

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально-науковий інститут бізнесу, економіки і менеджменту
Центр професійної та післядипломної освіти

Наказ ректора
про затвердження теми

Шифр _____
«До захисту допускається»
Завідувач кафедри д.е.н., проф.
_____ І.І. Рекуненко

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«Ефективні практики управління людськими ресурсами в закладах
охорони здоров'я (на прикладі Публічного акціонерного товариства
«СУМИХІМПРОМ» медико-санітарної частини)»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»

освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування в охороні
здоров'я»

Студентки гр. УЗ. мз-01с

Слатвицької Наталії Анатоліївни

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Слатвицька Н.А.
(підпис)

Науковий керівник: _____ доц., к.е.н. Мішеніна Г.А.

Суми 2022 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри І.І. Рекуненко

« ____ » _____ 202__ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,

освітньо-професійна програма

«Управління та адміністрування

в охороні здоров'я»

студенту групи УЗ. мз-01с

Слатвицькій Наталії Анатоліївні

1. Тема роботи: Ефективні практики управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я (на прикладі Публічного акціонерного товариства «СУМИХІМПРОМ» медико-санітарної частини) затверджена наказом по СумДУ № _____ від « ____ » _____ 202__ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи: 1 лютого 2022 р.
3. Мета кваліфікаційної роботи: впровадити на практиці ефективні методи управління людськими ресурсами.
4. Об'єкт дослідження: медико-санітарна частина Публічного акціонерного товариства «СУМИХІМПРОМ».
5. Предмет дослідження: управління молодшими спеціалістами з медичною освітою.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах наукових джерел з управління персоналом, колективному договорі МСЧ, наказах Міністерства охорони здоров'я, методичних рекомендаціях, статтях, наукових видання, документації закладу.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Основи управління персоналом закладів охорони здоров'я на закордонному та вітчизняному прикладі	
II	Аналіз діючої системи управління персоналом медико-санітарної частини ПАТ «СУМИХІМПРОМ»	
III	Вдосконалення діючої системи управління персоналом медико-санітарної частини ПАТ «СУМИХІМПРОМ»	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити теоретичні основи управління персоналом закладів охорони здоров'я

У розділі 2 студент має провести аналіз діючої системи управління персоналом закладу охорони здоров'я на прикладі медико-санітарної частини ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

У розділі 3 студент має запропонувати ефективні практики управління персоналом закладу охорони здоров'я на прикладі медико-санітарної частини ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

8. Консультації щодо виконання роботи:

	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв

9. Дата видачі завдання _____

Керівники кваліфікаційної роботи _____ ПІБ _____
(підпис)

_____ ПІБ _____
(підпис)

Завдання до виконання одержав _____ ПІБ Слатвицька Н.А.
(підпис)

АНОТАЦІЯ

Медико-санітарна частина Публічного акціонерного товариства «СУМИХІМПРОМ» є об'єктом дослідження дипломної роботи.

У роботі вивчено закордонний та вітчизняний досвід управління персоналом, проведено оцінку діючої системи управління персоналом в Україні та на прикладі медико-санітарної частини ПАТ «СУМИХІМПРОМ».

Досліджено фінансування та основну діяльність МСЧ, визначено їх переваги та недоліки.

Виявлені проблеми в управлінні персоналом закладу та запропоновані ефективні рішення в управлінні медичним персоналом закладу.

Ключові слова: кадровий потенціал, кадрова криза, кадровий менеджмент, критерії оцінювання роботи медичного персоналу, ефективні практики управління персоналом, МСЗМО, КРОЗ, НОП.

Медико-санитарная часть публичного акционерного общества «СУМЫХИМПРОМ» является объектом исследования дипломной работы.

В работе изучен зарубежный и отечественный опыт управления персоналом, проведена оценка действующей системы управления персоналом в Украине и на примере медико-санитарной части ПАО «СМИХИМПРОМ».

Исследованы финансирование и основная деятельность МСЧ, определены их преимущества и недостатки.

Выявлены проблемы в управлении персоналом и предложены эффективные решения в управлении медицинским персоналом заведения.

Ключевые слова: кадровый потенциал, кадровый кризис, кадровый менеджмент, критерии оценки работы медицинского персонала, эффективные практики управления персоналом, МСЗМО, КРОЗ, НОТ.

The medical and sanitary part of the Public Joint Stock Company "SUMYKHIMPROM" is the object of study of the thesis.

The paper studies foreign and domestic experience in personnel management, evaluates the current personnel management system in Ukraine and on the example of the medical and sanitary part of PJSC "SUMYKHIMPROM".

The financing and the main activity of the UIC have been studied, their advantages and disadvantages have been identified.

Problems in the personnel management of the institution are revealed and effective solutions in the management of the medical personnel of the institution are offered.

Key words: personnel potential, personnel crisis, personnel management, criteria for evaluating the work of medical staff, effective personnel management practices, MSZMO, KROZ, NOP.

РЕФЕРАТ

Структура і обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 45 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 63 сторінки, у тому числі список використаних джерел 5 сторінок.

Актуальність. Охорона здоров'я, як галузь, знаходиться на шляху реформування, що потребує корінних змін ідеології в цілому.

Медична галузь потребує трансформації у фінансово-господарських та ринкових відношеннях. Управління людськими ресурсами – головний фактор розвитку галузі, від нього залежить успіх у досягненні високих економічних результатів діяльності напрямку.

Метою роботи є оцінка управління людськими ресурсами в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» та моделювання на базі МСЧ ефективних практик управління МСЗМО.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі задачі:

- вивчити теоретичні аспекти управління людськими ресурсами;
- дослідити закордонний досвід в управлінні персоналом;
- провести аналіз управління медичним персоналом у МСЧ;
- розробити практики управління МСЗМО МСЧ ПАТ

«СУМИХІМПРОМ».

- *Предметом* дослідження є методи управління людськими ресурсами в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ».

Об'єктом дослідження є МСЗМО МСЧ в контексті впровадження нових методик управління.

У роботі було використано аналіз кадрової політики закладу. Метод дослідження спирається на збір, аналіз, узагальнення та систематизацію інформації.

Наукова новизна полягає в дослідженні механізму впливу людських ресурсів на ефективність управління закладу та отриманні цінної інформації

про те яким чином ЗОЗ може керувати своїми кадровими ресурсами з більшою ефективністю та віддачою.

Ключові слова: КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ, КАДРОВА КРИЗА, КАДРОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ, ЕФЕКТИВНІ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ, МСЗМО, КРОЗ, НОП.

ЗМІСТ

ВСТУП	11
РОЗДІЛ 1 ОСНОВНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗОЗ: ЗАКРДОННИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД	13
1.1 Сучасний стан та тенденції управління людськими ресурсами в ЗОЗ.....	13
1.2 Кадровий менеджмент у закордонній та вітчизняній практиці ЗОЗ.....	15
1.3 Мотивація, як один із пріоритетних напрямків управління людськими ресурсами (МСЗМО).....	25
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» ..	32
2.1 Характеристика діяльності закладу.....	32
2.2 Кадрова політика у закладі.....	40
2.3 Наукова організація праці	46
РОЗДІЛ 3 ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІЮЧОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ	51
3.1 Цілі та очікувані результати у реформуванні СОЗ в Україні.....	51
3.2 Основні кроки щодо вдосконалення управління людськими ресурсами в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ».....	52
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	59

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ПАТ	Публічне акціонерне товариство
МСЧ	Медико-санітарна частина
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
КМУ	Кабінет Міністрів України
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗВО	Заклад вищої освіти
СОЗ	Система охорони здоров'я
МСзМО	Молодший спеціаліст з медичною освітою
КРОЗ	Кадрові ресурси охорони здоров'я
НОП	Наукова організація праці

ВСТУП

Здоров'я для людини найголовніше у його житті, тому, як ніколи, на сьогоднішній день СОЗ в пріоритеті, вона проходить реформування, долає безліч перепон та викликів, таких, наприклад, як коронавірусна інфекція.

На перший план виступають ринкові та фінансово-господарські механізми, змінюються методи надання медичної допомоги, загалом змінюється сама СОЗ.

Кадрова політика повинна іти в ногу з часом. Пріоритетним завданням сьогодні є створити таку модель управління яка б задовольняла, в першу чергу, споживачів послуг (пацієнтів), надавачів послуг (медичний персонал) та була економічно вигідна для закладу, незважаючи на жорстку конкуренцію.

На превеликий жаль це дуже складно зробити, так як історично складалось, що медицина хронічно недофінансовувалась і хоча у 2021 році на програму медичних гарантій виділили 123 мільярди гривень, їх все одно не вистачило на основні напрямки охорони здоров'я.

Актуальність управління людськими ресурсами МСЗМО як важливого розвитку СОЗ зростає в період її модернізації. Ефективність роботи МСЗМО вносить вагомий внесок як у якість надаваних населенню медичних послуг, так і у розвиток та розквіт закладу.

Метою магістерської роботи є дослідження ефективних практик управління людськими ресурсами на прикладі МСЗМО МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ», її місця в загальній практиці управління персоналом, розроблення методик та практик щодо вдосконалення кадрової політики.

За період дослідження встановлено, що в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» працюють 68 осіб, з яких 63% складають МСЗМО та молодший медичний персонал.

Аналізуючи кадрову політику в МСЧ, було обстежено показник стабільності кадрового складу за період 2018-2020 роки. Встановлено, що показник постійно працюючих за період 2018–2020 роки значно не змінювався: не було скорочень, реорганізації, було 1 звільнення та прийом на роботу. Ці дані свідчать про стабільність кадрового потенціалу в МСЧ.

Кадровий менеджмент досить поширена тема для вивчення та дослідження науковцями. Аспекти управління ЗОЗ та людськими ресурсами теоретично та практично вивчали такі зарубіжні та вітчизняні вчені, як: І. Ансофф, П.Ч. Бісвас, К. Боумен, М. Виноградський, О.С. Виханський, В.А. Євтушевський, М. Журавльов, О.В. Крушельницька, О.А. Мартинюк, Л.А. Мельника, Д.П. Мельничук, О.В. Пономаренко, С.О. Смирнова Л.С. Стефанишина, З.В. Юринець, Т.М. Ямненко.

Однак кадровий менеджмент, через ряд труднощів, вивчений та впроваджений на практиці не у повній мірі.

Метою роботи є сукупне дослідження оцінки кадрового менеджменту в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» та визначення загальних його напрямків у закладі.

Для виконання поставлених задач в магістерській роботі необхідно:

- розглянути аспекти та методи кадрового менеджменту в СОЗ;
- розкрити діяльність та стратегічні цілі закладу;
- здійснити аналіз та оцінку кадрового складу МСЗМО;
- вивчити проблематичні напрямки менеджменту персоналу;
- визначити напрямки покращення праці та мотивації МСЗМО;
- розробити механізми модернізації закладу.

РОЗДІЛ 1 ОСНОВНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗОЗ: ЗАКРДОННИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

1.1 Сучасний стан та тенденції управління людськими ресурсами в ЗОЗ

У сучасних умовах основним завданням управління людськими ресурсами в ЗОЗ є складний процес, здійснюючи який, необхідно брати до уваги внутрішню специфіку медичної роботи закладу, вибирати рішення відповідно до поточної кадрової ситуації, забезпечувати організацію фахівцями, організовувати раціональне використання кадрового потенціалу організації, а також здійснювати контроль за професійним розвитком медичних працівників.

Необхідно поєднувати результативне навчання працівників, постійно підвищувати кваліфікацію та трудову мотивацію, що буде мотивувати їх до розвитку та виконання робіт вищого рівня [23].

Стратегічний і цілісний підхід до управління людськими ресурсами – це управління найголовнішим скарбом закладу, а саме персоналом, який індивідуально і колективно робить внесок у досягнення організаційних цілей [8].

По даним Глобальної бази даних про витрати на СОЗ Global Competitiveness Index необхідність реформування СОЗ України вкрай необхідне, так як, за показником тривалості здорового життя ВООЗ наша країна займає 100 місце із 183 у рейтингу країн світу та 89 місце із 184 країн у рейтингу, за показником витрат на СОЗ.

СОЗ в Україні дедалі гостріше відчуває брак кваліфікованих медичних кадрів.

Аналіз тенденції скорочення чисельності медичних працівників з наступною екстраполяцією даних свідчить, що менше ніж через 10 років, медичні заклади будуть укомплектовані працівниками лише на 73-75%. Уже сьогодні спостерігається дефіцит вакансій в галузі охорони здоров'я в обсязі майже 13 тисяч посад [5].

Розгляд медичної галузі в плані економічної привабливості – це дуже тонкий аспект. З однієї сторони – людина, яка потребує кваліфікованої допомоги, з другої – це економічна зацікавленість медичних фахівців, і насамперед медичних організацій, в тім, щоб люди звертались саме до них. За минулий рік, незважаючи на нестабільність гривні, приватний медичний сектор збільшив свій дохід, так як підвищився попит на медичні послуги [38].

Реформування СОЗ диктує нові умови функціонування ЗОЗ. Впроваджуються нові проєкти, закони, накази, змінюються форми власності, управлінські моделі.

2017 рік став вирішальним у СОЗ в Україні – початок реформування галузі охорони здоров'я, основні напрями якої:

- підвищення ефективності функціонування системи;
- впровадження професійного менеджменту;
- оптимізація ЗОЗ;
- нова модель фінансування (гроші ідуть за пацієнтом).

