

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

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

„До захисту допускається”

завідувачка кафедри

\_\_\_\_\_ Г.О.Швіндіна

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

*НА ЗДОБУТТЯ ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ МАГІСТРА*

**на тему**

### **«Вдосконалення процесу адміністрування персоналом на вторинній ланці надання медичної допомоги в Україні»**

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

**Студента гр. Уз. Мз. 91К Бондаренко Наталії Михайлівни ПІБ студента**

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 \_\_\_\_\_ ПІБ студента

**Науковий керівник: Тихенко Володимир Сергійович вч. зв., наук. ступ. ПІБ викладача**

**Суми 2021р.**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Центр професійної та післядипломної освіти

Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,

освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування

в охороні здоров'я»

студенту групи Уз. Мз. 91К

Бондаренко Наталії Михайлівни

1. Тема роботи Вдосконалення процесу адміністрування персоналом на вторинній ланці надання медичної допомоги в Україні

затверджена наказом по СумДУ № \_\_\_\_\_ від „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи \_\_\_\_\_

3. Мета кваліфікаційної роботи: визначення основних напрямків та методів покращення адміністрування персоналом в охороні здоров'я.

4. Об'єкт дослідження: галузь охорони здоров'я України.

5. Предмет дослідження: управління кадровими ресурсами в сфері охорони здоров'я.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах \_\_\_\_\_

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

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Теоретичні положення галузі охорони здоров'я в Україні	
II	Аналіз людських ресурсів в галузі охорони здоров'я України	
III	Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я та ймовірні прогнози роботи на 2021 рік	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити \_\_\_\_\_

У розділі 2 студент має провести аналіз \_\_\_\_\_

У розділі 3 студент має запропонувати \_\_\_\_\_

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2	Войтович Микола(Юрист), Назаренко Юлія Олександрівна (HRD)		
3	Назаренко Юлія Олександрівна (HRD), Войтович Микола(Юрист)		

9. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

Керівник кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ ПІБ: Тихенко В.С.  
(підпис)

Завдання до виконання одержав \_\_\_\_\_ ПІБ: Бондаренко Н.М.  
(підпис)

## Аннотації

В ході роботи було здійснено дослідження та аналіз галузі охорони здоров'я України, механізми управління в галузі охорони здоров'я, кадрова політика закладів охорони здоров'я. Виявлено основні положення та принципи діяльності охорони здоров'я в Україні. Проведено комплексний аналіз кадрової політики спеціалізованої медичної допомоги. Узагальнено структуру функціонування спеціалізованих медичних закладів. Відмічено важливість менеджменту в охороні здоров'я. Запропоновано теоретичні методи вдосконалення адміністрування персоналом спеціалізованої медичної допомоги в Україні, на основі відносного аналізу та порівнянь.

Ключові слова: медична реформа, спеціалізована ланка, КРОЗ(кадрові ресурси охорони здоров'я), КНП(комунальні некомерційні підприємства), ЗОЗ(заклади охорони здоров'я), eHealth, інформаційні та комунікаційні технології, раціоналізація та оптимізація використання кадрових ресурсів.

## Реферат

Будова роботи. Робота містить вступ, три розділи, висновок, список використаних джерел, який має 43 найменувань.

Повний об'єм магістерської роботи становить 69 с., у тому числі 4 таблиці, 7 малюнків, список використаних джерел – 4 сторінки.

Актуальність. Компетентність спеціалізованих медичних працівників відіграє ключову роль в системі охорони здоров'я України та житті громадян країни. На підґрунті теперішніх змін, необхідність у вдосконаленні систему кадрової політики охорони здоров'я стоїть в пріоритеті. Для добробуту країни, яку і створюють її громадяни, слідство, причини, покращення системи управління в охороні здоров'я це - збільшення тривалості життя громадян країни, а відповідно покращення економіко-політичної діяльності всієї країни на глобальному ринку.

Мета роботи є визначення основних напрямків та методів покращення адміністрування персоналом в охороні здоров'я. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі задачі:

- аналіз системи управління медичних закладів;
- вивчення структури організації управління в медичних закладів спеціалізованої допомоги;
- дослідження методів оптимізації кадрової політики в охороні здоров'я;
- визначено теоретичні методи вдосконалення адміністрування персоналом спеціалізованої(вторинної) медичної допомоги
- аналіз конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я та прогноз роботи на 2021 рік.

Предметом дослідження є управління кадровими ресурсами в сфері охорони здоров'я в зв'язку з актуальною реформатизацією галузі.

Областю дослідження є галузь охорони здоров'я України.

Способи дослідження. Методологічним фундаментом роботи є діалектична техніка наукового пізнання, системний підхід та спосіб логістичного аналізу. У роботі використовувався ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

Наукова актуальність. Результати які відображають наукову актуальність полягають науково-теоретичному дослідженні механізмів та розроблення діючих рекомендацій відносно державного регулювання надання медичної допомоги спеціалізованим персоналом.

Ключові слова: кадрова політика, менеджмент в охороні здоров'я.

## Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) задекларувала мету – покращення доступу до комплексної, якісної медико-санітарної допомоги. Проте в Україні спостерігається погіршення демографічної ситуації, яке пов'язують зі зниженням рівня медичних послуг та якості життя населення, що загострює проблему збереження й зміцнення здоров'я української нації. Українська система охорони здоров'я залишалася практично незмінною протягом усього періоду після розпаду Радянського Союзу. Для кожної із країн що розвиваються в сучасному світі, потрібні відповідні зміни, а саме реформування систем управління. Сучасні процеси реформування національної системи охорони здоров'я, які відбуваються в Україні на даний момент, покликані покращити функціонування всієї медичної сфери. Професійна діяльність медичного персоналу щодо надання медичної допомоги та послуг безпосередньо впливає на багато процесів, зокрема як чинник, який визначає здоров'я людини й суспільства загалом.

Медична реформа в Україні інтегрується з 2016 року за керівництвом виконувача обов'язків міністра охорони здоров'я Уляни Супрун. Згідно основі новітньої Доктрини реформи забезпечення фінансами системи охорони здоров'я Верховна Рада 19.10.2017 р. утвердила закон стосовно державних фінансових гарантій надання медичних послуг населенню, що став чинний 30 січня 2018 року. Завдяки одному з декількох ключових фрагментів реформи спонсорство системи охорони здоров'я несе відповідальність новий орган під назвою Національна служба здоров'я України, коротко, (НЗСУ). Уповноважений орган утворений та затверджений Кабінетом міністрів 27.12.2017 р. Національна служба зареєстрована в Мінюсті 30.03.2018 року. Критичним аспектом переформатування механізмів надання фінансової допомоги галузі охорони здоров'я є менеджмент: ролі, функції та відносини організацій, відповідно до їх участі у розробці та реалізації політики у спектрі у забезпеченні фінансування галузі охорони здоров'я. Відповідно до актуальності змін в системі охорони здоров'я одним ключових аспектів реалізації змін являються кадрові ресурси. Людські ресурси являються фундаментом системи охорони здоров'я. На всесвітньому рівні постійно лунають заклики відносно необхідності мати національні стратегії розвитку та зміцнення людських ресурсів галузі охорони здоров'я оскільки сприяння здорового способу життя та достатку людей різного віку суттєвою мірою залежить від компетентних працівників, зокрема їх відповідності потребам населення, а також прийнятності та якості послуг, які вони надають. Стратегія, глобальних масштабів, Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо кваліфікованого персоналу (кадрові ресурси) до 2030 р.

Яка визначає чотири фундаментальні цілі: а) поліпшення якості працівників шляхом запровадження політик відносно людських ресурсів з підтвердженням ефективністю, забезпечення багатогранного доступу до медичних послуг та укріплення систем охорони здоров'я на всіх рівнях; б) забезпечення планування людських ресурсів відповідно до наявних і майбутніх потреб населення, усунення дефіциту людських ресурсів та покращення їх розподілу; в) зміцнення академій у галузі охорони здоров'я по різних рівнях для ефективного управління кадровими ресурсами; г) зміцнення системи даних щодо кадрових ресурсів для моніторингу та оцінки національних і регіональних стратегій.

В зв'язку з основними положеннями, відносно управління в галузі охорони здоров'я протягом усього періоду після розпаду Радянського Союзу, використання застарілої системи управління потребує вдосконалення. А саме відносно цієї роботи, постає необхідність у вдосконаленні системи управління кадровими ресурсами.

В даному дослідженні було вивчено структуру системи управління в охороні здоров'я України. Основні принципи та положення галузі охорони здоров'я України. Загальні відомості змін системи охорони здоров'я України. Було проаналізовано кадрову політику в охороні здоров'я. Досліджено структуру спеціалізованих медичних закладів. Визначено важливість компетентного персоналу в закладах охорони здоров'я. Запропоновано теоретичні засади, щодо розвитку та вдосконалення адміністрування кадровими ресурсами в закладах охорони здоров'я.

Виявлено, що сучасний стан сфери охорони здоров'я в Україні, потребує необхідних змін в вдосконаленні системи управління персоналом, вдосконалення основних функцій політики управління охороною здоров'я. Враховуючи актуальність реформування охорони здоров'я, а саме другий етап медичної реформи, постає необхідність в вдосконаленні адміністрування персоналу спеціалізованої медичної допомоги.

## Зміст

ВСТУП.....	
РОЗДІЛ I Теоретичні положення галузі охорони здоров'я в Україні .....	
1.1. Галузь охорони здоров'я .....	
1.2. Реформування системи охорони здоров'я в Україні .....	
1.3. Система охорони здоров'я України .....	
1.4. Характеристика спеціалізованої медичної допомоги .....	
РОЗДІЛ II Аналіз людських ресурсів в галузі охорони здоров'я України.....	
2.1. Кадрові ресурси в системі охорони здоров'я.....	
2.2. Аналіз статистичного профіля медичних працівників.....	
2.3. Структура медичних працівників за рівнем допомоги та спеціальністю....	
2.4. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я.....	
2.5. Методи управління персоналом в охороні здоров'я .....	
2.6. Основні рекомендації щодо вдосконалення раціонального управління персоналом в галузі охорони здоров'я .....	
РОЗДІЛ III Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я та ймовірні прогнози роботи на 2021 рік.....	
3.1. Політика управління адміністрації медичного закладу КНП «Конотопська центральна районна лікарня ім.академіка Михайла Давидова»..	
3.2. Основна характеристика та аналіз роботи медичних установ м. Конотоп.....	
3.3 Сучасний стан Конотопської центральної районної лікарні, та ймовірні прогнози на 2021 рік.....	
ВИСНОВКИ.....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	



# Розділ І.

## Теоретичні положення галузі охорони здоров'я в Україні

### 1.1 Галузь охорони здоров'я

Охорона здоров'я - це сфера діяльності держави, ціллю якої є забезпечення та організація загальнодоступної медичної допомоги населенню. Охорона здоров'я є одним з найважливіших частин основи національної безпеки країни.

Охорона здоров'я - один із пріоритетів держави. Суспільство і держава несуть відповідальність перед поточними та майбутніми поколіннями за рівень здоров'я та збереження генофонду людей, забезпечують пріоритет охорони здоров'я в діяльності держави.

Основні положення:

- країна створює політику охорони здоров'я в країні та підтримує її реалізацію. Державна політика в сфері діяльності охорони здоров'я направлена на досягнення положень Конституції та законів України відносно забезпечення шляху до якісної спеціалізованої лікарняної допомоги всім громадянам України, впровадження нових дфєвих механізмів фінансування та керування у діяльності відносно медицини, створення середовища для здорового способу життя;
- Українські нормативно-правові акти підкреслюють такі поняття, як охорона здоров'я та заклади, підвищення санітарної культури. Здоров'я формулюється як повна стійкість фізичного, психічного і соціального благополуччя, та не відзначається тільки відсутністю хвороб і фізичних вад;
- охорона здоров'я - система заходів, направлених на забезпечення збереження та розвитку фізіологічних і психологічних функцій, нормальної працездатності та культурної активності індивідів при найвищого біологічно можливого індивідуального тривалості життя;
- заклад охорони здоров'я - це юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або її відокремленої категорії, основним завданням якого є забезпечення медичного сервісу

населення на основі відповідної ліцензії та кваліфікованої діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;

- медична допомога – процес взаємодії кваліфікованих підготовлених медичних робітників яка направлена на запобіжні заходи, діагностику, лікування та відновлення відповідно до хвороб, травм, отруєння і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами;
- медичне обслуговування - діяльність ЗОЗ та ФОП, що зареєстровані та які мають відповідну ліцензію установлену законом, у галузі охорони здоров'я, що не завжди обмежується медичною допомогою;
- в Конституції України у ст. 49 утверджено, те що громадянин України має привілей на охорону здоров'я, медичний сервіс, а також страхування від витрат на медичну допомогу. Охорона здоров'я задовільняється державним забезпеченням фінансів відповідно соціально-економічних, медично санітарних та профілактичних діяльностей. Країна утворює середовище для продуктивного і загальнодоступного медичного сервісу. У комунальних та урядових ЗОЗ медична допомога надається безоплатно.

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- формулювання охорони здоров'я як пріоритетний напрямок діяльності суспільства і держави;
- виконання прав і свобод громадянина в діяльності охорони здоров'я і забезпечення відповідних до них державних гарантій;
- гуманна направленість, забезпечення, в першу чергу, загальних людських цінностей над державними, груповими чи суб'єктивними вподобаннями, підвищення медико-соціального захисту найбільш уразливих соціальних груп населення;
- рівність громадян, демократія та доступність медичного обслуговування та других послуг у діяльності охорони здоров'я;
- узгодженість із завданням та справедливий соціально-економічний і культурний розвиток населення, наукова обґрунтованість, технічна і забезпеченість у фінансуванні;

- пріоритетність на інноваційні нарми здоров'я та лікарняної допомоги, об'єднання вітчизняних звичаїв та досягнень із міжнародним досвідом в діяльності охорони здоров'я;
- порофілактичний характер, багато рівневий, соціальний, екологічний та науковий підхід відносно охорони здоров'я;
- багаторівневість економічної активності охорони здоров'я і багатопоточність її забезпечення фінансами, об'єднання державних гарантій з заборною монополізму та просування підприємництва і конкурентноспроможності;
- децентралізація урядового управління, розвиток самоврядування установ та незалежність медичних робітників на законних та договірних засадах.

Загальні принципи та положення лише показують загальну ідею, яку і показують тези вище написаного. Основні положення показують лише концепцію стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я. Але для функціонування таких складних систем повинні бути основні положення на тактично-оперативних рівнях. Взявши за основу основні принципи і положення в загальному виді, можемо сформулювати оціночне судження та виділити основні принципи саме функціонування на тактично-оперативних рівнях.

Основа функціонування сфери охорони здоров'я в Україні є:

- забезпечення продуктивної діяльності установ охорони здоров'я, який є одним із пріоритетом діяльності держави, та явно основою із інших причин постійного розвитку суспільства;
- рівноправність громадян та задовільнення справедливого доступу до безкоштовної медичної допомоги, укріплення, відновлення і підтримка здоров'я;
- пріоритет відносно заходів запобіжної діяльності;
- послідовність та безперервність;
- комбінований медико-екологічний, медико-соціальний, який має характер між різними галузями, підхід до розв'язання проблем охорони здоров'я;
- централізація урядового управління у галузі діяльності охорони здоров'я;
- фахова автономія медичних робітників та розвиток автономного функціонування закладів охорони здоров'я;

- об'єднання необхідності дотримуватися урядових соціальних гарантій у галузі охорони здоров'я із стимулюванням розвитку підприємництва, конкурентноспроможності та регульованого ринку товарів та послуг, пов'язаних із забезпеченням охорони здоров'я;
- використання науково обґрунтованих методів профілактики, лікування та реабілітації;
- вільний доступ до інформації діяльності у сфері охорони здоров'я.

Основні положення та принципи, метою яких повиино бути забезпечення надання якісної та доступної медичної допомоги, не досконалі і не реалізуються в повній мірі відносно своєї мети. Із цього висновку випливає питання, «Чому основні положення та принципи функціонування в галузі охорони здоров'я не досягають своєї мети, що до їх реалізації?». Одна із причин цього оціночного судження являється те що ми спостерігаємо, а точніше що сучасний світ відзначається безперервною еволюцією різних сфер суспільства, яка підпорядкована глобальним домінуючим тенденціям його розвитку. Найважливіші з них, зокрема обумовлені євроінтеграційними процесами, світовим стремлінням до реалізації цілей сталого розвитку, розвитку громадянського суспільства, ін. Поряд з раптовими суспільними змінами, підвищується активна еволюція суспільства, заснована на здійсненні цілеспрямованих реформ, ініційованих і керованих урядом, органами публічної влади. Їх цілі спрямовані на реалізацію світових тенденцій і засновані на впровадженні сукупності державно-управлінських нововведень у різних сферах суспільства в тому числі галузь охорони здоров'я. Із-за швидкої еволюції технологій, протягом останнього століття, виникла потреба в зміні методів адміністрування та організації не тільки галузі охорони здоров'я але й інших сфер діяльності в державі Будь-які зміни впроваджуються у внутрішньому просторі та визначаються указами Президента України щодо: реалізації цілей сталого розвитку, невідкладних заходів реформ та заходів щодо зміцнення держави.

Актуальні зміни в Україні на 2020 рік, а саме у сфері охорони здоров'я є медична реформа та активна інтеграція інформаційно-комунікаційних технологій в галузь охорони здоров'я. Звісно, реформування таких систем необхідно для удосконалення та оптимізації адміністрування персоналу, а також раціоналізації використання всіх доступних ресурсів в цій сфері. Але як правило, у кожних змін є свої наслідки які несуть позитивний та негативний характер.

