

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально-науковий інститут фінансів, економіки і менеджменту
імені Олега Балацького
Кафедра управління імені Олега Балацького
Медичний інститут
Кафедра сімейної медицини

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри

_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«Розробка технології процесу управління персоналом
(на прикладі КНП СОР Сумський обласний клінічний
онкологічний диспансер)»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма
«Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

Студента гр. УЗмз-91с Нікітіна Івана Івановича

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 Нікітіна Івана Івановича

Наукові керівники:

_____ ***Сміянов В.А.***
д.м.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я

_____ ***Матвєєва Ю.Т.***
к.е.н, старший викладач кафедри управління

Суми 2020 р.

Сумський державний університет

(назва вузу)

Факультет ННІ ФЕМ ім. Олега Балацького

Кафедра управління

Спеціальність спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», освітня програма «Управління та адміністрування у галузі охорони здоров'я» ступеню вищої освіти «магістр»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедрою _____

„_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ

Нікітіну Івану Івановичу

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) «Розробка технології процесу управління персоналом (на прикладі КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер)»

затверджена наказом по інституту від „_____” _____ 20____ р. № _____

2. Термін здачі закінченого проекту (роботи) _____

3. Вихідні дані до проекту (роботи) Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, Державні стандарти України (ДСТУ), Державні будівельні норми (ДБН), будівельні норми та правила (БНіП), щорічна статистична звітність підприємства (ДАЛІ НАЗВА ОБ'ЄКТУ), податкова звітність (баланс) (НАЗВА ОБ'ЄКТУ), положення про структурний підрозділ (ДАЛІ НАЗВА ПІДРОЗДІЛУ – якщо є)

4. Зміст розрахунково-пояснювально записки (перелік питань, що їх належить розробити) (ПЕРЕЛІК НАЗВ РОЗДІЛІВ)

1. Теоретичні основи розробки технології управління персоналом установи охорони здоров'я

2. Аналіз діючої системи управління персоналом

установи охорони здоров'я на прикладі КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер

3. Розробка рекомендацій щодо вдосконалення

технології процесу управління персоналом установи охорони здоров'я на прикладі КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

(ПЕРЕЛІК НАЗВ ПЛАКАТІВ)

1. _____
Консультанти по проекту (роботі), із зазначенням розділів проекту, що стосуються їх

¹ Відповідає формі № 24 наказу Мінвузу СРСР від 6 квітня 1983 р. № 429

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв

7. Дата видачі завдання

Керівник

(підпис)

Завдання прийняв до виконання

(підпис)

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Пор. №	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Збір матеріалів з наукових джерел для обґрунтування тематики дослідження	Початок практики – кінець практики	
2	Узагальнити методичні підходи до визначення поняття людський капітал та управління персоналом	Початок практики – кінець практики	виконав
3	Дослідити організаційну характеристику КНП СОР СОКОД	Початок практики – кінець практики	виконав
4	Оцінити систему управління персоналом в закладі охорони здоров'я	Початок практики – кінець практики	виконав
5	Виявити проблемні питання управління персоналом	Початок практики – кінець практики	виконав
6	Проаналізувати організаційну та фінансово-економічну діяльність КНП СОР СОКОД	Початок практики – кінець практики	виконав
7	Розробити рекомендації щодо технології процесу управління персоналом	Початок практики – кінець практики	виконав
8	Систематизувати розроблені матеріали та оформити роботу	Початок практики – кінець практики	виконав
9	Передати роботу для перевірки на плагіат	Не менше ніж за 5 робочих днів до захисту	виконав
8	Передати на рецензування	За день до рецензування	виконав

Здобувач

(підпис)

Керівник проекту

(підпис)

АНОТАЦІЯ

У роботі розглянуто теоретичні основи технології управління персоналом установи охорони здоров'я. Узагальнено сучасні моделі та системи управління персоналом у зарубіжних країнах та запропоновано імплементацію їх досвіду в Україні. Проведено комплексний аналіз діючої системи управління персоналом установи охорони здоров'я на прикладі КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер. Розроблено рекомендації щодо вдосконалення технології процесу управління персоналом установи охорони здоров'я на прикладі КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер.

Ключові слова: людський капітал, управління персоналом, моделі управління персоналом, системи управління персоналом, лікувальні установи

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 40 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 60 с., у тому числі 16 таблиць, 1 рисунок, 1 додаток, список використаних джерел – 4 сторінки.

Актуальність. Розробка технології процесу управління персоналом є одним з найважливіших питань розвитку закладів охорони здоров'я. Ці питання висвітлені в працях вітчизняних і закордонних учених таких як Антощина Н.І., Баєва О.В., Білинська М. М., Борщ В. І., Воронов М.В., Кизима І.С., Міхальчук В.М., Ровенська В.В. та інших. Але вони не охоплюють всього спектру проблем, пов'язаних з питань управління персоналом у нових умовах господарювання. Необхідність теоретичного обґрунтування й визначення практичних рекомендацій щодо розробки технологій управління персоналом обумовили вибір теми даної роботи і її актуальність.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо розробки технологій управління персоналом лікувальної установи.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо людського капіталу та управління персоналом в лікувальній установі;
- вивчення закордонного досвіду управління персоналом в медичних установах;
- дослідження організаційної характеристики КНП СОР СОКОД;
- аналіз фінансово-економічної діяльності та кадрового потенціалу КНП СОР СОКОД;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо розробки технологій управління персоналом КНП СОР СОКОД.

Предметом дослідження є відносини, що виникають у процесі розробки технологій управління персоналом в лікувальних закладах.

Об'єктом дослідження є діяльність закладів охорони здоров'я, пов'язана з управлінням персоналом.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи економічного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

Наукова новизна. Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

уперше: розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо розробки технологій управління персоналом КНП СОР СОКОД;

удосконалено:

- науково-методичні підходи до комплексного аналізу фінансово-економічної діяльності лікувальної установи;
- науково-методичні підходи до комплексного аналізу кадрового потенціалу лікувальної установи;
- методичні положення щодо визначення ефективності управління персоналом в лікувальній установі.

Набули подальшого розвитку:

- науково-методичні підходи до обґрунтування концепції людського капіталу та управління персоналом в лікувальній установі.

Ключові слова: ЛЮДСЬКИЙ КАПІТАЛ, УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ, МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ, СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ, ЛІКУВАЛЬНІ УСТАНОВИ.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗРОБКИ ТЕХНОЛОГІЇ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ УСТАНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1. Сутність управління персоналом установи охорони здоров'я....	12
1.2. Особливості управління персоналом установи охорони здоров'я.....	14
1.3. Вітчизняний і зарубіжний досвід управління персоналом установи охорони здоров'я.....	17
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ УСТАНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ КНП СОР СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР	20
2.1. Загальна характеристика КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер.....	20
2.2. Аналіз фінансово-економічної діяльності та кадрового потенціалу лікувальної установи	25
2.3. Оцінка системи управління персоналом лікувальної установи....	37
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ УСТАНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ КНП СОР СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР)	43
3.1. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління персоналом установи охорони здоров'я.....	43
3.2. Застосування системи ключового показника ефективності як спосіб удосконалення управління персоналом лікувальної установи.....	47
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	58

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

КНП СОР СОКОД – Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради Сумський обласний клінічний диспансер

СУП – Служба управління персоналом

ВСТУП

Актуальність. Розробка технології процесу управління персоналом є одним з найважливіших питань розвитку закладів охорони здоров'я. Трансформація соціально-економічних відносин в українському суспільстві в останні роки, викликана переходом до ринкової економіки, призвела до значних змін у багатьох галузях, в тому числі в державному секторі. В останні роки в охороні здоров'я відбулися багатогранні інституційні та структурні зрушення: змінилися відносини власності, стан ресурсної бази медичних установ, форми і методи управління та інше, включаючи ступінь автономності. Поліпшення управління персоналом в системі охорони здоров'я було в центрі реформи на всіх рівнях її організації в останні роки і є однією з стратегічних цілей державної політики, в т.ч. в рамках реалізації пріоритетних національних проектів.

Питання розробки технологій управління охорони здоров'я висвітлені в працях вітчизняних і закордонних учених таких як Антощина Н.І., Баєва О.В., Білінська М. М., Борщ В. І., Воронов М.В., Кизима І.С., Міхальчук В.М., Ровенська В.В. та інших. Але вони не охоплюють всього спектру проблем, пов'язаних з питань управління персоналом у нових умовах господарювання. Необхідність теоретичного обґрунтування й визначення практичних рекомендацій щодо розробки технологій управління персоналом обумовили вибір теми даної роботи і її актуальність.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо розробки технологій управління персоналом лікувальної установи.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо людського капіталу та управління персоналом в лікувальній установі;
- вивчення закордонного досвіду управління персоналом в медичних установах;

- дослідження організаційної характеристики КНП СОР СОКОД;
- аналіз фінансово-економічної діяльності та кадрового потенціалу КНП СОР СОКОД;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо розробки технологій управління персоналом КНП СОР СОКОД.

Предметом дослідження є відносини, що виникають у процесі розробки технологій управління персоналом в лікувальних закладах.

Об'єктом дослідження є діяльність закладів охорони здоров'я, пов'язана з управлінням персоналом.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи економічного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

Наукова новизна. Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

уперше: розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо розробки технологій управління персоналом КНП СОР СОКОД;

удосконалено:

- науково-методичні підходи до комплексного аналізу фінансово-економічної діяльності лікувальної установи;
- науково-методичні підходи до комплексного аналізу кадрового потенціалу лікувальної установи;
- методичні положення щодо визначення ефективності управління персоналом в лікувальній установі.

Набули подальшого розвитку:

- науково-методичні підходи до обґрунтування концепції людського капіталу та управління персоналом в лікувальній установі.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони дозволяють впровадити розроблені автором пропозиції в діяльність КНП СОР СОКОД. Матеріали

досліджень, які проведені в кваліфікаційній роботі, передані в лікувальну установу, яка досліджується.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження кваліфікаційної роботи були запропоновані до використання в лікувальному закладі та рекомендовані до впровадження.

Обсяг і структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків і пропозицій, списку використаних джерел, який налічує 40 найменувань. Основна частина викладена на 60 сторінках комп'ютерного тексту, містить 16 таблиць та 2 додатка.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗРОБКИ ТЕХНОЛОГІЇ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ УСТАНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність управління персоналом установи охорони здоров'я

Сучасна українська система охорони здоров'я, основи якої були закладені ще за радянських часів, спочатку була побудована на основі того, що ключовим у питанні охорони здоров'я населення було націлене на надання безкоштовної первинної допомоги в бюджетних закладах та постійний моніторинг стану здоров'я громадян.

Початкова та спеціалізована безкоштовна медична допомога з одного боку, дозволяла значно покращити показники здоров'я населення, з іншого боку, це призвело до поступового зниження рівня відповідальності громадян за власне здоров'я, найбільше це яскраво проявилось у делегуванні відповідальності за наш добробут для держави та системи охорони здоров'я в цілому.

Окремі соціально-структурні перетворення перехідного періоду наприкінці двадцятого століття призвели до формування нового, продиктованого вільним ринком з урахуванням пріоритетів та відповідний перерозподіл фінансових потоків у соціальній сфері, в тому числі у питаннях соціального захисту та охорони здоров'я громадян. Відповідно до цього, загальний дефіцит фінансування установ система охорони здоров'я відображається у скороченні основного комплексу лікувально-профілактичних заходів та медичних послуг, що надаються в рамках державного фінансування, зносу матеріально-технічної бази закладів лікування, зниження якості надані лікувальних послуг. Крім того, в цей період відбувається швидкий розвиток приватної медичної практики, який призвів до відтоку професіонального медичного персоналу у секторі приватної медицини.