Все це призведе до створення новітньої структури СОЗ, «... відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я (30.11.2016 р. № 1013) яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я» [10].

Але поки, що не вирішено багато питань, одне з них - ЗОЗ почали надавати медичну послугу, а не медичну допомогу пацієнту, а за цим стоять правові, медичні та економічні аспекти змісту інституту медичної допомоги; з'явилась необхідність систематизації медичного законодавства, яке дозволить попередити появу несприятливих наслідків як для пацієнтів так і для ЗОЗ.

На перший план виступають стосунки робітник - роботодавець. ЗОЗ очолюють не головні лікарі, а ввели посаду директора, медичного директора, що

має вже не медичну, а економічну освіту. Тобто на перший план управління закладом виступають фінансові інструменти, адміністративна автономність, вишуковуються різні джерела фінансування, що спонукає до використання людських ресурсів на повну.

Управління персоналом ЗОЗ повинно враховувати пріоритетні напрямки сучасних КРОЗ. Ключові з них є: постачання кадровими ресурсами згідно до запитів, беручи до уваги пріоритети приватно-державного союзу та врегулювання не вирішених питань підприємців у СОЗ; побороти безробіття та створити гідний рівень оплати праці [15].

1.2 Кадровий менеджмент у закордонній та вітчизняній практиці ЗОЗ

Найважливішим компонентом зміцнення СОЗ є розвиток КРОЗ. У всьому світі ефективність СОЗ та якість медичних послуг залежать від показників діяльності працівників, які визначаються їх знаннями, уміннями та мотивацією.

Міжнародний досвід ВООЗ, підтверджує про те, що серед організаційних модифікацій, що мають відношення до збільшення продуктивності СОЗ, значного результату досягають дії, що направлені на галузь кадрового менеджменту.

Є безліч даних, що свідчать про позитивний вплив кількості, якості підготовки працівників СОЗ, щільність їх розподілу на результати різних заходів у СОЗ та загалом на здоров'я людства.

Відповідно до визначення ВООЗ: «працівниками охорони здоров'я є люди, основна діяльність яких спрямована на покращення здоров'я», - це фахівці, які надають медичні послуги (лікарі, медичні сестри, фармацевти та лаборанти), а також адміністративні та допоміжні працівники. У світі налічується близько 60 мільйонів працівників охорони здоров'я. Приблизно дві третини з них надають медичні послуги, а одна третина виконує адміністративні та допоміжні функції.

Кадрова криза у СОЗ визнається світовою спільнотою.

Сучасні проблеми КРОЗ у світі пов'язані з дефіцитом персоналу, який надає первинну медичну допомогу, надлишком спеціалістів вузького профілю, дисбалансом чисельності лікарів та МСзМО, надмірною концентрацією медичних працівників у великих містах.

Доведено, що існує прямий зв'язок між ставленням кількості працівників ЗОЗ до чисельності населення та показниками здоров'я. Глобальна нестача працівників посилюється наявним дисбалансом усередині країн. У сільських районах спостерігається дефіцит компетентного персоналу.

За оцінками ВООЗ, для заповнення браку потрібно, як мінімум, 2 мільйони 360 тисяч медичних працівників та 1 мільйон 890 тисяч адміністративних та допоміжних працівників, тобто, загалом, 4 мільйони 250 тисяч працівників СОЗ.

Для різних країн характерна різноманітність у рівні кваліфікації, у співвідношенні чисельності МСзМО до чисельності лікарів. Також суттєвими залишаються диспропорції у спектрі основних спеціальностей та кваліфікацій.

Найбільш проблемними у КРОЗ є питання правильного планування кадрових ресурсів, їх чисельності, усунення диспропорцій у структурі розподілу кваліфікованих працівників.

За останні 30 років у багатьох розвинених країн здійснюється активізація функцій економістів та адміністративних працівників, що працюють у ЗОЗ.

У більшості країн сучасна політика КРОЗ створена на зобов'язаннях держави та спільноти разом. Уряд намагається регулювати, визначати, задовольняти реальні потреби у кадрах СОЗ, а також підтримувати, спрямовувати та контролювати заходи у галузі навчання та підготовки кадрів та результативного використання їх суспільством.

Створені ВООЗ регіональні обсерваторії кадрових ресурсів зміцнюють, розвивають та підтримують базу знань для трудових ресурсів охорони здоров'я у різних регіонах. Обсерваторії надають фактичні дані для прийняття політичних рішень з метою посилення СОЗ та покращення медичного обслуговування. Вони відстежують практичні методики та накопичений досвід та обмінюються ними.

Таким чином, кадрова політика розвинених країн спрямована на впровадження методів управління ефективністю наявних ресурсів, посилення ролі адміністративних працівників, швидкої еволюції сестринської професії та розширення функцій МСЗМО, підготовку фахівців у СОЗ, підвищення вимог до сфери підготовки та перепідготовки кадрів.

Відмінними рисами кадрових ресурсів охорони здоров'я України є вищі показники забезпеченості лікарськими кадрами, поруч із меншими показниками забезпеченості МСЗМО проти світових даних.

Середній показник забезпеченості лікарськими кадрами у місті більш ніж у 3 рази перевищує забезпеченість у сільській місцевості.

За оцінками ВООЗ, до 2030 року у всьому світі нестача лікарів та МСЗМО може становити 9,9 мільйона людей. Хоча в Європі кількість лікарів та МСЗМО загалом збільшилася приблизно на 10% за останні 10 років, цього збільшення, мабуть, все одно замало для задоволення потреб старіючого населення.

Водночас ВООЗ вказує на значну нерівність у доступності лікарів та МСЗМО у різних країнах – в одних країнах лікарів у 5 разів більше, ніж в інших. Ситуація з МСЗМО ще гостріша, оскільки дані показують, що в одних країнах їх у 9 разів менший, ніж в інших.

Звернемося до досвіду провідних країн щодо обсягу витрат на СОЗ у реалізації комплексного та довгострокового підходу до надання медичних послуг. Так, у США приватно-підприємницька модель охорони здоров'я. Приватне медичне страхування може оплачуватись як роботодавцем, так і самим громадянином. Держава бере на себе лише часткове фінансування лікування незахищених верств населення (Medicaid). Ця система зарекомендувала себе як надійна через високу конкуренцію серед постачальників медичних послуг.

Однак, незважаючи на найвищий рівень витрат на охорону здоров'я у світі, система оплати наданих медичних послуг у США є недостатньо ефективною, оскільки заохочує кількість, а не якість виконаної роботи та збільшує нерівність серед різних груп населення. Принцип персоналізованого комплексного підходу до надання медичних послуг протягом усього життя реалізується шляхом

«прикріплення» до сімейного лікаря. До вибору сімейного лікаря американці підходять дуже ретельно, керуючись рекомендаціями знайомих або страхової компанії, ознайомившись з усіма відомостями про лікаря у мережі Інтернет. Сімейний лікар веде хворого протягом усього життя.

У Швейцарії СОЗ є унікальною комбінацією загального обов'язкового медичного страхування та ринкового підходу до надання медичної допомоги, що забезпечує громадянам простий доступ до широкого спектру медичних послуг. Базові поліси обов'язкового соціального страхування покривають вартість єдиного переліку послуг, регламентованого державою. До списку включені не лише амбулаторне та стаціонарне лікування, медична допомога вдома, а й профілактичні заходи, наприклад, планові медичні огляди, скринінг для ранньої діагностики деяких захворювань та вакцинація. Більше того, у Швейцарії реалізовано систему співфінансування медичної допомоги пацієнтами. Співплатежі становлять 10% вартості медичних послуг та 20% вартості оригінальних фармацевтичних препаратів за рецептами. Цей підхід дозволяє за відносно невисокого обтяження підвищити та розподілити відповідальність за охорону здоров'я між державою та громадянами.

Японське економічне диво торкнулося СОЗ. При її формуванні акцент був зроблений насамперед на профілактичну медицину. Просвітницька робота серед населення була планомірною, організовано періодичні медичні огляди та вакцинацію. Головною метою японської охорони здоров'я стала доступність медичних послуг усім громадянам країни без винятку у будь-який час та повсюдно з мінімальною платою за них. Починаючи з 1970-х років, фокус перемістився на збільшення кількості лікарів, удосконалення системи медичної освіти, а також зростання частки держави у фінансуванні медичних послуг. Виходячи з поточних реалій демографічної ситуації Японії суттєвою статтею державних витрат на СОЗ є підтримка похилого населення: надання безкоштовної медичної страховки, лікувально-оздоровчих путівок не лише до національних, а й закордонних санаторіїв. Головною особливістю японської охорони здоров'я є повна диджиталізація та автоматизація лікувального процесу.

Дана система іноді здається бездушною, дозволяє як миттєво отримати повні дані про стан здоров'я протягом його життя, а й практично виключити людський чинник (лікарську помилку, порушення лікарської етики тощо).

В Україні витрати на СОЗ ледь перевищують критичний рівень, визначений ВООЗ. Незважаючи на інфраструктуру, що склалася, наявність наукової бази і висококваліфікованих фахівців, певні позитивні трансформації, що мають місце останні роки, відставання України у СОЗ зберігається. За результатами дослідження, проведеного Міжнародною консалтинговою компанією The Boston Consulting Group, було виділено низку проблем вітчизняної медицини, без вирішення яких неможливе нарощування людського капіталу, а саме:

- низький рівень відповідальності пацієнтів (нездоровий спосіб життя, ігнорування рекомендацій лікаря, самолікування);

- перекіс елементів ланцюжка лікування (виключна увага безпосередньо лікуванню, відсутність належного обсягу профілактики, діагностики та реабілітації);

- інформаційно-технологічна відсталість (брак інтегрованих та відкритих даних про здоров'я конкретного пацієнта, сучасні технологічні можливості);

- застарілі стандарти та інше.

Для досягнення швидких та ефективних результатів слід вибрати випереджальний сценарій реалізації інновацій у СОЗ, перейнявши досвід країн, які вже успішно здійснили реформи в даній сфері.

Західна СОЗ розглядає медичний персонал як дорогий ресурс.

Розмір оплати праці країн ближнього зарубіжжя у порівнянні з оплатою праці в Україні представлено на рисунку 1.1.



Рисунок 1.1 – Заробітні плати медичних працівників у порівнянні із Україною

Джерело: узагальнено автором на основі даних публікацій ЗМІ (перший рисунок першого розділу)

Намітилися певні зрушення в концептуальному розумінні необхідності подолання фундаментальних відмінностей у становищі медичного персоналу в Україні та за кордоном – суттєвому підвищенні їхньої оплати праці.

Але навіть на концептуальному рівні поки не ставляться завдання зміни організаційно-правового статусу лікарської діяльності, зміни форм зайнятості, зміни співвідношення базової та стимулюючої частини оплати праці.

Використання зарубіжного досвіду при формуванні кадрової політики за виділеними напрямками могло б підвищити ефективність використання КРОЗ України.

Станом на кінець 2020 року в ЗОЗ МОЗ України налічується 147 тисяч 361 лікар та 273 тисячі 526 МСЗМО. Показник забезпеченості лікарями на 10 тисяч

населення становив – 35,6 (2019 рік – 37,0). Забезпеченість МСЗМО в Україні становить 66,0 на 10 тисяч населення (2019 рік – 70,9).

Це значно менше, ніж у 2010 році, коли лікарів нараховувалося 224 тисячі 876 особи, а МСЗМО - 428 тисяч 667 [45].

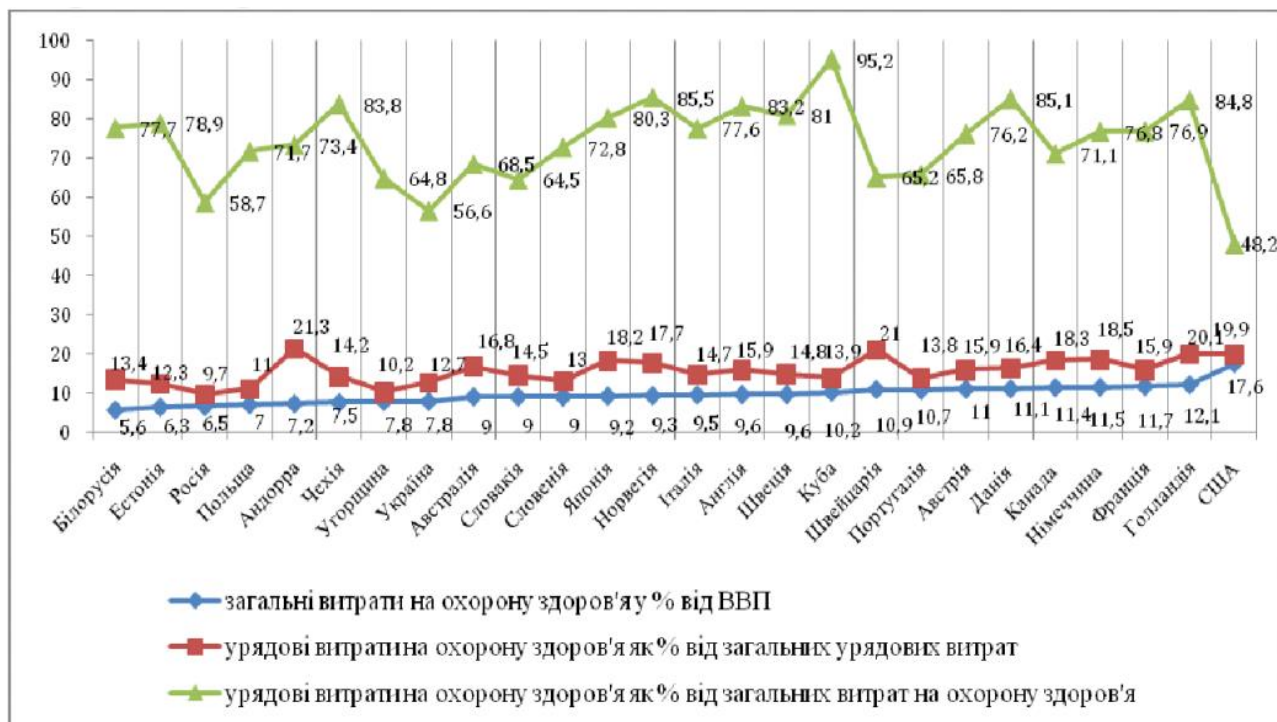


Рис 1.2 Рівень витрат на охорону здоров'я у країнах світу

Джерело: узагальнено автором на основі даних публікацій ЗМІ (другий рисунок першого розділу)

Відповідно до Закону України Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року забезпечити фінансування СОЗ (загальний обсяг державних і приватних витрат) на рівні не менше ніж 8 % ВВП з пріоритетним спрямуванням (до 40 % усіх витрат) на первинну медико-санітарну допомогу.