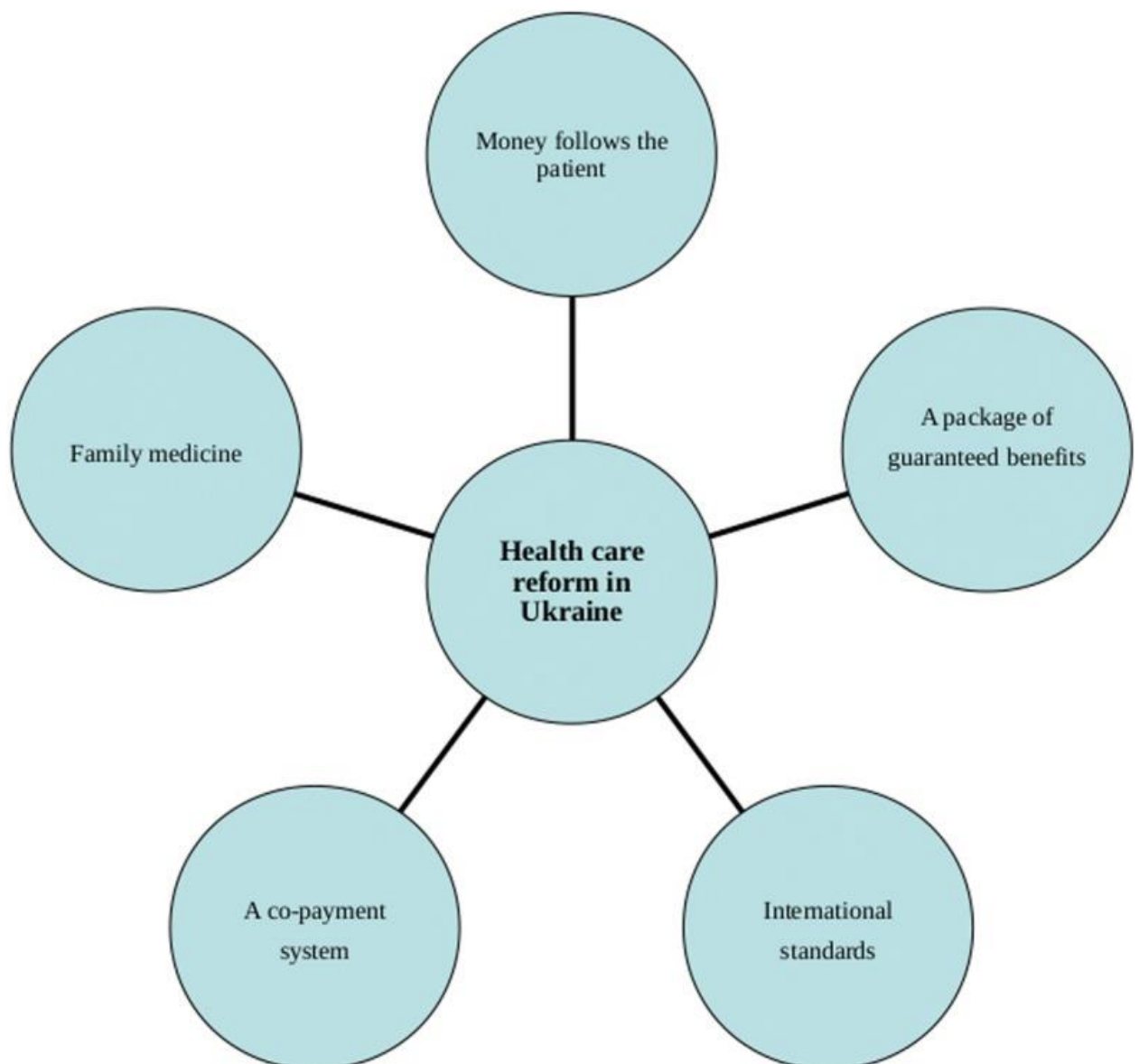
## 1.2 Реформування системи охорони здоров'я в Україні

Попередня політична революція в Україні (2014 г.) в черговий раз надала можливість дати життя проекту глибокої модернізації української держави. Воля до здійснення такого амбіційного проекту була чітко заявлена

політичними лідерами, і одним із симптомів такої участі було бажання змінити еліту, приймаючу рішення. Маршрут для досягнення цієї мети мав концепцію в інтенсивному наймі людей з других країн на адміністративні посади в управлінні на рівні держави та інших організаціях, керованих централізовано.

Такий ентузіазм щодо реформ також відноситься до анахронічною структурі системи охорони здоров'я. У 2015 році, першим кроком реформації, Україна доручила закупівлю вакцин, ліків та медичного обладнання міжнародним агентствам: Дитячому фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), Програмою розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) та британської некомерційної організації Crown Agents. В цьому ж році Міністерство охорони здоров'я під керівництвом уродженця Грузії Олександра Квіташвілі, а потім уродженця США Уляни Супрун запропонувало пакет реформ, заснований на п'яти основних принципах

(див. Мал. 1.1).



У 2017 році Україна почала реформувати свою систему охорони здоров'я, що відноситься до змін в системі фінансування та введення засади «гроші ходять за пацієнтом». Ключовим інструментом реформ є створення сучасної електронної системи, яка значно підвищить продуктивність та прозорість охорони здоров'я. Сучасними світовими тенденціями є стремління до продуктивного використання ресурсів в сфері охорони здоров'я. Медичні працівники, як правило, скорочуються, тоді як потреба у якісніших послугах зростає, а відповідальність за результати зростає. Мобільність населення та урбанізація є причинами нових вимог щодо доступу до медичної допомоги в будь-якій точці країни та за кордоном. Швидкий розвиток інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ), особливо у галузі великих даних (Big Data), штучного інтелекту, розглядається більшістю країн як головна відповідь на ці виклики. У розвинених країнах цифрова трансформація вже змінила низку галузей та організацій, яка внесла значну користь як громадському здоров'ю, так і індивідуальному медичному обслуговуванню, а також адаптувавши методи надання медичної допомоги та керування системами охорони здоров'я на всіх рівнях. Україна є достатньо впливовим гравцем у галузі розробки програмного забезпечення, яке створює кращі умови для розробки та впровадження технічних рішень у галузі ІКТ та медичної інформатики. Як показує досвід, для більш ефективного використання існуючого потенціалу та водночасно забезпечення міцного фундаменту для інвестицій і інновацій необхідні стратегічно організовані дії на культурно-державному рівні. Формулювання основних векторів напрямку, а також детальне планування необхідних заходів, є ключовими для досягнення довгострокових цілей, а саме, доступність медичного сервісу, керування якістю та ефективності системи охорони здоров'я. Основні агентства охорони здоров'я та телекомунікацій ООН (ООН), Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародний союз електрозв'язку (МСЕ) визнали важливість співпраці в галузі електронного охорони здоров'я, закликаючи країни розробити національну стратегію.

Сучасний стан оцифрування охорони здоров'я.

В 2019-му Україна знаходиться на ранній стадії впровадження електронної системи охорони здоров'я, яка характеризується недостатньою сумісністю інформаційних систем у галузі охорони здоров'я, відсутністю єдиного національного унікального ідентифікатора для пацієнтів, недосконалою інформаційною інфраструктурою та взаємодією між національними реєстрами, недосконалими реєстрами, відсутністю спеціалістів для автоматизації та управління змінами, відсутністю комп'ютерного та мережевого обладнання у закладах охорони здоров'я тощо. Протягом 2017-2018 років відбувся ряд системних змін в галузі інформатизації охорони здоров'я, Закону України «Про державні фінансові гарантії медичної

допомоги», ряду підзаконних нормативних актів, що регулюють діяльність електронної системи охорони здоров'я (ЕЗОЗ) та установ, які підпорядковуються впровадженню - Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), Національна служба охорони здоров'я України (НСЗУ), Державне підприємство „Електронне здоров'я” (ДП ЕЗ). Цей період була розроблена логіка, ключові процеси та реєстри, необхідні для існування інформаційного середовища для охорони здоров'я, та був сформований ринок спеціалізованих постачальників програмного забезпечення для забезпечення доступу до центральної бази даних та підтримки для кінцевих споживачів у закладах охорони здоров'я. В Україні запроваджується електронне урядування, ЕСОЗ мають доступ до міжвідомчих державних даних через систему взаємодії державних електронних ресурсів «Трембіта», і діяльність у цьому напрямку координує Державне агентство з питань електронного урядування України. Однак рівень комп'ютеризації та охоплення медичних систем медичними інформаційними системами все ще залишається низьким. Ця обставина, з одного боку, є викликом, а з іншого боку - надає можливості для швидкого розвитку інформатизації, оскільки немає необхідності обробляти накопичені в історії інформаційні системи, а є можливість негайно впроваджувати новітні ІКТ. Структурна реформа фінансування охорони здоров'я надає історичні вікна можливостей для швидкої інформатизації, оскільки передбачає використання електронних інструментів (подання декларацій про вибір лікарів первинної ланки; укладення угод між закладами охорони здоров'я та НЗСУ; звітність; електронна медична допомога записи; тобто заклади охорони здоров'я мають дієві фінансові стимули для швидкого впровадження інформаційних систем та інвестицій в ІКТ. Україна має історичний шанс перестрибнути багато розвинених країн у розвитку інформатизації охорони здоров'я. Для подальшого вирішення питання інформатизації охорони здоров'я важливо розрізнити основні терміни, що використовуються в цій Концепції.

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) - формулювання, наведене в Законі України «Про державні фінансові гарантії охорони здоров'я» (далі - Закон про фінансові гарантії): інформаційно-телекомунікаційна система, що автоматизує облік медичних послуг та управління медичними послугами інформація шляхом створення, розміщення, публікації та обміну інформацією, даними та документами в електронній формі, що включає центральну базу даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими можливий автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий інтерфейс програмування (Застосування Інтерфейс програмування, англ. - API).

Електронне здоров'я - це термін, який в основному означає використання ІКТ для поліпшення охорони здоров'я, включаючи способи мислення та

організації процесів у системі охорони здоров'я та суміжних областях, включаючи науку, освіту, дослідження. Електронне здоров'я - це галузь та навколишнє середовище, що включає не лише інформаційні та телекомунікаційні системи, але також такі компоненти, як управління, нормативна база, стандарти та контроль за дотриманням вимог, людські ресурси, інфраструктура, стратегія та модель інвестицій.

Другий етап медичної реформи розпочався 1 квітня 2020 р. Заклади охорони здоров'я, які надають спеціалізовану або вузькоспеціалізовану медичну допомогу, тепер також працюватимуть за принципом «гроші за пацієнта», а також за першою ланкою. Також повинна запрацювати програма медичних гарантій - це перелік послуг, які держава гарантує пацієнту безкоштовно.

Лікарні, які підписали угоду з Національною службою охорони здоров'я, приєднуються до вторинної реформи. Для цього вони повинні перетворитися на муніципальні некомерційні підприємства, поставити комп'ютери та медичну інформаційну систему для підключення до національної системи електронного охорони здоров'я.

Відповідно до Закону України "Про державні фінансові гарантії медичної допомоги" лікарні переходять на єдину електронну пошукову систему та медичну карту. Наразі невідомо, в якому закладі було отримано виробництво цих спеціалістів. Лікар, до якого ви звертаєтесь за порадою, з яким ми зможемо отримати всю необхідну інформацію про ваш діагноз.

Існує також електронна система, яка працює в НЗСУ, а саме електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ), яка дозволяє переглядати кожну лікарню в режимі реального часу.

Як відмічає голова і член правління Асоціації "Екосистема охорони здоров'я України" Євген Прилипко:

«Електронна система охорони здоров'я не готова до цього, як і медичні установи - працівники не навчені кодувати все відповідним чином. Це не пов'язано з коронавірусів, так сталося б у будь-якому випадку. Впровадити таку систему за такий короткий час і навчити лікарів особливо зараз ... Скажімо так, коронавірус ускладнив це, але вони все одно не були готові, - пояснив експерт»

Якщо розглядати актуальні реформи на фоні минулої системи управління в охороні здоров'я, то можна зробити деякі висновки. А саме те що минула система управління персоналом може виявитися устарілою і не оптимізованою під сучасні критерії, а це в свою чергу несе негативні наслідки відносно управління персоналом та раціонального і систематичного процесу використання доступних ресурсів для досягнення певної мети.



Українська система охорони здоров'я залишалася практично незмінною протягом усього періоду після розпаду Радянського Союзу. Отже якщо розглянути ситуацію в цілому, на основі раніше написаних розділів, то можна зробити очевидний висновок, що систему управління охорони здоров'я в Україні чекають достатньо важливі зміни. Звідси виникає питання, «Як раціоналізувати витрати ресурсів без втрати продуктивності роботи закладів охорони здоров'я?».

### 1.3. Система охорони здоров'я в Україні

В сучасному світі система охорони здоров'я має відповідати деяким універсальним критеріям: ієрархічна структура; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. Таким чином, система охорони здоров'я країни повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, його захворюваності.

Система охорони здоров'я цілком контролюється державою. Політика управління і цільове направлення системи забезпечується Міністерством охорони здоров'я України через:

1. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим.
2. Департамент охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях.
3. Департамент охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

В структуру охорони здоров'я України входять три основні рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий).

1. Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єктом управління) та державними закладами охорони здоров'я, які безпосередньо підпорядковані МОЗ (об'єкт управління).
2. Регіональний рівень представлений Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державних закладах охорони здоров'я, які передаються їм для управління відповідними рішеннями вищих державних органів. влади та заклади охорони здоров'я, що перебувають у спільній власності місцевих громад. Наприклад, регіональні лікарні, діагностичні центри тощо (заклади управління).
3. Субрегіональний (місцевий) рівень представлений районними державними адміністраціями, районними, міськими, районними у містах, селищними та сільськими органами місцевого самоврядування (суб'єктом управління) та закладами охорони здоров'я, які

підпорядковані цим органи з прав комунальної власності. (об'єкт управління).

В країні працює трирівнева система управління охороною здоров'я.

Управління закладами первинної медико-санітарної допомоги національної системи охорони здоров'я в містах здійснюється управліннями (відділами) охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради; в селах (селищах) - головний лікар району.

В Україні первинна медична допомога надається в медичних центрах, сільських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики / сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги та представлена фрагментованими підрозділами, які продуктивно, організаційно та фінансово поєднуються зі спеціалізованою (вторинною) амбулаторною допомогою. Тривалий час увага була зосереджена в основному на розробці дорогих видів спеціалізованої та екстреної медичної допомоги. Фінансова підтримка первинної медичної допомоги становить менше 10% коштів, що виділяються на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу навантаження між рівнями медичної допомоги. В Україні лише до 30% пацієнтів у міській місцевості та до 50% пацієнтів у сільській місцевості починають та закінчують лікування на первинному рівні. Нераціональна організація первинної медичної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до збільшення складності та не послідовності надання медичної допомоги та не офіційного підходу до профілактики та диспансерної роботи. В результаті спостерігаються високі показники пізнього виявлення серйозних захворювань та ускладнень хронічних захворювань, що призводить до надмірної потреби у дорогому спеціалізованому лікуванні.

Відповідно до ст. 35 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", держава гарантує надання доступної соціально прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини охорони здоров'я, яка надає медичні консультації, просту діагностику та лікування основні захворювання, травми та отруєння, профілактичні заходи, спрямовані на надання хворому спеціалізованої та вузькоспеціалізованої допомоги.

Спеціалізовану (вторинну) лікувально-профілактичну допомогу надають спеціалісти, які мають відповідну кваліфікацію і можуть надавати більш якісні консультації, діагностику, профілактику та лікування, ніж загальні лікарі. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається у спеціалізованих лікарняних відділеннях міста, центрального району та частково в обласних лікарнях.

Керівництво середніми закладами національної системи охорони здоров'я здійснюється центральними районними лікарнями - головним лікарем району; міські лікарні - відділ (відділ) охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради; обласні лікарні - управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Вузькоспеціалізовану (третинну) лікувально-профілактичну допомогу надає лікар або група лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних захворювань для діагностики та лікування, у разі захворювань, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також для діагностики та лікування рідкісних захворювань. Вузькоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається у спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні) . відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, інститути підвищення кваліфікації лікарів.

Управління вищими закладами національної системи охорони здоров'я здійснюють: міські лікарні - відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради; обласні лікарні - управління охорони здоров'я облдержадміністрації; центральні спеціалізовані лікарні, клініки, медичні університети, академії та інститути підвищення кваліфікації лікарів - МОЗ України.

## Висновок

Таким чином, Україна зберегла систему охорони здоров'я, створену за радянських часів, існування якої в ринкових умовах є проблематичним, оскільки вимагає великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою сильно деформована - на первинному рівні лікування починається і закінчується менш ніж у третині всіх випадків, і в ньому переважає спеціалізована та стаціонарна допомога. Сьогодні необхідно вжити певних управлінських та організаційних заходів, спрямованих на реформування системи охорони здоров'я України. Перш за все, вони повинні стосуватися оновлення механізмів державного управління галуззю, а також наукового обґрунтування та практичного впровадження нових методів управління, які б концентрували зусилля органів державної влади для вирішення конфліктів та усунення розбіжностей між фактичними потребами охорони здоров'я та послуг охорони здоров'я, щоб якісно задовольнити ці потреби в контексті трансформаційних перетворень.

#### 1.4. Характеристика спеціалізованої медичної допомоги

У цьому розділі розглядаються та аналізуються спеціалізовані медичні послуги в Україні. Через актуальність проблеми реформи охорони здоров'я, а саме другого етапу медичної реформи, який безпосередньо впливає на вторинний (спеціалізований) рівень медичної допомоги в Україні.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога включає спеціалізовані медичні послуги, які надаються в амбулаторних умовах та в лікарнях у плановому порядку та в невідкладних (екстрених) випадках, і не включають внутрішньолікарняні та високотехнологічні стаціонарні медичні послуги, які належать до рівня третинної (лікарняної) медичної допомоги.