У той же час, незважаючи на серйозні труднощі, системі охорони здоров'я вдалося зберегти свою цілісність з високим порогом сталості медичної галузі.

Сучасна теорія людського капіталу відображає переорієнтацію економічної науки з проблем використання трудових ресурсів на проблеми створення якісно нової робочої сили в умовах науково-технічного прогресу. Хоча її ключові ідеї були передбачені ще А. Смітом, чітке оформлення і бурхливий розвиток теорії людського капіталу припадає на кінець 50-х і початок 60-х років в США.

Біля її витоків стояли відомі американські економісти, представники так званої «чиказької школи» - лауреати Нобелівської премії Т. Шульц і Г. Беккер, Г. Боуен, Л. Туроу, І. Фішер [1,2,3,4,5]. Разом з тим, концепція людського капіталу є досить «молодий» у порівнянні з теоретичними основами сучасної економічної науки. До середини ХХ ст. цілісної концепції, як такої, не існувало, оскільки ще не існувало всіх необхідних передумов, які визначалися об'єктивними процесами розвитку продуктивних сил, коли в умовах глобального науково-технічного прогресу в економіці постійно зростає роль і значення людини, рівня його освіти, наукових знань, кваліфікації і досвіду.

Необхідно відмітити, що відповідно до концепції соціального і людського капіталу Г. Беккера і Дж. Коулман грамотно побудована система управління кадровими резервами організації дозволяє прогнозувати поведінкові ризики в соціальному контексті, а також організувати роботу на принципах дії, максимізує корисність праці для всього колективу і організації [2].

Керівництво організацією в ситуації змін вимагає осмислення того факту, що зміна в будь-якій частині організації впливає на організацію в цілому і зачіпає такі важливі аспекти в управлінні персоналом, як довіру персоналу до організації і ступінь задоволеності персоналу працею [6]. При цьому неможливо переоцінити значення компетентності керівників медичних

організацій в даних питаннях, а також принципів і методів, на основі яких будується їх робота з персоналом. І, безумовно, процес управління системою охорони здоров'я та складовими її медичними та іншими організаціями вимагає знання і врахування закономірностей формування, функціонування та організаційних систем в цілому.

Однак до теперішнього моменту питання управління кадровим потенціалом медичної організації недостатньо добре освітлені в соціологічних роботах.

При цьому соціологічне сприйняття організаційних і управлінських процесів дозволяє виявити причинно-наслідкові зв'язки як на рівні суб'єктних відносин, так і на рівні соціальних структур, всебічно дослідити особливості функціонування даної соціальної системи, оцінити ефективність і конгруентність взаємодії її складових елементів, процесів і взаємовідносин [9].

1.2. Особливості управління персоналом установи охорони здоров'я

Головний ресурс кадрової політики, за допомогою якого вона реалізується, - це кадри. Адже саме за допомогою персоналу формується людський капітал, розподіл і раціональне використання кваліфікованих співробітників, які беруть участь у виробничому процесі.

Окреме місце займають кадри в сфері охорони здоров'я, оскільки ця сфера відіграє ключову роль в житті нашого суспільства. До них висуваються підвищені вимоги - не тільки наявність базових знань, а й постійне поліпшення їх якості та підвищення кваліфікації.

Існує кілька чітко визначених напрямків розвитку кадрів охорони здоров'я. Тому необхідно дотримуватися такої моделі підбору, при якій співвідношення їх кількості та структури буде найбільш оптимальним. Тому така модель передбачає планування.

Саме це є однією з найбільш важливих функцій управління персоналом і містить список необхідних аспектів, для визначення потреб у персоналі відповідно з кількісними, якісними, тимчасовими і просторовими стандартами. Виконання всіх перерахованих вище вимог допомагає грамотно спланувати кадровий резерв для злагодженої роботи колективу з метою захисту здоров'я населення.

При прийнятті рішення про кадрове забезпечення системи охорони здоров'я планування ґрунтується на потребах системи охорони здоров'я в певній кількості окремих категорій старшого і молодшого медичного персоналу, а також з урахуванням потреби населення в медичних послугах.

При підрахунку кількості медичних працівників за спеціальностями в розрахунку на кількість населення, яке закріплене за установою охорони здоров'я, також такий прогноз має враховувати прогностичну функцію управління трудовим потенціалом. Адже розмір державного замовлення, склад підрозділів, ліжковий фонд, кількість основного і допоміжного персоналу, розмір структури основних фондів, що застосовуються технології надання медичної допомоги і т.д. впливає на оцінку необхідної кількості персоналу в медичній установі.

Прогнозуючи потреби населення в медичних працівниках, слід враховувати чисельність населення, його рівень і якість життя, ступінь захворюваності населення, фінансові можливості і наявність наявних ресурсів.

Ми вважаємо, що для покращення якості надання медичних послуг та покращенню людських ресурсів велика роль відводиться підготовці майбутніх фахівців. Для формування висококваліфікованих кадрів необхідно їх всебічний розвиток не тільки в процесі навчання в освітніх установах, а й після випуску (наприклад, підготовка і перепідготовка кадрів, підвищення кваліфікації, професійна підготовка кадрів, покращення вмінь та здібностей).

Медичний персонал - це персонал з особливими професійними навичками, фізичними інтелектуальними здібностями, здатний повною мірою надати громадянам грамотну медичну допомогу.

Важливим елементом в процесі управління людськими ресурсами будь-якої організації є управління людськими ресурсами. Основна мета наявних людських ресурсів, які є у розпорядженні організацією охорони здоров'я, полягає в тому, щоб ефективно поєднувати людський потенціал зі стратегією і цілями організації, кваліфікацію персоналу і його потенціал зі стратегіями організації. Технологія управління людськими ресурсами спрямована на збільшення інвестицій в людський капітал з метою забезпечення безперервного професійного росту співробітників і поліпшення якості їх умов праці.

Однак в умовах обмеженого фінансування сектора охорони здоров'я сьогодні це питання стає найбільш актуальним і привертає все більшу увагу. Підвищення ефективності управління людськими ресурсами може бути досягнуто після детального вивчення причин неефективної роботи. Основними способами підвищення ефективності управління людськими ресурсами на підприємствах охорони здоров'я є:

- усунення дублювання функцій між лікарями;
- грамотно перерозподіляти функції лікарів;
- трансформація структури медичного персоналу на основі формування «інституту сімейної медицини»;
- посилення позиції середнього медичного персоналу на всіх рівнях надання медичної допомоги;
- оптимізація структури посад;
- модернізації робочих місць, підвищення технічної оснащеності праці.

Таким чином, ефективність системи охорони здоров'я, а відповідно і благополуччя населення держави залежить від професійної діяльності медичних працівників. Це означає, що ефективність всієї галузі залежить від формування висококваліфікованих кадрів. Медичний персонал, як і будь-

який інший персонал, повинен бути мотивований. Грамотна мотивація, що враховує моральні і матеріальні стимули, дозволить керівникам підприємств домагатися пригнічених результатів і приймати правильні управлінські рішення в разі виникнення критичних ситуацій.

Отже, задоволення поточних і очікуваних потреб населення в якісній медичній допомозі з урахуванням безлічі факторів, таких як: кліматичні, географічні, демографічні, культурні, екологічні, економічні, допоможе досягти кінцевої мети охорони здоров'я - збереження життя і здоров'я населення, створення громадської охорони здоров'я і повного охоплення різних верств населення.

1.3. Вітчизняний і зарубіжний досвід управління персоналом установи охорони здоров'я

Мета діяльності медичного працівника це доступність і якість медичної допомоги. В останні роки змінилися пріоритети в медичній галузі, а саме на перше місце вийшли профілактика, амбулаторне лікування та інше. На даний момент постійно точаться розмови щодо розвитку страхової медицини, впровадження програм з надання якісних медичних послуг, покращення якості персоналу медичних установ. Модернізація система управління персоналом повинна бути проаналізована і удосконалена на основі найкращих зарубіжних практик. Наведемо порівняльний аналіз управління персоналом в Україні і зарубіжних країнах (Таблиця 1.1) [12].

Аналізуючи дані в таблиці, можна виділити принципи управління персоналом, на основі зарубіжного досвіду:

- зосередження на стратегічному підході;
- персонал - головний фактор конкурентоспроможності та ефективності;
- демократизація, партнерство в суспільних відносинах;
- фінансові вкладення в навчання і розвиток людських ресурсів;
- професійна компетентність управлінського персоналу;

– підвищення комфортності роботи.

Таблиця 1.1 - Порівняльний аналіз управління медичним персоналом установи в Україні і зарубіжних країнах

Критерії діяльності організації	Філософія управління персоналом		
	Американська	Японська	Українська
Основа організації	Змішана	Гармонія	Ефективність
Ставлення до роботи	Реалізація завдання	Виконання обов'язків	Реалізація завдання
Конкуренція	Практично немає	Практично немає	Сильна
Гарантії співробітника	Середні між високими і низькими	Високі (довічний найм)	Низькі, незахищеність від свавілля адміністрації
Прийняття рішення	Зверху вниз	Знизу вгору	Зверху вниз
Делегування влади	Поширено	В окремих випадках	Поширено
Відношення з підлеглим	Частіше сімейні, ніж формальні	Сімейні	Формальні
Найм	Короткостроковий	Довічний	Регулюється законодавством
Метод найму	За діловими якостями	Після закінчення навчання	За діловими якостями
Кадрова сфера	Професійна, наявність менеджерів, директор	Професійна, навчання всередині організації	Непрофесійна, вимагає розробки
Оплата праці	Змішана	Залежно від стажу	Залежно від результату
Звільнення персоналу	Супроводжується тривалою серією оціночних і виховних прийомів	Звільнення з підприємства є дуже суворим покаранням	Труднощі у звільненні
Мотивація	Переважання грошових стимулів	Обумовленість віком і стажем	Низька, ігнорування потреб персоналу

Джерело: узагальнено автором на основі літературних джерел

На нашу думку для ефективної системи управління персоналом установі необхідно: враховувати специфіку управління персоналом, розвивати філософію управління персоналом з урахуванням вітчизняного та зарубіжного досвіду; аналізувати і коригувати моделі професійних норм, правил, стандартів щодо розвитку системи управління персоналом на основі принципами менеджменту; організувати курси підвищення кваліфікації, і

домогтися стабільності розвитку медичної установи за допомогою оптимальної моделі управління персоналом.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЮЧІЙ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ УСТАНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ КНП СОР СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР)

2.1. Загальна характеристика КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер

Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер - це центр медичної та консультативної допомоги онкологічним хворим людям, де працюють вузькоспеціалізовані фахівці та у стаціонарах якого провадиться спеціальне лікування, що здійснюється за допомогою хірургічних, променевих та хіміотерапевтичних методів.

Сумська онкологічна служба розпочала свою діяльність у жовтні 1946 року, коли були відкриті онкологічні центри, в яких проводився амбулаторний прийом онкологічних хворих, а вже в 1947 р. був організований онкологічний диспансер на 30 ліжок. Протягом наступних 30 років онкологічний диспансер поступово нарощував свою матеріально-технічну базу, і в грудні 1977 року було завершено будівництво і відкрито новий головний корпус з поліклінічним відділенням, онкоторакальне відділення, радіоізотопну та цитологічну лабораторії та був організований кабінет ендоскопії.

Коротка історична довідка свідчить про декілька етапів розвитку лікувального закладу.

Перший етап - 1946 г. - на базі 2-ї міської поліклініки організований онкологічний диспансер. Обласна лікарня розрахована на 10 онкологічних ліжок.

