планів [33, с. 217].

Тож до соціального пакета можуть входити різноманітні складові системи стимулювання праці. Працівники за бажанням можуть вибрати ті виплати або пільги, які більше за все їм потрібні, складаючи своєрідне «меню» і оновлюючи його відповідно до своїх цілей і потреб.

У світовій практиці виокремлюють три основні гнучкі програми, що формуються за принципом вільного вибору:

– програма «кафетерій», у якій працівникам організації пропонують деякий обов'язковий мінімальний набір виплат і послуг, а також можливість обирати додаткові послуги в межах встановленого ліміту;

– програма «буфет» надає право працівникові переглянути компенсаційний пакет, який він отримує на даний момент, у бік збільшення обсягу найважливіших для нього виплат і послуг за рахунок скорочення обсягу інших;

– програма «комплексні обіди» надає на вибір співробітникам декілька компенсаційних пакетів однакової вартості, але різних за складом.

Дані програми надають працівникам право вибирати з пропонованого працедавцем набору послуг саме ті, які найкраще відповідають їх потребам й інтересам. У більшості випадків вибір обмежений загальною вартістю набору. У багатьох програмах працівники можуть обирати виплати і послуги, вартість яких перевищує встановлений ліміт, самостійно оплачуючи це перевищення.

Однак, щоб витрати на персонал були дійсно ефективними, перш за все потрібно достеменно знати, що конкретно хочуть сьогодні одержувати працівники в обмін на свою працю. Запровадження обліку персональних потреб працівників і такої класифікації є передумовою ефективного управління відповідними витратами – обліку та звітності, аналізу та планування, організації та контролю.

Саме завдяки моніторингу потреб найманих працівників при відповідній реструктуризації витрат, є реальною можливість підвищити продуктивність праці.

Введення Картки обліку персональних потреб працівника дозволить досліджуваному закладу охорони здоров'я бути поінформованим щодо нагальних потреб персоналу та використовувати дану інформацію для більш ефективної мотивації кожного окремого працівника.

Картку, наведеного в табл. 3.1 зразка, повинен заповнювати працівник під час прийняття на роботу, а для актуальності інформації її можуть періодично

оновлювати. Це, в свою чергу, надасть можливість коригувати складові типових соціальних пакетів.

Для початкового, первинного формування соціального пакета необхідно зібрати, проаналізувати, узагальнити та згрупувати потреби персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я. Варто скористатися досвідом інших країн світу, де інформацію щодо переваг і побажань працівників відносно їх винагороди, отримують або в ході неформальних комунікацій, або розробивши соціальні анкети. В такій анкеті працівнику надають можливість проранжувати ряд додаткових виплат і послуг за ступенем їх важливості для нього і його сім'ї, відповісти, чи готовий він обміняти частину свого заробітку на фінансування додаткових виплат і послуг понад те, що йому надає організація [11].

Таблиця 3.1

Картка обліку персональних потреб працівника

Цех (відділ):					
Прізвище, ім'я і по батькові:					
Професія та посада:					
Характеристика працівника:					
- вік					
- сімейний стан	<input type="checkbox"/> одружений	<input type="checkbox"/> неодружений			
	<input type="checkbox"/> заміжня	<input type="checkbox"/> незаміжня			
- кількість дітей і їх вік	Кількість	Вік			
	<input type="checkbox"/> одна				
	<input type="checkbox"/> двоє				
	<input type="checkbox"/> троє				
	<input type="checkbox"/>				
- наявність власного житла	<input type="checkbox"/> наявне	<input type="checkbox"/> відсутнє			
- наявність автомобіля	<input type="checkbox"/> наявний	<input type="checkbox"/> відсутній			
Характеристика потреб:					
- житло	<input type="checkbox"/> купівля <input type="checkbox"/> будівництво <input type="checkbox"/> оренда <input type="checkbox"/> гуртожиток <input type="checkbox"/> оплата комунальних послуг				
- харчування	<input type="checkbox"/> забезпечувати <input type="checkbox"/> не забезпечувати				
- навчання:	<input type="checkbox"/> ВНЗ <input type="checkbox"/> курси <input type="checkbox"/> тренінги <input type="checkbox"/> стажування				
✓ власне					
✓ дітей	<input type="checkbox"/> дитячий садочок <input type="checkbox"/> школа, ліцей <input type="checkbox"/> коледж, технікум <input type="checkbox"/> ВНЗ				
- відпочинок і здоров'я :	<input type="checkbox"/> будь-коли				
✓ відпустка					
✓ путівки	<input type="checkbox"/> не потрібні <input type="checkbox"/> санаторій-профілакторій <input type="checkbox"/> базу відпочинку				
✓ квитки	<input type="checkbox"/> театр <input type="checkbox"/> кінотеатр				
✓ абонемент	<input type="checkbox"/> тренажерний зал <input type="checkbox"/> басейн <input type="checkbox"/> групи здоров'я (фітнес, аеробіка)				
- страхування	<input type="checkbox"/> пенсійне страхування <input type="checkbox"/> медичне страхування <input type="checkbox"/> страхування життя				
- транспорт	<input type="checkbox"/> проїзний квиток <input type="checkbox"/> транспорт підприємства <input type="checkbox"/> оплата або компенсація витрат на пальне <input type="checkbox"/> позика на купівлю власного				