Лікарні, які надають вторинне медичне обслуговування, поділяють на п'ять типів:

1. Лікарня інтенсивної терапії - надання цілодобової медичної допомоги пацієнтам із тяжким станом, що вимагають високої інтенсивної терапії та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Технічно-ресурсне забезпечення лікарень такого типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого внутрішньолікарняного діагностичного та лікувального обладнання, наявності реанімаційних та інтенсивних служб, служб екстреної діагностики.
2. Лікарня для реабілітації - відновлення функцій, які зазнали порушення внутрішнього захворювання або травми, з метою запобігання інвалідності та реабілітації інвалідів, які потребують спеціального обладнання (фізіотерапія, тренажери тощо).
3. Лікарня для систематичного лікування затяжних хворих - повторні курси внутрішньолікарняної терапії або долікування із застосуванням стандартних схем лікування.
4. Хоспіси - надання паліативної допомоги та моральної підтримки пацієнтам які знаходяться на кінцевій стадії життя, наявності спеціального обладнання для догляду, а також спеціально навченого, переважно медсестерського персоналу та широкої участі волонтерів.
5. Лікарня медико-соціальної допомоги - догляд та надання соціальної та паліативної допомоги хронічним хворим, мінімальне забезпечення діагностичним та лікувальним обладнанням, спеціально підготовленими медсестрами та соціальними працівниками.

Третинна (госпітальна, високотехнологічна) медична допомога надає лікарняні діагностичні та медичні послуги, які недоступні на рівні первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, та надається з використанням високотехнологічного та лікарняного обладнання напрямок вторинної (спеціалізованої) медичної служби. Клінічна база закладу вищої медичної допомоги передбачає його використання для проведення пріоритетних досліджень та переддипломної та післядипломної підготовки медичних працівників. Ознаки віднесення лікувально-профілактичних установ до закладів, які надають спеціалізовані медичні послуги.

1. Вторинна лікарська допомога - допомога, що надається людям із захворюваннями, які потребують спеціалізованих методів визначення стану пацієнта, лікування, реабілітації і використання комплексного медичного обладнання.
2. Вторинна медична допомога надається при амбулаторному та стаціонарному етапі спеціалізованими спеціалістами, у яких є необхідна кваліфікація в лікувально-профілактичних організаціях, обладнаних відносно до переліку обладнання, затвердженого МОЗ України.
3. Вторинна медична допомога надається лікувально-профілактичними установами, що мають акредитацію та наявність ліцензії на відповідну медичну та медичну діяльність, видану згідно законодавству України (форми власності не мають значення).
4. Об'єми вторинної медичної допомоги встановлюються медико-технологічними документами діагностики та лікування, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України. При відсутності медико-технологічного документу обсяг діагностичних та медичних послуг встановлюється медичними показниками відповідно до загальновизнаних підходів. Заклади вторинної медичної допомоги мають місцеві протоколи охорони здоров'я.

## Вторинна амбулаторно-поліклінічна медична допомога

1. Вторинна медична допомога населенню на амбулаторному та амбулаторному етапі здійснюється спеціалістами-спеціалістами поліклінік (консультацій) при лікарнях, включаючи дитячі, жіночі консультації, консультативно-діагностичні центри чи інші амбулаторно-поліклінічні заклади.
2. Вторинна амбулаторна медична допомога надається під керівництвом лікаря загальної практики / сімейної медицини, крім випадків, передбачених Міністерством охорони здоров'я України, коли пацієнт може самостійно звернутися до фахівця. Лікареві, який направив пацієнта на консультацію,

фахівець надає висновок, в якому вказуються обстеження та лікування, а також рекомендації щодо подальшого ведення пацієнта. Якщо пацієнт хоче отримати консультативно-діагностичну допомогу, вона надається фахівцем на платній основі.

3. При необхідності направлення хворого на стаціонарне лікування лікар-фахівець амбулаторії (відділення) видає направлення на госпіталізацію із зазначенням повного діагнозу та даних про лікування пацієнта, якщо такі є.

### Амбулаторна консультативно-діагностична допомога (спеціалізована допомога)

Амбулаторне консультування та діагностична допомога надається шляхом надання профілактичних, діагностичних та лікувальних послуг.

#### 1. Профілактичні послуги:

- проведення профілактичних оглядів окремих груп населення разом із спеціалістами первинної медико-санітарної допомоги;
- диспансерний нагляд окремих груп пацієнтів;
- профілактичні медичні заходи щодо попередження небезпечних для оточуючих, а також професійних захворювань;
- заходи відносно утворення здорового способу життя, включаючи профілактику поведінкових факторів ризику основних захворювань;
- скринінгові опитування населення.

#### 2. Діагностичні послуги:

- проведення лабораторних та інструментальних (функціональних) досліджень пацієнтів за медичними показаннями;
- експертиза тимчасової непрацездатності з видачею та продовженням листа про тимчасову непрацездатність.

#### 3. Медичні послуги:

- консультативний огляд у лікувально-профілактичному закладі;
- невідкладна допомога до виходу пацієнта з критичного стану та / або прибуття бригади швидкої допомоги;
- призначення пацієнту ліків за медичними показаннями;
- хірургічне втручання, яке не має необхідності в госпіталізації;
- медичні дії, не відповідні до виконання на первинному рівні;

- призначення фізіотерапії відносно медичних показань;
- виписка з рецептів, у тому числі для безоплатної / пільгової медичної допомоги;
- стаціонарна медична допомога хворим, що не мають потреби цілодобового медичного нагляду та лікування.

5. При наданні консультативно-діагностичної допомоги лікувально-профілактичні заклади повинні забезпечувати:

- якісна медична допомога відповідно до Протоколів;
- застосування методів профілактики, визначення стану пацієнта та лікування, і звісно лікувальних препаратів, затверджених МОЗ України;
- проведення заходів медичного характеру щодо профілактики, діагностики та лікування шкідливих для оточуючих, та професійних захворювань;
- надання громадянам інформації оперативного характеру та достовірної інформації про форми та види лікарняної допомоги;
- реалізація санітарно-епідеміологічних правил і норм, гігієнічних норм;
- розповсюдження інформації відносно здорового способу життя та гігієнічної підготовки населення;
- сумісна дія та послідовність з іншими установами охорони здоров'я;
- внесення первинної облікової документації, подання звітів за формами, видами в об'ємі, порядку та вчасно, за постановами МОЗ України;
- звітування відповідним державним органам про випадки інфекційних захворювань, отруєнь, психічних та поведінкових розладів, небезпечних для оточуючих;
- введення в практику новітніх методів профілактики, оцінки та лікування захворювань, рекомендованих МОЗ.

### Спеціалізована стаціонарна медична допомога

1. Кваліфікована медична допомога населенню в стаціонарних умовах надається під керівництвом фахівців первинної медико-санітарної допомоги, кваліфікованих спеціалістів, швидкої допомоги та у надзвичайних ситуаціях внутрішньою медициною.
2. Пацієнти госпіталізуються відповідно до спеціалізації відділення лікувально-профілактичного закладу.
3. Діти в межах до 3-х років, а також старші діти, які, на думку лікаря, потребують індивідуального догляду, госпіталізуються з матір'ю або іншими

особами. Особі, яка доглядає стаціонарну дитину, надається ліжко безкоштовно.

4. Після лікування в стаціонарі хворому видається виписний епікриз, де вказується весь клінічний діагноз, об'єм обстеження, лікування та рекомендації щодо подальшого лікування, відновлювального лікування, медичного обстеження та догляду за пацієнтом.

5. При необхідності предоставлення хворому стаціонарної медичної допомоги йому дають направлення до відповідного лікувально-профілактичного закладу вищого рівня медичної допомоги з виписковим епікризом у встановленому порядку.

6. У разі необхідності екстреної стаціонарної медичної допомоги пацієнт доставляється спеціальним транспортом, включаючи медичну авіацію, до відповідної лікарні у супроводі лікаря. У випадку стаціонарного пацієнта проводиться консультація із залученням відповідних спеціалістів району, а при необхідності і регіонального (державного) рівня, можливо, із застосуванням телемедичних технологій.

7. Перший керівник лікарні, що предоставляє стаціонарну допомогу, забезпечує організацію лікарні та надання найвищої якості медичних послуг населенню.

8. Лікарня, яка надає населенню вторинну спеціалізовану допомогу, забезпечує:

- стаціонарна допомога, лікарські необхідні засоби, в рамках Протоколів на вторинному рівні стаціонарної допомоги належно до профілю відділень (ліжок);
- постійне спілкування з медичними закладами, що практикують у сфері служби крові, судової медицини та патологічної анатомії, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, у галузі фармації, з науковими установами у галузі охорони здоров'я;
- безпечне перебування пацієнтів у лікарні;
- впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій на основі даних із доведеною ефективністю;
- раціональне використання матеріально-технічних, фінансових та людських ресурсів;
- облік та аналіз захворюваності; контроль та аналіз роботи персоналу та оцінка якості медичної допомоги; вивчення наслідків та віддалених результатів лікування;



- постійне вдосконалення професійних навичок медичних працівників;
- інформаційно-правовий супровід працівників лікарні, комп'ютеризація робочих місць;
- своєчасне повідомлення місцевих органів охорони здоров'я про випадки внутрішньолікарняної інфекції, аварій та надзвичайних ситуацій у встановленому порядку;
- організація та формівання гігієнічної поведінки та виховання населення, пропаганда здорового образу життя за допомогою ЗМІ;
- систематичне залучення фізичних та юридичних осіб до розробки та реалізації заходів відносно зменшення захворюваності та збільшення якості медичної допомоги.

9. Медичне обслуговування в хоспісі організується під безпосереднім наглядом лікаря. Стаціонарна паліативна допомога забезпечує кваліфіковане лікування та реабілітацію невиліковних пацієнтів під цілодобовим наглядом лікарів.

10. Показники до стаціонарного лікування невиліковних хворих до хоспісу:

- підтвердженими медичними документами наявності у хворого онкологічної, ниркової, печінкової, серцево-судинної, неврологічної чи іншої патології в термінальній стадії;
- потреба в кваліфікованому лікуванні пацієнта;
- потреба підбору підтримуючого знеболюючого, дезінтоксикаційного або іншого симптоматичного лікування для подальшого переведення пацієнта на амбулаторне лікування;
- необхідність організації консультативної, включаючи психотерапевтичну допомогу.

11. Медична допомога в лікарні для медсестер надається під керівництвом фельдшера та у випадках, коли немає необхідності в постійному медичному нагляді за пацієнтом у лікарні. Керівник медсестринської лікарні - магістр медсестер.

12. Показання до госпіталізації хворих до стаціонару:

- стан пацієнта, який має необхідність на далі лікування та реабілітації в стаціонарі, але без постійного медичного нагляду;
- у пацієнта є щось, що неможливо заблокувати (в лікарнях) при домашніх болях або інших синдромах;
- необхідність тривалих і частих вливань ліків;

- необхідність частих змін пов'язок, промивання ран та інших маніпуляцій;
- необхідність професійного догляду за хворими;
- наявність соціально-психологічних показань: стан депресії у невиліковного пацієнта, реактивний стан або конфліктна ситуація в сім'ї, відсутність житлових умов для догляду за пацієнтом.

## Розділ II.

### Аналіз людських ресурсів в галузі охорони здоров'я України

#### 2.1. Кадрові ресурси в системі охорони здоров'я

Використані аббревіатури:

- КНП(комунальні некомерційні підприємства).
- КРОЗ(кадрові ресурси охорони здоров'я).
- ЗОЗ(заклади охорони здоров'я).

#### Статистичний профіль медичних працівників

- Більшість лікарів та фельдшерів працює у закладах, які належать до бюджетного сектору, тобто перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України чи інших міністерств та відомств. Лише десята частина лікарів (переважно стоматологи та дерматовенерологи) та 4% медсестер працюють у приватних структурах за основним місцем роботи. Водночас протягом 2014–2018 років частка медичного персоналу в приватному секторі мала тенденцію до збільшення.
- Кадрова криза стосується переважно фельдшерів, а не лікарів. Щорічні темпи приросту медсестер переважно негативні. 2018 рік є переломним у динаміці медичного персоналу, оскільки темпи скорочення лікарів, медсестер, фельдшерів та акушерів прискорюються.
- Співвідношення кількості медсестер до лікарів в Україні має тенденцію до зменшення, зокрема через негативний темп зростання кількості медсестер, і є нижчим за середній європейський показник.
- Географічний розподіл щільності лікарів та медсестер нерівномірний. Низька щільність як лікарів, так і медсестер була зафіксована в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.
- У загальній структурі медичної допомоги є надлишок людських ресурсів для спеціалізованої допомоги. Четверо з п'яти лікарів -

спеціалісти. Частка спеціалістів вища за середньоєвропейську (4,5 спеціаліста на одного лікаря первинної ланки в Україні, 3: 1 в ЄС).

- Існує дисбаланс стаціонарних та амбулаторних посад. Лише третина штатних посад лікарів і близько чверті штатних посад медсестер належать амбулаторіям, решта посад - лікарням. В ЄС співвідношення стаціонарних та амбулаторних посад лікарів та медсестер є більш рівномірним (приблизно половина посад - у лікарнях).
- Кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів зростає в основному за рахунок перепідготовки дільничних лікарів та педіатрів. Співвідношення персоналу первинної та спеціалізованої медичної допомоги залишається стабільним.
- Чверть найчисленніших спеціальностей - акушери-гінекологи, лікарняні терапевти, хірурги, анестезіологи, неврологи, лікарні-педіатри, ортопеди-травматологи, рентгенологи, психіатри, офтальмологи та отоларингологи.
- Порівняно з ЄС, в Україні більше акушерів, гінекологів, хірургів, дерматологів та онкологів, але менше кардіологів, анестезіологів, рентгенологів та психіатрів.
- Динаміка щільності лікарів невідкладної допомоги та стоматологів у державному секторі охорони здоров'я здебільшого зменшується. Нещодавня динаміка щільності з 2014 року має позитивну тенденцію до зростання серед інтернів; у цей період щільність лаборантів та лікарів гігієнічної групи суттєво не змінюється.
- Гендерний дисбаланс характерний як для лікарів (дві третини - жінок), так і середнього медичного персоналу (понад 90% - жінок). Практика продовження роботи після досягнення пенсійного віку є поширеною серед медичного персоналу. Чверть лікарів та понад 10% медсестер - це працюючі пенсіонери. На початку 2019 року лише 5% лікарів та 12% фельдшерів працювали у сільській місцевості, хоча в сільській місцевості проживає в середньому близько третини населення. Розподіл медичного персоналу за статтю та типом поселення суттєво не змінився з 1993 року. Частка людей пенсійного віку серед лікарів та фельдшерів зросла до 2011 року, після чого вона стабілізувалась.
- Кадровий склад лікарів нижчий порівняно із середнім медичним персоналом (88% проти 92,6%). У той же час статистичні показники недоукомплектованості в сучасній, ще не повністю реформованій системі охорони здоров'я не є об'єктивним відображенням дефіциту медичних працівників, оскільки ця система планування штатів ТЕЦ (які не є ВНЗ) не забезпечує дозволити.
- Існує зворотна залежність між рівнем персоналу та коефіцієнтами суміщення робочих місць як у регіональному вимірі, так і за

спеціальністю. Це свідчить про те, що проблема недоукомплектованості персоналом часто вирішується внутрішньою комбінацією, а не залученням нових CROZ.

- Кадровий резерв студентів спеціальностей медицина та медсестринство є недостатнім для заміщення медичного персоналу пенсійного віку. Один абітурієнт до медичних університетів та академій має близько трьох лікарів пенсійного віку, а один абітурієнт на спеціальність «Медсестринство» - четверо працюючих пенсіонерів із середнього медичного персоналу. Протягом 2015–2018 рр. Щільність вступу на спеціальність «Медсестринство», яка включає програми підготовки медсестер, фельдшерів та акушерів, щороку зменшувалась. Серед студентів-медиків такої тенденції немає. Однак кількість запитів до медичних університетів (академій) та закладів післядипломної освіти на підтвердження документів про освіту зростає, що побічно свідчить про намір емігрувати за кордон.

### Освіта і професійний розвиток

- Кількість громадян України, які здобувають вищу медичну освіту за медичними спеціальностями, є незмінною протягом тривалого часу. З 2018 року спостерігається деяке скорочення кількості учнів через збільшення вимог до навчання, але це не є критичним для системи охорони здоров'я.
- В даний час умови ліцензування освітньої діяльності не мають конкретних вимог до медичної безкоштовної економічної освіти, що дозволяє установам готувати лікарів без міцної клінічної бази.
- Щороку зростає частка іноземних студентів, які здобувають вищу медичну освіту за медичними спеціальностями. У 2018 році загальна кількість іноземних абітурієнтів на основні медичні спеціальності («Стоматологія» та «Медицина») вперше перевищила кількість абітурієнтів - громадян України. Збільшення кількості іноземних студентів може становити ризик для якості навчання та джерелом конфлікту інтересів. Безкоштовні навчальні заклади мають потужну фінансову мотивацію утримувати контингент таких студентів, оскільки розмір вартості навчання для іноземних студентів у 3-5 разів перевищує вартість контрактної освіти для громадян України.
- Студенти спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація» - бюджетна форма навчання - громадяни України майже всі складають ліцензійний іспит. Нижчий рівень успіху серед студентів-контрактників - громадян України та іноземних студентів, особливо тих, хто навчався за російськомовними програмами.

- Найчастіше медсестри здобувають середню спеціальну освіту в медичних школах та коледжах і не продовжують навчання. В даний час вища освіта (рівень бакалавра та магістра) не є формальною вимогою для працевлаштування медсестрою.
- Одночасно в Україні поширюються програми підготовки медсестер на рівні повної вищої освіти (бакалаврської та магістерської).
- Основні прогалини у підготовці медичних сестер: відсутність політики відбору за спеціальністю «Медсестринство» (наприклад, встановлення порогового балу для прийому); невелика тривалість практичного навчання; обмежена можливість практикувати необхідні навички безпосередньо під час практики; Підготовка бакалаврів та магістрів медсестер зосереджена на підготовці спеціалістів для виконання управлінських функцій у закладах охорони здоров'я, а не на розширенні клінічних функціональних можливостей медсестер.
- Відсутні курси спеціалізації для випускників ступеня молодшого спеціаліста з працевлаштування у спеціалізованих та вузькоспеціалізованих службах закладів охорони здоров'я.
- Для випускників бакалаврських та магістерських спеціальностей немає спеціальностей.
- Основні виклики професійного розвитку українських лікарів: процедура стажування є досить бюрократичною, непрозорою та неефективною з точки зору мотивації персоналу; клінічну ординатуру слід перетворити на медичну, але нормативна база щодо початку резидентури ще не готова; нова система постійного професійного розвитку (щорічний набір балів за рахунок формальної чи неформальної освіти) не має гарантованого фінансування, витрати несуть лікарі; відсутні вимоги до постачальників та змісту навчальних програм, а також не сформована система запобігання фальсифікаціям при проходженні заходів підвищення кваліфікації.
- Очікується, що буде введена бальна система для всіх медичних працівників, але станом на червень 2019 року не було розроблено жодної нової процедури для медсестер. Не існує окремої процедури безперервного підвищення кваліфікації для менеджерів охорони здоров'я, якщо вони не є лікарями за фахом.