Другий етап - 1947 г. - онкологічні диспансери перетворені в онкологічний диспансер на 30 ліжок.

Третій етап - 1949 г. - онкологічний диспансер розширено на 50 ліжок, для лікарні виділена окреме приміщення.

Четвертий етап - 1951 г. - організовані клініко-діагностичні та патогістологічні лабораторії, введені в дію рентгенодіагностичні і рентгенотерапевтичні апарати.

П'ятий етап - 1953 г. - в Сумському онкологічному диспансері відкрито харчоблок.

Шостий етап - 1956 г. - отримано перший апарат для телегамма-терапії.

Сьомий етап - 1958 г. - диспансер розширено на 75 ліжок і 30 пансіонатів.

Восьмий етап - 1960 г. - побудована нова поліклініка, лікарня збільшена до 100 ліжок.

Дев'ятий етап - 1963 г. - побудований типовий рентгенологічний корпус на 20 осіб.

Десятий етап - 1965 г. - організовано гінекологічне відділення.

Одинадцятий етап - 1968 г. - встановлено новий апарат гамма-терапії ЛУЧ-1.

Дванадцятий етап - 1975 г. - відкрито відділення хіміотерапії на 40 ліжок.

Тринадцятий етап - 1978 г. - введений в експлуатацію хірургічний корпус на 100 ліжок і поліклініка на 150 відвідувань, організовано таракальне відділення, розширена променева лікарня на 60 ліжок. Почали працювати радіоізотопна лабораторія, ендоскопічний кабінет.

Чотирнадцятий етап - до 1985 року було відкрито друге рентгенологічне відділення.

П'ятнадцятий етап - 1997 - в онкологічному диспансері відкрито курс онкології кафедри хірургії Сумського державного університету.

На даний момент Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер у своїй структурі має сім клінічних відділень на триста тридцять ліжок, сто вісімдесят з яких хірургічного профілю. Щороку близько семи тисяч пацієнтів у закладі охорони здоров'я отримують висококваліфіковану медичну допомогу та виконується близько трьох тисяч складних хірургічних втручань та понад двох тисяч пацієнтів отримують хіміотерапію, дві цілі дві десятки тисяч пацієнтів - променеве лікування.

Консультаційна робота проводиться в поліклініці закладу, яка приймає близько сорока п'яти тисяч пацієнтів на рік. У серпні 2013 року на базі диспансерного відділення було організовано денний стаціонар на п'ять місць для пацієнтів, які отримують хіміотерапевтичне лікування і не потребують постійного медичного нагляду.

Обстеження, лікування та догляд за хворими здійснює висококваліфікований персонал. Керівником закладу є заслужений лікар Шевченко Володимир Володимирович, який народився 02.12.1982 р. в Сумах, має дві вищі освіти: за спеціальністю загальна медицина (хірургія) та управління організаціями (менеджер-економіст). Має понад 11 років медичного досвіду, понад 9 з яких працював лікарем онкологічним хірургом у Сумському онкологічному диспансері, кандидат медичних наук.

Для вдосконалення надання спеціалізованої онкологічної допомоги в Сумському обласному клінічному онкологічному диспансері у 2011-2012 роках проведено капітальний ремонт діючого операційного блоку із встановленням сучасного обладнання, яке було придбано за рахунок бюджету.

У лікарні постійна увага приділяється впровадженню нових методів лікування онкологічних хворих та вдосконаленню вже існуючих; широке впровадження органозберігаючих та малоінвазивних операцій; профілактика, рання діагностика та лікування ускладнень після променевої та хіміотерапії; вивчення ефективності модифікуючих факторів в процесі лікування (імунотерапія, кріодеструкція, лазерна хірургія тощо).

В останні роки онкологічний диспансер зосереджує свою діяльність на поліпшенні якості та доступності медичної допомоги хворим зі злоякісними новоутвореннями, запроваджуючи державні гарантії надання медичної онкологічної допомоги та покращенню якості життя онкологічних хворих.

Розвиток онкології в Сумах нерозривно пов'язаний з іменами чудових лікарів, організаторів, внесок яких у розвиток диспансеру не можна переоцінити.

На сьогодні лікарня має декілька відділень. Коротко проаналізуємо їх організаційну структуру та діяльність. Хіміотерапевтичне відділення профілем якого є медикаментозне лікування пухлинних захворювань.

Онкохірургічне Відділення № 1, розраховане на 50 ліжок, з них 20 для лікування онкологічних хворих. Очолює відділення - Леонід Миколайович Якубовський - уролог вищої кваліфікації

Клінічно-діагностична лабораторія є структурним підрозділом Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру. Обслуговує стаціонарну клініку, проводить цитологічні обстеження для медичних установ Сум та Сумської області.

Лабораторія сертифікована на право проведення лабораторних досліджень у галузі охорони здоров'я. Персонал клініко-діагностичної лабораторії на сьогодні складається з: завідувача відділення, 2 посад лікарів-лаборантів, 5,5 посад біологів, старшого фельдшера, 17,5 посад фельдшера, медсестри-господині, 5 молодших медичних сестер.

Патологоанатомічне відділення з гістологічною лабораторією Основним завданням у роботі нашого відділення є гістологічне дослідження. Ці дослідження проводять лікарі-патологоанатоми, які оцінюють матеріал під мікроскопом, після його попередньої обробки лаборантами. Завідуючим відділення є лікар-патологоанатом вищої категорії – Кравцова Ольга Іванівна.

Онкоторакальне відділення на базі Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру засновано 12 квітня 1978 року. Засновником цього

відділення був Винниченко Олександр Олексійович, який пізніше став його завідувачем. Завідує даним відділенням лікар 1 категорії Нікітін Іван Іванович.

У відділенні променевої терапії № 1 проводять променеве лікування злоякісних гінекологічних новотворів. Завідувачем відділення є лікар-променевий терапевт вищої кваліфікаційної категорії Іконописців Олександр Євгенович у відділенні є ліжковий фонд на 50 ліжок.

Диспансерне відділення розраховано на 20 відвідувань за робочу зміну. Тут працює 5 кабінетів хірургів, у тому числі кабінети ЛОР. Відділенням завідує хірург-онколог вищої категорії Новицкий Ігор Михайлович.

Відділення променевої діагностики Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру складається з 2 кабінетів рентгенодіагностики, кабінету рентгенівської комп'ютерної томографії та 2 кабінетів УЗД, завідувачем відділення є Деркач Тетяна Миколаївна.

У відділенні онкології і гінекології проводиться хірургічне лікування пацієнтів з передраковими і злоякісними захворюваннями шийки матки (дисплазія і рак шийки матки), ендометрія (атипова гіперплазія і карцинома «in situ» ендометрія, рак матки), саркомою матки, придатків матки і кістами яєчників. . трубки) і вульви. Завідує відділенням Сумцов Дмитро Георгійович – кандидат медичних наук, лікар онколог-гінеколог, першої кваліфікаційної категорії, акушер-гінеколог вищої кваліфікаційної категорії.

Відділення променевої терапії №2 проводить дистанційну променеву терапію злоякісних новоутворень. Завідує відділенням Колпаков Олексій Євгенійович який є обласним позаштатний спеціаліст з променевої терапії.

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії надає анестезійну допомогу пацієнтам, які отримують хірургічне лікування в онкологічному диспансері.

Аналізуючи організаційну структуру та фахові компетенції завідувачів відділення можна сказати, що воно підібрано раціонально та завідувачі відділенням мають відповідні фахові компетенції.

2.2. Аналіз фінансово-економічної діяльності та кадрового потенціалу лікувальної установи

Перше з чого необхідно почати це проаналізувати фінансові складові роботи установи, а саме склад та структуру видатків онкологічного диспансеру (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1 - Склад та структура видатків КНП СОР СОКОД

Показники	2017 р.		2018 р.		2019 р.		Відхилення 2019 р. до 2017 р. (+/-)
	сума, тис. грн.	питома вага, %	сума, тис. грн.	питома вага, %	сума, тис. грн.	питома вага, %	
Поточні видатки	39753,76	69,01	48901,08	71,58	59295,34	77,04	19541,58
Оплата праці	28201,83	70,94	31127,70	63,65	35482,63	59,84	7280,80
Використання товарів та послуг	6714,77	16,89	10642,82	21,76	13749,50	23,19	7034,74
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	4190,25	10,54	6263,17	12,81	9114,76	15,37	4924,51
Дослідження і розробки, окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм	0,00	0,00	8,14	0,02	11,26	0,02	11,26
Соціальне забезпечення	646,92	1,63	859,25	1,76	937,20	1,58	290,28
Капітальні видатки	17849,85	30,99	19414,68	28,42	17672,88	22,96	-176,97
Придбання основного капіталу	17849,85	100,00	19414,68	100,00	17672,88	100,00	-176,97
Разом	57603,62	100,00	68315,77	100,00	76968,22	100,00	19364,60

Джерело: розраховано автором на сонові даних фінансової звітності КНП СОР СОКОД

Капітальні видатки в установі в 2017 році склали 17849,85 тис. грн. з питомою вагою 30,99%, в той же час в 2019 році ця сума становила 17672,88 тис. грн. з питомою вагою 22,96%. Всі капітальні видатки були направлені на придбання основного капіталу.

Викликає занепокоєння той факт, що в медичній установі практично не має вкладень в дослідження і розробки, окремі заходи щодо реалізації державних і регіональних програм, які в 2019 році склали 11,26 тис. грн. з питомою вагою 0,02%.

По капітальним видаткам відбулося зменшення фінансування на 176,97 тис. грн., по іншим статтям видатків відбулося збільшення найбільше по оплаті праці на 7280,80 тис. грн., та використання товарів та послуг на 7034,74 тис. грн.

Аналіз джерел фінансування (таблиця 2.2.) покує, що найбільша питома вага відноситься до загального фонду 62,98% в 2017 році та 86,52% в 2019 році. При цьому фінансування зменшилося як по загальному фонді на – 9628,85 тис. грн. так і по спеціальному на – 16865,30 тис. грн.

Таблиця 2.2 - Склад і структура джерел фінансування КНП СОР СОКОД

Вид джерела	2017 р.		2018 р.		2019 р.		Відхилення 2019 р. до 2017 р. (+/-)
	сума, тис. грн.	питома вага, %	сума, тис. грн.	питома вага, %	сума, тис. грн.	питома вага, %	
Загальний фонд - всього	35563,52	62,98	40285,08	60,28	25934,67	86,52	-9628,85
Спеціальний фонд – всього	20904,54	37,02	26548,89	39,72	4039,24	13,48	-16865,30
Плата за послуги	1504,91	7,20	3009,80	11,34	2328,18	57,64	823,27
Благодійні внески	749,89	3,59	4124,40	15,54	1311,46	32,47	561,57
Інші	18649,74	89,21	19414,68	73,13	399,60	9,89	-18250,14
Разом	56468,05	100,00	66833,97	100,00	29973,91	100,00	-26494,14

Джерело: розраховано автором на сонові даних фінансової звітності КНП СОР СОКОД

В медичній установі відбулося збільшення плати за послуги на 823,27 тис. грн. та внесків до благодійного фонду внесено 13111,46 тис. грн., що складає 32,47 відсотків в спеціальному фонді.

В медичній установі є також інші надходження. За період дослідження ситуація з цим видом фінансування показує, що в 2017 році в спеціальному фонді складала 89,21 відсоток, тоді як в 2019 році тільки 9,89 відсотків та зменшилося на – 18250,14 тис. грн.