Примітка. Наведено за [33, с. 218]

За результатами анкетування персоналу КНП «Почаївська районна клінічна лікарня» сформовано три соціальні пакети для працівників різного віку та сімейного стану (табл. 3.2). Відповідно до наведеної на рис. 3.1 класифікації дані пакети можна віднести до мотиваційних, адже перераховані у них складові не передбачені законодавством і колективними договорами.

Таблиця 3.2

Типові мотиваційні соціальні пакети для працівників різного віку та сімейного стану

Соціальний пакет для:		
молодого працівника без	сімейного працівника з	працівника пенсійного віку

сім'ї	дітьми	
<ul style="list-style-type: none"> – довгострокові позики; – надання кімнат у гуртожитку; – витрати на професійне навчання, оплату зовнішніх тренінгів, курсів підвищення кваліфікації; – оплата відряджень на стажування закордон; – витрати на оплату транспорту, купівля проїзних квитків; – безлімітні мобільні телефони, поповнення рахунку на мобільний телефон; – соціальне і медичне страхування, страхування життя; – часткова або повна оплата соціальних заходів, колективних екскурсій, подорожей; – надання абонементів на відвідування басейну, фітнес клубу; – надання за пільговими цінами місць на базах відпочинку; – оренда тренажерного залу, боулінгу, більярдного залу; – вільний доступ до Інтернету, телефону і ксероксу; – витрати на харчування та напої (талони на харчування). 	<ul style="list-style-type: none"> – надання квартир; часткове або повне погашення кредиту на житло; – надання додаткової позачергової відпустки; – купівля проїзних квитків, перевезення працівників транспортом організації; – довгострокові позики; – соціальне і медичне страхування, страхування життя працівників та їхніх сімей, накопичувальне страхування; – надання путівок на бази відпочинку, санаторії-профілакторії для працівника і його сім'ї; – надання для дітей працівників путівок у табори відпочинку; – надання квитків у театр, кінотеатр; часткова або повна оплата житлово-комунальних послуг; – часткова або повна оплата утримання дітей у дитячому садку й навчання у школі та ВНЗ; – витрати на організацію свят для дітей працівників і подарунки на Новий рік і день Святого Миколая. 	<ul style="list-style-type: none"> – часткова або повна оплата житлово-комун. Послуг; – виплати за вислугу років; – купівля проїзних квитків, перевезення працівників транспортом організації; – медичне страхування; – надання путівок у санаторії-профілакторії; – добровільні внески на пенсійні рахунки.

Примітка. Сформовано автором на основі опитування

Зважаючи на те, що в основі наповнення типових соціальних пакетів різними послугами лежать пропозиції самих працівників, то можна очікувати, що вони найкраще мотивуватимуть працівників до ефективної діяльності.

В основу механізму формування індивідуальних соціальних пакетів можна закласти принцип побудови гнучких програм, а саме: працівник матиме право вибрати будь-які соціальні послуги із зазначеного списку, відповідно до визначеної вартості та власних потреб на даний момент часу. Якщо соціальні

послуги згруповані у соціальні пакети, працівник матиме можливість вибрати один із запропонованих йому пакетів і самостійно відрегулювати обсяг кожної його складової. При цьому він повинен орієнтуватися на ту суму коштів, яка у фонді додаткового стимулювання належить саме йому.