## Методи управління кадровими ресурсами в закладах охорони здоров'я

- Замість нормативного підходу згідно з Єдиною тарифною сіткою запроваджено контрактну систему оплати праці персоналу та посилено роль колективного договору, що визначає форми та системи оплати праці в закладах охорони здоров'я (ВНЗ) реорганізовані в комунальні

некомерційні підприємства в рамках медичної реформи. норми праці, розмір фінансових та нефінансових стимулів.

- Адміністративні методи управління персоналом у закладах охорони здоров'я закріплені в статуті ЗОЗ, положеннях про ЗОЗ та його структурних підрозділах, посадових інструкціях персоналу ТЕЦ та правилах внутрішнього трудового розпорядку. З 2019 року вперше було розмежовано повноваження та відповідальність за управління ЗОЗ: управління адміністративно-господарськими питаннями покладено на директора, управління процесом надання якісної медичної допомоги здійснює медичний директор. Практика стратегічного планування в ЗОЗ лише починає впроваджуватися.
- Посадові інструкції офіційно відображають питання кваліфікаційних вимог та компетенції медичних працівників (використовуються стандартні інструкції). Посадові інструкції обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медсестер. Перелік обов'язків окремих працівників може бути розширений шляхом делегування їм завдань, передбачених для різних груп складностей, однакових за складністю, виконання яких не вимагає іншої спеціальності чи кваліфікації.
- ЗОЗ не практикує регулярної формалізованої оцінки соціально-психологічного стану медичного персоналу, оцінки мотивації персоналу.

## Оцінка ефективності діяльності персоналу

- Бачення системи оцінки роботи персоналу суттєво відрізняється серед керівників ЗОЗ. Це призводить до незбалансованого підходу до оцінки персоналу, коли керівники зосереджуються виключно на клінічних результатах (охоплення послугами, смертність) або, навпаки, на фінансових та операційних показниках.
- У державному секторі сертифікація залишається основним інструментом оцінки ефективності діяльності лікарів та медсестер. Поза сертифікацією оцінка роботи персоналу не є систематичною і є результатом розслідування певних порушень / помилок, а не звичайною практикою.
- Показники якості медичної допомоги та ефективності діяльності лікарів, визначені національними нормативними актами чи правилами охорони здоров'я, часто не є конкретними та не піддаються вимірюванню і не мають чітких часових рамок. Переважає оцінка експертів, яка може бути досить суб'єктивною. Однією з основних причин відсутності КРЕ є обмеження системи збору даних, необхідних для вимірювання показників.

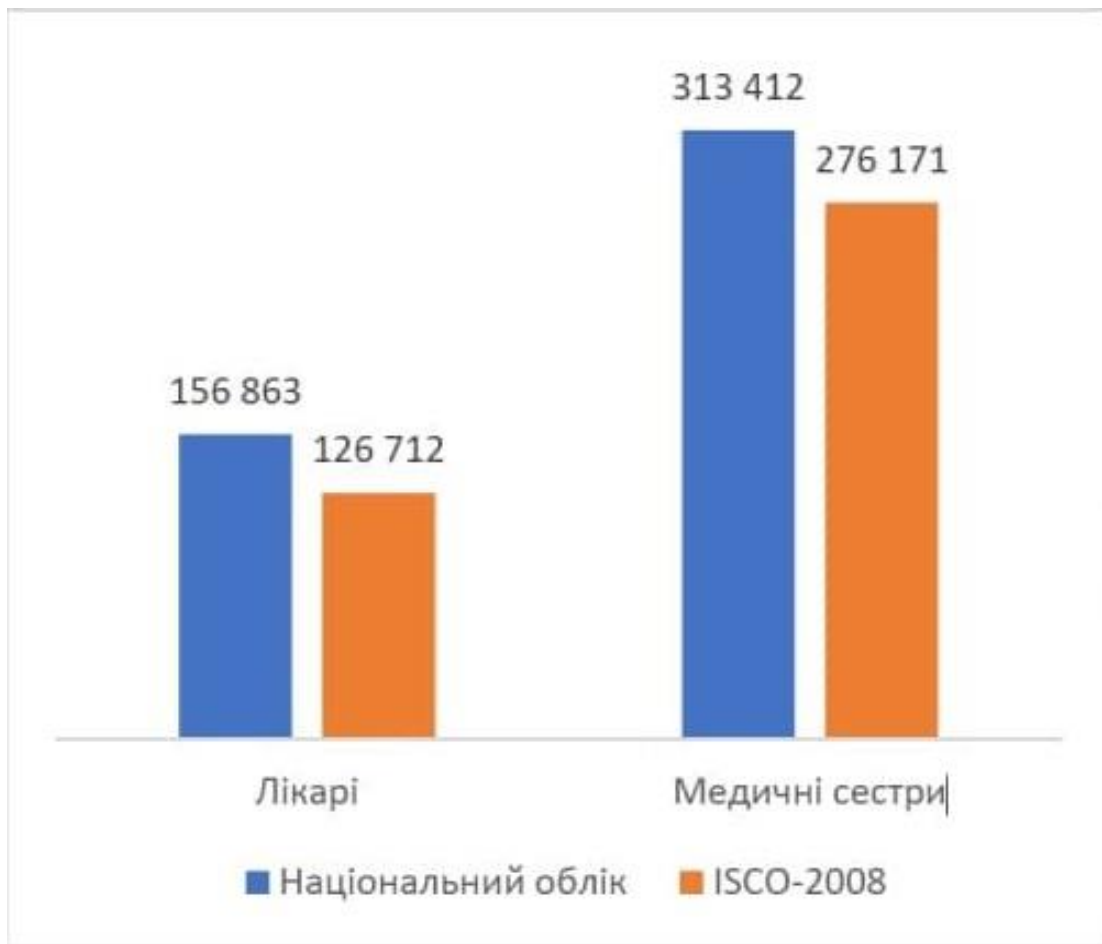
- В Україні не існує практики, коли результати оцінки КРІ персоналу, зокрема щодо якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів, є частиною публічної інформації.

## 2.2. Аналіз статистичного профіля медичних працівників

### Щільність і загальна динаміка змін

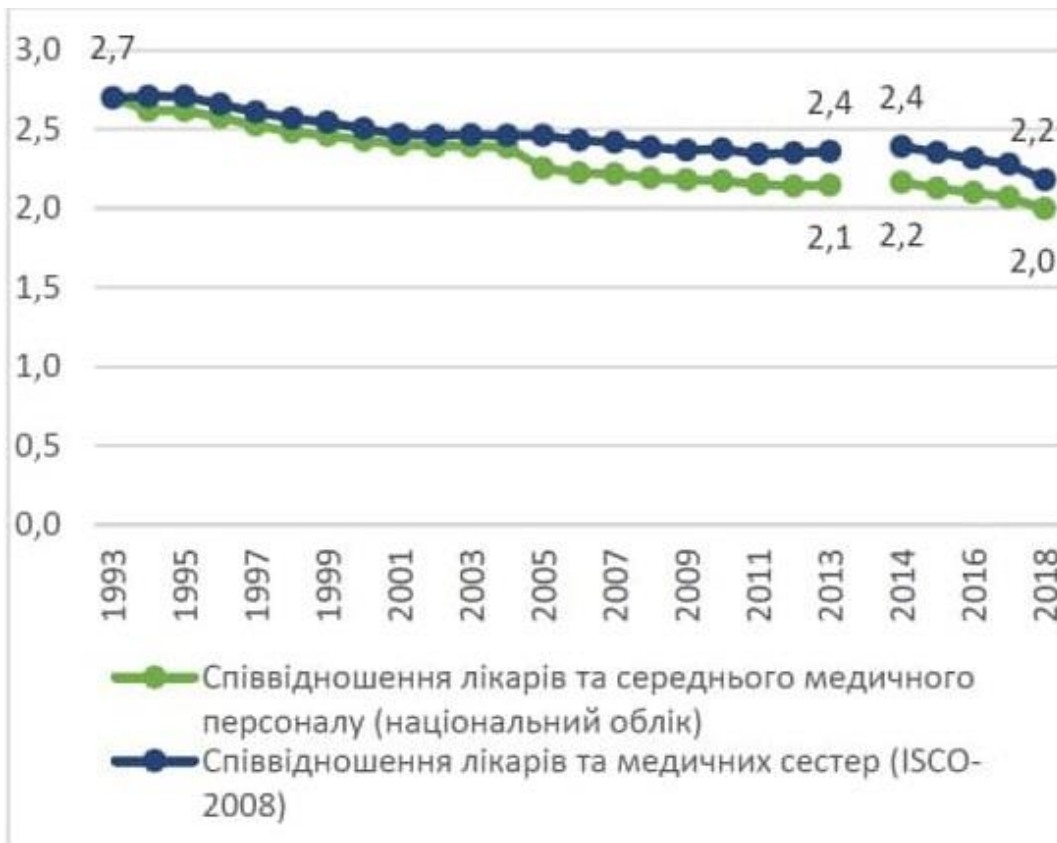
Аналіз кількості лікарів та медсестер, визначений відповідно до міжнародного бухгалтерського обліку (ISCO-2008) та згідно з національним обліком, показує значну різницю між цими показниками. Насправді національна оцінка абсолютної кількості лікарів на чверть (24%) перевищує аналогічну оцінку, отриману із застосуванням міжнародного стандарту розрахунку (рис. 2.2). Що стосується середнього медичного персоналу, то його абсолютна кількість на 13% перевищує кількість згідно з ISCO-2008.

Протягом 1993–2018 років співвідношення кількості медсестер та лікарів в Україні мало тенденцію до зменшення з 2,7 до 2,0 за міжнародним обліком та з 2,7 до 2,2 - за національним обліком (рис. 2.3). В ЄС середнє співвідношення медсестер до лікарів становить 2,4: 1 (станом на 2016 рік), що вище, ніж в Україні.



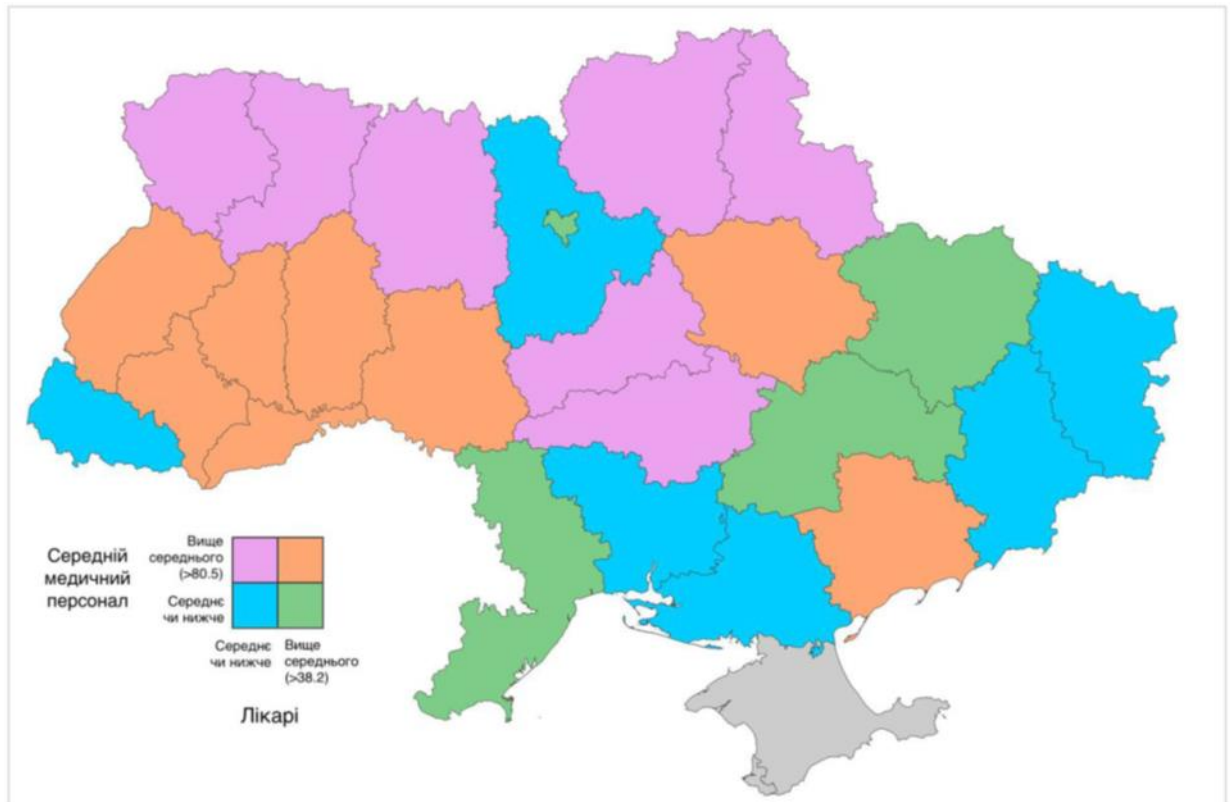
(Рис.2.2). Абсолютна кількість лікарів та медсестер національними та міжнародними, з урахуванням ЗОЗ державного сектору, 2018 рік.





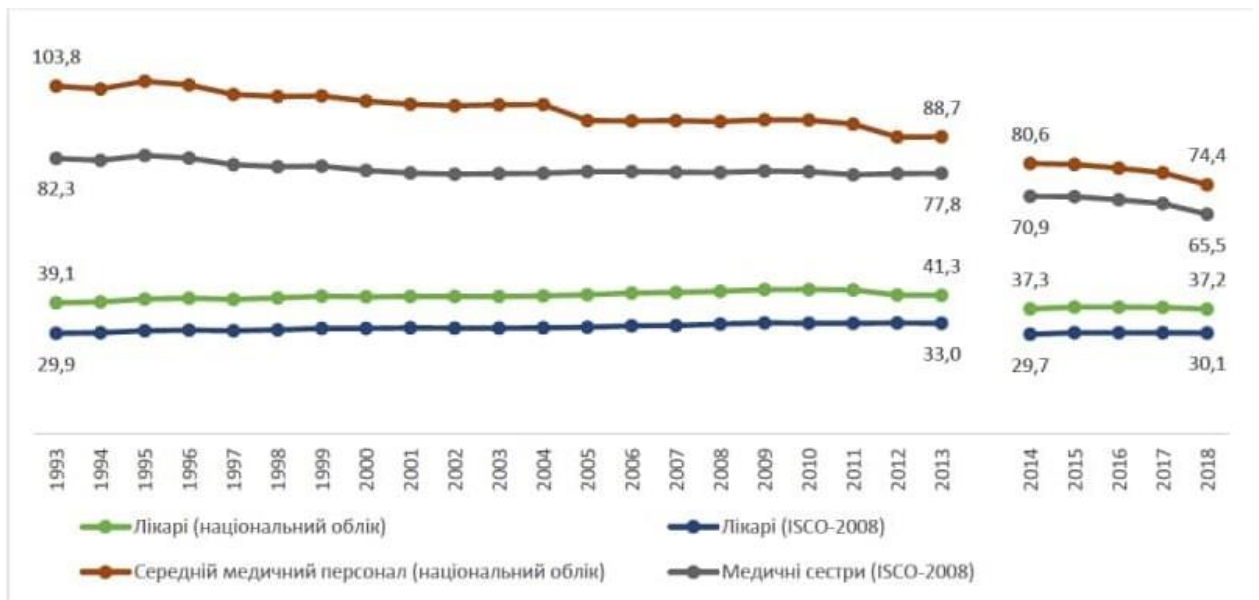
(Рис. 2.3). Динаміка співпраці між лікарями та медсестрами щодо національного та міжнародного обліку, охорони здоров'я державного сектору, 1993-2018.

На 1 січня 2019 року щільність лікарів становила 37,2 на 10 тис. Населення за національними записами та 30,1 на 10 тис. Населення - за міжнародними даними, а щільність фельдшерів становила 74,4 на 10 тис. Населення за національними даними та 65,5 на 10 тис. населення. - за даними міжнародного бухгалтерського обліку. У той же час висока щільність лікарів та фельдшерів спостерігається у західних (Львівська, Івано-Франківська, Чернівецька, Тернопільська, Хмельницька) областях, а також у Вінницькій, Полтавській та Запорізькій областях (рис. 2.4). Низька щільність як лікарів, так і медсестер була зафіксована в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.



(Рис. 2.4). Географічний розподіл щільності лікарів та фельдшерів за даними національної бухгалтерії, ЗОЗ державного сектору, 2018 рік, на 10 тис. Населення.

Щільність лікарів, як на національному, так і на міжнародному рівні, суттєво не змінюється, але щільність медсестер зменшується (рис. 2.5).



(Мал.2.5). Щільність лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993-2018 рр, на 10 тис. населення.

## Висновок

Національна оцінка щільності медичного та сестринського персоналу завищує обсяг медичних людських ресурсів, оскільки враховує категорії персоналу, які не враховуються при розрахунку кількості лікарів та медсестер відповідно до міжнародного стандарту ISCO -2008.

Загалом кадрова криза здебільшого стосується фельдшерів, а не лікарів. Щорічні темпи приросту медсестер переважно негативні. 2018 рік є переломним у динаміці медичного персоналу, оскільки темпи скорочення лікарів, медсестер, фельдшерів та акушерів прискорюються.