За 20 років незалежності в Україні змінилося 16 міністрів охорони здоров'я. Медицина фінансується за залишковим принципом. За рівнем середньої заробітної плати галузь посідає передостаннє місце, відстаючи від інших бюджетних галузей на 400—800 грн. [40].

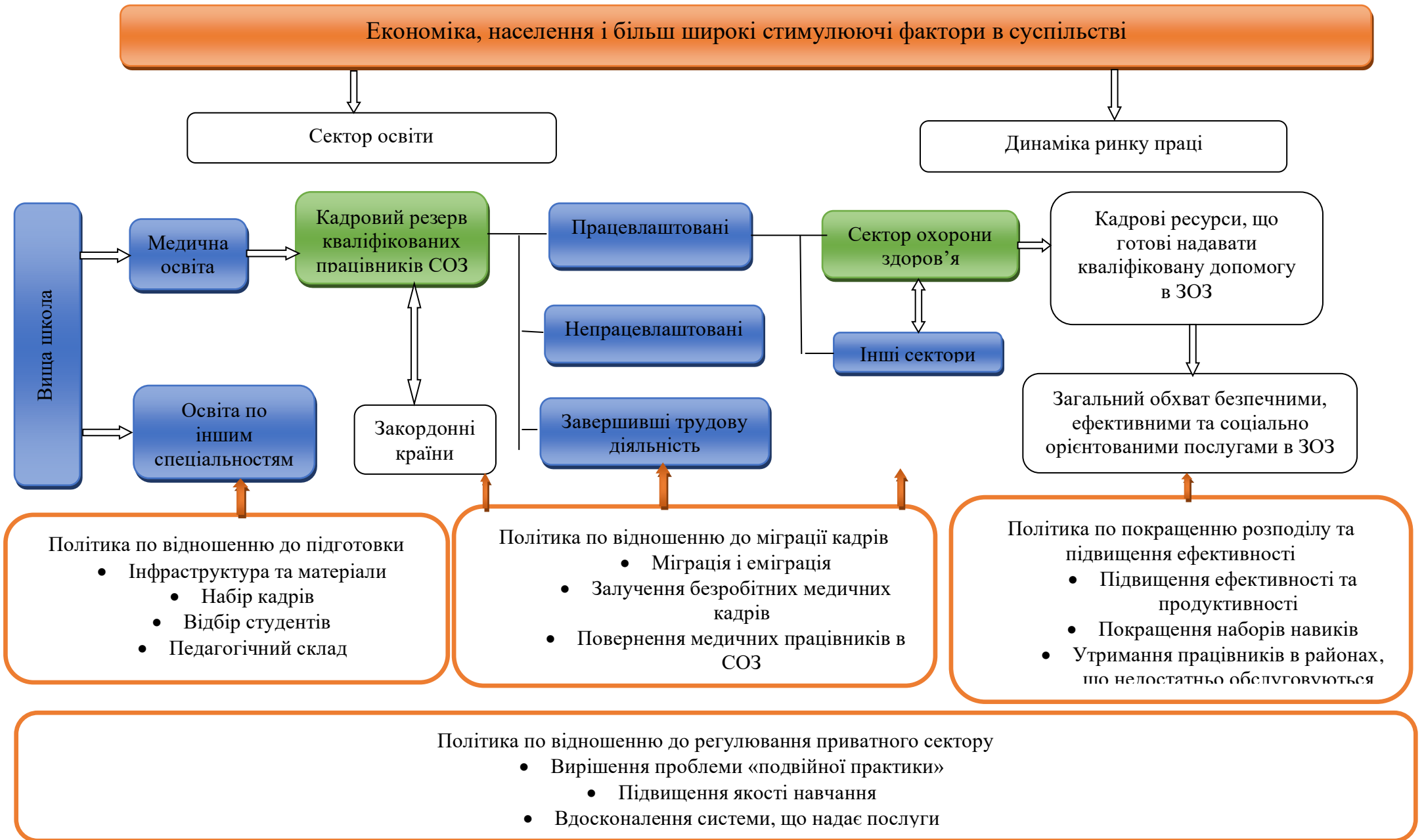


Рис. 1.3 Політичні важелі для формування ринку праці в СОЗ

Побудова основи для сильних та ефективних кадрів охорони здоров'я, здатних відповідати пріоритетам XXI століття, вимагає ефективного узгодження пропозиції та професійних знань працівників охорони здоров'я з потребами населення в даний час і в майбутньому.

Досягнення необхідної кількості, якості та відповідності КРОЗ вимагатиме погодження з виникаючими потребами політичних та фінансових рішень як щодо навчання, так і ринку праці в галузі охорони здоров'я.

Кадрова політика в СОЗ урегульована багатьма нормативно - правовими документами:

- Закон України від 19.11.1992 р. №2802-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;

- Указ Президента України від 07.12 2000 р. №1313/2000 «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України»;

- Наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. №117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників»;

- Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. №385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад та посад фармацевтів з фармацевтичною освітою (асистентів фармацевтів), посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я»;

- Наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. №742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою»;

- Наказ МОЗ України від 06.07.2005 №333 «Про внесення змін до Номенклатури лікарських спеціальностей»;

- Наказ МОЗ України від 19.05.2003 р. №221 «Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів»;

- Наказ МОЗ України від 12.09.2008 р. №522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні»;

- Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. №454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»;

- Наказ МОЗ України від 15.08.2011р. №512 «Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу».

Але жоден із цих документів не має повної картини бачення програми КРОЗ, а це повинна бути:

- системність, що полягає у забезпеченні єдності цілей, принципів, форм і методів та технологій роботи з кадрами;

- легітимність та відкритість;

- професіоналізм та компетентність, тобто наявність знань, умінь та навичок, необхідних для ефективного розвитку галузі;

- безперервність професійного розвитку;

- соціальна рівність, що забороняє будь-які форми обмеження прав людини на працю за ознаками політичної, расової, національної, мовної, статевої чи релігійної власності;

- соціальна безпека.

Професія МСЗМО забезпечує дуже важливу ланку медичної допомоги і потребує високого професіоналізму, організованості, дисциплінованості, потрібно бути психологічно підготовленими. Головне, щоб МСЗМО вміли під час спілкування тримати під контролем свої почуття та водночас могли критично оцінити стан пацієнта.

В основному МСЗМО в медичних коледжах здобувають рівень освіти молодшого спеціаліста і на цьому зупиняються. Але в Україні вже готуються МСЗМО з рівнем повної вищої освіти, а саме бакалавр та магістр, однак, на сьогодні вища освіта не є обов'язковою вимогою для роботи на посаді сестри медичної навіть головної чи старшої.

МСЗМО займають найбільший відсоток кадрового потенціалу СОЗ в усьому світі. Від їх кваліфікації, компетенції, професіоналізму залежить

процес одужання, вони досить багато часу присвячують пацієнту, бачать покращення чи погіршення в стані пацієнта, вчасно та вдало підбирають слова для підтримки, зближуються та мають довіру. Однак, роль МСЗМО знецінена. Ще досі діють застарілі підходи до їх ролі у СОЗ. Вони потребують негайних змін, адже в цій системі криється величезний потенціал.

Реформування СОЗ для МСЗМО відкриє більше можливостей, функцій, а отже фінансового благополуччя, що в свою чергу спонукатиме медиків до безперервного розвитку та самовдосконалення. Важливим фактором для цього є сучасний рівень освіти, безперервне підвищення їх кваліфікації, покращення умов праці та відпочинку.

1.3 Мотивація, як один із пріоритетних напрямків управління людським ресурсами (МСЗМО)

В умовах жорсткої конкуренції успіх закладу, підприємства чи організації залежить від творчої ініціативності та активності працівників, тому мотивація персоналу є головним завданням керівника чи менеджера установи. В Україні мотивація праці на сьогоднішній день є віджитою та непродуктивною.

Із більшості проведених досліджень, науковці вважають, що методи стимулювання кадрів є складними системами впливу керівництва на підлеглих, що безпосередньо передбачають тісний контакт між ними.

Мотивація персоналу – це сукупність стимулювання праці, яке організовує роботодавець для працівників. Коли йдеться про мотивацію людини – це схильність до стимулювання, щоб краще працювати. Тому із мотивації випливає стимулювання. Суть мотивації визначається у формуванні задоволення потреб персоналу та комфортного перебування у закладі; створенні механізму врегулювання оплати праці, винагороди за роботу, застосування заохочень співпраці працівників у закладі [14].

Рівень ефективності працівника формується не лише на кваліфікації та його навиках. Щоб ЗОЗ отримав оптимальні результати, медичний працівник повинен мати бажане співвідношення між спроможністю здійснювати дану роботу та мати прагнення виконати цю роботу. Результатом такого співвідношення буде підвищення ефективності та продуктивності праці [12].

Робота важлива в житті людини не тільки як джерело доходу, але і як засіб самореалізації, можливість творчості, спілкування з колегами тощо. Ці ідеї було закладено ще 1950–1960-ті роки ранніми дослідженнями в галузі теорії управління, які виявляли та систематизували потреби людини. Потреби найвищого рівня - самореалізація, професійне зростання, досягнення - проявляються найбільше у людей інтелектуальних професій, які працюють над складними проблемами.

Задоволення цих потреб стає найсильнішою мотивацією для працівника. Воно показало, що головні фактори задоволеності роботою, хоча і перетинаються у цих двох країнах, але все ж таки мають суттєві відмінності. І в США, і у Німеччині лікарі вказують на важливість їхньої участі у прийнятті рішень, що стосуються основних питань діяльності медичних закладів (цей фактор на першому місці в Німеччині та на другому у США). Натомість німецькі лікарі ставлять на друге місце можливість постійного підвищення кваліфікації та стабільність зайнятості, на третє – адміністративне навантаження, далі - взаємини з колегами та можливість доступу до нових технологій та обладнання. Для американських лікарів стабільність зайнятості та фінансові стимули на першому місці, на третьому - взаємини з колегами та менеджментом організації, доступом до нових технологій виявився незначним чинником. Для цих лікарів виявилися незначними з погляду задоволеністю роботою можливості викладання та досліджень, міжнародний обмін. Для порівняння: недавнє дослідження мотивації українських лікарів показало, що для них найважливіші добрі стосунки з колегами, потім - відчуття, що вони приносять користь та хороша заробітна плата. Такі фактори, як постійна зайнятість, можливість професійного та кар'єрного зростання виявилися набагато менш значущими. Цей

приклад показує: системи мотивацій не можуть бути універсальними, неможливо імпортувати їх без змін із однієї СОЗ до іншої.

Більше того, навіть у рамках однієї національної СОЗ не можна покладатися на загальні принципи та фактори мотивації персоналу. Дослідження свідчать, що у подібних складних та диференційованих системах працівники влаштовуються на ті місця, які більшою мірою задовольняють їх індивідуальні переваги, тобто. здійснюється природне сортування працівників. Причому вона може відбуватися як на стадії вибору професії та навчання, а також подальшої вузької спеціалізації, так і пізніше, коли працівник змінює спеціалізацію, проходить додаткове навчання тощо. Так, проведене нещодавно у Швейцарії дослідження мотивації сімейних лікарів виявило їх очевидні відмінності від інших груп фахівців у цій галузі: вони мало цікавляться кар'єрою - для них важливий оптимальний баланс між професійним та особистим життям [44]. Серед них більше жінок, сімейних людей з дітьми, ніж у середньому за вибіркою. Не дивно, що серед важливих факторів, що визначають привабливість роботи, є можливість часткової (неповної) зайнятості, гнучкий графік робочого дня. Система мотивації для цієї групи лікарів має бути відмінною від тієї, яка застосовується, припустимо, для спеціалістів, які працюють у стаціонарах.

Вибудовуючи сучасні комбіновані системи оплати, що поєднують явні та неявні, внутрішні та зовнішні стимули, треба пам'ятати: будь-які подібні стратегії потребують змін, принаймні, раз на два-три роки. Причина в тому що опортуністична поведінка може звести нанівець будь-який мотиваційний ефект, як лише працівники пристосуються до нових умов. Вдосконалення систем оплати праці має бути постійним.

У МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» ми провели дослідження розподілу цінностей за пріоритетами МСЗМО. В результаті опитування на перше місце МСЗМО висувають заробітну плату, медичне обслуговування та задоволення виконаною роботою. На друге та третє місце - повага колег, добрі стосунки з ними, а також заохочення з боку адміністрації. Не менше

важливим для персоналу є можливість самореалізації, соціальний пакет та визнання в МСЧ. На можливість самореалізації у професії вказали 23% респондентів. Такий показник пояснюється тим, що функції МСЗМО більш обмежені порівняно з лікарями. Робота сприймається як монотонна, виконують її часто механічно, не вникаючи у суть нових завдань. Зростає професіоналізм у вузькій спеціалізації та знижується інтерес до самоосвіти. Слід наголосити, що на питання про подальшу співпрацю з організацією 37 % МСЗМО МСЧ висловили невдоволення сформованим станом справ та 12% уникнули відповіді на це питання.

Таким чином, опитування МСЗМО показало, що близько 50% персоналу не згодні продовжувати роботу на тих самих умовах. Це говорить про те, що для збереження персоналу потрібні зміни як у системі оплати праці, і у структурі управління МСЗМО.

З метою виявлення кращих видів стимуляції праці МСЗМО було проведено анкетування. Результати дослідження показали, що 87,5% респондентів віддали перевагу матеріальному заохоченню. Серед негрошових матеріальних стимулів МСЗМО віддали перевагу наданню пільгових путівок на відпочинок та лікування (71,5 %); покращення умов праці, ергономіки робочого місця (66,5%); введення гнучкого графіка роботи (62,5%); надання пільг на оплату відомчого житла та комунальних послуг (59%); добровільне медичне страхування персоналу (44%); організація пільгового харчування (44%). Серед кращих форм морального заохочення більшість респондентів наголосили: уважне ставлення до індивідуальних пропозицій, спрямованих на покращення загальної справи (69 %); оголошення подяки (59%); разове надання повноважень при вирішенні окремих виробничих питань (22 %).

Проаналізувавши дані про уподобані види мотивації, можна зробити висновок, що у кожного конкретного співробітника є властива тільки йому мотиваційна система, яка залежить від особистісних якостей людини та життєвих обставин, у яких він зараз перебуває. Необхідно прагнути орієнтування

мотивації на цінності, які мають пріоритетне значення для кожного конкретного МСЗМО.

Престиж професії МСЗМО грає одну з суттєвих ролей у структурі їх трудової мотивації. Підняти престиж професії не так просто, і це є спільним завданням не тільки СОЗ, а також культурного стану всього суспільства, ієрархії суспільних цінностей. Впроваджувані в масову свідомість співвітчизників ззовні трудові мотиви та цінності західного зразка не відповідають тій моделі відношення до праці, яка формувалася протягом багатовікової історії України на основі внутрішніх передумов та вимог економічного розвитку.

Зниження загального культурного рівня населення, частиною якого є МСЗМО, призводить до примітивізації потреб, нерозвиненості мотиваційної сфери. Відсутня широка пропаганда суспільної значущості професії МСЗМО на всіх рівнях. Недостатня увага в СОЗ приділяється розвитку та підтримці культури організації, зокрема, популяризації місії установи, формуванню лояльності та прихильності організації персоналу та іншим специфічним аспектам формування організаційної культури.

Таким чином, можна визначити основні напрямки діяльності керівників охорони здоров'я на різних рівнях управління, спрямовані на підтримку та підвищення трудової МСЗМО.

Таблиця 1.1

Основні напрямки трудової мотивації МСЗМО

на рівні державного управління	на рівні місцевого управління	на рівні керівництва організації
Підвищення престижу та широка пропаганда суспільної значущості професії МСЗМО. Надання визнання працівникам та ветеранам професії		

Продовження таблиці 1.1

Оснащення медичних установ сучасним обладнанням та впровадження сучасних технологій	Виділення додаткових коштів на технічне та технологічне оснащення медичних установ	Розвиток організаційної культури: популяризація місії, формування лояльності та прихильності співробітників
Встановлення гідного рівня оплати праці МСЗМО	Організація семінарів, конференцій, конкурсів на міських, районних, обласних рівнях, обмін досвідом між різними мед-установами	Розвиток системи додаткового матеріального стимулювання МСЗМО, створення можливості для пільгового медичного обслуговування працівників та членів їхніх сімей
Популяризація підвищеного рівня середнього та вищого сестринської освіти	Організація цільових наборів у вищі освітній заклад випускників медичних училищ та коледжів, відмінно проявили себе за час навчання	Увага до кадрової роботи: створення програм адаптації молодих спеціалістів, вивчення трудової мотивації персоналу та створення мотиваційних програм
Розширення ієрархічної структури СОЗ, створення можливості кар'єрного зростання і більше диференційованою оплати праці МСЗМО	Залучення школярів та студентів медичних коледжів до науково-дослідної роботи та популяризації медичних знань, встановлення іменних стипендій	Профілактика професійного стресу в ЗОЗ та синдрому професійного вигорання: введення посади психолога, навчання персоналу навичкам антистресового поведінки, проведення тренінгів

Продовження таблиці 1.1

Розробка нормативів навантаження та стандартів надання медичної допомоги. Введення до штату ЗОЗ посади менеджера з кадрів та психолога	Залучення найбільш авторитетних медичних працівників до популяризації медичних знань та своєї професії у ЗМІ, на зустрічах	Створення комфортних умов роботи. Контроль за дотриманням техніки безпеки. Впровадження здоров'язберігаючих технологій
Введення у програми підвищення кваліфікації МСзМО обов'язкових соціально-психологічних тренінгів	Широке залучення висококваліфікованих медичних кадрів до викладацької діяльності	Розвиток сестринського процесу як основної моделі надання сестринської допомоги

Джерело: узагальнено автором на основі джерел із інтернету (таблиця перша першого розділу)

Частина наведених у таблиці заходів успішно реалізуються у СОЗ в даний час, інша частина - вимагає більш детального розгляду та застосування.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

2.1 Характеристика діяльності закладу

Медико-санітарна частина входить в структуру Публічного - акціонерного товариства «СУМИХІМПРОМ», підприємства, що з кінця 2012 року проходить період судової санації, вона є автономною, оскільки фінансування відбувається його власними ресурсами і коштами.

МСЧ заснована в листопаді 1986 року і має можливість приймати до 600 відвідувань за зміну, обслуговує понад 4 тисячі працівників та близько 3 тисячі декларантів.

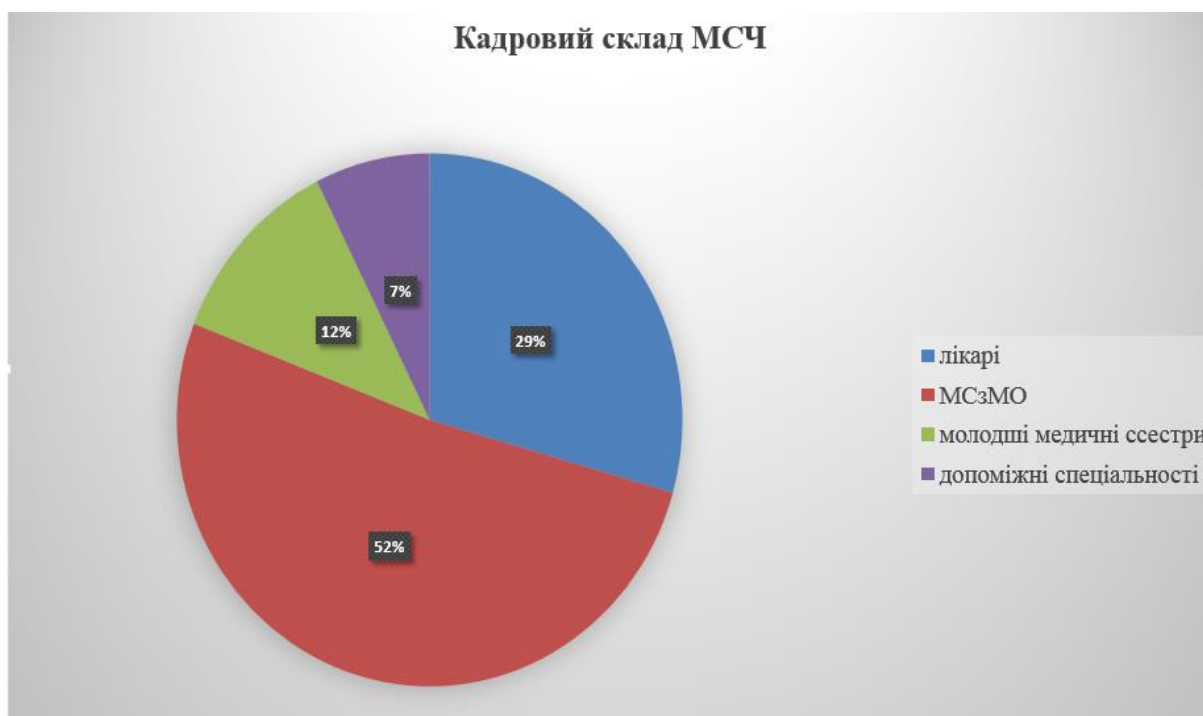


Рисунок 2.1 – Штат МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (перший рисунок другого розділу)

Структура закладу:

- реєстратура;
- терапевтичні кабінети -2;
- кабінети сімейного лікаря -2,

- стоматологічні кабінетів -2;
- кабінети спеціалістів лікувального профілю: хірург, дермато-венеролог, офтальмолог, гінеколог, отоларинголог, невропатолог, уролог;
- клініко-біохімічна лабораторія;
- фізіотерапевтичній кабінети, що включає лазеротерапію, електро- та магнітотерапію, ЛФК, масажний кабінет та кабінет водогрязелікування;
- рентгенодіагностичний кабінет;
- кабінет функціональної діагностики;
- кабінет профілактики;
- кабінет інфекційних захворювань;
- кабінет щеплення;
- процедурний кабінет;
- денний стаціонар з підрозділами терапевтичного та неврологічного профілю на 15 ліжок;
- ендоскопічний кабінет;
- кабінет ультразвукової діагностики;
- централізоване стерилізаційне відділення;
- кабінет психо-фізіологічної експертизи;
- приймальня та кабінет головного лікаря;
- кабінет заступника головного лікаря;
- кабінет головної медичної сестри;
- бухгалтерія;
- кабінет завгоспу.

Також на території підприємства є цілодобовий здоровпункт, фельдшери якого надають цілодобово невідкладну допомогу працюючим підприємства.

Основною метою діяльності МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» є «...надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я» [33].

Предметом діяльності МСЧ є:

1. Надання гарантованого обсягу якісної та безкоштовної медичної допомоги відповідно до законодавства України;
2. Надання своєчасної та якісної первинної медичної допомоги населенню;
3. Виконання національних та регіональних програм;
4. Удосконалення системи профілактичних медичних оглядів;
5. Забезпечення дотримання індикаторних показників якості роботи закладу та наявності якісних медичних препаратів, вакцин та витратних матеріалів;
6. Надання платних медичних послуг згідно законодавства України.

МСЧ заключила з НСЗУ такі пакети послуг програми медичних гарантій:

Надавач послуг	Адреса реєстрації надавача послуг	Номер договору	Дата договору	Дата початку дії	Дата завершення дії	Група послуг	Сума договору, грн
05766356, ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СУМИХІМПРОМ»	Україна, 40003, Сумська обл., місто Суми, ВУЛИЦЯ ХАРКІВСЬКА, П/В 12	5216-E621-P000	25 юня 2021 р.	31 марта 2021 р.	31 декабря 2021 р.	Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2	230 609,00 ₴
05766356, ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СУМИХІМПРОМ»	Україна, 40003, Сумська обл., місто Суми, ВУЛИЦЯ ХАРКІВСЬКА, П/В 12	2026-E421-P000	26 апреля 2021 р.	1 апреля 2021 р.	31 декабря 2021 р.	Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)	1 206 229,59 ₴
05766356, ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СУМИХІМПРОМ»	Україна, 40003, Сумська обл., місто Суми, ВУЛИЦЯ ХАРКІВСЬКА, П/В 12	0000-4НТ5-M000	19 марта 2021 р.	1 апреля 2021 р.	31 декабря 2021 р.	Первинна медична допомога	1 272 575,00 ₴
Всього							2 709 413,59 ₴

Рисунок 2.2 – Договори Публічного акціонерного товариства - вид діяльності медична практика (другий рисунок другого розділу)

Джерело: узагальнено автором на основі сайту НСЗУ

Медико – санітарна частина ПАТ «СУМИХІМПРОМ» активно приймає участь у державних програмах, що фінансується за кошти підприємства. Ці програми щорічно пролонгуються.