Аналізуючи склад та структуру джерел фінансування за кошторисом та касовими видатками можемо сказати, що абсолютно по всім видам джерел фінансування не було відхилень як в абсолютному так і в відносному рівні (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3 - Склад та структура джерел фінансування у 2019 році

Вид джерела	За кошторисом		Касові видатки		Відхилення	
	сума, тис. грн.	питома вага, %	сума, тис. грн.	питома вага, %	абсолютн е (+/-)	відносне (%)
Загальний фонд - всього	25934,67	86,52	25934,67	86,52	0,00	100,00
Спеціальний фонд – всього	4039,24	13,48	4039,24	13,48	0,00	100,00
Плата за послуги	2328,18	57,64	2328,18	57,64	0,00	100,00
Благодійні внески	1311,46	32,47	1311,46	32,47	0,00	100,00
Інші	399,60	9,89	399,60	9,89	0,00	100,00
Разом	29973,91	100,00	29973,91	100,00	0,00	100,00

Джерело: розраховано автором на основі даних фінансової звітності КНП СОР СОКОД

Проаналізуємо показники майнового і фінансового стану онкологічного диспансеру. (таблиця 2.4.). Аналізуючи частку основних засобів в активах можемо сказати, що за період дослідження у відсотковому виразі вона залишалася постійною на рівні 55 – 58 відсотків. Коефіцієнти ефективності використання основних засобів показують, що коефіцієнт зносу основних засобів залишається незмінним на рівні 0,69-0,7. Важливим є коефіцієнт придатності, який зріс на 0,12 з 2017 р. до 2019 р.

Наступна група показників описує фінансовий стан установи. Коефіцієнт автономії за період дослідження дорівнює 0,71, що свідчить про те, що установа використовує не весь свій потенціал. Нормативне значення цього коефіцієнту дорівнює 0,4-0,6. Такий показник свідчить про потенціал, який можна залучити до розвитку.

Таблиця 2.4 - Показники майнового та фінансового стану онкологічного диспансеру

Показник	Рік			Відхилення 2019 р. до 2017 р. (+/-)
	2017	2018	2019	
1	2	3	4	5
Частка основних засобів в активах %	55,30	58,30	58,75	3,45
Коефіцієнт зносу основних засобів	0,69	0,70	0,70	0,01
Коефіцієнт придатності	0,30	0,41	0,42	0,12
Коефіцієнт фінансової незалежності (автономії)	0,69	0,75	0,71	0,02
Коефіцієнт маневреності власного капіталу	0,51	0,52	0,48	-0,03
Показник співвідношення короткострокової дебіторської і кредиторської заборгованості	0,30	0,25	0,24	-0,06
Коефіцієнт абсолютної ліквідності	0,31	0,35	0,27	-0,04
Коефіцієнт термінової ліквідності	0,50	0,53	0,47	-0,03
Коефіцієнт поточної ліквідності	1,39	1,45	1,34	-0,05

Джерело: розраховано автором на сонові даних фінансової звітності КНП СОР СОКОД

Коефіцієнт маневреності власного капіталу за період дослідження знаходиться в межах від 0,51 в 2017 році до 0,48 в 2019 році. Цей показник більше нормативного (норматив 0,1 і вище).

Позитивне значення свідчить, що достатність власних фінансових ресурсів, які необхідні для фінансування необоротних активів і окремої частини оборотних.

Аналізуючи показник співвідношення короткострокової дебіторської і кредиторської заборгованості можемо сказати, що в 2017 році він склав 0,3, а в 2019 році - 0,24, що на 0,06 менше чим в попередні роки.

На жаль цей показник зменшується, що не відповідає нормативному показнику (норматив – 1). Це свідчить про те, що дебітори заборгували лікарні більше коштів, ніж лікарня отримала від постачальників.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності за період дослідження зменшився на 0,04 одиниці. На жаль цей показник не знаходиться в межах норми, він більше нормативного (0,1 - 0,2). Значення вище нормативного вказує на проблеми в лікувальній установі з неефективною стратегією управління фінансовими ресурсами.

Аналіз коефіцієнту швидкої (термінової) ліквідності показує здатність компанії вчасно погасити свої короткострокові зобов'язання з допомогою висококваліфікованих активів. Так в 2017 році він склав 0,5, а в 2019 році зменшився на 0,03 та склав 0,47.

Розрахунки показали, що в 2017 році він був у нормі (0,5 – 1 і вище), а в 2019 році в лікувальній установі не вистачає швидких ліквідних активів.

Коефіцієнт поточної ліквідності знаходиться в межах 1,39 – 1,34, причому за період дослідження він зменшився на 0,05. Нормативне значення цього показника 1 -3, однак для установи цей показник повинен дорівнювати 2-3. В нашому випадку цей коефіцієнт в межах норми.

Кадровий склад лікувальної установи характеризується наступними показниками (таблиця 2.5).

За період дослідження кількість посад в лікувальній установі зменшилася на 4,75. За період дослідження керівників в установі було три, що склало 3,82 відсотка. Найбільшу питому вагу склали онкологи 42,68 відсотків, радіологи – 15,29 відсотків. Інші лікарські посади займають в питомій вазі персоналу до 10 відсотків.

Найбільшу питому вагу в кількості персоналу займають медичні сестри – 77,73 відсотка або 140,5 штатних одиниць чи 40,26 відсотків до середнього медичного персоналу або 180,75 штатних одиниць. Також 22,55 відсотків в лікувальній установі молодшого медичного персоналу або 110,25 штатних одиниць. Аналіз динаміки штатних одиниць показує, що за період дослідження

Аналіз кадрового стану онкологічного диспансеру показує, що по окремим відділам в лікувальному закладі 16 осіб – це завідувачі та

заступники, що складає 7,3 відсотки. Лікарські посади складають 21,2 відсотки, а молодший медичний персонал – 71,5 відсотків (таблиця 2.6).

Таблиця 2.5 - Склад та структура кадрового забезпечення онкологічного диспансеру

Показники	2017 р.		2018 р.		2019 р.		Відхилення 2019 р. до 2017 р. (+/-)
	кількість посад	питома вага, %	кількість посад	питома вага, %	кількість посад	питома вага, %	
Лікарі, всього	83,25	18,54	81,00	17,75	78,50	17,48	-4,75
Керівники закладів та їх заступники	3,00	3,60	3,00	3,70	3,00	3,82	0,00
Терапевти	0,50	0,60	1,00	1,23	1,00	1,27	0,50
Дієтологи	0,50	0,60	0,50	0,62	0,50	0,64	0,00
Ендокринологи	0,25	0,30	0,25	0,31	0,25	0,32	0,00
Анестезіологи	10,25	12,31	10,25	12,65	10,25	13,06	0,00
Ендоскопісти	1,50	1,80	2,50	3,09	2,75	3,50	1,25
Онкологи	33,50	40,24	33,00	40,74	33,50	42,68	0,00
Радіологи	12,00	14,41	12,50	15,43	12,00	15,29	0,00
Лікарі-психологи	1,00	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00
Патологоанатоми	3,50	4,20	3,50	4,32	4,00	5,10	0,50
Лікарі-лаборанти	2,50	3,00	1,25	1,54	1,25	1,59	-1,25
Лікарі з ультразвукової діагностики	3,00	3,60	3,00	3,70	3,00	3,82	0,00
Рентгенологи	3,00	3,60	5,50	6,79	6,50	8,28	3,50
Статистики	0,75	0,90	0,75	0,93	0,50	0,64	-0,25
Інтерни	8,00	9,61	4,00	4,94	0,00	0,00	-8,00
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	4,00	0,89	5,00	1,10	5,25	1,17	1,25
Середній медичний персонал, всього	175,75	39,14	184,25	40,38	180,75	40,26	5,00
Медичні сестри	133,50	75,96	142,00	77,07	140,50	77,73	7,00
Лаборанти клінічних лабораторій	14,25	8,11	17,00	9,23	15,00	8,30	0,75
Лаборанти патологоанатомічного відділення	5,25	2,99	5,25	2,85	4,75	2,63	-0,50
Рентгенолаборанти	15,75	8,96	13,00	7,06	13,50	7,47	-2,25
Медичні статистики	7,00	3,98	7,00	3,80	7,00	3,87	0,00
Молодший медичний персонал	110,50	24,61	111,25	24,38	110,25	24,55	-0,25
Інший персонал	75,50	16,82	74,75	16,38	74,25	16,54	-1,25
Всього посад	449,00	100,00	456,25	100,00	449,00	100,00	0,00

Джерело: розраховано автором на основі даних фінансової звітності КНП СОР СОКОД

Таблиця 2.6 - Кадровий склад онкологічного диспансеру

Відділення	Завідувачі та заступники	Лікарі	Молодший медичний персонал	Всього
Адміністрація	3	-	1	4
Група загального обслуговування	1	-	6	8
Приймальне відділення	-	-	1	1
Диспансерне відділення	1	10	12	23
Онкогинекологічне відділення	1	3	11	15
Відділення променевої терапії №1 та №2	2	7	27	36
Відділення анестезіології та інтенсивної терапії	1	8	16	25
Онкохірургічне відділення №1 та №2	2	7	22	31
Онкогінекологічне відділення	1	3	11	15
Відділення променевої діагностики	1	6	9	16
Клініко-діагностична лабораторія	1	-	15	16
Патологоанатомічне відділення	1	2	4	7
Хіміотерапевтичне відділення	1	2	10	13
Операційний блок	-	-	9	9
Разом	16	48	155	219

Джерело: розраховано автором на основі даних фінансової звітності КНП СОР СОКОД

Аналізуючи основні показники діяльності онкологічного диспансеру необхідно відмітити, що установа працює стабільно. За 2018-2019 виконаний план по ліжко-дням, середнє число днів роботи ліжка зменшилося на 3 дні та склало в 2019 році 338 днів.

Хворі в диспансері перебували в середньому 12,6 днів в 2018 році та 11,3 дні в 2019 році, що на 1,3 дні менше чим в попередньому періоді. Оберт ліжка збільшився на 2,7 днів. Лікарняна летальність складала за період дослідження 0,2 відсотка (таблиця 2.7).

Хірургічна активність відділень хірургічного профілю зменшилася на 5,8 відсотка, також зменшилася післяопераційна летальність з 0,5 % до 0,3 відсотка.

Таблиця 2.7 - Основні показники діяльності онкологічного диспансеру

Показники	2018 р.	2019 р.	Відхилення 2019 р. від 2018 р., +/-
Виконання плану ліжко-днів (%)	100,3	99,3	-1,0
Середнє число днів роботи ліжка (абс.)	341,0	338,0	-3,0
Середня тривалість перебування хворого на ліжку (абс.)	12,6	11,3	-1,3
Оберт ліжка (абс.)	27,2	29,9	2,7
Лікарняна летальність (%)	0,2	0,2	0,0
Хірургічна активність відділень хірургічного профілю (%)	54,8	49,0	-5,8
Післяопераційна летальність(%)	0,5	0,3	-0,2
Кількість відвідувань в поліклініку диспансерного відділення (абс.)	43651	44894	1243
Кількість консультативно-методичних виїздів в ЛПЗ області (абс.)	36	34	-2
Проконсультовано хворих при виїздах (абс.)	1927	1254	-673
Проведено семінарів, конференцій(абс.)	6	6	0
Підготовлено матеріалів для обговорення в управлінні охорони здоров'я (абс.)	3	5	2
Впроваджено досягнень медичної науки в практику роботи облонкодиспансеру (абс.)	24	18	-6

Джерело: розраховано автором на сонові даних фінансової звітності КНП СОР СОКОД

Кількість відвідувань в поліклініку диспансерного відділення збільшилася на 1243 відвідувань або на 2,8 відсотка. Значно зменшилася кількість про консультованих хворих при виїздах, що в першу чергу пов'язано зі зменшенням фінансування на такі виїзди, на 673 особи. Зменшилася кількість впроваджень медичних досягнень в практику роботи обласного онкологічного диспансеру.