Система оцінювання будується на основі чинників, які мають відповідну кількість показників оцінювання. В свою чергу, кожний показник має базовий коефіцієнт вагомості та п'ятибальну оцінку. Варто зазначити, що в кожній організації мають бути визначені власні коефіцієнти вагомості та показники оцінювання, адже те, що є важливим для одних організацій, може бути не важливим для інших. При цьому дані показники та коефіцієнти встановлюються в результаті переговорів адміністрації організації та працівників.

Оцінка результатів роботи й особистого внеску найманого працівника можна здійснюватися у «Картці бальної оцінки індивідуальних результатів праці». Однак варто зазначити, що використання такої системи оцінки передбачає розробку для кожного показника шкали його бальної оцінки, яка має бути затверджена і включена до Положення про преміювання, як і сама система бальної оцінки.

Виплату індивідуальної винагороди бажано здійснювати щомісячно, або у термін визначений працівником. Наприклад, оплата комунальних послуг можна здійснювати кожного місяця, оплата навчання – двічі на рік, а ось придбання путівки на відпочинок – раз на рік.

Варто зазначити, що працівник може відмовитися від соціальних послуг, які йому пропонуються і отримати винагороду за індивідуальні результати праці у грошовому вираженні, але в такому випадку дані кошти однозначно належатимуть до ФОП і відповідно будуть базою відрахування у державні фонди соціального страхування і обов'язково оподатковуватимуться податком на доходи фізичних осіб.

Таким чином, умовами ефективності соціальних пакетів є персоніфікація з урахуванням актуальних у даний момент особистих потреб працівників і результатів їх індивідуальної праці. Ще однією умовою є сприйняття

роботодавцями витрат спрямованих на додаткове стимулювання не як зобов'язання, а як інвестиції у персонал, від якого залежить фінансова стабільність компанії. Це дозволить соціальному пакету бути і мотиваційним, і захисним інструментом, що інтегрує методи матеріального та нематеріального стимулювання праці, а також включати систему заходів, що дають можливість задовольнити потреби працівників і безпосередньо вплинути на кінцеві результати діяльності організації.

Висновки до розділу 3

До концептуальних підходів модернізації кадрової політики закладу охорони здоров'я в роботі віднесено: модернізацію нормативно-правової бази кадрової політики у сфері охорони здоров'я; удосконалення механізмів планування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я; удосконалення системи мотивацій і стимулів; оптимізацію якості підготовки медичних кадрів.

Модернізація кадрової політика закладу охорони здоров'я повинна супроводжуватися розробкою стратегії маркетингової орієнтації управління, яка дасть змогу встановити, зміцнити та підтримати взаємовигідні обміни з цільовими ринками. Маркетинговий менеджмент на рівні медичної організації має врахувати чинники впливу під час визначення цілей та завдань кадрової політики, здатної приводити до бажаного результату та пошуку ефективних методів управління персоналом.

Перспективним інструментом підвищення ефективності системи мотивації персоналу є розробка та запровадження соціального пакету для його працівників, під яким розуміється надання роботодавцем працівнику матеріальних благ понад встановлені законодавством норми або які не передбачені законодавством, у вигляді пільг, компенсацій, привілеїв і соціальних гарантій понад розмір належної йому основної заробітної плати.

За результатами анкетування персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я сформовано три соціальні пакети для працівників різного віку та сімейного стану: для молодих працівників без дітей, для сімейних працівників з дітьми, для працівників пенсійного віку.

Обов'язковою умовою ефективності соціальних пакетів є персоніфікація з урахуванням актуальних у даний момент особистих потреб працівників і результатів їх індивідуальної праці. Ще однією умовою є сприйняття роботодавцями витрат спрямованих на додаткове стимулювання не як зобов'язання, а як інвестиції у персонал, від якого залежить фінансова стабільність компанії. Це дозволить соціальному пакету бути і мотиваційним, і захисним інструментом, що інтегрує методи матеріального та нематеріального стимулювання праці, а також включати систему заходів, що дають можливість задовольнити потреби працівників і безпосередньо вплинути на кінцеві результати діяльності організації.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження механізму планування кадрової роботи в закладі охорони здоров'я, проведене на прикладі КНП «Почаївська районна клінічна лікарня», дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції:

Дослідження специфіки кадрової роботи в сфері охорони здоров'я дозволило сформулювати її головну мету: забезпечення високого професіоналізму всіх ділянок трудової діяльності кваліфікованими, активно діючими, добросовісними медичними працівниками, здатними забезпечити якісними послугами з профілактики, діагностики та лікування населення України.