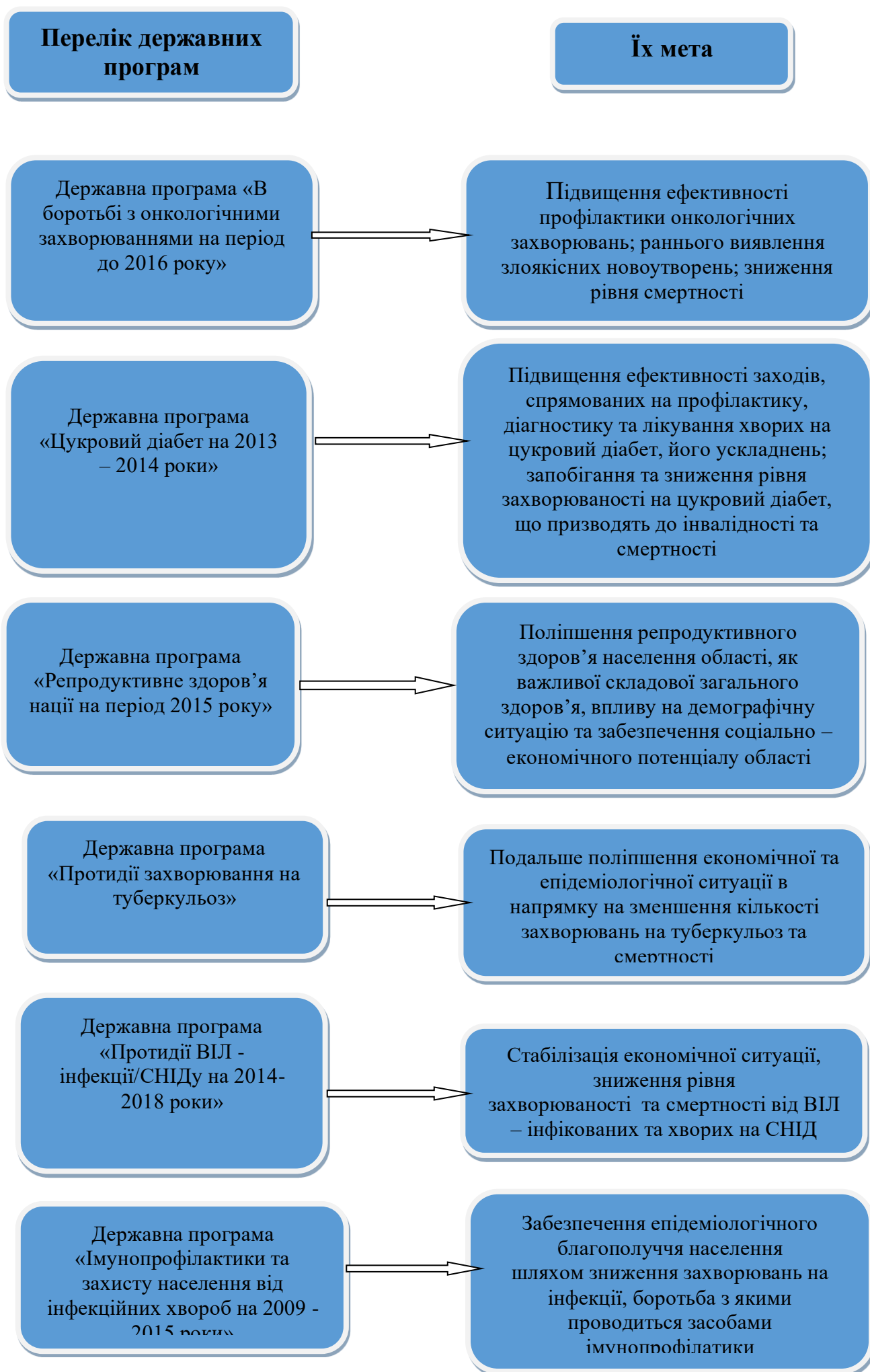


Рисунок 2.3 – Державні програми (третій рисунок другого розділу)

Джерело: узагальнено автором на основі документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (третій рисунок другого розділу)

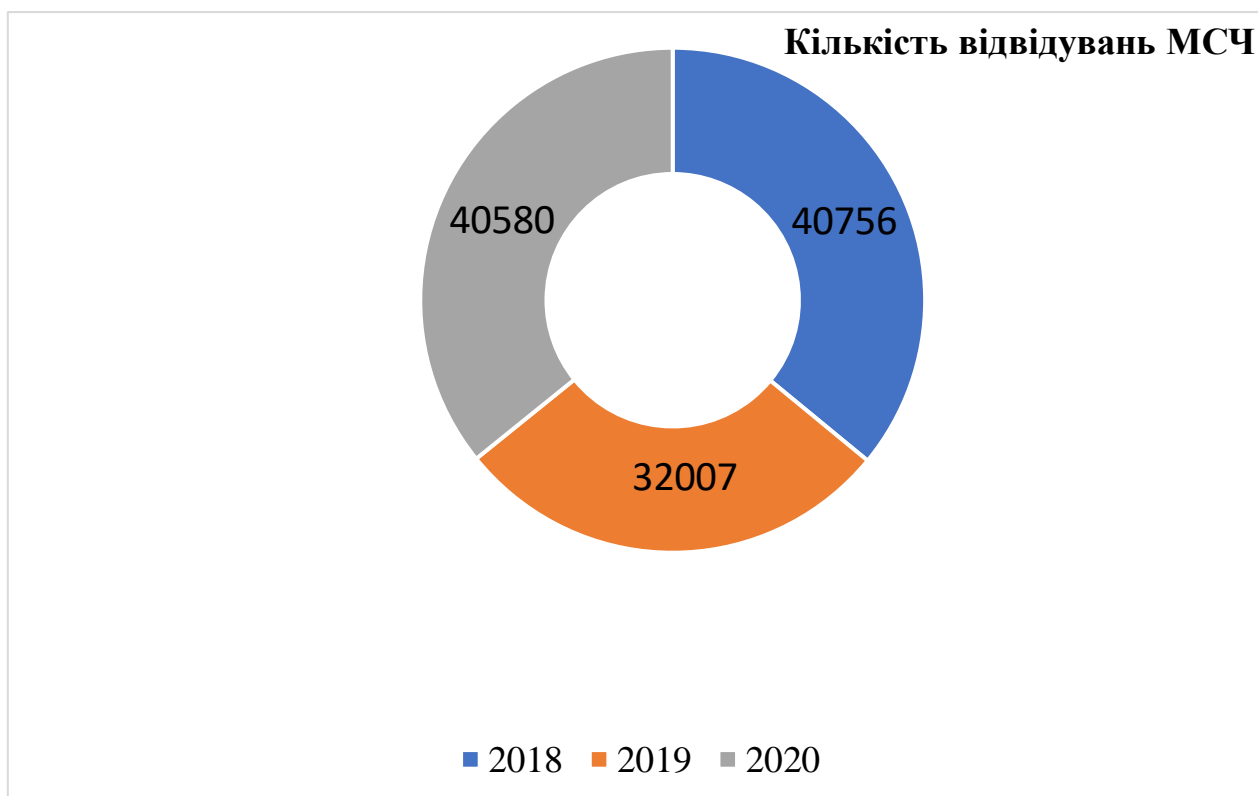


Рисунок 2.4 –Кільцева діаграма кількості відвідувань за 2018-2020 роки

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (четвертий рисунок другого розділу)

Порівнюючи 2018 та 2020 роки кількість відвідувань була майже на одному рівні, у 2019 році відвідування значно менше, у зв'язку з невеликим профілактичним оглядом.

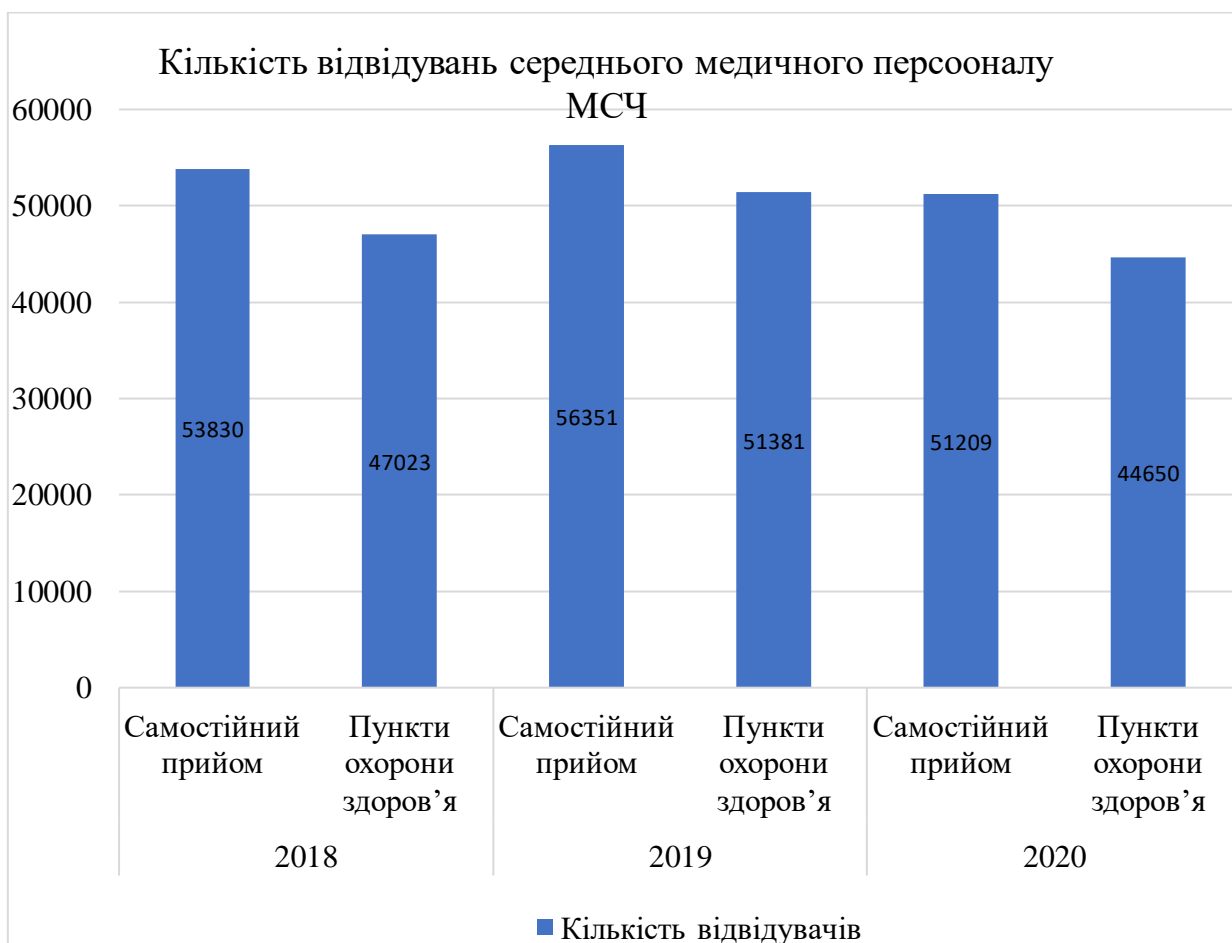


Рисунок 2.5 – Кількість відвідувань середнього медичного персоналу у МСЧ (звичайна стовпчаста діаграма) (п'ятий рисунок другого розділу)
Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

Із рисунка 2.5 видно, що у 2020 році, порівняно з попередніми роками, відвідування скоротилися. Цьому передувала пандемія. Більшість пацієнтів обслуговувались у телефонному режимі, що дало змогу знизити рівень захворюваності, який могли отримати при відвідуванні закладу.

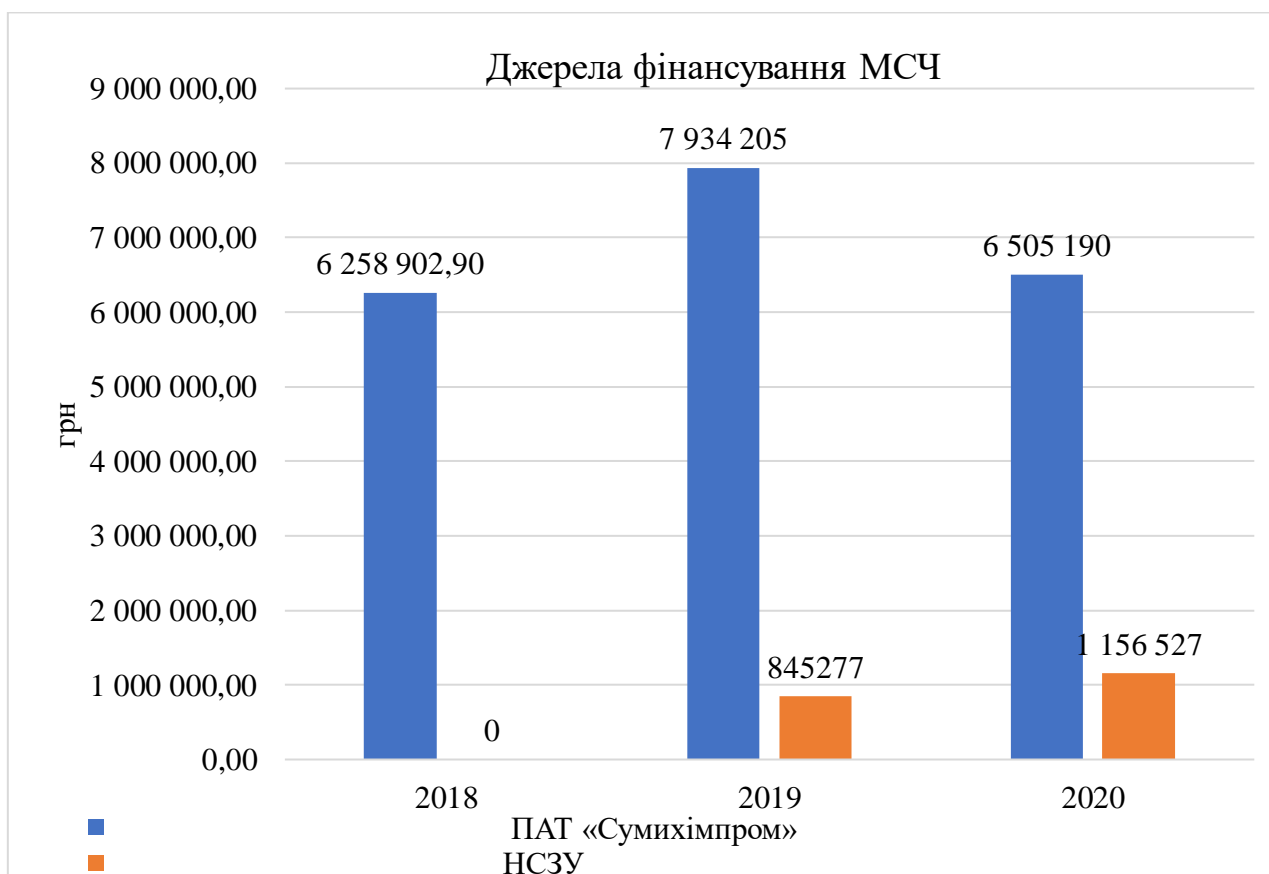


Рисунок 2.6 – Джерела фінансування МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (шостий рисунок другого розділу)