Проведемо більш детальний аналіз кадрового потенціалу на основі форм звітності «Звіт з праці». Аналіз кількості штатних працівників показує, що на початок 2020 року вона складала 398 осіб, в тому числі жінок 347 осіб, що складає 87,2 відсотки. Якщо порівняти цю кількість з 2917 роком, то ми

бачимо тенденцію до скорочення чисельності, а саме на 17 осіб або на 4 відсотки. (таблиця 2.8).

В 2018 та 2019 роках в лікувальному закладі було 6 осіб та 5 осіб відповідно, які працювали за умови неповного робочого дня.

Таблиця 2.8 - Кількість штатних працівників

Назва показників	2017 рік		2018 рік		2019 рік	
	Усього	у т.ч. жінки	Усього	у т.ч. жінки	Усього	у т.ч. жінки
Кількість прийнятих штатних працівників	4	1	8	6	6	6
Кількість звільнених штатних працівників	15	12	8	6	8	6
Облікова кількість штатних працівників на кінець звітного періоду	415	364	400	347	398	347
Облікова кількість штатних працівників, які знаходяться у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею віку, встановленого чинним законодавством	32	32	30	30	33	33

Джерело: складено автором за даними форми «Звіт з праці» за 2017-2019 рік.

Для розвитку країни необхідне постійне підтримання в стабільному стані демографічної ситуації. Тому позитивним є той факт, що в лікувальному закладі існують штатні працівники, які знаходяться у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею віку встановленого законодавством.

Так в 2017 році така кількість становила 32 особи і також 2 особи, які знаходяться у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами.

На нашу думку важливо також проаналізувати питання плинності кадрів. Аналіз показує, що в лікувальному закладі за період з 2017 року по 2019 рік було прийнято 4 та 6 осіб відповідно водночас як в 2017 році та в 2019 році звільнено 15 та 8 осіб відповідно.

Коефіцієнт плинності персоналу показує, що

$$K_{\text{пк}} = \frac{\text{кількість звільнених}}{\text{чисельність персоналу}} \times 100\% \quad (2.1)$$

$$K_{\text{пк}_{2017}} = \frac{15}{415} \times 100\% = 3,6\%$$

$$K_{\text{пк}_{2019}} = \frac{8}{398} \times 100\% = 2,0\%$$

Аналізуючи дані можна сказати, що коефіцієнт плинності кадрів показує

Що в установі плинність кадрів не висока, що в першу чергу показує, що в установі існує гарна практика щодо політики відбору та залучення на роботу кадрів.

Проаналізуємо склад фонду оплати праці штатних працівників лікувальної установи. (таблиця 2.9). Фонд оплати праці штатних працівників в 2017 році складав 5837,0 тис. грн., в той же час в 2019 році цей показник дорівнював 7506,6 тис. грн.

Таблиця 2.9 - Склад фонду оплати праці штатних працівників, тис. грн.

Назва показників	2017 рік	2018 рік	2019 рік	2019 рік в % до 2018 року
Фонд оплати праці штатних працівників, усього	5837	6417,3	7506,6	128,6
Фонд основної заробітної плати	3405,4	3487,3	3889,3	114,2
Фонд додаткової заробітної плати	2250,3	2179,9	3104,2	137,9
Надбавки та доплати до тарифних ставок та посадових окладів	1907,6	1901,8	2734,8	143,4
Виплати, пов'язані з індексацією заробітної плати	142,8	51	62,1	43,5
Заохочувальні та компенсаційні виплати	181,3	750,1	513,1	283,0
Матеріальна допомога	33,7	23,2	36,3	107,7
Оплата за невідпрацьований робочий час	181	202,9	281	155,2

Джерело: складено автором за даними форми «Звіт з праці» за 2017-2019 рік.

Фонд основної заробітної плати складав 3405,4 тис. грн., що складає 58,3 відсотка в 2017 році, в 2019 році ситуація змінилася таким чином, що фонд основної заробітної плати складав 51,8 відсотка від фонду оплати праці штатних працівників. У лікувальній установі є окремо виплати пов'язані з матеріальною допомогою та оплати за невідпрацьований час.

Індексацією заробітної плати, які зменшилися з 142,8 тис. грн. до 62,1 тис. грн. Заохочувальні та компенсаційні виплати за період дослідження збільшилися зі 181,3 тис. грн. до 513,1 тис. грн. або в 2,8 раз. Стабільною за період дослідження є виплата матеріальної допомоги в розмірах приблизно 30,0 тис. грн., що в середньому за рік складає 75,3 грн. на одну особу.

Цікавим на нашу думку є розподіл штатних працівників за розмірами заробітної плати.

Аналіз показує, що в установі є одна особа, яка отримує оплату праці в розмірі понад 25000,0 грн., та три особи – від 20000,0 грн., що складає 1,1 відсоток. Основна маса людей, а саме 25, 6 відсотка отримує заробітну плату в розмірі мінімальної

Існують також працівники, які повністю відпрацювали місячну норму робочого часу з нарахованою заробітною платою кількість яких становила 19 в 2019 році (таблиця 2.10).

Необхідно також зауважити, що середньооблікова чисельність осіб, оплата яких фінансується коштами державного чи місцевого бюджету в 2017 році складала 318 осіб, а в 2019 році ця кількість складала 282 особи, що на 36 осіб або на 11,9 відсотків менше в лікувальній установі є також працівники, які працюють як зовнішні.

Таких осіб в 2017 році було 5 осіб, а в 2019 році 8 осіб, у відсотковому виразі це складало 1,6% в 2017 році та 2,8 відсотка в 2019 році. В установі заключений колективний договір. Всі штатні працівники охоплені даним договором, в даному документі закріплюються соціально-трудові відносини між установою та працівниками.

Також в цьому документі закріплюються права співробітників питання оплати праці, мотиваційні виплати (премії, доплати та інше). Необхідно зазначити, що в 2017 році в колективному договорі був визначений розмір мінімальної місячної тарифної ставки в розмірі 1600,0 грн., тоді як в 2019 році ця сума вже ставила 4173,0 грн., що на 2573,0 грн. більше.

Таблиця 2.10 - Розподіл штатних працівників за розмірами заробітної плати

Назва показників	2017	2018	2019	2019 рік до 2017 року (+/-)
Кількість штатних працівників, яким оплачено 50% і більше робочого часу, встановленого на місяць	378	367	352	-26
у тому числі у розмірі, грн.: до однієї мінімальної заробітної плати	0	0	21	21
від однієї мінімальної заробітної плати до 6000,00	166	82	92	-74
від 6000,01 до 6500,00	65	35	80	15
від 6500,01 до 7000,00	57	40	37	-20
від 7000,01 до 8000,00	46	57	52	6
від 8000,01 до 10000,00	15	52	27	12
від 10000,01 до 12000,00	12	60	21	9
від 12000,01 до 15000,00	14	32	14	0
від 15000,01 до 20000,00	3	6	4	1
від 20000,01 до 25000,00	0	2	3	3
понад 25000,00	0	1	1	1
Кількість штатних працівників, які повністю відпрацювали норму робочого часу, встановлену на місяць	331	312	295	-36
Кількість штатних працівників, які повністю відпрацювали місячну норму робочого часу, з нарахованою заробітною платою в межах мінімальної			19	19
Облікова кількість штатних працівників на кінець місяця, яким встановлено тарифну ставку (оклад, посадовий оклад) нижчу від прожиткового мінімуму, встановленого законодавством для працездатної особи	13	9	7	-6

Джерело: складено автором за даними форми «Звіт з праці» за 2017-2019 рік.

Таблиця 2.11 - Інформація про укладання колективних договорів станом на 31 грудня

Назва показників	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Кількість штатних працівників, які охоплені колективними договорами, осіб	415	400	366
Розмір мінімальної місячної тарифної ставки (окладу), встановлений у колективному договорі, грн..	1600,00	1762,00	4173,00
Розмір мінімальної місячної тарифної ставки (окладу), встановлений у галузевій угоді, грн.	1600,00	1762,00	4173,00

Джерело: складено автором за даними форми «Звіт з праці» за 2017-2019 рік.

Умови щодо мінімальної заробітної плати постійно переглядаються та кожного року вносяться зміни до колективного договору, в тому числі до системи мотивації праці.

2.3. Оцінка системи управління персоналом лікувальної установи

Оцінюючи загальну систему управління персоналом в лікувальній установі можемо сказати, що для його оцінки необхідно використовувати сучасні методичні прийоми. Тому з метою оцінки внутрішнього середовища лікувальної установи нами використовувався комплексний COPS-аналіз, який дозволяє виявити сильні і слабкі сторони діючої системи управління персоналом.

В якості експертів були залучені керівники медичного закладу, а також функціональні керівники підрозділів і служб. анкетування проводилось анонімно, всього було опитано 22 особи.

Експерти лікувальної установи досить високо оцінили внутрішнє середовище в галузі управління людськими ресурсами. діапазон середніх показників оцінки знаходився в проміжку від 3,53 до 4,73 бала при медіані 4,07.

Найвищим середнім балом була оцінена організаційна культура лікарні (4,23). Кадрові ресурси лікарні оцінені на 4,15 бала, організація діяльності персоналу - на 4,0. Найменша оцінка була поставлена службі управління персоналом (СУП) (3,93).

В результаті проведеного COPS-аналізу були визначені критичні проблеми в галузі управління персоналом, які можуть вплинути на успішну реалізацію стратегії лікарні.

Серед них основними проблемами є:

- відсутність чіткої регламентації процесів;
- недосконала система планування в галузі управління людськими ресурсами;
- недостатня роль кадрової служби в області стратегічного планування;
- недостатньо ефективна система винагороди персоналу матеріального і нематеріального характеру;
- проблема ресурсного забезпечення процесу управління персоналом, резервними кадрами і фінансовими засобами;
- недосконала система безперервної освіти співробітників.

На підставі вищевикладеного можна зробити висновок, що в даний час в лікувальній установі подолані кризові явища кадрового дефіциту, характерного для галузі охорони здоров'я в цілому. Наявність висококваліфікованих і мотивованих кадрів дозволить забезпечити успішний перехід на попроцесні принципи управління.

Стратегія управління людськими ресурсами є об'єктивна та повинна базуватися на оцінці зовнішнього середовища і своєчасній і адекватній реакції на її зміни. Так як макросередовище медичної організації надзвичайно велике, складне і мінливе, ми спробували, використовуючи методику сегментації PEST, виділити тільки найбільш значущі фактори, ідентифікувати їх можливий вплив і оцінити силу впливу на лікувальну установу в цілому.

Після проведеного аналізу серед політичних і правових чинників найбільш значимими для лікувального закладу були виявлені фактори, пов'язані зі зміною правової нормативної бази в галузі охорони здоров'я та запровадженням ефективної системи боротьби з COVID-19.

Серед економічних факторів найбільшу загрозу представляють негативні тенденції в економіці країни, а в плані можливостей - реалізація програм розвитку охорони здоров'я та медичного туризму.

Важливими можливостями навколишнього середовища для нашого лікувального закладу є розвиток нових технологій в галузі медицини, інформатизації та управління якістю медичної діяльності.

У групі соціальних чинників найбільш значимими відзначаються демографічні особливості і зростаюча соціальна активність населення.