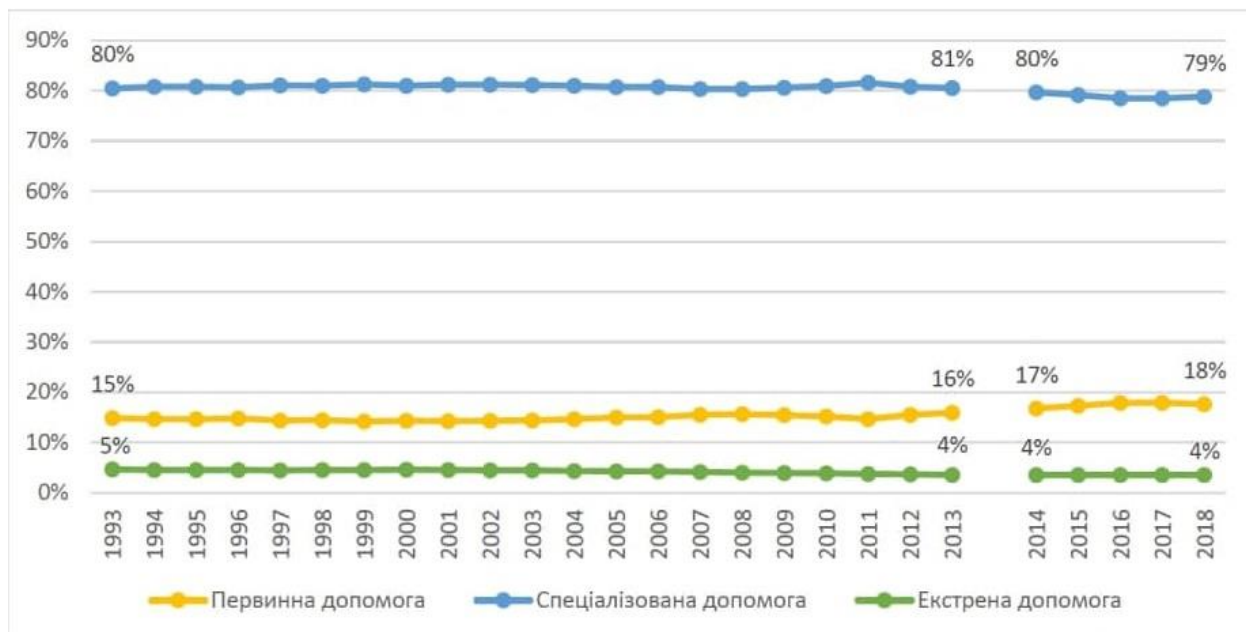
Співвідношення кількості медсестер до лікарів в Україні має тенденцію до зменшення, зокрема через негативні темпи зростання кількості медсестер, і є нижчим за європейський показник.

Географічний розподіл щільності лікарів та медсестер нерівномірний. Низька щільність як лікарів, так і медсестер була зафіксована в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.

## 2.3. Структура медичних працівників за рівнем допомоги та спеціальністю

На 1 січня 2019 року частка лікарів-спеціалістів становила 79%, первинної медичної допомоги - 18%, а невідкладної допомоги - 4% (рис. 2.6). Структура

лікарів за рівнем медичної допомоги майже не змінилася з 1993 р. Співвідношення лікарів первинної ланки та лікарів вторинної медичної допомоги у 1993 р. Становило 1: 5,4, а у 2018 р. - 1: 4,5. В ЄС цей показник становить 1: 3



(Рис. 2.6). Розподіл кількості лікарів за рівнями медичної допомоги, охорона здоров'я державного сектору, 1993-2018.

У 2018 році дві третини штатних лікарів (65,5%) належали лікарням, а третина (34,5%) - амбулаторіям. Більшість посад фельдшерів (77,5%) також повинні бути в лікарнях, а не в амбулаторіях (22,5%). Для порівняння: в ЄС у 2016 р. Ця розподілена посада була більш рівномірною: у лікарнях було 57% медичних посад та 48% медсестер.

У 2018 році серед акушерів 25% найчисленніших спеціальностей (четвертий квартиль) були акушери-гінекологи, госпітальні терапевти, хірурги, анестезіологи, неврологи, лікарняні педіатри, ортопеди-травматологи, рентгенологи, психіатри, офтальмологи та отоларингологи. Третій квартиль включає кардіологів, дерматологів, інфекціоністів, лікарів-ультразвуків, фтизіатрів, онкологів, дитячих неонатологів, урологів, ендокринологів та функціональних діагностиків. Другими за поширеністю квартилями є судові експерти, фізіотерапевти, наркологи, патологоанатоми, гастроентерологи, ендоскопісти, ревматологи (у тому числі дитячі кардіоревматологи), пульмонологи, нефрологи, спортивні лікарі та рентгенологи. Четверта частина найменш численних спеціальностей (перший квартиль) з щільністю <0,10 на 10 тис. Населення формують гематологи, трансфузіологи,

алергологи, проктологи, психотерапевти, імунологи, дієтологи, сексологи, токсикологи та санологи.

## Висновок

Відбувається дисбаланс стаціонарних та амбулаторних посад. Лише третина штатних посад лікарів та близько чверті штатних посад медсестер належать амбулаторіям, решта - лікарням. В ЄС співвідношення стаціонарних та амбулаторних посад лікарів та медсестер є більш рівномірним (приблизно половина посад - у лікарнях)

Кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів зростає головним чином за рахунок зменшення кількості дільничних терапевтів та педіатрів. Співвідношення персоналу первинної та спеціалізованої медичної допомоги залишається стабільним.

Серед спеціалістів спеціалізованої допомоги чверть найчисленніших спеціальностей - акушери-гінекологи, лікарняні терапевти, хірурги, анестезіологи, неврологи, лікарні-педіатри, ортопеди-травматологи, рентгенологи, психіатри, офтальмологи та отоларингологи. Порівняно з ЄС, в Україні більше акушерів, гінекологів, хірургів, дерматологів та онкологів, але менше кардіологів, анестезіологів, рентгенологів та психіатрів.

## 2.4. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я.

Управління персоналом (управління персоналом) - це систематичний та організаційний процес відтворення та ефективного використання персоналу.

Управління персоналом можна визначити як діяльність, спрямовану на досягнення найбільш ефективного використання працівників для досягнення бізнес-цілей та особистих цілей. Перші, традиційно, пов'язані із забезпеченням ефективності роботи підприємства. А ефективність іноді розуміють у вузькому розумінні - як отримання максимального прибутку. Однак все частіше ефективність розглядається не тільки в економічному плані - як ефективність, якість, продуктивність, інновації, прибуток, але і в більш широкому контексті і пов'язана з такими концепціями особистого, психологічного плану, як задоволеність працівника своєю роботою, участь у робочій силі підприємств, високий рівень самооцінки колективу, мотивація персоналу до ефективної роботи.

Управління персоналу має 4 рівні:

1. Оперативний — домінує кадрова робота.
2. Тактичний — домінує, власне, управління персоналом.
3. Стратегічний — домінує управління людськими ресурсами.
4. Політичний — домінує робота по розробці кадрової політики.

Основна роль в організації закладів охорони здоров'я належить медичному працівнику, тому управління розвитком людських ресурсів є головним завданням менеджерів з управління персоналом у цій галузі. Традиційний підхід до управління персоналом у цій галузі не дає бажаного результату, а іноді призводить до застою або дезорганізації в структурі управління. Враховуючи те, що поточне державне фінансування розвитку охорони здоров'я є недостатнім, ефективно мобілізувати приховані можливості в системі ефективного використання людських ресурсів порівняно з міжнародним досвідом, а саме досвідом ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), що доводить найбільшу ефективність реорганізації системи управління серед будь-яких інших організаційних змін для досягнення високої ефективності системи охорони здоров'я.

Перетворення економічного механізму медичної галузі передбачає зміни організаційно-правового статусу медичних закладів, форм власності, характеру відносин між учасниками ринку та фінансових потоків. Однак на практиці існує проблема неготовості управлінському персоналу використовувати інноваційні підходи та методи управління, спрямовані на пошук та розвиток перспективних ринкових ніш, формування конкурентних позицій медичних організацій. Медичний персонал галузі охорони здоров'я не має маркетингового мислення, без якого майже неможливо отримати конкурентні переваги в наданні медичних послуг та медичної організації загалом, тому сучасна система охорони здоров'я стикається з важкими перешкодами адаптації до ринкових умов, шляхом системної реорганізації та вдосконалення механізмів регулювання, а головне, реалізація концепції інтегрованого розвитку та управління медичним персоналом, від якої залежить реалізація системи.

### Постійний професійний розвиток лікарів

- Стажування осіб, які здобули ступінь магістра (спеціаліста), та атестація з послідуочим званням «спеціаліст» з певної медичної спеціальності. Після такої сертифікації людина отримує право працювати лікарем.
- Підвищення кваліфікації кожні п'ять років, протягом яких необхідно було набрати відповідну кількість навчальних балів: обов'язкова частина - 40 балів за навчання в передсертифікаційному циклі (ПАЦ), варіативна частина - 35-55 балів залежно від категорії (інші освітні заходи, конференції тощо). В результаті цього навчання - сертифікація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії.
- Факультативні шляхи професійного розвитку: аспірантура для майбутньої кар'єри медичного дослідника; навчання в ординатурі лікарні (два роки), яке забезпечує лікар середньої спеціалізації;

навчання за циклом спеціалізації, результатом якого є здобуття лікарем спеціалізації за спеціальністю, з якої не проводиться стажування. Звісно, що при зміні напрямку, чи навіть невеликого корегування, стратегії розвитку системи управління і функціонування, а саме системи охорони здоров'я, то такі зміни посприяють модифікації управління персоналом та оптимізації використання ресурсів.

## Висновок

Держава не встановила окремого порядку постійного підвищення кваліфікації для менеджерів охорони здоров'я. Вони можуть отримувати освітні послуги, брати участь у навчальних заходах на загальних ринкових умовах

При вивченні систем охорони здоров'я у глобальному контексті виникає багато загальних проблем та проблем з людськими ресурсами. Деякі з найбільш актуальних питань включають чисельність, склад та розподіл медичного персоналу, питання підготовки кадрів, міграцію медичних працівників, рівень економічного розвитку в певній країні та соціально-демографічні, географічні та культурні фактори.

Важливим питанням є навчання. Дуже важливо, щоб персонал враховував склад медичного персоналу як з точки зору категорій кваліфікації, так і рівня підготовки. Потрібні нові варіанти підготовки та перепідготовки медичних працівників, щоб забезпечити обізнаність та готовність робочої сили відповідати поточним та майбутнім потребам конкретної країни. Правильно навчений та компетентний персонал необхідний для успішної роботи системи охорони здоров'я.

## 2.5.Методи управління персоналом в охороні здоров'я

Використані аббревіатури:

- КНП(комунальні некомерційні підприємства).
- КРОЗ(кадрові ресурси охорони здоров'я).
- ЗОЗ(заклади охорони здоров'я).

Продуктивність системи охорони здоров'я в цілому та життєдіяльність окремих закладів значною мірою залежить від практики управління людськими ресурсами. Існує значна кількість методів управління персоналом, які традиційно поділяються на три групи за типом впливу:

а) економічний - система прийомів і методів впливу на виконавців через конкретне порівняння витрат і результатів;

б) адміністративний - реалізується з використанням організаційно-адміністративних методів безпосереднього впливу, які є директивними, обов'язковими;

в) соціально-психологічний - способи управлінського впливу на персонал для формування ставлення до праці та творчої діяльності.

Економічні методи впливу на персонал включають фінансові стимули та санкції. Основним мотиваційним фактором, як правило, є заробітна плата; Важливу роль відіграє і система виплат, надбавок, пільг тощо. Тривалий час Єдина тарифна сітка використовувалась у державних та муніципальних ЗГК, яка визначає єдині розміри заробітної плати, види доплат та надбавок. Крім того, існують нормативні акти, які визначають особливі умови оплати праці на рівні первинної та невідкладної допомоги, особливі умови оплати праці за роботу з певними захворюваннями (наприклад, ВІЛ та туберкульозом). Для медичних працівників, які працюють у сільській місцевості, ви можете отримати додаткові заохочення або пакети заохочень від місцевих органів влади.

Адміністративні методи тісно пов'язані з економічними та вводяться раніше економічних. На відміну від економічних методів, які базуються на економічних інтересах людей, адміністративні методи базуються на почутті обов'язку, дисциплінованості, розумінні можливості покарання. У ЗОЗ комунальної та державної форм власності є ряд внутрішніх документів, що визначають процес управління установою в цілому та персоналом:

- Статут ЗОЗ - це перший правовий документ, який визначає мету та основні завдання закладу охорони здоров'я, затверджений власником (відповідним органом або органом з відповідними привілеگیями). Статут містить ключові положення щодо управління ЗОЗ: інформація про органи управління, їх повноваження, організаційну структуру, а також обов'язковий розділ про повноваження робочої сили
- Положення про ЗОЗ та його структурні підрозділи є нормативним документом, виданим органом влади - власником ЗОЗ або керівником установи. Окрім мети та функцій установи, Положення містить також розділи про управління, організаційну структуру, контроль діяльності, що є основою адміністративних процедур управління персоналом. Існують типові правила для різних закладів охорони здоров'я.
- Керівництво закладом охорони здоров'я включає керівні посади та / або органи управління закладом охорони здоров'я. Традиційно закладом охорони здоров'я керував головний лікар, але з 2019 року повноваження та відповідальність за управління ЗОЗ були розділені: управління адміністративно-господарськими питаннями покладено на



директора, а управління якісною медичною допомогою - медичний директор. Директор ЗОЗ відповідає за організацію роботи та взаємодію всіх структурних підрозділів, найм персоналу; медичний директор відповідає за професійний розвиток персоналу, внутрішню та зовнішню координацію відділів. Нововведення встановлює кваліфікаційні вимоги до освіти тих, хто претендуватиме на ці посади: з 2022 року однією з обов'язкових вимог буде вища освіта в галузі управління.

- Посадова інструкція персоналу ЗОЗ - документ, що визначає організаційно-правовий статус працівника в структурному підрозділі та умови його ефективної роботи. Посадові інструкції базуються насамперед на Національній класифікації професій та Довіднику з кваліфікацій професій, де визначені завдання та обов'язки, знання та кваліфікація працівника, а також положення колективного договору та внутрішніх положень ЗОЗ (таких як статuti, положення тощо). Посадові інструкції розробляються безпосередньо в ЗОЗ та затверджуються керівником або уповноваженою ним особою. Як правило, посадові інструкції може розробляти керівник структурного підрозділу, де працює особа, безпосередній керівник або представник кадрової служби.
- Правила внутрішнього трудового розпорядку є обов'язковим внутрішнім нормативним документом ЗОЗ, який регулює організацію праці та є частиною колективного договору. Правила встановлюють домовленість між роботодавцем та працівником щодо всіх важливих аспектів організації роботи в ЗОЗ, таких як тривалість робочого дня та робочого тижня, час початку та закінчення, перерви на відпочинок та харчування, заохочення, обов'язок працівників дотримуватися нормативних актів. акти про охорону праці, їх відповідальність за порушення. Стандартні правила процедури затверджені як галузеві.

Соціально-психологічні методи роботи допомагають визначити роль та місце робітника в колективі, визначити та підтримати керівників, забезпечити ефективну комунікацію, запобігти або вирішити конфлікти, що, в майбутньому, сприятиме нематеріальній мотивації робітника та результатам його роботи. Психологічні техніки управління використовуються для створення найбільш сприятливої психологічної атмосфери в колективі, такі методи, як правило, спрямовані на конкретну людину, її внутрішній світ, почуття, цінності, поведінку.

Заклади охорони здоров'я здійснюють певні види діяльності, які мають соціально-психологічну дію на колектив. Колективні(трудоі) договори містять засади про соціальний захист медичних робітників та створення

сприятливого психологічного впливу, таких як культурні, фізкультурно-оздоровчі заходи, покращення умов праці. Зазвичай, зміст та регулярність таких заходів визначаються індивідуально в кожному закладі по рішення керівництва або профспілок. Найпоширеніші заходи: визначення кращих працівників (подяка, нагорода, звання і т.д.), надання можливості брати участь у навчальних заходах, конференціях, семінарах, залучення працівників до керівництва закладу, прощовхування виступів медичних працівників у ЗМІ. В той же час не існує постійної формальної оцінки соціально-психологічного стану медичного персоналу, хоча існують дослідження відносно мотивації медичних працівників, результати яких опосередковано виділяють соціальні фактори і також психологічну атмосферу в закладах охорони здоров'я.

Перспективи управління талантами.

Підхід "управління талантами" став розповсюдженим у 1990-х роках після дослідження міжнародної консалтингової компанії Мак-Кінсі "Війна за таланти", хоча ідея формування та розвитку креативних здібностей співробітників, впровадження творчих стимулів поширювалася в різних бізнес-організаціях за кілька років до публікації. Розуміння та термінологія управління талантами все ще в розробці, особливо у сфері охорони здоров'я. У різних осередках підхід до менеджменту талантами переважно розглядається у двох системах координат: 1) здатність компанії залучати, утримувати та генерувати таланти; 2) процес управління "винятковими", талановитими працівниками. Управління талантами має декілька компонентів: пошук та набір талантів, управління відповідно до результатів, навчання та удосконалення талантів, управління винагородами та компенсаціями. Управління талантами не замінить управління людськими ресурсами, оскільки кількість талантів невелика (за даними досліджень – 3%-5%), але створення спеціальних умов та технологій для адміністрування талановитими робітниками дає організації досягти більших і кращих результатів у відповідно до стратегії.

Потрібно мати стратегічний план як основу для планування управління талантами. У той же час практика стратегічної підготовки в ЗОЗ лише починає впроваджуватися. Деякі ЗОЗ державного сектору України вже розробили документи, що містять призначення, мету та окремі фрагменти стратегічного плану, і навіть це не можна вважати стійкою практикою охорони здоров'я. При відсутності розуміння стратегії ЗОЗ важко визначити, на яких критичних позиціях важливо залучати таланти. Для реалізації управління талантами необхідно мати політику чи процедури, які чітко визначатимуть критерії «талант» відповідно до спектру діяльності, і навіть інструменти, анкети, шкали для вимірювання таланту. Подібні інструменти

існують для бізнес-структур, але в ЗОЗ не застосовуються. Для взаємодії з талановитими працівниками необхідно застосовувати спеціальні методи та технології, щоб їх професійне зростання могло бути швидшим та ефективнішим. Згідно з досвідом вітчизняних ЗОЗ, оцінка потреб та планування професійного зростання персоналу в даний час не є усталеною практикою. Не існує політики та процедур щодо винагороди та компенсації для талановитих співробітників.