У 2018 році фінансування за рахунок НСЗУ не було, так як ще не відбулося реформування в системі охорони здоров'я. Порівнюючи 2019 та 2020 роки видно, що у 2020 році сума фінансування НСЗУ перевищила на 311 тис. 250 грн., а фінансування за рахунок ПАТ знизилось на 1 млн. 429 тис. 015 грн. – все це пов'язано з тим, що у 2020 році з НСЗУ уклали два договори і користувались цими коштами.

Більш детально фінансування МСЧ наведено в таблиці 2.1 (таблиця перша другого розділу).

Таблиця 2.1

Фінансування медико-санітарної частини ПАТ «СУМИХІМПРОМ» за 2018 - 2020 роки

	Фінансування лікарняного закладу (тис. грн.)	2018 рік	2019 рік	2020 рік
1	З державного бюджету	-	-	-
2	З місцевого бюджету	-	-	-
	- обласний бюджет	-	-	-
	- районний бюджет	-	-	-
	- селищний бюджет	-	-	-
	- міський бюджет	-	-	-
3	Інші джерела фінансування всього:	-	8 779482	7661717
	- ПАТ «Сумихімпром»	6 258902,90	7 934205,00	6 505190,00
	- НСЗУ	-	845277	1 156527
4	Кількість населення, що обслуговується			
	Всього	4318	4315	4019
	у т.ч. - дорослого (18 років і старші)	4318	4315	4019
	- працездатного віку (жінки 18-55 р., чоловіки 18 –60 р.)	3530 (1294; 2236)	3579	3208 (1145; 2063)
	- старше працездатного віку	788	736	811
	- дітей від 0 до 17 років	-	-	-
	- жінок всього	1736	1729	1580
	у т. ч. від 18 до 45 років	759	787	664

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

Аналізуючи показники діяльності МСЧ за 12 місяців 2020 року в порівнянні з аналогічним періодом 2019 року впливає наступний аналіз

Таблиця 2.2 Таблиця 2.6

Порівняльний аналіз основних показників за 12 місяців 2020 року з аналогічним періодом 2019 року

Показники	12 місяців 2019 року	12 місяців 2020 року	Відхилення	
			абсолютне, (+) (-)	відносне, %
Витрати, тис. грн.	7934,2	6505,2	-1429,0	82,0
Доходи, тис. грн.	884,8	1181,2	+296,4	133,5
Сума дотації ПАТ, тис. грн.	7049,4	5324,0	-1725,4	75,5

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (таблиця друга другого розділу)

Видаткова частина бюджету зменшилась на -18,0% або на -1429,0 тис. грн.

Видаткова частина бюджету медико-санітарної частини складається із двох складових:

- витрат;
- зменшення витрат.

2.2 Кадрова політика у закладі

Розглянемо практики управління людськими ресурсами, а саме МСЗМО на прикладі Публічного акціонерного товариства «СУМИХІМПРОМ» медико-санітарної частини. Нагадаємо, що штат МСЗМО складає 35 чоловіків:

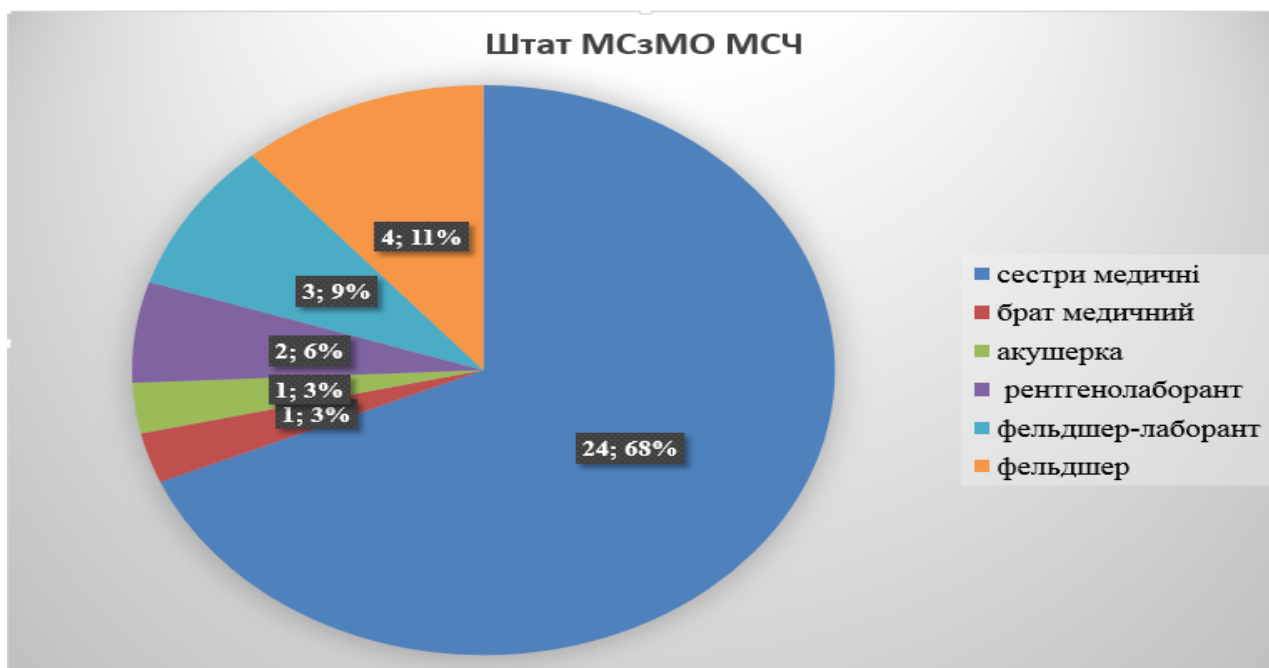


Рисунок 2.7 – Штат МСЗМО МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (сьомий рисунок другого розділу)

Усі ці спеціалісти адміністративно підпорядковуються головній медичній сестрі.

МСЗМО у своїй діяльності керуються:

- Законами України;
- чинним законодавством України про охорону здоров'я;
- кодексом законів про працю та нормативно – правовими актами, що визначають санітарно – гігієнічний режим у закладах охорони здоров'я;
- постановами, наказами та методичними рекомендаціями УОЗ Сумської облдержадміністрації;
- рішеннями, наказами, розпорядженнями адміністрації ПАТ та МСЧ;
- правилами внутрішнього трудового розпорядку;
- порядком дій при виявленні (підозрі) хворого на ОНІ;
- стандартами робочого місця;
- алгоритмами та методиками відпуску процедур, маніпуляцій тощо;
- посадовими інструкціями.

Кожен спеціаліст виконує свої обов'язки відповідно до посадової інструкції робочого місця, правил внутрішнього розпорядку, колективного договору. Також ще повинен мати навички відповідно до кваліфікаційних категорій.

Кваліфікація МСЗМО визначається за трьома кваліфікаційними категоріями - другій, першій та вищій, які надаються за умови наявності стажу з даної спеціальності не менше 5, 7 та 10 років відповідно. При наданні кваліфікаційної категорії рекомендується додержувати послідовність: друга, перша, вища.

Щоб отримати відповідну кваліфікацію МСЗМО повинен мати курси підвищення кваліфікації, які він проходить максимум один раз на п'ять років, за потреби, при зміні роду діяльності, частіше при Центрі післядипломної освіти, підготувати атестаційну справу за три попередні роки для подання у територіальну атестаційну комісію на розгляд, пройти передатестаційну атестацію у закладі та отримати чи підтвердити свою атестацію у територіальній атестаційній комісії .

МСЗМО не покинутий на свавілля долі. Головна медична сестра готує щорічні плани-заявки на курси підвищення кваліфікації та проходження атестації. При наближенні курсів вона оформляє документи та реєструє слухача на курси. За три місяці до атестації спеціаліст готує звіт за три роки роботи. Головна медична сестра допомагає у написанні атестаційної справи та рецензує її.

Курси підвищення кваліфікації МСЗМО оплачує ПАТ, з відпрацюванням на займаній посаді три роки.

Усі МСЗМО своєчасно проходять курси підвищення кваліфікації. Щороку це різна кількість слухачів.



Рис. 2.8 – Динаміка навчання МСЗМО МСЧ

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (восьмий рисунок другого розділу)

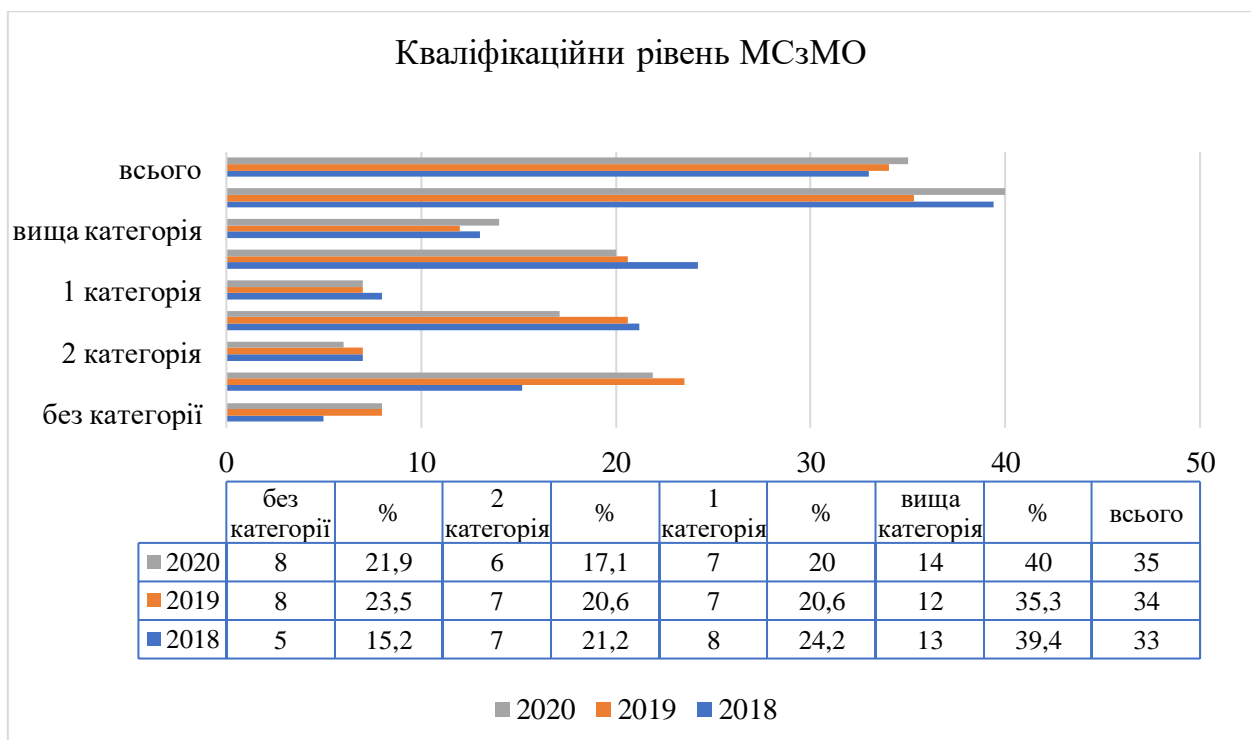


Рис. 2.9 – Розподіл МСЗМО за кваліфікаційними категоріями

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (дев'ятий рисунок другого розділу)

Інформація по молодшим спеціалістам з медичною освітою по МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» на 02.01.2021 року

Всього: к-ть штатних одиниць –32,25; к-ть посад зайнятих – 32,25; к-ть фізичних осіб – 35; пенсійного віку – 6, вакантних ставок - 0

Середні	Сестри медичні				Фельдшера			Акушерка				Фельдшер-лаборант				Рентгенолаборанти			Інші спеціалісти					
	По штату	Фіз. осіб	Вакантні посади	Пенсійний вік	По штату	Фіз. осіб	Вакантні посади	Пенсійний вік	По штату	Фіз. осіб	Вакантні посади	Пенсійний вік	По штату	Фіз. осіб	Вакантні посади	Пенсійний вік	По штату	Фіз. осіб	Вакантні посади	Пенсійний вік				
32, 25	19,25	21	-	5	6	6	0	0	1	1	0	0	3	4	0	1	2	2	0	0	1	1	0	0

Курси підвищення кваліфікації має 32 чол., % від фізичних осіб – 91,43; без курсів – 3 чол., заплановані у 2021 році.