Таким чином, в результаті проведеного аналізу макросередовища зроблено висновок про кардинальні зміни певних факторів, що впливають опосередковано через середовище ближнього оточення на нашу лікувальну установу. Це вимагає своєчасного коригування стратегії і, в першу чергу, стратегії управління людськими ресурсами.

Аналіз стейкхолдерів організації. Стейкхолдери організації - групи фізичних і юридичних осіб, які можуть впливати на результати діяльності організації. По можливостям впливу стейкхолдери поділяються на підтримуючі - впливають сприятливо; не підтримуючі - впливають негативно, представляють загрозу; змішані - на певному етапі або в певних умовах можуть бути підтримуючі або ні; другорядні - мають незначний вплив. Даний інструмент використовувався нами для ідентифікації підтримки стейкхолдерів для успішної реалізації стратегії управління персоналом.

Найбільш підтримуючими стейкхолдерами є: з внутрішніх стейкхолдери - топ-менеджери лікувальної установи і працівники служби управління персоналом; з числа зовнішніх стейкхолдерів - Міністерство охорони здоров'я, Асоціації медичних працівників та інші, у стосунках з якими повинна застосовуватися стратегія максимального залучення і співпраці.

До групи внутрішніх змішаних стейкхолдерів входять: завідувачі відділеннями, старші медичні сестри, персонал організації. Відносно них необхідно використовувати стратегію максимальної співпраці, навчання та залучення в реалізацію проектів управління якістю, а також моніторинг їх діяльності.

За результатами проведеного аналізу стейкхолдерів можна зробити висновок про необхідність внесення змін до стратегії управління людськими ресурсами з метою збільшення групи підтримуючих стейкхолдерів з числа працівників організації. Основними інструментами підвищення рівня прихильності бренду лікувальної установи є розвиток інституту уповноважених з якості, програма наставництва, впровадження справедливої системи оплати праці, системи заходів щодо підвищення нематеріальної мотивації на основі цінностей організації.

Матриця SWOT-аналізу. При підготовці до розробки стратегії нами було здійснено стратегічний аналіз, в результаті якого була проведена ідентифікація стейкхолдерів, оцінені ресурси організації, фактори макросередовища з традиційною побудовою матриці SWOT-аналізу (таблиця 2.12).

В результаті проведеного SWOT-аналізу сформульовані стратегії на різних рівнях управління.

На корпоративному рівні стратегія лікувального закладу звучить як продовження інноваційного розвитку диспансеру з метою забезпечення керованої якості медичної допомоги населенню в рамках регіональної трирівневої моделі.

На рівні стратегічної бізнес-одиниці конкурентна стратегія - це диференціація на основі технічної переваги, якості і широкого набору послуг, спрямована на збереження і зміцнення лідерських позицій в галузі.

На функціональному рівні - підвищення продуктивності праці, засноване на впровадженні принципів процесного управління.

Таблиця 2.11 – СВОТ аналіз КНП СОР СОКОД

Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Відомий бренд лікувальної установи, статус регіональної державної установи. 2. Наявність підрозділів, що дозволяють забезпечити повний цикл надання послуг 3. Наявність ремонту в лікувальних корпусах, використання сучасного медичного обладнання. 4. Наявність і повноцінна робота служби управління якістю медичної допомоги. 5. Реалізація програми наставництва. 7. Безперервність навчання. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дефіцит окремих кваліфікованих лікарських кадрів. 2. Не впроваджена в повній мірі система моніторингу та інформатизації процесів. 3. Невисокі доходи від платних послуг. 4. Дефіцит площ для розвитку нових відділень і служб. 5. Ризик емоційного вигорання. 6. Недостатня мотивація окремих категорій працівників.
Можливості (O)	Загрози (T)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Нормативні вимоги до надання медичної допомоги відповідно до порядків і стандартів. 2. Підтримка держави системи управління якістю. 3. Впровадження в діяльність державних установ "ефективного контракту". 4. Розвиток нових медичних технологій. 5. Гранти держави для залучення додаткових фінансових коштів. 6. Розвиток нових інформаційних технологій. 7. Наявність міцних зв'язків з кафедрами навчальних закладів. 8. Розвиток технологій управління якістю. 9. Розвиток медичного туризму. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Втрата кваліфікованих кадрів (звільнення, вихід на пенсію та ін.) 2. Перевірки наглядових органів на відповідність порядків надання медичної допомоги. 3. Посилення юридичної відповідальності медпрацівників. 4. Підвищення юридичної грамотності населення. Розвиток системи юридичного захисту пацієнтів. 5. Відсутність правової основи для здійснення розподілу випускників вузів і коледжів. 6. Розвиток в суспільстві негативного ставлення до медичних співробітників. 7. Дефіцит консолідованого бюджету.

Джерело: Розроблено автором

Для успішної реалізації стратегії при здійсненні переходу від функціонального менеджменту до процесного на кожному рівні необхідно створити систему управління стратегічними змінами, при цьому встановивши умови для управління персоналом: партнерські відносини; культуру довіри; орієнтацію на працівників; орієнтацію на процеси; орієнтацію на клієнтів; готовність колективу прийняти зміни.

Для успішної реалізації стратегії управління персоналом на основі переходу від функціонального менеджменту до процесного необхідно створити цілісну, орієнтовану на процеси модель винагороди персоналу шляхом застосування наступних інструментів: системи збалансованих

показників, ефективної стратегії участі (Кайдзен), ощадливого виробництва, наставництва, «ефективного контракту», мотиваційних тренінгів та інших інструментів матеріальних і нематеріальних. Не менш важливою умовою розвитку управління на рівні робочих місць є чітка регламентація процесів управління персоналом на кожному етапі: планування діяльності - рекрутинг – висновок трудового колективу - введення в посаду - безперервне навчання - оцінка результатів роботи - розвиток персоналу.

Підсумовуючи вищенаведене ми вважаємо, що забезпечити технологію управління персоналом можливо при вирішенні сукупності взаємопов'язаних завдань:

1. Створення умов для розвитку і вдосконалення як окремих співробітників, так і організації в цілому.
2. Підвищення відповідальності лінійних керівників шляхом надання їм статусу уповноважених з якості.
3. Забезпечення ефективного планування і моніторингу діяльності на кожному рівні управління.
4. Підвищення корпоративної культури організації.
5. Залучення співробітників до процесу спільного управління клінікою.
6. Створення ефективної системи підвищення мотивації працівників.

Виконання перерахованих завдань дозволить створити в лікарні команду професіоналів, які забезпечать якісне надання медичних послуг населенню.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ УСТАНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ КНП СОР СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР

3.1. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління персоналом установи охорони здоров'я

В результаті аналізу діючої системи управління персоналом в лікувальній установі, для усунення виявлених проблем ми дозволяємо собі виділити наступні напрямки вдосконалення управління персоналом рисунок 3.1.

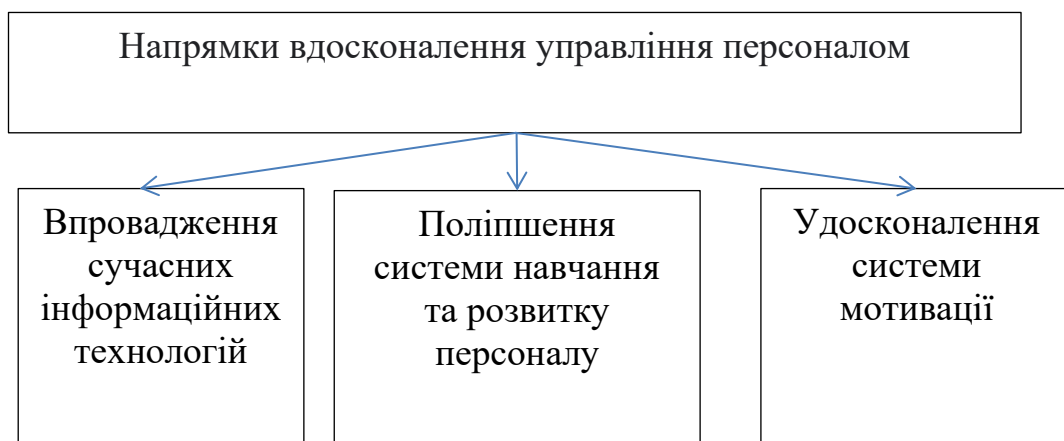


Рис.3.1. Напрями вдосконалення управління персоналом

Перше на що необхідно звернути увагу на те, що лікарня працює в сучасному світі інформаційних технологій. Впровадження надсучасних інформаційних технологій дозволить лікувальному закладу:

- поліпшити роботу документообігу, алгоритм дозволить контролювати упущення в оформленні документації на місцях, тобто збір, систематизація, та контроль будуть проведені на рівні виконавців;

- доступ і обмін інформацією вивільняє час для найбільш пріоритетних завдань, а час є головним фактором у збереженні здоров'я і життя людини;
- використання і доступ до бази даних пацієнта, скорочує час роботи з паперової документації;
- організувати дистанційне навчання співробітників, комп'ютерне тестування з використанням сучасних інтернет-технологій, kaoot, zoom, googlmeet та інші;
- надати медичну допомогу в он лайн режимі і т.д.

Використання інформаційних технологій підтримується медичними співробітниками, урядом України постійно розробляються постанови, нормативні та правові акти, для ефективного впровадження інформаційних технологій, їх застосування в системі управління персоналом гарантує підвищення якості медичних послуг.

Найважливішим соціальним завданням держави є забезпечення прав громадян на отримання доступної, своєчасної та якісної медичної допомоги незалежно від місця проживання та соціального статусу. Для розвитку принципово нових напрямків організації надання медичної допомоги населенню, які успішно застосовуються на практиці у багатьох країнах досягнуто значного прогресу в галузі інформатизації, телекомунікаційних та медичних технологій. Зокрема, важливий напрямок інформатизація лікувально-діагностичного процесу - це впровадження сучасних медичних інформаційних систем.

Ефективність процесу інформатизації первинної ланки регіональної системи охорони здоров'я можна оцінити за такими параметрами:

- підвищення якості медичного, адміністративного та фінансового управління діяльність організації охорони здоров'я шляхом комплексного впровадження електронних медичних карток та електронних талонів; скорочення часу оформлення медичної документації;

- скорочення строків надання звітів та реєстрів послуг;
- оптимізація медичного персоналу закладу;
- забезпечення оперативного контролю за показниками діяльності, перевірка якості надання медичної допомоги;
- виключення ручної праці;
- підвищення достовірності інформації про медичні та діагностичні показники та фінансову діяльність;
- збільшення спроможності амбулаторних організацій за рахунок скорочення часу роботи з амбулаторною карткою та іншими документами, і як результат - скорочення черг на обслуговування населення.

Далеко не всі проекти інформатизації реалізуються вчасно та вкладаються у виділений бюджет. Ситуація пояснюється тим, що в рамках реалізації життєвого циклу інформаційної системи недостатньо уваги приділяється саме етапу впровадження, що в 90% випадків є причиною фіаско проектів інформатизації [10]. Адекватна оцінка ефективності впровадження дозволить зробити висновки про необхідність прийняття тих чи інших заходів, спрямованих на забезпечення успіху впровадження МІС в закладах охорони здоров'я

На нашу думку головне завдання інформаційно-комунікаційних технологій охорона здоров'я - це забезпечення безпеки пацієнтів. Виходячи з цього, на шляху до інформатизації охорони здоров'я в країнах Європейського Співтовариства створення систем підтримки медичних рішень, нового інформаційного середовища його діяльності, дозволяє звернутися до професійних інформаційних ресурсів (інформаційно-довідкові системи та тематичні форуми) навігації між професійними асоціаціями та визнаними експертами. Це створює середовище постійної освіти лікарів шляхом регулярного моніторингу останніх досягнень медицини та фармації.