До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я в роботі віднесено: зміни демографічних та епідеміологічних характеристик; збереження традиційних підходів до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами; виражену неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я; відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах охорони здоров'я; недосконалу і ненадійну інформаційну та дослідну базу з кадрових ресурсів охорони здоров'я; загальні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я.

В результаті дослідження виявлено зміни в кадровій політиці закладів охорони здоров'я, що зумовлені процесами їх автоматизації, зокрема: зміна форми власності (перетворення з бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство); розширення повноважень керівника закладів охорони здоров'я; отримання свободи дій у встановленні форми та методів оплати праці медичним працівникам, механізмів мотивації та стимулювання в рамках чинного законодавства; зміна фінансових механізмів господарювання; отримання закладом охорони здоров'я права утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я, які також діють у статусі підприємства, задля перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів членів об'єднання.

Діяльність Почаївської районної комунальної лікарні здійснюється у відповідності до плану основних організаційних заходів, згідно яких проводилось виконання наказів МОЗ України, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, розпоряджень обласної та районної держадміністрацій, відділу охорони здоров'я РДА, обласної та районної рад, впровадження клінічних протоколів на всіх рівнях надання медичної допомоги, виконання національних, державних та регіональних програм, контроль за якістю лікувально-діагностичного процесу, виконання контрольних показників.

Локальним документом, який регламентує діяльність Почаївської районної комунальної лікарні (РКЛ) є колективний договір. Він є базисом регулювання виробничих, трудових та соціально-економічних відносин. Даний колективний договір розроблено відповідно до Конституції України, Кодексу законів про працю України, Законів України «Про колективні договори і угоди», «Про охорону праці», «Про оплату праці», «Про відпустки», «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказу Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я», інших нормативно-правових актів щодо діяльності закладів охорони здоров'я.

В організації управління закладом велику увагу приділяють людському фактору, підвищенню якості роботи й творчої віддачі кадрового потенціалу, поліпшенню фахової підготовки і використанню спеціалістів з урахуванням їх професійного та кваліфікаційного рівнів. Організаційний супровід управління кадровим забезпеченням здійснює відділ кадрового забезпечення.

Управління кадровим забезпеченням досліджуваного медичного закладу включає в себе: організацію роботи щодо підбору та розміщення кадрів з урахуванням їх професійного і кваліфікаційного рівнів; забезпечення постійного підвищення фахової кваліфікації лікарів та молодших медичних спеціалістів; формування дієвого резерву кадрів для висування їх на керівні посади; забезпечення юридичного супроводу діяльності лікарні, надання консультацій працівникам лікарні з організаційно-правових та інших

юридичних питань; ведення діловодства з кадрових питань відповідно до чинного законодавства України про працю.

До концептуальних підходів модернізації кадрової політики закладу охорони здоров'я в роботі віднесено: модернізацію нормативно-правової бази кадрової політики у сфері охорони здоров'я; удосконалення механізмів планування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я; удосконалення системи мотивацій і стимулів; оптимізацію якості підготовки медичних кадрів.

Модернізація кадрової політика закладу охорони здоров'я повинна супроводжуватися розробкою стратегії маркетингової орієнтації управління, яка дасть змогу встановити, зміцнити та підтримати взаємовигідні обміни з цільовими ринками. Маркетинговий менеджмент на рівні медичної організації має врахувати чинники впливу під час визначення цілей та завдань кадрової політики, здатної приводити до бажаного результату та пошуку ефективних методів управління персоналом.

Перспективним інструментом підвищення ефективності системи мотивації персоналу є розробка та запровадження соціального пакету для його працівників, під яким розуміється надання роботодавцем працівнику матеріальних благ понад встановлені законодавством норми або які не передбачені законодавством, у вигляді пільг, компенсацій, привілеїв і соціальних гарантій понад розмір належної йому основної заробітної плати.

За результатами анкетування персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я сформовано три соціальні пакети для працівників різного віку та сімейного стану: для молодих працівників без дітей, для сімейних працівників з дітьми, для працівників пенсійного віку.