Підлягає на курси у 2021 році – 10 чол. – %

Середні	Сестри медичні				Фельдшера			Акушерка				Фельдшер-лаборант				Рентгенолаборанти			Інші спеціалісти					
	Курси	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021	Курси	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021	Курси	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021	Курси	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021	Курси	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021				
35	19	90,5	1	7	6	100	0	2	1	100	0	0	3	75	0	1	2	100	0	0	1	100	0	0

Атестовано всього по МСЧ – 28 чол., % атестованих – 80; без стажу – 2 чол.; не підлягає – 2 чол.

Підлягає атестації 2021 році – 4 чол. – 11,4 %, у тому числі на первинну атестацію – чол.

Середні	Сестри медичні				Фельдшера			Акушерка				Фельдшер-лаборант				Рентгенолаборанти			Інші спеціалісти					
	Атестація	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021	Атестація	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021	Атестація	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021	Атестація	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021	Атестація	% від заг. працюючих	Підлягає вперше	2021				
35	16	76	1	4	6	100	0	0	1	100	0	0	2	50	0	0	2	100	0	0	1	100	0	0

Рис. 2.10 – Кваліфікаційні здобутки МСЗМО

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (дев'ятий рисунок другого розділу)

Із рис. 2.9 та 2.10 видно, динаміку підвищення кваліфікації та отримання атестаційної категорії. До 2020 року кількість МСЗМО збільшувалось на 1 людину кожного року. Спеціалістів без категорії збільшилось, так як двоє пенсійного віку маючи раніше вищу категорію не атестувались; двоє не можуть атестуватись (санітарний фельдшер більше 25 років працює сестрою медичною та реабілітолог працює сестрою медичною з масажу), троє молоді спеціалісти, які ще не мають достатнього стажу для атестації.

Усі інші спеціалісти проходять атестацію у встановлені терміни та постійно працюють над підвищенням рівня кваліфікації, шляхом безперервного навчання. Кожен місяць проводяться сестринські конференції та засідання Ради сестер медичних, де проходять навчання,

розглядаються робочі питання, здійснюються планування роботи. Два рази на рік МСЗМО здають залік по дотриманню санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів, один раз на рік проходять суспільно-ділову атестацію на займану посаду, кожного кварталу проводиться інструктаж з охорони праці, постійно проводяться он-лайн конференції на актуальні теми сьогодення.

У кінці кожного кварталу МСЗМО проходять оцінювання виконання технік маніпуляцій та процедур на робочому місці. При недосконалості виконання технік, молодші спеціалісти разом з наставниками вивчають правильність виконання, знайомляться з відповідною літературою та закріплюють їх на робочому місці. За кожним молодим спеціалістом закріплені досвідчені територіальну атестаційну комісію МСЗМО, які виконують роль наставника.

На робочих місцях на кожного МСЗМО є положення про кабінет, посадові інструкції, інструкції з ТБ та стандарти відпуску процедур. Заведені папки з довідково-інформативним матеріалом. Біля кожного апарату знаходяться інструкції з ТБ та методика проведення процедури, що дає змогу, у разі необхідності, швидко передивитися інформацію.

Усі кабінети оснащені необхідним обладнанням: меблями, шафами, стільцями, кушетками, тумбами та іншим, відповідно до таблицю-оснащення.

Щоденний та щомісячний аналіз діяльності МСЗМО дає можливість виявити і усунути всі наявні недоліки.

Виходячи з вище переліченого можливо зробити висновок, що кваліфікаційний рівень МСЗМО постійно підвищується.

Підсумовуючи можна узагальнити, що керівник МСЗМО:

- забезпечує раціональну організацію праці середнього та молодшого медичного персоналу;
- забезпечує підвищення кваліфікації;
- організує здобуття підпорядкованими МСЗМО професійної освіти;

- сприяє впровадженню у практику нових організаційних форм та ресурсозберігаючих технологій діяльності МСзМО;
- вирішує важливі стратегічні питання;
- приймає рішення в умовах крайньої нестабільності, постійного дефіциту всіх видів ресурсів;
- формування ефективної та сприятливої організаційної культури.

Найважливішим критерієм цінності медичної сестри як керівника; стає її управлінська компетентність, лідерські якості, комунікативні здібності, оптимізм, бачення майбутнього та бажання знати завтра те, чого не знаєш.

Привітний персонал, задоволений своєю діяльністю, відносинами всередині колективу і з начальством, мають у своєму розпорядженні довіру – ось головний критерій роботи з кадрами. У такому закладі пацієнти почуваються захищеними і, швидше за все, прагнуть співпраці з медичним персоналом, виконуючи всі його призначення, вимоги та рекомендації. Не секрет, що зустрічаються заклади, в яких співробітникам морально важко працювати, та їх пригнічений стан позначається на якості роботи та самопочутті пацієнтів.

2.3. Наукова організація праці

Зростання продуктивності праці значною мірою зумовлює удосконалення організації праці на науковій основі.

Організація праці – це система заходів, що забезпечує функціонування живої праці з ціллю зростання її ефективності та досягнення найповнішого використання засобів виробництва.

Отже, НОП містить елементи, які утворюють одне ціле і пов'язані між собою.



Рис. 2.10 – Елементи НОП

Джерело: узагальнено автором на основі наукових статей (десятий рисунок другого розділу)

Усі завдання НОП тісно пов'язані між собою.

На розв'язання поставлених завдань необхідно спрямовувати кожен деталь організації праці. Так, доцільний розподіл праці, встановлюючи оптимальний співзв'язок між окремими категоріями працівників, гарантує економію заробітної плати, краще застосування творчої праці персоналу і разом з тим робить працю більш цікавою, привабливою, престижною.

На рисунку 2.11 представлені конкретні завдання НОП.

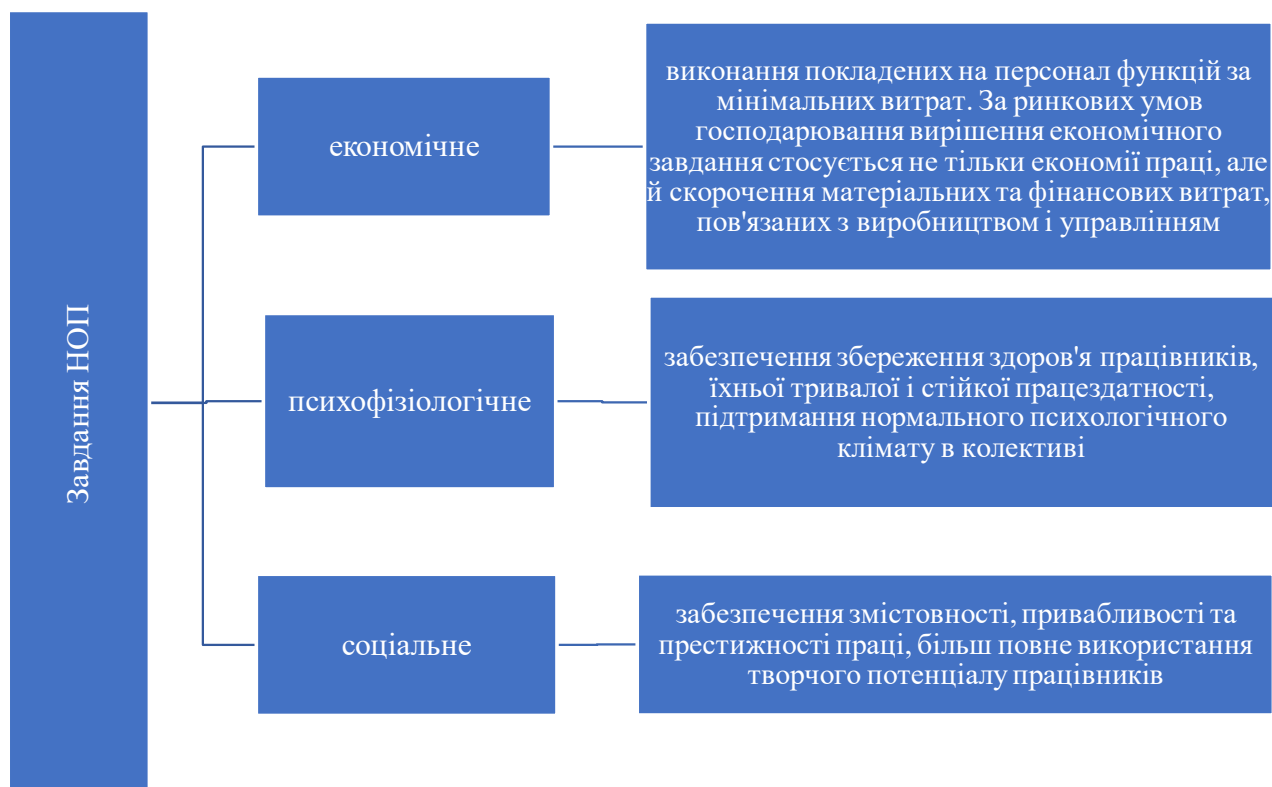


Рис. 2.11 – Завдання НОП

Джерело: узагальнено автором на основі наукових статей (одинадцятий рисунок другого розділу)

Сприятливі умови праці, створення доцільних режимів праці та перепочинку, гарні психологічні умови у закладі позначаються на якості роботи впродовж дня та охорону здоров'я.

При виборі заходів, що входять до плану НОП, першочергова увага повинна приділятися підрозділам (робочим місцям, групам робочих місць, бюро) з найвідсталішою організацією праці і найсприятливішими її умовами. Проте, розроблені заходи повинні забезпечувати комплексне вирішення проблеми, удосконалення рівня організації праці зі всіх найважливіших її елементів.

Важливого значення набуває економічна доказовість заходів НОП, обчислення економічного впливу, що може бути отриманий від їхнього запровадження.

План НОП формується у вигляді заходів щодо комплексної модернізації організації праці на робочих місцях, у підрозділах, у закладі загалом протягом календарного року.

Процес впровадження заходів з НОП містить кілька взаємозалежних стадій: підготовку до впровадження, безпосереднє впровадження планових заходів, забезпечення їхньої дії, визначення фактично досягнутого ступеня організації праці та продуктивності реалізованих заходів.

НОП у СОЗ має велике значення.

Без продуманої, чіткої організації праці, без прагнення раціоналізувати її не варто чекати високих виробничих показників.

НОП – це передусім висока дисципліна та культура праці. Створення зразкового робочого місця, додержання суворого режиму економії, постійне поліпшення якості роботи – це головні вимоги НОП.

Велике значення для повноцінного та якісного медичного обслуговування населення має впровадження в практику СОЗ, НОП, досягнень медичної науки, передового досвіду.

Впровадження нового потребує постійного контролю, тільки при цьому воно може бути гарантією досягнень більш високого рівня та ефективності діяльності МСЗМО та мінімальних втрат робочого часу.

У МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» для того, щоб якісно та ефективно використовувати НОП слід дотримуватися існуючих комплексних заходів:

- розробка оптимальних режимів праці та відпочину;
- визначення оптимального ритму та ступеню напруженості праці медичного персоналу;
- забезпечення оптимальних санітарно-гігієнічних умов праці медичних працівників, впровадження елементів промислової естетики;
- створення у колективі сприятливого психологічного клімату, оптимальних морально-психологічних умов;
- укріплення співробітництва, повага до іншої особистості, підвищення авторитету керівника.

На кожному робочому місці знаходяться в наявності інструкції зі службовими функціональними обов'язками, графік роботи кабінетів.

Для економії часу і швидкого орієнтування в роботі медперсоналу розроблені:

1. Таблиці розрахунків деззасобів для проведення дезінфекції медичного інструментарію;
2. Алгоритми та стандарти роботи МСзМО;
3. Новітні методики лікування;
4. Стандарти надання першої та медичної допомоги.

Персонал виконує роботу точно за графіком, де завдання розподілені на першочергові й менш важливі.

Робота кабінетів проводиться згідно розробленого і затвердженого графіка прийому хворих по підрозділах.

Робочі місця часково облаштовані комп'ютером та принтером, є внутрішній телефонний зв'язок, повністю забезпечені лікарськими засобами та медичними виробами, засобами індивідуального захисту, дезінфекційними розчинами, антисептиками, інвентарем для прибирання тощо.

Необхідно, вподальшому, сприяти створенню надійних технологій для всіх.

Цифрові технології мають охоплювати більше людей, знизити витрати та зменшити неефективність. Цифрові технології мають надійно впроваджуватися для всіх учасників, включаючи посилений захист конфіденційності даних, кращі системи онлайн-суперечок та алгоритми, які не дискримінують жодного.