Генерування талантів в організацію відбувається двома шляхами: «придбання» або «формування» талановитого спеціаліста. Муніципальні ЗОЗ практично не мають можливості "купувати" таланти, враховуючи багаторічну практику та стандарти оплати праці. Працівники та спеціалісти в галузі охорони здоров'я переважно йдуть на роботу в приватні ЗОЗ, але, швидше за все, це усвідомлена стратегія та логічний результат підвищення оплати праці та умов праці в приватних ЗОЗ. З переходом до нової моделі фінансування та створенням умов відповідних ринкових є підстави вважати, що менеджери будуть більш гнучко пропонувати цікаві та конкурентні умови талановитому працівникові. «Формування талантів» ще не ввійшла до практики як свідомо стратегія управління людськими ресурсами, але керівники державних закладів охорони здоров'я, наймаючи стажерів та молодих спеціалістів за розподілом, уважно дивляться на них, підтримуючи їхній ріст та просування відносно професії, коли це можливо.

## 2.6. Основні рекомендації щодо вдосконалення раціонального управління персоналом в галузі охорони здоров'я

Глобальні рекомендації щодо оптимізації ресурсів охорони здоров'я пропонують перерозподілити професійні обов'язки як спосіб подолання нестачі кадрових ресурсів для поліпшення доступу до медичної допомоги. Такий підхід забезпечує раціональний розподіл завдань між різними категоріями медичних працівників. Деякі функціональні обов'язки передаються від висококваліфікованих медичних працівників до більш низькокваліфікованих та менш кваліфікованих медичних працівників, де це доречно, з метою кращого використання наявних людських ресурсів. Слід зазначити, що перерозподіл обов'язків не вирішує проблему в необхідності збільшувати загальну кількість медичних працівників у разі їх нестачі, включаючи висококваліфікований персонал, такий як спеціалізовані лікарі. Перерозподіл відповідальності зазвичай розглядається як одне із втручань, поряд з іншими, яке включається до стратегії вирішення проблеми дефіциту людських ресурсів.

Дослідження первинної та спеціалізованої(вторинної) медичної допомоги в Україні показують, що фахівці часто виконують роботу, яка є частиною

функціональних обов'язків фельдшерів (наприклад, реєстрація направлення на дослідження та стаціонарне лікування або виконання певних лікувально-діагностичних процесів). Здебільшого це пов'язано з нестачею медсестер. Зворотна взаємодія, коли медсестри виконують частину «традиційних» медичних функцій, є скоріше винятком. Загальноприйнятим підходом є те, що лікарі та медсестри мають чіткий розподіл функцій, і медсестри не можуть виконувати функції лікарів, оскільки не мають відповідної освіти або навичок. Однак перерозподіл обов'язків за роботу з документацією сприймається більш позитивно, існує неформальна практика перерозподілу цих обов'язків між лікарем та медсестрою.

Значний час, витрачений на заповнення документації, впливає на якість медичного обслуговування, включаючи можливість проведення більш детальних опитувань або приділення більше часу профілактичній роботі. Впровадження електронної звітності скорочує час, витрачений на ведення діловодства, але не вирішує проблему відсутності особистої взаємодії з пацієнтом. Недавні дослідження у США показали, що лікарі загальної практики проводять більше часу за комп'ютером пацієнта з електронною картою пацієнта, чим у прямому контакті з ним, що відображається на якості надання послуги. В Україні таке становище ще більше ускладнюється переважанням паперової звітності. Лікарі спеціалісти більшу частину амбулаторного візиту змушені дивитись на паперові форми, а не на пацієнта. В випадку з однієї приватної лікарнею Києва запроваджено цікаву практику, коли медсестра веде всю медичну документацію, яка заповнюється під час контакту з пацієнтом, а лікар оглядає та збирає анамнез, працюючи "віч-на-віч" з хворим.

### Сумісництво та подвійна практика.

Різні причини можуть спонукати медичних працівників подвоїти практику в різних закладах або в одній установі; серед різних мотивів можна виділити - розрив проміж очікуванням доходу та заробітної плати, несприятливі умови праці. Однак поєднання посад може бути фактором ризику перевтоми.

В нашій державі комбінація медичного персоналу в установі (поєднання кількох посад) та комбінації посад у різних закладах є допустимі законом, якщо працівники працюють відповідну кількість годин, фіксованим ЕПЗ (еквівалент повного робочого дня). Раніше працівник повинен був надати довідку про робочий час за основним місцем роботи під час реєстрації на роботу за сумісництвом; це було необхідно для контролюючих та ревізійних органів, щоб переконатися, що працівник працює неповний робочий день поза робочим часом. В даний час це не відображено в нормативних актах, але залишається розповсюдженою практикою у випадку поєднання в державних та приватних секторах.

Внутрішня комбінація є поширеною у багатьох ЗОЗ державного сектору. Таким чином закриваються вакансії, на яких неможливо знайти нового працівника, а нинішній персонал отримує можливість підзаробити. Лікарі частіше практикують сумісництво, особливо зовнішнє, ніж медсестри. Згідно з дослідженням Світового банку, в середньому приблизно одна третя лікарів комбінують кілька робочих місць, переважно надаючи консультації у державних та приватних закладах охорони здоров'я.

За результатами співбесід експертів з головними лікарями установ державного сектору, управлінці найчастіше інформуються про те, які медичні працівники мають додаткову роботу в інших закладах. Однак для таких випадків не існує системи моніторингу навантаження. Також немає досліджень щодо того, наскільки комбінаційна практика лікарів та медсестер в державі впливає на розмір роботи, якість надання послуг чи стан задоволеності хворих чи мотивацію персоналу.

Державні та приватні ЗОЗ по-різному ставляться до подвійної(комбінованої) практики. Управлінці державних ЗОЗ розглядають роботу за сумісництвом як на примусову практику, метод збільшення доходів. У приватних клініках робота за сумісництвом - це більше інструмент для раціоналізації робочого часу та метод утримання спеціалізованих фахівців. Керівники приватних установ твердять, що зовнішнє поєднання забезпечує більш гнучкий перерозподіл персоналу у разі необхідності заміни.

Благополучний розвиток будь-якої галузі людської діяльності не може бути без управління, тобто системного процесу використання ресурсів для досягнення певної цілі. Основним ресурсом кожної організації є люди (персонал, кадри), оскільки саме вони рухають решту всіх ресурсів. Отже, мистецтво управління - це вміння організовувати певні види діяльності, оптимально використовуючи людський потенціал.

У структурі охорони здоров'я надзвичайно важлива роль відводиться безпосередньо медичному робітникові, тому керування розвитком людських ресурсів визнано пріоритетним завданням управління в сфері охорони здоров'я.

Управління персоналом включає три взаємопов'язані фрагменти:

- планування;
- навчання;
- використання кадрів.

Умови продуктивного управління персоналом

- Однією з умов успішного керування людськими ресурсами є взаємозалежна діяльність таких фрагментів: планування розвитку людських ресурсів - як на численність, так і на якість - не матиме сенсу, якщо система підготовки та розвитку медичних працівників не зможе забезпечити обидва ці аспекти. У той же час навчений медичний персонал повинен знайти практичне застосування відповідно до своєї професійної кваліфікації.
- Другою передумовою ефективного управління персоналом є реалізація концепції комплексного розвитку медичного персоналу та самої системи охорони здоров'я.

Управління людськими ресурсами стає найбільш ефективним, якщо основним принципом є економічна ефективність керівних рішень.

Економічна модель конкуруючих ринків у галузі охорони здоров'я - це система функціонування трьох взаємопов'язаних ринків:

- ринок медичних послуг, який визначає число різних видів медичних послуг, що використовуються населенням, та ціни на них;
- ринок медичного персоналу, який визначає кількість категорій працюючого персоналу та рівень їх заробітної плати;
- ринок медичної освіти, який пропонує кількість випускників кожного типу персоналу та вартість навчання.

На зміни попиту та пропозиції на ринках впливає політика охорони здоров'я та економіки в цілому, зміни соціальних та демографічних факторів. Зміни в політиці охорони здоров'я, що зачіпають інтереси одного ринку, неминуче призводять до змін на других ринках - і не лише в секторі охорони здоров'я. Тому, розробляючи політику розвитку медичного персоналу, необхідно заздалегідь дати оцінку всім прямим та непрямим наслідкам для системи від реалізації цієї політики.

Управління медичним персоналом - це органічна частина управління системою охорони здоров'я в цілому, підпорядкована однаковим цілям і спрямована на їх досягнення за допомогою конкретної діяльності медичних кадрів.

Управління людськими ресурсами - це неперервний динамічний процес керування людськими ресурсами, місією якого є оптимальне розгортання та використання ресурсів на основі кращого планування, відбору, вдосконалення, розподілу персоналу, мотивації та регулярного об'єктивного контролю та оцінки роботи.

Користування сучасних інформаційних технологій.

Інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) є невідривною частиною сучасної високоякісної системи охорони здоров'я - eHealth. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає електронне здоров'я як результативне та безпечне використання ІКТ для підтримки охорони здоров'я та пов'язаних з ним областей охорони здоров'я, включаючи охорону здоров'я, нагляд за здоров'ям, публікації, освіту, знання та дослідження. Електронне здоров'я включає такі компоненти: політика, нормативні акти, телемедицина, цифрові медичні нотатки, дистанційне навчання, мобільне медичне обслуговування, соціальні медіа та великі дані.

Згідно до профілю України в Атласі -2015135, електронного охорони здоров'я, країна проводить національну політику щодо електронного охорони здоров'я та інформаційної системи охорони здоров'я з 2012 року. Загалом процес інформатизації держави продовжується більше 20 років, з часу незалежності, коли було прийнято Національну програму інформатизації та Основні принципи формування інформаційної культури суспільства на 2007-2015 роки. Ці стратегії формулюють напрямок розвитку ІКТ у всіх галузях, включно охорону здоров'я, що передбачає як підвищення технологічного рівня сфери охорони здоров'я, так і забезпечення підготовки медичних робітників до роботи з ІКТ. Концепція інформатизації сектору охорони здоров'я України на період 2013-2018 років передбачала формування єдиного інформаційного простору для охорони здоров'я, що включає завдання з логістики захисту інформації та зміцнення людських ресурсів. В рамках освіти медичного персоналу планувалось реорганізувати систему професійної підготовки та перепідготовки медичних працівників, розробити та впровадити нові навчальні програми з медичної інформатики, щоб висококваліфікований персонал, здатний використовувати сучасні ІКТ у своїй роботі, працював в охороні здоров'я.

Хоча конституційна база в Україні відносно ІКТ у галузі охорони здоров'я існує вже не мало років, дійсний рівень впровадження сучасних технологій у практику медичних працівників все ще залишається низьким. Використання ІКТ залежить від двох основних факторів: наявності у медичного персоналу засобів ІКТ (таких як комп'ютер, доступ до Інтернету, інші мобільні пристрої) та рівня його знань та вмінь використання ІКТ.

Ступінь комп'ютеризації ЗОЗ залишається надзвичайно низьким. У 2015 році, до реформування системи фінансування первинної медичної допомоги, лише 3% лікарів первинної медичної допомоги були забезпечені комп'ютерами, а забезпеченість комп'ютеризації структурних підрозділів вторинної та третинної медичної допомоги становив відповідно 6% та 18%. Переважна більшість комп'ютерів, обладнаних середніми та вищими закладами охорони здоров'я, мали вихід до Інтернету (87,5% та 94% відповідно), у той час як на

первинному рівні - всього 10% закладів. В рамках реформи системи фінансування охорони здоров'я стан щодо комп'ютеризації закладів первинної медичної допомоги змінилася: обов'язковою вимогою до укладення угоди про заклад охорони здоров'я з НСЗУ є наявність комп'ютерного обладнання з вихідом до Інтернету для кожного персоналу. робоче місце. За даними Національної служби здоров'я України станом на 1 квітня 2019 року 92% робочих місць лікарів у медичних закладах, за якими працює контракт, було комп'ютеризовано.

Враховуючи, що глобальне розширення комп'ютеризації робочих місць спеціалістів відбувається в останні місяці і переважно на первинному рівні, логічно з'ясувати, як медичні робітники здатні користуватися існуючою комп'ютерною технікою як на основному рівні, так і для роботи зі спеціальним програмним забезпеченням.

Згідно з профілем України в e-Health Atlas-2015, значна більшість медичного персоналу пройшла навчання в галузі eHealth (74% студентів-медиків та 77% медичних робітників на підвищення кваліфікації), хоча інформації про зміст навчання та його ефективність немає. Є оповіщення про тенденцію на базові курси для медичних працівників з використання комп'ютерів та базових програм.

## Висновки

Навіть якщо законодавча база в Україні щодо ІКТ у галузі охорони здоров'я існує вже багато років, дійсний рівень впровадження таких технологій у практику медичних працівників все ще залишається низьким через недостатню комп'ютеризацію закладів охорони здоров'я. В рамках реформи системи фінансування охорони здоров'я ситуація з комп'ютеризацією закладів первинної медичної допомоги покращилася (за даними Національної каси медичного страхування, близько 90% робочих місць лікарів первинної ланки забезпечені комп'ютерами / ноутбуками з Доступ в інтернет). У той же час серед медичних працівників відсутні дані про рівень знань та навичок користування комп'ютерами та базовими програмами.

## Розділ III

### Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я та ймовірні прогнози роботи на 2021

#### 3.1. Політика управління адміністрації медичного закладу КНП «Конотопської центральної районної лікарні ім.академіка Михайла Давидова»



Відповідно до статті 2 Закону України «Про охорону праці» стосовно сфери дії закону, вирішено, що цей Закон розповсюджується на всіх юридичних та фізичних осіб, які будуть використовувати найману працю відповідно до закону, та на всіх працівників.

Адміністрація кожної установи, відповідно до статті 2 Закону України, повинна керуватися статтею 88 Закону України. Умови роботи, які необхідно враховувати при розробці виробничих стандартів (норм часу) та стандартів обслуговування.

Норми виробництва (норми часу) та стандарти обслуговування визначаються на основі нормальних умов праці, які зазначаються нижче:

- 1) хороший стан машин, машин і приладів;
- 2) належної якості матеріалів та інструментів, потрібних для виконання робіт, та своєчасного їх подання;
- 3) своєчасне постачання електроенергії, газу та інших джерел енергії;
- 4) своєчасне надання технічної документації;
- 5) благоприйнятні та безпечні умови роботи (дотримання норм та правил техніки безпеки, необхідного освітлення, опалення, вентиляції, усунення шкідливого впливу шуму, випромінювання, вібрації, а також інших причин, що негативно впливають на здоров'я працівників тощо).

Відповідно до статті 88 Закону України адміністрація зобов'язана:

- належним чином координувати роботу працівників так, щоб кожен працював за своєю спеціальністю та кваліфікацією, мав доручену йому роботу та вчасно до початку дорученої праці, був проінформований із завданням та забезпечений працею протягом усього трудового дня (зміни), відповідні інструменти, обладнання, нормативні запаси сировини, ліків, аксесуарів, медичних приладдя, інших ресурсів, необхідних для безперебійної та ритмічної роботи;
- обов'язково виконувати законодавство про працю та охорону праці, задовільняти виробничу дисципліну праці, безперервно проводячи організаційно-господарську та освітню роботу, направленою на її укріплення, усунення втрат трудового часу, раціональне використання людських ресурсів, формування стабільності робочої сили; приміняти дисциплінарні стягнення до порушників робочої дисципліни;
- поліпшити умови праці, забезпечити відповідне технічне обладнання робочих місць, створити умови праці, які відповідають правилам охорони

праці, техніки безпеки, санітарним нормам, за умови відповідного фінансування;

- створити умови для підтримки здоров'я населення, високого стану медичної допомоги, підвищення ефективності роботи шляхом впровадження сучасних досягнень науки, техніки та наукової організації праці, організувати вивчення та впровадження передових методів праці, раціональних форм поділу праці;
- всіляко розвивати форми організації та стимулювання праці; вживати заходів щодо підвищення ефективності роботи колективу, організовувати вивчення, розповсюдження та впровадження передових технік і методів роботи; предоставлення можливостей та створення умови для робітників для підвищення їхньої кваліфікаційної освіти;
- постійно інструктувати (навчати) працівників з питань охорони праці а також пожежної безпеки;
- здійснювати контроль рівня знань а також дотримання попиту охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії, гігієни праці, пожежної безпеки;
- вживання потрібних мір для попередження виробничих травм, професійних та інших захворювань;
- провести перевірку компетентності робочих місць та розробити заходи щодо поліпшення умов праці;
- забезпечити працівників пільгами та компенсаціями, передбаченими законодавством (скорочення робочого часу, додаткова відпустка, лікувально-профілактичне харчування);
- створити умови для відпочинку працівників;
- забезпечити відповідних робітників спецодягом, взуттям, іншими ЗІЗ відповідно до діючих норм та правових актів;
- видавати зарплату як встановлено законом та колективним договором;
- вести облік робочого часу;
- забезпечити систематичне вдосконалення професійних (виробничих) навичок робітників та рівень їх економічних та юридичних знань, створити необхідне середовище для поєднання роботи з навчанням на виробництві та в навчальних закладах;
- створити необхідні умови для виконання робочим колективом своїх повноважень, передбачених законом, колективним договором, сприяти створенню в колективі креативного ділового середовища, підтримувати та покращувати ініціативу та активність працівників, вчасно розглядати критичні зауваження та інформувати команду про вжиті міри;

Керівництву заборонено:

- потребувати від робітника виконання роботи, не зазначеної в роботі чи робочих інструкціях, трудовому договорі, крім випадків, залучення робітника до роботи в надзвичайних ситуаціях;
- потребувати від робітника роботи в небезпечному середовищі що загрожує його життю;
- відмовити в перегляду звернення працівника до адміністрації;

Керівництво виконує свої обов'язки відповідно до випадків, спільно або за погодженням з профспілковим колегіального органу лікарні, а також з урахуванням повноважень персоналу.