Обов'язковою умовою ефективності соціальних пакетів є персоніфікація з урахуванням актуальних у даний момент особистих потреб працівників і результатів їх індивідуальної праці. Ще однією умовою є сприйняття роботодавцями витрат спрямованих на додаткове стимулювання не як зобов'язання, а як інвестиції у персонал, від якого залежить фінансова стабільність компанії. Це дозволить соціальному пакету бути і мотиваційним, і захисним інструментом, що інтегрує методи матеріального та нематеріального

стимулювання праці, а також включати систему заходів, що дають можливість задовольнити потреби працівників і безпосередньо вплинути на кінцеві результати діяльності організації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. К.: НІСД, 2012. 35 с.
2. Автономізація закладів охорони здоров'я. *Реформа фінансування охорони здоров'я*. URL : <http://healthreform.in.ua/autonomization>
3. Балабанова Л.В., Сардак О.В. Управління персоналом. Підручник. К.: Центручбової літератури, 2011. 468 с.
4. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Проблеми системного підходу в економіці. 2019. Вип. 1(1). С. 73-79. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/PSPE_print_2019_1\(1\)_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/PSPE_print_2019_1(1)_13).
5. Босак О.В. Професійне навчання персоналу як фактор розвитку людських ресурсів організації. Управління людським потенціалом. 2012. № 3. С. 320-323.
6. Введено в дію закон щодо автономізації закладів охорони здоров'я. *Аптека.online.ua*. URL: <https://www.apteka.ua/article/433045>
7. Виноградський М.Д., Виноградська А.М., Шканова А.М. Управління персоналом: навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2009. 502 с.
8. Вороненка Ю.В. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник. К.: НМАПО, 2014. 367 с.
9. Вороненко Ю.В., Михальчук В.М., Горачук В.В. та ін. Управління якістю медичної допомоги: науково-практичні підходи до вдосконалення: посібник. К., 2016. 163 с.
10. Гомба Л.А. Мотиваційні важелі управління персоналом підприємства в системі його моніторингу. *Менеджмент*. 2010. № 3(21). С. 111-118.
11. Гриненко А.М., Стожок Л.Г. Соціальний пакет як інструмент мотивації та соціальної захищеності працівників підприємства. *Проблеми раціонального використання соціально-економічного та природно-ресурсного потенціалу регіону: фінансова політика та інвестиції*. Збірник наукових праць. Випуск XVI, № 4. URL: Режим доступу: www.nbuv.gov.ua/portal/soc...4/29.pdf

12. Данюк В.М., Петюх В.М., Цимбалюк С.О. та ін. Менеджмент персоналу: навч. посіб.; за заг. ред. В.М. Данюка, В.М. Петюха. К.: КНЕУ, 2004. 398 с.

13. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку: наук. доп./авт. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К.О. Ващенко, Ю.П. Сурмін та ін.; за заг. ред. д-ра наук з держ. у пр., проф. Ю.В. Ковбасюка, д-ра політ. наук, проф. К.О. Ващенка, д-ра соц. наук, проф. Ю.П. Сурміна (кер. проекту). К.: НАДУ, 2012. 72 с.

14. Древецька О.І. Сутність та складові управління персоналом в сучасному науковому дискурсі. *Студентський вісник НУВГП*. 2017. Вип. 2(8). С. 78-80.

15. Дьомін О., Леліков Е., Сороко В. Державна кадрова політика: система роботи з кадрами. *Вісник державної служби України*. 2001. №2. С. 65-84.

16. Економіка охорони здоров'я: підручник; за заг. ред. д.муд. н., проф. Парія В.Д.; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Житомир: ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк», 2021. 288 с. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/7397/1.pdf>

17. Ждан В. М., Голованова І. А., Краснова О. І. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. Полтава, 2017. 114 с.

18. Колот А. М. Мотивація персоналу : підручник. К. : КНЕУ, 2005. 337 с.

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

20. Круп'як Л.Б. Управління трудовими ресурсами організації: навч. посібник. К.: Кондор – Видавництво, 2013. 278 с.

21. Крячкова Л.В. Дослідження трудової мотивації медичних працівників. *Главный врач*. 2014. №9 (161). С. 51-56.

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

23. Кузьмін О.Є., Мельник О.Г. Основи менеджменту: підручник. К.: «Академвидав», 2003. 416 с.