РОЗДІЛ 3 ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЮЧОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

3.1 Цілі та очікувані результати у реформуванні СОЗ в Україні

В умовах переходу до реформування ЗОЗ на кшталт автономних установ та автономних некомерційних організацій питання формування якості потенціалу медичних кадрів та їх професійного розвитку набувають ще більшої значущості. У установах та організаціях нового типу стає можливим запровадження систем матеріального та морального стимулювання персоналу, у тому числі запровадження менеджменту, орієнтованого на соціальні потреби.

Для досягнення швидких та ефективних результатів у реформуванні СОЗ в Україні слід обрати випереджальний сценарій реалізації інновацій в СОЗ, перейнявши досвід країн, які вже успішно здійснили реформи у галузі охорони здоров'я.

Глобальна стратегія ВООЗ до 2030 року щодо КРОЗ формує такі основні цілі:



Рис. 3.1 – Основні цілі Глобальної стратегії ВООЗ

Джерело: узагальнено автором на основі Глобальної стратегії ВООЗ до 2030 року щодо КРОЗ (перший рисунок третього розділу)

Удосконалення нормативно-правової бази щодо реалізації основних напрямів Концепції кадрової політики - планування та оптимізація чисельності та структури кадрів, удосконалення підготовки кадрів та управління людськими ресурсами охорони здоров'я має здійснюватися з урахуванням їх комплексності та взаємозв'язку з формуванням якості потенціалу КРОЗ.

Формування якості потенціалу медичних кадрів, починаючи з періоду навчання у медичних вузах та училищах та продовжуючись протягом усієї професійної діяльності, передбачає ранній початок комплексного інтегрованого проведення профорієнтації учнів. У програмі навчання підготовки студентів у навчальних закладах на циклах психології необхідне запровадження вивчення питань соціальних взаємовідносин, психологічної адаптації у колективі.

Наголосимо, що необхідно покращити освіту і розвиток МСЗМО, також запровадити систему безперервного професійного розвитку для МСЗМО; посилити їх роль через розширення повноважень.

3.2 Основні кроки щодо вдосконалення управління людськими ресурсами в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

Результати аналізу стану й основних тенденцій розвитку медико-санітарної частини показали, що кризові явища впливають на її розвиток і істотно погіршують ситуацію у закладі, а саме:

- не визначені пріоритетні напрямки діяльності МСЧ;
- слабка кадрова політика закладу;
- відсутня постійно діюча система аналізу діяльності закладу, а це негативно впливає на своєчасність прийняття необхідних першочергових рішень;
- недосконала система мотивацій працівників;
- відсутність необхідного фінансування для оновлення матеріальної бази;

- відсутність сучасних новітніх інформаційних технологій;
- застарілі методи ведення документообігу.

Доведена необхідність упровадження інструментарію прогнозування розвитку сфери з використанням моделі розгортання кризи у закладі на основі нечіткої логіки.

Необхідно виробити стратегію розвитку закладу:

- мобілізувати внутрішні ресурси;
- збільшити грошові надходження від наданої послуги при зменшенні потреби в капіталі;
- покращення матеріально-технічного стану МСЧ;
- забезпечення раціонального використання ресурсів: фінансових, кадрових, матеріально-технічних, енергоносіїв;
- поліпшення фінансової стійкості та самодостатності, розвитку багатоканального фінансування.

Необхідно за допомогою аналізу ринку та реклами генерувати потребу конкурентно спроможні медичні послуги, впроваджувати комунікацію до сегментації споживачів послуг.

Також необхідно визначити перспективи та напрямки діяльності закладу, скласти та аналізувати ефективні та результативні плани роботи, робочого часу. Постійно покращувати та рентабельно використовувати кадровий потенціал МСЧ, просувати по службі за професійними якостями, створити сумісний колектив для відчуття єдності, більшої віддачі; враховувати думку підлеглих, а також формувати авторитет, регулювати стосунки в колективі.

Гармонійно поєднувати індивідуальні та колективні форми виховної роботи, мотивувати та фінансово заохочувати, за необхідності мати важелі покарання.

Сучасний тип керівника медичного закладу, який може бути достатньо конкурентоспроможним на ринку праці, передбачає наявність ключових компетенцій [3].

До 2022 року обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент із гуманітарною освітою, правознавець, економіст, лікар, управлінець. Із 2022 року претенденти, які не мають управлінської чи менеджерської освіти у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», повинні будуть додатково здобути її [26].

Для успішного керування підлеглими необхідно мати певну базу знань та постійно підвищувати свій рівень знань шляхом відвідування спеціальних семінарів, тренінгів.



Рис. 3.2 – Механізми управління персоналом у ЗОЗ

Джерело: узагальнено автором на основі узагальнюючої інформації зі наукових статей (другий рисунок третього розділу)

Крім цього, значну увагу необхідно приділяти процесу прийняття управлінських рішень, питанням взаємодії керівника з підлеглими при постановці задач, отриманні зворотнього зв'язку, проведенні мотиваційних

бесід, оперативних нарад, роботі з супротивом зі сторони персоналу та вирішенню конфліктних ситуацій.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі проведене теоретичне та практичне узагальнення актуальної проблеми – управління людськими ресурсами та кадровий дефіцит в СОЗ.

Результати проведеного дослідження дозволяють нам зробити ряд висновків:

Проведене дослідження системи КРОЗ розкрило - тема людських ресурсів має науковий інтерес, що висвітлено у багатьох монографіях та працях наших вчених, де розкриваються наявні проблеми, розробляються цілі стратегії та програми розвитку КРОЗ.

СОЗ здатна ефективно функціонувати та належним чином реагувати на нові виклики в тому випадку, якщо є достатня кількість медичного персоналу, який має необхідні навички та працює там, де в ньому є потреба, в умовах, що сприяють його мотивації та залученості.

Глобальна міжнародна стратегія з КРОЗ та національна стратегія охоплюють такі аспекти:

- планування;
- освіта;
- керування;
- стимули;
- зв'язки із працівниками соціальної сфери;
- найактуальніші невирішені проблеми: дефіцит КРОЗ, дисбаланс, невідповідність між моделями освіти та потребами в СОЗ;
- неефективне використання наявних кадрових ресурсів.

Для досягнення найкращих результатів необхідний збалансований підхід, що враховує особливості та потреби медика для його ефективної роботи з однієї сторони, та завдання національної СОЗ, відповідальної за контроль та розподіл фінансових та трудових ресурсів, а також регулюючу попит та пропозицію - потреби населення у медичних послугах, наявність та розподіл

КРОЗ - з іншого. За дотримання балансу інтересів, відкриваються можливості для надання ефективної медичної допомоги населенню, яка враховує потреби населення, які при цьому розумно збалансовані (фінансові ресурси та трудовитрати).

Відтворення КРОЗ не відбувається саме. Це вимагає довгострокового стратегічного планування, заснованого на інформації про успішні міжнародні практики, реалістичне прогнозування, політичні зобов'язання поряд з адекватними політичними процесами та стабільним фінансуванням.

Глобальна стратегія наголошує на важливості та необхідності міжсекторальних зв'язків (між секторами освіти, охорони здоров'я, праці та фінансів), ефективного аналітичного обґрунтування та вирівнювання політичних рішень між секторами економіки.

Спираючись на міжнародний досвід КРОЗ дає нам можливість орієнтуватись на моделі що вже існують, впроваджені в практику та мають аналітику і досвід.

Підсумовуючи, нагальною потребою для вирішення, є зміна у методах стимулювання та заохочення персоналу, використанні кадрового ресурсу та формуванні фонду заробітної плати.

Необхідно застосовувати не лише досвід європейських країн з розвинутою СОЗ, але й частково наслідувати принципи українських компаній у галузі управління персоналом [29].

Нагально необхідне впровадження оптимальних механізмів розвитку кадрових ресурсів, спрямованих на підготовку, підтримку, збереження та ефективного використання наявних ресурсів, що є одним із важливих напрямів кадрової політики закладу. На жаль, рівень оплати праці медичних працівників залишається невисоким. Буде продовжено роботу з удосконалення диференційованої оплати праці, що базується на кінцевих результатах діяльності. Серйозну увагу буде приділено стимулюванню та мотивації медичних працівників до якісного виконання своїх обов'язків, вироблення заходів соціальної підтримки.

МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» необхідно побудувати таку модель управління персоналом, враховуючи позитивний досвід, яка буде об'єднувати в собі передові методи управління кадровими ресурсами, що створить умови для сталого розвитку закладу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. Київ: НІСД. 2012. – 35 с.
2. Антощина Н.І. Сучасний погляд на систему управління персоналом в аспекті забезпечення конкурентоспроможності підприємства. Ефективна економіка. 2014. – №9. УДК 331.101.3:331.108 (дата звернення: 12.11.2021).
3. Васюк Н. О. Керівні кадри в системі охорони здоров'я: сутність понять. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики галузі охорони здоров'я. Матеріали науково-практичної конференції. – Київ. – 2015. – С. 18-23.
4. Головне управління статистики в м. Києві. <http://www.kyiv.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 18.11.2021).
5. Державна служба зайнятості. Аналітика та статистика. <https://www.dcz.gov.ua/analitics/68>.
6. Дмитрук О.В. Свінцицька О.М. Управління адаптацією персоналу закладів здоров'я в нових умовах господарювання Класичний приватний університет– електронне наукове видання. 2018. №5 (10). с. 182-186. URL: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf (дата звернення: 24.11.2021). УДК 65:614.2:331.
7. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. – Київ. : НАДУ, 2010. – 820 с.
8. Зайченко О. І., Кузнецова В. І. Управління людськими ресурсами: навч. пос. /за наук. ред. О. І. Зайченко. – Івано-Франківськ. «Лілея-НВ». 2015. – 232 с.
9. Закон України від 19.11.1992 р. №2802-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
10. Кабінет міністрів України Розпорядження від 30.11.2016 р. №1013 «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я».

11. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ. 2019. –133с.

12. Климчук А.О., Михайлов А.М. Мотивація та стимулювання персоналу в ефективному управлінні підприємством та підвищенні інноваційної діяльності. Маркетинг і менеджмент інновацій. 2018. № 1. с. 218-234.

13. Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я України. Міністерство охорони здоров'я України. Академія Медичних наук України. <http://uasm.kharkov.ua/ukr/index.shtml?uderpol/ukoncept.htm>.

14. Корольова К. Взаємозв'язок мотивації і рівня професійних досягнень. К. Корольова .Персонал. – 2008. – №2. – с. 50 – 55.

15. Короленко В. В., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Монографія. Київ. 2018. 96 с. УДК 614.2:331.108](477:4)(02).

16. Ліштаба Л. В. Управління персоналом як провідна функція менеджера в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2016. – № 1 (50). – с. 163–169. <https://core.ac.uk/download/pdf/74515901.pdf>. (дата звернення: 26.11.2021).

17. Мартинюк О.А., Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. 2016. Вип. 6. с. 75-79. http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2016_6_17 (дата звернення: 26.11.2021).

18. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні. Монографія. Тернопіль. Крок. 2012. 199 с.

19. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. – URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336> (дата звернення: 31.01.2022). DOI: 10.32702/2307-2156-2018.11.22.

20. Наказ МОЗ України від 12.09.2008 р. №522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні».

21. Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».

22. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 512 «Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу».

23. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського [Електронний ресурс] – <http://www.nbuv.gov.ua>.

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

25. Прийняття управлінських рішень: навч. посіб. Ю. Є. Петруня В. Б Говоруха., Б. В Літовченко. та ін../ за ред. Ю. Є. Петруні. -2-ге вид. - Київ. Центр учбової літератури. 2011. 216 с.

26. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року № 1977.

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

28. Проект Закону України від 07.08.2018 № 9015 (Одержаний ВР України) Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року.

29. Прокопець Л.В., Тодоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. Науковий журнал Демографія та соціальна економіка. 2020. №4 (42). УДК 331.108 <https://doi.org/10.32843/infrastruct42-45>.

30. Швед В.В., Колібабчук Ю.В. Мотиваційні механізми управління персоналом. Подільський науковий вістник. 2017. №1. с. 114-117.

31. Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в

Україні. Економічний вісник Донбасу. 2019. № 3(57). URL: [https://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19Rovenska.pdf](https://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19Rovenska.pdf).

32. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». Київ. 2009. – с.11–13.

33. Сайт Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за посиланням: <https://nszu.gov.ua/e-data>.

34. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. Ефективна економіка. 2020. № 5. – URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910> (дата звернення: 31.01.2022). DOI: 10.32702/2307-2105-2020.5.88

35. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 2016. № 3. с. 78-83.

36. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. 2019. № 3. с. 160-166.

37. Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України. Методичні рекомендації. Міністерство охорони здоров'я України Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Київ, 2019 – 46 с.

38. Топ-5 галузей економіки, які першими в Україні прийматимуть зарубіжних інвесторів. <https://www.epravda.com.ua/publications/2015/12/9/570529/>.

39. Указ Президента України від 07.12 2000 р. №1313/2000 «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України».

40. Україна - донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>.

41. Управління персоналом: підручник / за заг. та наук. ред. к.е.н., проф. В. М. Данюка. Київ. КНЕУ, 2013. 666 с.

42. Юринець З.В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. с. 116-121.

43. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2018. № 2. с. 116-120.

44. Buddeberg-Fischer B., Stamm M., Buddeberg C., Klaghofer R. (2008). «The new generation of family physicians — career motivation, life goals and work-life balance». Swiss Medical Weekly, Vol. 138(21–22), pp. 305–312.

45. Центр медичної статистики МОЗ України
<http://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html>