Системи комп'ютерної підтримки за рецептом дозволяють майже на 80% зменшити кількість медичних помилок при призначенні препаратів і

зменшують на 55% несприятливих побічних ефектів. У деяких країнах лікар може не мати ліцензії на професійну діяльність без відповідних знань у галузі інформаційних технологій (наприклад - у Нідерландах) [14].

Експерти спираються на багаторічний досвід створення та використання інформаційних систем для роботи з візуальними зображеннями, отриманими в результаті рентгенологічних, томографічних, мамографічних, ультразвукових та інших дослідження стверджують, що перевага автоматизації інструментальних діагностичних відділів очевидна, оскільки це значно розширює професійні можливості лікарів з різних спеціальностей [15].

З подальшим розвитком інформаційних систем цей розділ роботи стане загалом включений в обов'язки медичного працівника. Сама система повинна автоматично вилучати всю необхідну інформацію з медичної документації та передавати фахівцям, які відповідальні за підготовку звітів.

Впровадження таких систем можна вважати успішним, якщо через деякий час після початку їх впровадження - і цей період можна виміряти місяцями та роками - систему буде використовувати майже весь медичний персонал лікарні, і в цьому випадку можна говорити про питання кількісної оцінки ефективності.

Поряд з клінічними, економічними, технологічними, управлінськими та іншими показниками організаційної діяльності є ті, які неможливо оцінити кількісно, але тим не менш вони важливі для лікарень і певною мірою відображають результат впровадження інформаційних систем.

Це, наприклад, створило б інформаційний комфорт у роботі працівників, формування корпоративного співтовариства, оптимального психологічного клімату та сформувати відповідальне ставлення до управлінських рішень.

Поліпшення системи навчання та розвитку персоналу – вдосконалення концепції безперервного навчання (самопідготовка, професійне навчання, перепідготовка і т. д.) в наслідок чого в лікувальній установі відбудеться:

- підвищення професійного рівня фахівців з управління персоналом;
- атестація співробітників (кваліфікований кадровий склад);

- планування соціального та професійного розвитку з урахуванням передових практик, наприклад «ощадлива лікарня», «найкраща лікарня»;
- навчання персоналу навичкам роботи в електронному форматі.

Реалізація цілей, рівень професійної майстерності, розширення професійних і соціальних можливостей, є результатом концепції безперервного навчання. Конкуреноспроможність медичного персоналу полягає в постійному підвищенню професійного рівня в поєднанні з соціальною мобільністю.

Застосовуючи метод анкетування співробітників, керівництво завжди знаходиться в курсі потреб медичного персоналу, коригуючи систему мотивації, підвищуючи рівень мотивації співробітника, покращуючи якість медичних послуг.

Дані напрями вдосконалення процесу управління персоналом дозволять організувати і скоординувати діяльність кадрового складу медичного закладу.

Вивчивши вітчизняний і зарубіжний досвід управління персоналом установи охорони здоров'я, можна з упевненістю стверджувати, що основне це вдосконалення управління установи - це вдосконалення управління персоналом.

3.2. Застосування системи КРІ (ключовий показник ефективності) як спосіб удосконалення управління персоналом лікувальної установи

Традиційні методи, такі як "класична" сертифікація персоналу, вже не відповідають сучасним вимогам. Щоб досягти успіху в сучасному світі бізнесу, компаніям потрібні інноваційні інструменти та методи управління, які є такими що встановлюють цілі та визначають особисту відповідальність працівників. В цьому напрямку допомагає цільова технологія управління,

підкріплена компетентними матеріальними стимулами мотивації персоналу до нових грандіозних досягнень та творчого самовдосконалення.

Ключовий показник ефективності (КРІ) - це показник діяльності підприємства, установи чи організації, який допомагає компанії, установі чи організації досягти стратегічних і тактичних цілей своєї діяльності.

Ключовий показник ефективності - це один із інструментів, який можна використовувати для аналізу того, наскільки ефективно працює персонал для досягнення цілей компанії.

Використовуючи ключові показники ефективності, організація здатна керувати процесом та вносити зміни, а також встановлювати цілі для персоналу та мотивувати працівників до досягнення своїх цілей.

Для чого необхідний ключовий показник ефективності (Key Performance Indicator)? Його основне завдання включити стимулювання працівників та їх мотивацію до досягнення запланованих результатів.

Існує кілька типів ключових показників ефективності у зв'язку з такими результатами:

- стаття витрат - сума витрачених ресурсів у вартісному вираженні;
- стаття продуктивності - відсоток використання використовуваної потужності;
- стаття ефективності - показники, що характеризують відношення одного показника до іншого (наприклад, відношення доходу до витрат);
- стаття результатів - кількісне вираження результату діяльності компанії.

Ключові показники ефективності також можна розділити на два типи - оперативні та стратегічні.

Експлуатаційні показники використовуються в поточній діяльності підприємства та його підрозділів. Експлуатаційні показники дозволяють компанії ставити цілі та завдання залежно від змін умов.

До операційних показників належать показники, що характеризують ефективність організації виробництва, обсяги поставок сировини, якість виробленої продукції.

Стратегічні показники відображають результат діяльності підприємства за поточний період. Стратегічні показники дозволяють компанії коригувати плани на наступний період. Стратегічні показники використовуються, наприклад, при аналізі грошових потоків, на основі яких розраховуються основні стратегічні показники компанії.

До стратегічних показників належать показники ефективності діяльності підприємства (наприклад, прибутковості).

Коефіцієнт ключового показника ефективності дозволяє розробити систему мотивації (грошового стимулювання) персоналу лікувальної установи, на відміну від базової заробітної плати (окладу), яка орієнтована на досягнення довгострокових і короткострокових цілей установи, що «мотивує виконання трудових обов'язків» працівників. Для керівників, спеціалістів та службовців, може використовуватися інший вид винагороди при досягненні певних показників.

Система формування змінної частини грошової винагороди на основі ключового показника ефективності стимулює працівника до досягнення високих індивідуальних результатів, а також до збільшення його внеску в колективні результати та досягнення у реалізації стратегічних цілей лікувального закладу. Водночас показники ключового показника ефективності у системі формування змінної частини заробітної плати на основі ключового показника ефективності повинні бути досить простими та зрозумілими працівникам, а розмір змінної частини компенсаційного пакету має бути економічно обґрунтованим.

Світова практика переконливо доводить, що впровадження системи ключового показника ефективності дозволить покращити показники діяльності установи чи організації від 10 до 30%, оскільки він фокусує працю працівників на результаті, підвищення мотивації та лояльності персоналу.

Впровадження системи управління та мотивації з використанням ключового показника ефективності вимагає спеціальних знань від керівників установи, які можуть бути отримані за допомогою корпоративного навчання. Система винагороди за результат, коли певна частина заробітку залежить від індивідуальної та загальної ефективності праці, дає можливість уникнути звільнення чи скорочення заробітної плати під час економічної кризи та збільшити продуктивність праці.

Наведемо п'ять аргументів на користь використання системи ключового показника ефективності для мотивації персоналу:

1) 100% орієнтація на результати - працівник винагороджується за досягнення результату та за виконання роботи, яка повинна призвести до результату;

2) керованість - дозволяє регулювати спрямовані зусилля співробітників без серйозної модифікації самої системи при зміні ситуації на ринку;

3) справедливість - гідна оцінка внеску працівника в загальний успіх лікувальної установи і справедливий розподіл ризиків (між працівником та компанією) у разі невдачі;

4) зрозумілість - працівник розуміє, за що лікувальна установа готова винагородити його; установа розуміє, за які результати і скільки вона готова заплатити;

5) незмінність - будь-який працівник влаштовується своєю роботою відповідно до системи мотивації. Якщо в певний момент система змінюється, то частина зусиль працівника не винагороджується. Установа визначає «правила гри» для працівників, і якщо вона раптом вирішить щось змінити їх миттєво, організація втратить довіру «гравців».

Зробимо розрахунок показників ключового показника ефективності для лікаря-терапевта та лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Ключові показники їх діяльності представимо у вигляді матриці ключового показника ефективності (табл. 3.1).

Таблиця 3.1. – Матриця ключового показника ефективності для лікаря-онколога

Ключові показники	Питома вага	Рівень, %		
		мінімальний	нормативний	цільовий
Зниження рівня госпіталізації закріпленого населення	0,30	30	70	100
Зниження показника смертності на дому	0,10	40	80	100
Відсутність скарг з боку пацієнтів	0,20	60	90	100

Джерело: запропоновано автором

Розрахунок показників повинен проводитися щомісяця або щоквартально. Оцінку фактичних результатів треба порівняти із плановими. Візьмемо для прикладу умовні дані фактичного виконання показників матриці ключового показника ефективності (табл.3.2).

Таблиця 3.2. – Фактичний рівень виконання показників ключового показника ефективності лікаря-онколога

Ключові показники	Питома вага	Рівень, %			
		мінімальний	нормативний	цільовий	фактичний
Зниження рівня госпіталізації закріпленого населення	0,30	30	70	100	80
Зниження показника смертності на дому	0,10	40	80	100	90
Відсутність скарг з боку пацієнтів	0,20	60	90	100	100

Джерело: запропоновано автором

Рівень виконання показників оцінюється керівником даного лікаря (завідувачем відділенням, або головним лікарем) як співвідношення фактичних показників до нормативних. Нормативний рівень госпіталізації закріпленого населення встановлюється 5осіб на 1000 населення. Аналогічно, керівництво визначає разом із фахівцями заздалегідь нормативні величини

усіх показників. А по факту визначається вже рівень їх виконання. Слід лише зауважити, що є показники, де оптимальним буде зменшення їх величини, тож рівень виконання для них повинен розраховуватися як відношення нормативного рівня до фактичного. Наприклад, якщо рівень госпіталізації населення фактичний 6,5 на 1000 населення, то рівень виконання буде $5/6,5 = 76,9\%$.

Після отримання фактичних результатів роботи, проводиться розрахунок індексів окремих показників ключового показника ефективності а потім і інтегрованого. Індекс по кожному показнику розраховується по формулі :

$$\text{Індекс КРІ} = \frac{\text{Фактичний рівень} - \text{мінімальний рівень}}{\text{нормативний рівень} - \text{мінімальний рівень}} * 100\% \quad (3.1)$$

Розраховані показники заносимо в таблицю 3.3

Таблиця 3.3. – Результативність лікаря-онколога

Ключові показники	Питома вага	Рівень, %				Індекс КРІ, %
		мінімальний	нормативний	цільовий	фактичний	
Зниження рівня госпіталізації закріпленого населення	0,30	30	70	100	80	125,0
Зниження показника смертності на дому	0,10	40	80	100	90	125,0
Відсутність скарг з боку пацієнтів	0,20	60	90	100	100	133,3

Після цього розраховуємо інтегральний показник виконання ключового показника ефективності за формулою:

$$\text{КРІ}_{\text{інтегр}} = \sum I_j q_j \quad (3.2),$$

де I_j – індекс ключового показника ефективності по j -му показнику

q_j – питома вага j -го показника

$$\text{КРІ}_{\text{інтегр}} = 125 * 0,30 + 125 * 0,10 + 133,3 * 0,20 = 76,7\%$$

Таким чином, ми маємо показник, який визначає розмір доплат та премій (можливо також частини зарплати) в поточному місяці (кварталі). Якщо для лікаря-онколога передбачена ставка 12 тис. грн. в місяць і премія в розмірі 15% від окладу за умови виконання планових показників лікарняної установи в цілому, то в нашому прикладі величина премії складе 1800 (15% від 12 тис. грн.) $\times 76,7/100 = 1380,6$ грн.