## Робочий час та його використання

Відповідно до статті 85 Закону України про охорону праці.

Нормативи праці - норми виробітку, часу, обслуговування, кількості - встановлюються для працівників відповідно до досягнутих рівнем оснащення, технології, організації виробництва та праці.

В умовах колективних форм організації та оплати праці можуть застосовуватися також зведені та комплексні норми.

Нормативи праці підлягають обов'язковій заміні на нові, як сертифікація та раціоналізація робочих місць, впровадження нового обладнання, технології та організаційно-технічні заходи, що підвищують продуктивність праці.

Досягнення високого рівня виробництва окремим працівником, колективом шляхом використання нових методів роботи та найкращих практик за власною ініціативою, вдосконалення власних робочих місць не є підставою для перегляду правил.

Тривалість робочого часу:

- встановлено 40-годинний робочий час для працівників адміністративного персоналу, бухгалтерсько-економічної служби, господарської служби, пральні, гаража, харчоблоку, а також для молодших медсестер служб та відділень лікарні (крім передбачених Кабінетом Міністрів ) № 163 від 21.02.2001)
- Для працівників відділення рентгенології: рентгенологи, радіологи та молодші медичні сестри встановлюють 30-годин робочого часу на тиждень.
- встановлено 36-годин робочого часу на сім днів для робітників усіх відділень клініко-діагностичної лабораторії, інфекційного відділення, протитуберкульозного сектору, дерматовенерологічного сектору,

наркологічного та психіатричного кабінетів консультативно-діагностичного поліклінічного відділення, профілактики СНІДу та центр управління.

- встановлено 38,5 годин робочого часу на тиждень для фахівців та молодших спеціалістів з медичною освітою консультативно-діагностичного поліклінічного відділення, терапевтичного, хірургічного, неврологічного, дитячого, акушерсько-гінекологічного, приймального, фізіотерапевтичного, стоматологічного відділень, анемологічних відділень для анемологічних відділень, центральна стерилізація, денний стаціонар.

Відповідно до ст. 61 Кодексу Законів про Працю України. На постійно діючих виробництвах, в установах, організаціях, а також у певних галузях, цехах, дільницях, офісах та деяких видах робіт, де умови виробництва (роботи) не можуть дотримуватися для цієї категорії працівників щоденно або щотижнево, дається право за узгодженням з виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником) підприємства, установи, організації введення зведеного обліку робочих годин з тим, щоб тривалість робочого часу за обліковий період не перевищувала нормальної кількості робочих годин.

### Стимулювання за успіхи у роботі

Для зразкового виконання обов'язків, досягнень відносно надавання медичної допомоги населенню, підвищення продуктивності праці та зростання якості праці, за тривалу та бездоганну роботу, інновацій та інших успіхів у роботі працівників лікарні рекомендується:

- оголошення подяки;
- нагородження дипломами з іншими відзнаками лікарні;
- премії працівникам на основі показників ефективності.

Заохочення проголошуються наказом в урочистій обстановці та вносяться до трудових книжок робітників.

Працівники, які успішно та сумлінно виконують свої обов'язки, забезпечуються насамперед пільгами та привілеями у сфері соціально-культурних та житлово-комунальних послуг. Таким працівникам також надається перевага в підвищенні.

За особливі заслуги заявки для працівників надсилаються до вищих органів для заохочення, нагородження їх орденами, медалями, дипломами, нагрудними знаками та присвоєння почесних звань та звання найкращого працівника в даній професії.

Відповідно до статті 1 Закону України про охорону праці встановлено такі положення:

Охорона праці - це система нормативних, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів та засобів, направлених на збереження життя, здоров'я та здатності людини працювати в ході трудової активності.

Роботодавець(підрядник) – це власник підприємства, установи, організації або уповноваженого ним органу, незалежно від форм володіння, виду діяльності, управління та фізичної особи, яка використовує найману працю.

Працівник(робітник) - особа, що працює на підприємстві, в організації, установі та дотримується обов'язків або функцій відповідно до трудового договору (контракту).

### Оплата роботи на підприємствах, в установах і організаціях

Оплата роботи робітників здійснюється відповідно до статті 97 Законів України, погодинної, відрядної чи іншої системи оплати праці. Оплата може виконуватися за результатами суб'єктивної та колективної праці.

Форми та процедура оплати праці, норми праці, ставки, тарифів, ставки, схеми заробітної плати, умови введення і розмір прибавок, доплат, премій, відзнак та інших заохочувальних, компенсаційних та гарантійних виплат встановлюються підприємствами, установами, організаціями самостійно в колективний договір з виконанням норм та гарантій, передбачених законом, загальними та галузевими (регіональними) угодами. Коли колективний договір на підприємстві, в установі, організації не було укладено, підрядник або уповноважений ним орган мусить узгодити ці питання з виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником), представляючи інтереси значної більшості робітників, а за його відсутності - з другим, уповноваженим на представництво органом трудового колективу.

Конкретні ставки тарифів (посадових окладів) та відрядних ставок для працівників, посадового заробітку працівникам, а також прибавок, доплат, премій та винагород встановлюються роботодавцем або уповноваженим органом(представником) з урахуванням вимог частини другої цієї статті.

Підрядчик або уповноважений ним орган чи особа не має права в односторонньому порядку приймати рішення про винагороду, що погіршують умови, встановлені законом, угодами, колективними договорами.

Оплата праці працівників здійснюється в першочерговому порядку. Усі інші виплати здійснюються власником або уповноваженим ним органом після виконання зобов'язань із оплати праці.

### 3.2. Основна характеристика та аналіз роботи медичної установи КНП «Конотопська центральна районна лікарня ім.академіка Михайла Давидова» м. Конотоп

м. Конотоп являється адміністративним центром госпітального дистрикту(округу), що складається: Конотопський район, Дубов'язівська ОТГ, Бочечківська ОТГ, Буринська ОТГ, Буринський район.

Охорона здоров'я міста Конотоп представлена двома лікувально-профілактичними закладами: комунальним некомерційним підприємством «Конотопська ЦРЛ імені академіка Михайла Давидова» та комунальним некомерційним підприємством «Конотопська міська лікарня».

До КНП "Конотопська ЦРЛ імені академіка Михайла Давидова" входять:

- стаціонарні сектори із кількістю 473 ліжка,
- лікувальний заклад для служб для дорослих, яка працює в пункті швидкої допомоги,
- поліклініка для обслуговування дітей,
- центр діагностики,
- стоматологія ,
- жіноча консультація (Prenatal care),
- наркологічна служба,
- протитуберкульозна служба,
- амбулаторія в селі Підліпне, ФАП в селі Калинівка.

За для приближення первинної медико-санітарної допомоги до жителів окремих районів міста у віддалених районах міста створені амбулаторії ЗПСМ. Амбулаторії сімейної медицини успішно працюють у мікрорайонах Порт та Житломасів.

Санітарно-епідеміологічне благополуччя міста забезпечують:

- Конотопське міськрайонне управління Держпродспоживслужби, яке знаходиться в Сумській обл.
- Конотопський міськрайонний відділ Державної установи "Сумський обласний лабораторний центр Державної санітарно-епідеміологічної служби України",
- Конотопський відокремлений підрозділ "Лабораторний центр залізничного транспорту" Державної санітарно-епідеміологічної служби України.

Заплановані завдання, що виконуються відділом відносно охорони праці вздовж 2018 року та 2019 року:

- 1) зроблено 39 перевірок закладів, установ та організацій на відповідність законодавству відповідно до охорони праці;

- 2) організовано навчання 14 посадових осіб закладів, установ та організацій з питань охорони праці;
- 3) Здійснено два семінари-наради відносно охорони праці та один семінар-тренінг для робітників ТОВ «Арматурний завод».
- 4) участь у семінарі області ті хто відповідають за охорону праці та безпеку роботи Навчально-методичного центру ПТО Сумської обл., як спікер на тему: «Основні атрибути розслідування нещасних випадків, які трапились з учнями впродовж навчального процесу »;
- 5) у квітні проведено конкурсний огляд на найкраще робоче місце серед підприємств міста;
- б) впродовж січня та лютого проводився конкурс дитячих малюнків «Охорона праці поглядом дітей»;
- 7) брав участь у живій трансляції на ТРК "Вежа" по питанню охорони праці на підприємстві та попередження виробничого травматизму;
- 8) взяв участь у Всеукраїнському проєкті «Охорона праці поглядами дітей», надіславши роботи до Управління Держпраці в Сумській обл.;
- 9) організовуються служби богу для загиблих на підприємстві;
- 10) експертиза частини «Охорона праці» та додатків до сорока договорів, поданих на реєстрацію до виконавчого комітету;
- 11) перевірено наявну документацію 7 підприємців з питань безпечної експлуатації розважальних об'єктів на території центрального парку;
- 12) відслідковувались 2025 звітів про нещасні випадки, що сталися з жителями міста;
- 13) брав участь у 9 засіданнях постійної комісії з розслідування виробничих аварій;
- 14) Надано 14 консультацій працівникам виробництв, установ та організацій, що знаходяться в місті з питань організації та оцінки навчання та умінь з охорони праці, організації системи управління охороною праці на виробництві, отримання дозволу на виконання робіт з підвищеним ризиком, розвитку колективного договору "охорона праці", розробка інструкцій з охорони праці;
- 15) увійшов у роботу спеціальної комісії з розслідування виробничої аварії з важкими наслідками та смертельної аварії;
- 16) організував та забезпечив виконання:
  - Розпорядовчий акт Кабміну України який стосується затвердження плану першочергових заходів відносно запобігання виробничому травматизму від 08.11.2007 р. №980-р;
  - рішення виконавчого комітету "Про стан дотримання законодавства про охорону праці на підприємствах комунальної власності" від 27.06.2017 №157;
  - розпорядження міського голови №71-ОД від 01.03.2017 "Про роботу міської ради з питань безпечного життя населення";
  - розпорядження міського голови №231-ОД від 17.07.2017 «Про створення постійна комісія з розслідування нещасних випадків не виробничого характеру »;

- розпорядження міського голови від 17.04.2018 №62-ОД "Про святкування Дня охорони праці в Конотопі".

Перший спеціалізований медичний заклад у Конотопі діяв із середини 1950-х років. Її засновником вважається асесор коледжу Микола Костянтинович Таравінов.

У 1867 р. Конотопська лікарня була передана Конотопському земству. 26 вересня 1867 р. Конотопське повітове земство вирішило побудувати Конотопську повітову земську лікарню за рахунок успадкованих коштів відомого мецената Максима Йосиповича Парпури.

11 жовтня 2013 року лікарня була названа на честь видатного хірурга Михайла Івановича Давидова.

Таблиця 2.1. – Планові показники роботи закладу КЗ «КОНОТОПСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ ІМ. АКАДЕМІКА МИХАЙЛА ДАВИДОВА»(2017-2018 рр.)

Показник	Одиниця виміру	Досягнут. рівень		Обласний показник 2017р.	Україна 2017р.	Запланований рівень на 2019р
		2017 р.	9 міс. 2018р			
Смертність населення	на 1000 нас.	12,49	9,08	16,0	13,5	12,4
Смертність населення в працездатному віці	на 1000 нас.відпов ідного віку	3,52	2,63	4,4	5,1	3,5
Кількість посад сімейних лікарів	штатн.посад на10 тис. нас.	2,7	2,8	4,1	3,49	2,8
Укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів	в %	77,0	78,4	75,8	73,2	78,0
Забезпеченість середнім медичними працівниками (фізичними особами)	на 10 тис. нас.	85,1	83,3	100,3	78,3	85,0



Питома вага атестованих лікарів від підлягаючих атестації на кінець звітного періоду	в %	94,0	60,9	100,0	2002р. 94,5	100,0
Питома вага атестованих середніх медпрацівників від підлягаючих атестації на кінець звітного року	в %	102,4	72,1	100,0	2002р. 86,8	100,0
Питома вага атестованих керівників органів і установ охорони здоров'я та їх заступників зі спеціальності управління охороною здоров'я від підлягаючих атестації на кінець звітного періоду.	в %	100,0	–	100,0	2002р. 95,8	100,0
Коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер	коєф. співвідн.	0,43	0,55	0,66	2003р. 1,9	0,5
Витрати бюджетних коштів з розрахунку на 1 жителя (з консолідованого бюджету області, міста)	в гривнях	1618,79	1220,33	1956,36	2006р. 304,3	1464,4
Залучено позабюджетних коштів з розрахунку на 1-го мешканця	в гривнях	143,23	76,57	138,58	2002р. 14,5	91,88

Таблиця 2.2. -Планові показники роботи стаціонарних відділень центральної районної лікарні (2017-2018 рр.)

Показник	Одиниця виміру	Досягнут. рівень		Обласний показник 2017р.	Україна 2017р.	Запланований рівень на 2019р
		2017 р.	9 міс. 2018р.			

Забезпеченість населення стаціонарними ліжками	на 10 тис. нас.	55,3	55,9	80,1	67,5	49,0
Виконання ліжко-днів	в %	97,8	98,3	-	-	100,0
Кількість днів роботи ліжка	в днях	328,8	247,8	321,8	320,9	340,0
Середній термін перебування хворого на ліжку	в днях	8,6	8,7	11,4	11,0	10,0
Рівень госпіталізації в стаціонарі	на 100	21,2	16,1	23,0	19,6	21,0
Летальність		1,3	1,3	1,08	1,3	-
Забезпеченість населення ліжками в денних стаціонарах	на 10 тис. нас.	17,0	17,1	21,0	19,3	-
Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік	на 10 тис. нас.	483,6	336,3	670,6	663,1	590,0

Таблиця 2.3. - Планові показники роботи кз «конотопська центральна районна лікарня ім. академіка михайла давидова» (2014-2015 рр.)

Показник	Одиниця виміру	Досягнут. рівень		Обласний показник 2014р.	Україна 2014р.	Запланований рівень на 2016р
		2014 р.	9 міс. 2015р			
Смертність населення	на 1000 нас.	10,27	7,38	17,2	14,7	11,1
Смертність населення в працездатному віці	на 1000 нас. відповідного віку	3,73	2,86	4,8	2013р. 4,9	3,7

Кількість посад сімейних лікарів	штатн.посад на 10 тис. нас.	3,54	3,52	3,3	2,89	3,6
Укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів	в %	76,8	75,2	72,5	71,1	78,0
Забезпеченість середнім медичними працівниками (фізичними особами)	на 10 тис. нас.	93,3	90,6	100,4	81,0	93,0
Питома вага атестованих лікарів від підлягаючих атестації на кінець звітного періоду	в %	81,1	32,1	100,0	2002р. 94,5	100,0
Питома вага атестованих середніх медпрацівників від підлягаючих атестації на кінець звітного року	в %	93,0	65,7	100,0	2002р. 86,8	100,0
Питома вага атестованих керівників органів і установ охорони здоров'я та їх заступників зі спеціальності управління охороною здоров'я від підлягаючих атестації на кінець звітного періоду.	в %	100,0	—	100,0	2002р. 95,8	100,0
Коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер	коеф. співвідн.	0,56	0,56	0,64	2003р. 1,9	0,56
Витрати бюджетних коштів з розрахунку на 1 жителя (з консолідованого бюджету області, міста)	в гривнях	825,7 4	666,2 8	1043,33	2006р. 304,3	888,4

Залучено позабюджетних коштів з розрахунку на 1-го мешканця	в гривнях	94,35	70,55	58,37	2002р. 14,5	94,07
---	-----------	-------	-------	-------	----------------	-------

Таблиця 2.4. - Планові показники роботи стаціонарних відділень центральної районної лікарні(2014-2015 рр.)

Показник	Одиниця виміру	Досягнут. рівень		Обласний показник 2014р.	Україна 2014р.	Запланований рівень на 2016р
		2014 р.	9 міс. 2015р.			
Забезпеченість населення стаціонарними ліжками	на 10 тис. нас.	38,8	56,5	86,8	71,9	56,5
Виконання ліжко-днів	в %	-	-	-	-	-
Кількість днів роботи ліжка	в днях	337,0	246,8	318,2	322,8	340,0
Середній термін перебування хворого на ліжку	в днях	9,9	9,7	12,0	11,59	10,0
Рівень госпіталізації в стаціонарі	на 100	20,3	14,8	23,1	20,0	20,0
Летальність		1,38	1,2	1,03	1,23	-
Забезпеченість населення ліжками в денних стаціонарах	на 10 тис. нас.	18,7	18,8	20,9	14,4	19,1
Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік	на 10 тис. нас.	574,0	411,1	698,3	601,0	575,0

Аналізуючи дані таблиць 1-4, можна прослідити зміни в роботі закладу в 2014-2015рр. та 2017-2018рр. відносно статистики області та України в цілому. Розглядаючи таблицю 1 та 3 можна спостерігати деякі зміни в рядку під назвою, забезпеченість середнім медичними працівниками (фізичними

особами), а саме, різниця між 2017р. та 2018р. складає 1,8%, що каже нам про меншу забезпеченість середніми працівниками. Також слід підкреслити значення різниці між 2014р. та 2015р. яка складає 2,7%. Якщо порівняти середні значення цих таблиць, то ми побачимо такі значення, 2017-2018 рр. має забезпечення 84,2%, а 2014-2015рр. – 91,95%. Відносно середнього персоналу, в процесі дослідження, робимо висновок, що починаючи з 2014 року кількість працівників зменшується.

Коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер за 2017-2018рр. становить 0,49% (середнє значення), за 2014-2015рр. становить 0,56%, в ході дослідження спостерігається зменшення спеціалізованого персоналу на 0,07% при середньому показнику.

Витрати бюджетних коштів з розрахунку на 1 жителя (з консолідованого бюджету області, міста 2017-2018рр. становить 1419,56 грн., 2014-2015рр. становить 746,01 грн., різниця становить 673,55 грн.

Середній термін перебування хворого на ліжку 2017-2018рр. становить 8,65 днів, 2014-2015рр. мало значення 9,8 днів. Спостерігаємо різницю в лікуванні в 1,15 дня.