24. Лук'янченко Н. Д., Бунтовська Л.Л. Мотивація персоналу :

навчальний посібник. Д : ДонНУ, 2004. 302 с.

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

26. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf

27. Новак І. Соціальний пакет як механізм удосконалення оплати праці. *Україна: аспекти праці*. 2008. № 2. С. 6-12.

28. Новак І. Соціальний пакет: особливості формування та управління. *Демографія та соціальна економіка*. 2008. № 1 (9). С. 115-121.

29. Оболенський О.Ю. Державна служба: навч. посіб. К.: КНЕУ, 2003. 344 с.

30. Ожиганова М.І., Хорошко В.О., Яремчук Ю.Є., Карпинець В.В. Управління персоналом : навч. посіб. Вінниця : ВНТУ, 2014. 187 с.

31. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с.

32. Приходський О.О., Морарь Л.М., Голяченко А.О. Управління охороною здоров'я (вступ до теорій, концептів, технологій). Т.: Лілея, 2019. 65 с.

33. Савіна Н. Б., Н. М. Самолюк. Механізм формування ефективного соціального пакета. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія : Економічні науки*. 2011. № 4(2). С. 216-221. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvpushk_2011_4\(2\)_49](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvpushk_2011_4(2)_49).

34. Смачило І.І. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в сучасних умовах проведення медичної реформи. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: зб. матеріалів доповідей всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Тернопіль-Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 р. Тернопіль, 2018. С. 291-294.*

35. Цимбалюк С.О. Соціальний пакет: сутність і місце в системі

розподільних відносин. *Економічний часопис-XXI*. 2013. № 9-10(1). С. 87-90.
URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecchado_2013_9-10\(1\)_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecchado_2013_9-10(1)_24).

36. Шкільняк М. М, Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022 р. 258 с.

37. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збараський замок, 9 вересня 2021 року.) *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225-233.
<http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/45703/1/%D0%A8%D0%BA%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8F%D0%BA.PDF>

38. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/27328/8/18smmpz.pdf>

39. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69.

40. 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 (84). С. 22-30.

41. Ярославський Р. Планування кадрової роботи в закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 4 травня 2023 року, м. Тернопіль. С. 408-410.

42. Ярославський Р. Удосконалення системи планування кадрової роботи в закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі: зб. матеріалів доповідей VIII наук.-практ. конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, 26 жовтня

2023 р. Тернопіль, ЗУНУ, 2023.

43. Benson S.G., Dundis S.P. Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and. *J Nurs Manag.* 2003. №11(5). P. 315-320.

44. Borshch V., Shchur R., Chuvakov O. Motivation and stimulation mechanism of medical staff in developing countries: main challenges and ways of its improving in Ukraine. *Baltic Journal of economic studies.* 2018. Vol. 4. № 4. P. 56-61.

45. Halm B. Employee engagement: a prescription for organizational transformation. *Adv. Health Care Manag.* 2011. №10. P.77-96.

46. Lee T., Cosgrove T. Engaging doctors in the health care revolution. *Harv. Bus. Rev.* 2014. №6 (92). P.104-138.

47. Nantha Y.S. Intrinsic motivation: how can it play a pivotal role in changing clinician behaviour? *J. Health Organ. Manag.* 2013. №2 (27). P.266-272.

48. Penc J. Zarządzania personelem w przedsiębiorstwie. Warszawa, 2001 r. 454 s.

49. The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana: a cross-sectional study / M. Bonenberger, M. Aikins, P. Akweongo, K. Wyss // *Human Resources for Health.* 2014. №8. P. 12-43.

50. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study / E.S. Williams, L.B. Manwell, T.R. Konrad, M. Linzer // *Health Care Manage Rev.* 2007. №3 (32). P.203-212.

51. Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Farion, A., Karp, I., Kryvokulska, N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. URL: <https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>

52. Shushpanov, D., Zheliuk, T., Zhukovska, A., Diakovich, L., Matsyk, V., Kotsur, A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population

Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. pp. 259-664. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>

53. Zhukovska, A., Brechko, O., Zheliuk, T., Chyгур, O., Shushpanov, D., Nytko, O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT54803.2022.9913132>

54. Zhukovska, A., Zheliuk, T., Shushpanov, D., Brych V., Brechko, O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>