Аналогічно, можна визначати розмір і основної зарплати. Ми пропонуємо 70% тарифного окладу нараховувати за відпрацьований час. А на решту 30% розповсюдити дію системи ключового показника ефективності. В цьому випадку, працівники будуть значно краще мотивовані для сумлінної роботи із прив'язкою до визначених результатів діяльності.

Для кожної категорії працівників слід розробити відповідні критерії-показники ключового показника ефективності. Особливо складними, які потребують фахової, професійної підготовки є показники для лікарів певної спеціалізації до яких і відносять лікарі, що працюють в галузі онкології.

Ми пропонуємо певні критерії для розрахунку ключового показника ефективності для середнього медичного персоналу.

Для медсестер ми пропонуємо наступну матрицю показників ключового показника ефективності (таблиця 3.4)

Таблиця 3.4 – Матриця ключового показника ефективності для середнього медичного персоналу

Ключові показники	Питома вага	Рівень, %		
		мінімальний	нормативний	цільовий
Відсутність помилок у веденні медично-статистичної інформації	0,10	90	100	100
Своєчасність і повнота виконання лікарських призначень	0,30	90	100	100
Відсутність порушень правил отримання, обліку і зберігання медикаментів і витратних матеріалів	0,10	80	90	100
Відсутність ускладнень від проведених лікувально-діагностичних маніпуляцій	0,30	80	90	100
Відсутність скарг з боку клієнтів	0,20	80	90	100

Джерело: запропоновано автором

Так, наприклад для реєстратора пропонуються такі показники (табл. 3.5)

Таблиця 3.5 – Матриця ключового показника ефективності для секретаря / працівника рецепшин

Ключові показники	Питома вага	Рівень, %		
		мінімальний	нормативний	цільовий
Своєчасність заповнення медично-статистичної інформації	0,30	80	90	100
Наявність помилок в документах	0,20	90	95	100
Відсутність скарг з боку клієнтів	0,50	80	90	100

Джерело: запропоновано автором

Своєчасність заповнення документації означає відсутність затримки з інформацією про пацієнта, яка заноситься в електронну картку пацієнта. Вся актуальна інформація про пацієнта, який зайшов на прийом до лікаря, вже є в комп'ютері і не потрібно витратити час на «пошуки» карти, записування актуальних реєстраційних даних і т.д.

Сто відсотковий рівень по показнику відсутність помилок означає, що помилок взагалі немає. Кожна помилка визначає певний відсоток в бік зниження (залежить від кількості документів).

Аналогічно і з показником відсутності скарг. Якщо вони відсутні, то рівень = 100%. Якщо є скарга, то рівень зменшується на певний відсоток.

Основні переваги використання ключового показника ефективності включають:

- мотивацію працівників;
- справедливість, прозорість і порівнянність результатів (керівництву та персоналу стає зрозуміло, хто із співробітників установи працює, скільки і скільки заробляє);
- корекція роботи працівника за отриманими низькими показниками;
- участь персоналу у досягненні цілей установи;
- контроль якості виконання обов'язків.

Таким чином, перевагою системи ключового показника ефективності є активна мотивація персоналу на основі розрахованих порівнянних показників.

ВИСНОВКИ

Підвищення ефективності управління медичною установою безпосередньо залежить від раціонального використання трудового потенціалу лікарні.

Розвиваючий систему управління персоналом необхідно враховувати в першу чергу специфіку діяльності медичної установи, що обумовлена соціально значущими орієнтирами орієнтуванням.

Модернізація в системі охорони здоров'я першочергово відбивається на діяльності співробітників, і тільки постійне вдосконалення методів роботи з персоналом и уміле керівництво лікарняною установою може забезпечити раціональну систему управління персоналом в медичній установі.

Актуальність кваліфікаційної роботи полягає в результатах запровадження ефективного процесу управління персоналом.

В кваліфікаційної роботі розглянуті теоретичні основи управління персоналом, проведений аналіз діючої системи управління персоналом КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер.

В результаті проведеного аналізу макросередовища зроблено висновок про кардинальні зміни певних факторів, що впливають опосередковано через середовище ближнього оточення на нашу лікувальну установу. Це вимагає своєчасного коригування стратегії і, в першу чергу, стратегії управління людськими ресурсами.

В результаті проведеного SWOT-аналізу сформульовані стратегії на різних рівнях управління.

На корпоративному рівні стратегія лікувального закладу звучить як продовження інноваційного розвитку диспансера з метою забезпечення керованої якості медичної допомоги населенню в рамках регіональної трирівневої моделі.

На рівні стратегічної бізнес-одиниці конкурентна стратегія - це диференціація на основі технічної переваги, якості і широкого набору послуг, спрямована на збереження і зміцнення лідерських позицій в галузі.

На функціональному рівні - підвищення продуктивності праці, засноване на впровадженні принципів попроцесного управління.

З метою вдосконалення системи управління персоналом нами були запропоновані наступні рекомендації:

- впровадження сучасних інформаційних технологій, використання яких буде підтримуватися медичною установою;
- вдосконалення нормативної бази та удосконалення чинного законодавства в даному напрямку;
- поліпшення системи навчання та розвитку персоналу, в результаті запровадження концепції безперервна навчання;
- підвищення конкурентоспроможність медичного персоналу за рахунок підвищення професійного рівня в поєднанні з соціальною мобільністю;
- удосконалення системи мотивації праці медичних працівників, тому що на нашу думку неможливо ігнорувати систему мотивації персоналу, яка прямо впливає на ефективність роботи та визначає результат діяльності медичної установи.

Рекомендації щодо вдосконалення управління персоналом КНП СОР Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер сприятимуть підвищенню якості надання медичних послуг, кваліфікованого и своєчасного ухвалення рішень щодо задоволеності з боку пацієнта.

В результаті запропоновані рекомендації зводяться до однієї мети, основної суті системи охорони здоров'я, охорони здоров'я і життя населення України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Амоша О.І. & Шамілева Л.Л. (2016) Розвиток трудового потенціалу промисловості на засадах соціальної відповідальності: концептуальне та науково-методичне забезпечення. *Вісник економічної науки України*, № 2 (31), 3-8.
2. Антощина Н.І. (2014) Сучасний погляд на систему управління персоналом в аспекті забезпечення конкурентоспроможності підприємства. *Ефективна економіка*, № 9, URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3350> (дата звернення: 12.04.2020).
3. Баєва О.В. & Білинська М.М. & Жаліло Л.І. (2017) Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: кол. моногр. Київ: МАУП, 376.
4. Беккер Г. С. (2003) Человеческое поведение: экономический подход. Избранные труды по экономической теории, М.: ГУ-ВШЭ, 645.
5. Білинська М. М. & Радиш Я. Ф. (2013) Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч. К. : НАДУ, Ч. 1., 396.
6. Білинська М. & Попченко Т. (2007) Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. *Главный врач*, № 11 (79), 69 – 73.
7. Бобришева О. В. (2014) Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія “Економіка”*, Вип. 8–2, 12–18.
8. Борщ В. І. (2019) Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарством*, № 1(69), 73-79.
9. Васюк Н. О. (2015) 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, 18-23.
10. Воронов М.В. & Петрова С.Г. Роль мотивації в професійній діяльності лікаря. URL: http://www.nbuu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Tipp/2009_2/voronov-petrova.pdf. (дата звернення: 12.11. 2020).
11. Гиляровская, Л.Т. (1982) Комплексний аналіз матеріального стимулювання праці: монографія. Воронеж: Вид-во Воронежского університету, 1982. 152.
12. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування й реалізації). URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf. (дата звернення: 12.11. 2020).
13. Грішнова О. А. (2001) Людський капітал: формування в системі освіти і професійної підготовки. К. : Т-во «Знання», 254.
14. Дайджест змін в охороні здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/14312-moz_digest_17_2019_1.pdf (дата звернення: 12.11. 2020).
15. Дмитрук О. В. & Свінцицька О. М. (2018) Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*, Вип. 5(10), 182-186.
16. Досвід створення системи управління лікарнею. URL: http://bigc.ru/theory/books/ysuo/c_12_0.php. (дата звернення: 12.11. 2020). (дата звернення: 12.11. 2020).
17. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році / Державна служба статистики України. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf. (дата звернення: 12.11. 2020).
18. Кизима І.С. (2007) Стимулювання ефективності праці медичного персоналу: автореферат на здобуття наук. ступеня канд. ек. наук: спец.:

- 08.00.07 ”Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика“.
К., 20.
- 19.Короленко В. В. & Юрочко Т. П. (2018) Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Монографія. К., 96.
- 20.Кошелупов І. Ф. & Кравченко В. О. (2008) Соціально-економічна модель механізму мотивації праці управлінців підприємств. *Вісник соціально-економічних досліджень*, . 124-131.
- 21.Латишев Є.Є. (2005) Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції. *Одеський медичний журнал*, № 1 (87), 109 – 115.
- 22.Міхальчук В.М. Підготовка управлінських кадрів для галузі охорони здоров'я. URL: http://www.hcm.in.ua/wpcontent/uploads/pidgotovka_upravlin_skih_kadriv_dlya_galuzi_ohoroni_zdorovya_mihalchuk_v.m.pdf. (дата звернення: 12.11. 2020).
- 23.Модорский, А.В. & Модорська Г.Г. (2015) Методика оцінки ефективності систем стимулювання праці. *Вісник Пермського університету*, Вип. 4 (27), URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/metodika-otsenki-effektivnosti-sistemystimulirovaniya-truda>. (дата звернення: 12.11. 2020).
- 24.Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://moz.gov.ua>. (дата звернення: 12.11. 2020).
- 25.Носуліч Т.М. (2006) Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку. *Демографія та соціальна економіка*, № 1/2006, 173 – 179.
- 26.Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>. (дата звернення: 12.11. 2020).
- 27.Регіональні системи охорони здоров'я України. (2015). Частина I: монографія за ред. П. С. Мельника. Київ, 392.

- 28.Ровенська В. В. & Саржевська Є. О. (2019) Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*, № 3 (57), 162-168.
- 29.Ровенська В.В. & Саржевська Є.О. (2019) Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні, *Економічний вісник Донбасу*, № 3(57). URL: [https://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](https://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf) (дата звернення: 15.04.2020).
- 30.Рогач О.В. (2019) Соціальний капітал: нові можливості розвитку місцевих громад. *Соціодинаміка*, № 9, 25 -39.
- 31.Солоненко І.М. & Рожкова І.В.. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія. Фенікс, 276.
- 32.Солоненко Н. Д. (2005) Економіка охорони здоров'я: навч. посіб. НАДУ. С. 416.
- 33.Третьяк О. П. (2014) Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. *Бізнесінформ*, № 11, 331-336.
- 34.Чебан В.І. (2018) Процес розвитку комп'ютеризації та сучасні інформаційні технології за тематикою дослідження громадського здоров'я Україна. *Здоров'я нації*, №3 (50), 98-102.
- 35.Шеремет, А.Д. (1974) Комплексний економічний аналіз діяльності підприємств. *Економіка*, 1974. 208.
- 36.Шляхи вдосконалення управління в закладі охорони здоров'я. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19417>. (дата звернення: 12.11. 2020).
- 37.Bowen H.R. (1978) *Investment in Learning*. San Francisco, 461.
- 38.Fisher I. (1927) *The Natura of Capital and incom*, London, 462.
- 39.Shultz T. (1961) *Investment in Human Capital*. *The American economy revive*, Vol. 51, N.1, 1-17.
- 40.Thurow L. (1970) *Investment in Human Capital*. Belmon, 256.