Забезпеченість стаціонарними ліжками по району на 01.12.2019 року – 47,9 на 10 тис. населення, що у 1,5 рази вище нормативної, яка затверджена розпорядженням голови Сумської ОДА від 04.04.2016 № 163-ОД «Про затвердження нормативів забезпечення стаціонарними ліжками у розрахунку на 10 тисяч населення» (30,8 на 10 тис. населення). У 2019 році скорочено 70 ліжок по ЦРЛ.

У 2019 році скорочено 70 ліжок: по ЦРЛ – 48, по міській лікарні – 22. Відповідно до наказу МОЗ України від 26.01.2018 року № 148 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу» проводилось оснащення медичних закладів. В 2019 році Конотопською ЦРЛ придбано обладнання та предметів довгострокового користування на загальну суму 11182,4 тис. грн. (комп'ютерні комплекси, принтер матричний, лапароскоп гінекологічний, ендоскопічне обладнання для проведення урологічних втручань, бронхоскоп, стіл операційний, система рентгендіагностична, дефібрилятор, ендоскоп, мобільна рентгенівська система в комплекті із робочою системою). За січень-грудень 2019 року заклади профінансовано в обсязі 139,4 млн.грн. (96,7% від затвердженого), в т. ч. медикаментів - на суму 13,9 млн. грн. Для реформування лікарні на вторинному рівні, впровадження електронного документообліку, електронних рецептів, електронних лікарняних, електронних направлень до вузьких спеціалістів на дослідження обрана медична інформаційна система «Medstar», забезпечено комп'ютерами робочі місця спеціалістів первинної ланки.

На теперішній час КНП «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова» Конотопської міської ради має забезпеченість 400 ліжками з яких інфекційні ліжка - 75, ліжка в ІТ - 6, структурними підрозділами якої є 4 амбулаторії, всього лікарів - 189, молодший персонал 312, анестезіологи - 42, інфекціоністи, терапевти та педіатри - 18, апарати ШВЛ 9.

## Висновок

Звісно якщо подивитися на середній термін лікування, то висновок становиться очевидним, що ефективність лікування зросла. При тому що численність лікарів та середнього персоналу зменшувалась, а ціни на лікування зростали, то можна висунути припущення що навантаження на медичних працівників збільшилося. З однієї сторони зменшення тривалості лікування, а з іншої збільшення робочого навантаження на лікарів. Найліпший та найефективніший варіант вирішення проблеми, якщо розглядати майбутні перспективи та стратегічний розвиток, то це раціоналізація використання трудових ресурсів та оптимізація робочого навантаження.

Ефективність роботи Конотопської фізіотерапевтичної лікарні значною мірою залежить від здійснення правильної політики управління персоналом. При цьому головну роль відіграє мотиваційна політика, що дозволяє розкрити та спрямувати на кінцевий успіх трудовий, інтелектуальний і духовний потенціал працівників.

### 3.3 Сучасний стан Конотопської центральної районної лікарні, та ймовірні прогнози на 2021 рік.

Кількість захворювань в Сумській області – 33904 випадків.



(Мал. 3.7). Динаміка захворювань на COVID-19 в Сумській області.

Відповідно до інформації Конотопського міськрайонного відділення ДУ «Сумський обласний лабораторний центр МОЗ України» та КНП «Конотопська ЦРЛ ім.ак.М.Давидова» 09.12.2020 зафіксовано 27 нових підтверджених, в лабораторних умовах, випадків захворювань на COVID-19 у жителів м.Конотоп та 7 у жителів Конотопського району.

Вилікувались 56 жителі м.Конотоп та 14 жителі Конотопського району. Смертельних випадків в КНП «Конотопська ЦРЛ ім.ак.М.Давидова» по причині ускладнення, спричиненими захворюванням на COVID-19 за минулу день не зафіксовано.

В даний момент в м.Конотоп і Конотопському окрузі зафіксовано хворих на COVID-19 781 жителі: 602 жителі м.Конотоп та 179 жителі Конотопського округу.

На постійному лікуванні знаходяться 44 пацієнта на COVID-19 (у важкому стані – 4, середнього ступеню тяжкості – 40) включаючи:

– 38 пацієнтів м.Конотоп;

– 6 пацієнтів з Конотопського району (2 чол.с.Вязове, с.Бочечки, с.Тулушка, с.Вирівка, с.Соснівка).

На амбулаторному лікуванні перебувають 737 осіб, в тому числі:

- 564 хворих м.Конотоп,
- 173 хворих Конотопському району.

За весь час з початку епідемії (з березня 2020 року) зафіксованих випадків по м.Конотоп і Конотопському району – 1762 в т.ч.:

- 1405 в м.Конотоп,
- 357 в Конотопському районі.

Померли за весь період від початку епідемії (з березня 2020 р.) - 45 осіб: 34 жителі Конотопа, 11 жителів Конотопського району.

Всього одужали з початку епідемії (з березня 2020 року) – 825 осіб, з них: 671 мешканець м.Конотоп, 154 Конотопського району.

Згідно показниками МОЗ на сучасний стан, відносно аналітичної панелі Забезпеченість медичних закладів ресурсами для боротьби з COVID-19, можна побачити що забезпеченість Конотопської центральної районної лікарні ім. академіка Михайла Давидова на 09.04.2020 рік забезпечення засобами індивідуального захисту становить – 51,11%, забезпеченість обладнанням – 81,94%, забезпеченість персоналом – 91,67%. На сьогоднішній стан, а саме на 09.12.2020 рік, можемо спостерігати деякі зміни в цих показниках, а саме забезпеченість індивідуального захисту – 61,21% , забезпеченість обладнанням – 94,44%, забезпеченість персоналом – 81,67%.

Можна побачити що за останні вісім місяців відбулися відносні покращення в забезпеченні індивідуального захисту підвищення якого становить - 10,1%, та забезпечення обладнанням значення якого зросло на - 12,5%, але забезпеченість персоналом зменшилось на – 10%.

Сучасний стан охорони здоров'я в Україні який знаходиться під значним навантаженням реформації та боротьбі з COVID-19, потребує найліпшої організації та використанні трудових ресурсів. Зараз, з вище наведених даних, можемо спостерігати зниження забезпеченості персоналом закладу охорони здоров'я. Це може бути результат підвищення навантаження на персонал в зв'язку з ситуацією з COVID-19, та не достатньої мотивації працівників. Ці два чинники взаємно доповнюють один одного, але найбільша цінність становить збереження кадрових ресурсів для більш раціональної та ефективної роботи медичного закладу.



Щоб вирішити проблему мотивації та збереження продуктивної роботи закладів охорони здоров'я, було встановлено що фінансування підприємства виконується не за постатейним підрахунком витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами.

За період квітень-вересень середні витрати на місяць на зарплату до відрахування податків у закладах, які надають спеціалізовану(вторинну) медичну допомогу становлять:

- керівники закладів - 23,5 тис. грн;
- лікарі - майже 9 тис. грн;
- середній медперсонал - 7,5 тис. грн;
- молодший медперсонал - 6,1 тис. грн.

Згідно інформації державної служби статистики України, у лютому 2020 року середня заробітна плата медичних працівників був одним із найнижчих в країні – 7 471 грн (середня заробітна плата в Україні – 10 847 грн).

Згідно даних Інституту показників і оцінки здоров'я (ІНМЕ) на 20 січня 2021 року прогнозується максимальна нестача ліжок в ліканях України, а це значить максимальне навантаження на лікарні. Кількість людей які заражаються COVID-19 кожен день, включаючи тих, хто не пройшов тестування будуть збільшуватись до січня 2021 року, потім буде поступовий спад зараження.

При врахуванні вище показаних змін внесених реформуванням галузі, можна припустити деякі ймовірні прогнози що до показників роботи закладу на слідуючий рік відносно приведеної статистичної інформації.

Отже, згідно приведеної інформації можемо висуніти два сценарії розвитку медичної установи.

Перший сценарій: найбільш ймовірне навантаження, відносно сьогоденного положення КНП «Конотопської ЦРЛ ім.ак.М.Давидова», можна очікувати на початок 2021 року. Не повна укомплектованість закладу медичним персоналом та високі ціни на лікування хворих на COVID-19 ( За словами начальниці відділу «Пресслужба» Національної служби здоров'я Лілії Гудзь, вартість лікування пацієнта з коронавірусом обходиться приблизно у 20 тис. грн, а якщо хворий перебуває на інтенсивній терапії, ця сума може збільшитися до 40 тис. грн.). Слід очікувати погіршення роботи показників закладу: збільшення хворих; ймовірне збільшення тривалості лікування(зараз середня тривалість лікування інфікованих 14 днів); ймовірне збільшення летальності.

Другий сценарій: покращення які можна очікувати в найближчий час в Конотопській центральній районній лікарні ім. академіка Михайла Давидова: повна укомплектованість закладів охорони здоров'я медичним обладнанням, ймовірна укомплектованість на 2021 рік може сягнути до 100%, враховуючи 12,5% збільшення за термін періодом у вісім місяців. В зв'язку з підвищенням заробітної плати, що обіцяє реформування, та згідно прогнозу Міністерства Фінансів України, який обіцяє на 2021 рік збільшення ВВП на 3,8%, то можна очікувати збільшення матеріальної мотивації працівників. А також враховуючи бюджетний запит, поданий МОЗ на 2021 рік який передбачає, що зарплата лікаря наступного року має становити 23 тис. грн, середнього медперсоналу - 17 тис. грн, молодшого медперсоналу - 12 тис. грн. Такі зміни в свою чергу посприяють збільшенню ефективності закладу охорони здоров'я.

### Висновки до третього розділу

Спостерігаючи за роботою Конотопської центральної районної лікарні ім. академіка Михайла Давидова, можемо зробити висновок, що за останні роки медична установа зустрілась зі значними труднощами. А саме в період реформування галузі охорони здоров'я в Україні одночасне виникнення пандемії COVID-19, що в значній мірі посприяло на роботу закладу. Дослідження показали не підготовленість закладу до такого навантаження та не достатня матеріальна мотивація працівників закладу, що напряду сприяє його продуктивної та ефективної роботи. Причини які привели до не підготовленості закладу є некомпетентність керівників в сфері адміністрування закладом. Недостатність знань та досвіду, неефективне використання кадрових та інших ресурсів безпосередньо впливають на ефективність роботи закладу. Але враховуючі зміни які відбуваються, а саме реформування яке повинно посприяти підвищення кваліфікації в управлінні медичним закладом, найбільш важливу роль на даний час, відіграють саме керівники закладу, чії рішення впливають на розвиток медичного закладу і можуть привести до поліпшення чи погіршення його роботи.

## Висновки

Нинішнє неефективне використання людських ресурсів у галузі охорони здоров'я та нераціональне навантаження є наслідком того, що пацієнти не дотримуються алгоритму перенаправлення між різними рівнями медичної допомоги, значного часу, витраченого на ведення медичної документації та копіювання форм звітності.

У державних закладах охорони здоров'я аналіз робочого навантаження як правило відсутній або обробляється номінали робочих годин. Час складових робочого часу певних категорій медичних працівників у межах закладу

охорони здоров'я зараз є винятком, а не звичайною практикою управління навантаженням та оптимізації використання людських ресурсів.

Не планується тривалість амбулаторної консультації залежно від очікуваної мети візиту. Стандартна тривалість консультації (15 хвилин на пацієнта) є загальною для електронних черг.

Перерозподіл обов'язків між персоналом обмежений, і в спеціалізованих ЦОЗ існує неформальна практика. Хоча готовність медичного персоналу до набуття нових компетенцій висока, ставлення персоналу до передачі функціональних обов'язків неоднозначне через побоювання втратити частину зарплати при передачі функціональних можливостей або відсутність фінансових стимулів для виконання додаткових функцій.

Мета управління персоналом: постійно знаходити шляхи підвищення ефективності.

Ця мета досягається шляхом впровадження прогресивних форм організації праці та більш раціонального використання наявних трудових ресурсів

Як і будь-який процес управління, управління персоналом має циклічний характер.

Практичною основою цієї діяльності є:

- регулярна та об'єктивна інформація про склад та динаміку персоналу;
- опис робіт;
- підбір, розстановка персоналу;
- мотивація персоналу;
- формулювання цілей навчання впродовж життя та його організація;
- планування та організація кар'єри;
- регулярне оцінювання ефективності виконуваних робочих функцій

## Список використаних джерел

1. <https://moz.gov.ua/plan-reform>
2. <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
3. [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0\\_%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8\\_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F\\_%D0%B2\\_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96\\_%D0%B7\\_2016\\_%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%83](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0_%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F_%D0%B2_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96_%D0%B7_2016_%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%83)
4. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>
5. <https://prm.ua/verhovna-rada-uhvalila-medichnu-reformu/>
6. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
7. [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf?fbclid=IwAR0n1q4wGPlhuOxfWvRwb-RyHHcQD5x4IBRgXibqyuGXq4Ga-UiWjiJTdkc](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf?fbclid=IwAR0n1q4wGPlhuOxfWvRwb-RyHHcQD5x4IBRgXibqyuGXq4Ga-UiWjiJTdkc)
8. <https://www.umj.com.ua/article/164118/zakladi-vtorinnoi-i-tretinnoi-lanki-medichnoi-dopomogi-pochali-reyestratsiyu-u-sistemi-ehealth>
9. Соціологічна група «Рейтинг». Стан медичної сфери в Україні. Жовтень 2016. URL:  
[http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg\\_files/rg\\_report\\_healthcare\\_102016.pdf](http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_102016.pdf).
10. Соціологічна група «Рейтинг». Оцінка медичної сфери в Україні. Травень 2019. URL:  
[http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg\\_files/rg\\_report\\_healthcare\\_052019\\_press.pdf](http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_052019_press.pdf)
11. Наказ МОЗ України від 19.12.1997 № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів». URL:  
<https://ips.ligazakon.net/document/view/REG2454>
12. Номенклатура лікарських спеціальностей у 2019 р. нараховує 124 спеціальності (наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів»). URL:  
<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperernvogo-profesijnogo-rozvitku-likariv>
13. Boštjančič E and Slana Z (2018) The Role of Talent Management Comparing Medium-Sized and Large Companies – Major Challenges in Attracting and Retaining Talented Employees. *Front. Psychol.* 9:1750. URL: doi: 10.3389/fpsyg.2018.01750.
14. Шелков В.Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції / Український медичний часопис. 2009. № 2. С. 57–59

15. Ingram, T., & Glod, W. (2016). Talent Management in Healthcare Organizations – Qualitative Research Results. *Procedia Economics and Finance*, 39, 339–346
16. Наказ МОЗ України від 30.08.2010 № 734 «Про затвердження Примірного статуту закладу охорони здоров'я – комунального некомерційного підприємства та Примірного договору про надання медичних послуг». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0734282-10#o104>.
17. Закон України від 09.01.2007 № 537-V «Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/537-16>
18. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки. URL: [http://uacm.kharkov.ua/download/2013\\_10/148-154\\_Konzeptiya\\_10\\_sc\\_P.pdf](http://uacm.kharkov.ua/download/2013_10/148-154_Konzeptiya_10_sc_P.pdf).
19. <https://konotop-rada.gov.ua/2563-c/>
20. [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BF%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0\\_%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0\\_%D1%80%D0%B0%D0%B9%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0\\_%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8F](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BF%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0_%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0_%D1%80%D0%B0%D0%B9%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0_%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8F)
21. <https://crl-konotop.in.ua/plan-osnovnix-organizacijnix-zaxodiv-komunalnogo-nekomercijnogo-pidpriemstva-konotopsko%D1%97-misko%D1%97-radi-konotopska-centralna-rajonna-likarnya-im-akademika-mixajla-davidova-na-2019-rik.html>.
22. <https://zaxid.net/news/>
23. Соціологічна група «Рейтинг». Стан медичної сфери в Україні. Жовтень 2016. URL: [http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg\\_files/rg\\_report\\_healthcare\\_102016.pdf](http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_102016.pdf)
24. Номенклатура лікарських спеціальностей у 2019 р. нараховує 124 спеціальності (наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів»). URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperernvogo-profesijnogo-rozvitku-likariv>
25. Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017. 236 с.

26. Закон України від 09.01.2007 № 537-V «Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/537-16>.
27. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки. URL: [http://uacm.kharkov.ua/download/2013\\_10/148-154\\_Konzerziya\\_10\\_sc\\_P.pdf](http://uacm.kharkov.ua/download/2013_10/148-154_Konzerziya_10_sc_P.pdf)
28. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки. URL: [http://uacm.kharkov.ua/download/2013\\_10/148-154\\_Konzerziya\\_10\\_sc\\_P.pdf](http://uacm.kharkov.ua/download/2013_10/148-154_Konzerziya_10_sc_P.pdf).
29. Проект ПРООН і МОП щодо реформування Державної служби зайнятості. Державна служба зайнятості : веб-сайт. URL: <http://fpsu.org.ua/napryamki-diyalnosti> (дата звернення: 05.04.2020).
30. Всесвітній словник української мови. URL: <https://uk.worldwidedictionary.org/%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%B9>
31. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-XII від 19.11.1992 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
32. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
33. Грузева Т. С. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики «Здоров'я – 2020» / Т. С. Грузева // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3(1). – С. 25-33.
34. OCCUPATIONAL BAROMETER 2019: Summary Survey Report for Poland  
<https://wupkrakow.praca.gov.pl/documents/67976/8346673/Occupational%20Barometer%202019.%20Summary%20Survey%20Report%20for%20Poland/31bdceae-db3e-4e7c-ab42-80283a8419b0?t=1550665309293>
35. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text>
36. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
37. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994-2003-%D0%BF#Text>
38. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
39. <https://nszu.gov.ua/novini/transformaciya-finansuvannya-ohoroni-zdorovya-yaku-zarplatu-403>
40. <https://covid19.gov.ua/analitichni-paneli-dashbordy>
41. <https://konotop-rada.gov.ua/pro-epidsytuatsiiu-z-zakhvoriuvanosti-na-covid-19-v-misti-konotop-ta-konotopskomu-rajoni/>

42. <https://covid19.healthdata.org/ukraine?view=social-distancing&tab=trend>
43. [https://mof.gov.ua/en/macroeconomic\\_forecast\\_for\\_2020-2022-379](https://mof.gov.ua/en/macroeconomic_forecast_for_2020-2022-379)