

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота магістра

на тему **Планування підвищення продуктивності праці**

Студента групи 124мнБ,
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я»

Катерина СТАХОВА

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Тетяна КОЖЕМЯКІНА,
к.екон.н., доцент

Гарант освітньо-
професійної програми
науковий ступінь
вчене звання

Ганна МАТУКОВА,
д.пед.н., професор

Завідувач кафедри,
науковий ступінь
вчене звання

Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н, професор

Київ, 2024

Завдання

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
В	
Б	
Г	
Д	
Е	
Ж	
З	
И	
К	
Л	
М	
Н	
О	
П	
Р	
С	
Т	
У	
Ф	
Х	
Ц	
Ч	
Ш	
Щ	
Ю	
Я	
1.1. Економічна сутність продуктивності праці та особливості її вимірювання в сфері охорони здоров'я.....	8
1.2. Методичні підходи до оцінки продуктивності праці.....	12
1.3. Методи планування продуктивності праці.....	18
Висновки до розділу 1	24
2.2. Аналіз управлінської системи підприємства.....	33
2.3. Аналіз основних показників продуктивності праці та оцінка факторів впливу на продуктивність праці на підприємстві.....	37
Висновки до розділу 2	45
3.1. Оцінка сильних і слабких сторін діяльності КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради.....	46
3.2. Планування підвищення продуктивності праці на основі ключових факторів впливу.....	56
3.3. Оцінка впливу запланованого підвищення продуктивності праці на результуючі показники діяльності КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради.....	67
Висновки до розділу 3	73
Загальна фінансово-господарська характеристика КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради.....	26

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров`я

ЄС – Європейський союз.

ЗОЗ – заклади охорони здоров`я

КНП – комунальне некомерційне підприємство

МОЗ – Міністерство охорони здоров`я

НСЗУ – Національна служба здоров`я України

ОЗ – охорона здоров`я

ОТГ – об`єднана територіальна громада

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

СОЗ – система охорони здоров`я.

ВСТУП

Актуальність вивчення питань, пов'язаних з ефективністю використання ресурсів підприємства обумовлена тим, що жоден соціально-ринковий механізм не буде успішно функціонувати, якщо не буде створений мотиваційний механізм, що впливає на підвищення ефективності роботи підприємств.

Одне з головних завдань для підприємств різних форм власності - пошук ефективних способів управління працею, що забезпечують активізацію людського фактору. Вирішальним причинним фактором результативності діяльності людей є їх мотивація. Мотивація як спосіб стимулювання персоналу сьогодні все більше привертає увагу менеджерів серйозних фірм. Вона дозволяє задіяти внутрішній потенціал співробітників, поєднуючи в собі цілий комплекс заходів стимулювання ефективної праці й розвитку професійного потенціалу співробітників.

Знаючи потреби людини, можна визначити, яким чином потрібно здійснювати стимулювання працівника, щоб віддача була максимальною. На більшості вітчизняних підприємств найчастіше система мотивації праці персоналу найчастіше обмежується лише матеріальним стимулюванням, при розробці системи мотивації не враховуються нематеріальні потреби співробітників

Зниження продуктивності праці співробітників підприємства, плинність кадрів на підприємстві - от основні проблеми, породжувані недосконалими системами мотивації.

Продуктивність праці характеризує інтенсивність праці за одиницю часу і вимірюється кількістю енергії, яку споживає одна людина. Чим вищий рівень інтенсивності праці, тим вища продуктивність. Максимальний рівень інтенсивності праці визначається фізіологічними та розумовими можливостями людського організму. Тому інтенсивність праці має фізіологічні межі. З цієї точки зору виникає поняття нормальної інтенсивності. Мається на увазі витрата життєвої енергії протягом робочого часу зміни таким чином, щоб забезпечити

необхідні умови для повноцінного функціонування організму і повного відновлення працездатності до початку нового робочого дня.

Таким чином, інтенсивність праці є важливим фактором продуктивності, але вона має певні фізіологічні межі і повинна відповідати фізіологічним нормам щодо енерговитрат людини.

У таких умовах стає надзвичайно актуальною розробка науково-методичного забезпечення щодо вдосконалення та економічного обґрунтування оцінки продуктивності праці відповідно до ринкової стратегії підприємств, що надасть можливість об'єктивно визначити шляхи виходу підприємства з кризового стану, розробити надійну довгострокову стратегію економічного зростання. Дослідження проблем підвищення продуктивності праці на мікрорівні та встановлення взаємозв'язку між її зростанням і матеріальним стимулюванням є важливим питанням сучасної економічної теорії та практики, що і підтверджує актуальність теми роботи.

У роботі розглянуті підходи до проблеми побудови ефективної системи мотивації таких авторів, як Веснин В.Р., Волков И.П., Грачов М.В., Зайцев Г.Г., Кибанов А.Я., Захаров Д.К., Магура М.И., Миляева Л.Н., Шекшня С.В., Шкатулла В.И. і ін.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення особливостей планування підвищення продуктивності праці підприємств сфери охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження - продуктивність праці КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради.

Предмет дослідження механізми вдосконалення планування продуктивності праці підприємств сфери охорони здоров'я.

Досягнення поставленої мети припускає вирішення наступних завдань:

1. Розкрити економічну сутність продуктивності праці та особливості її вимірювання у сфері охорони здоров'я
2. Розкрити методичні підходи до оцінки та планування продуктивності праці.
3. Надати загальну фінансово-господарську характеристику КНП «Центр

Первинної Медико-Санітарної Допомоги» Вишгородської міської ради.

4. Проаналізувати управлінську систему досліджуваного підприємства.

5. Проаналізувати основні показники продуктивності праці підприємства

6. Оцінити сильні і слабкі сторони діяльності КНП «Центр Первинної Медико-Санітарної Допомоги» Вишгородської міської ради

7. Розробити шляхи підвищення продуктивності праці підприємства та оцінити їх ефективність

Методи дослідження. У роботі використовуються такі методи дослідження, як метод опитування, метод ранжування, бібліографічний метод, аналіз і контент-аналіз сучасної наукової літератури, галузевих і нормативних документів, статистичних і фінансово-економічних джерел, періодичних видань, елементи виробничо-економічного й порівняльного аналізу.

Практична значимість роботи полягає в розробці комплексу заходів, спрямованих на підвищення продуктивності праці КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради. Результати проведеного дослідження будуть використані при вдосконаленні системи мотивації праці персоналу КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради.

РОЗДІЛ 1

СУТНІСТЬ ПРОДУКТИВНОСТІ ПРАЦІ НА ПІДПРИЄМСТВІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕТОДИ ЇЇ ОЦІНКИ

Економічна сутність продуктивності праці та особливості її вимірювання в сфері охорони здоров'я

Міжнародна організація праці (МОП) розрізняє продуктивність і продуктивність праці.

Продуктивність - це показник, що вимірює ефективність використання ресурсів, таких як капітал, земля, матеріали, енергія та інформація, у виробництві різних товарів та наданні послуг, зокрема, медичних.

Продуктивність відображає взаємозв'язок між отриманим результатом діяльності (кількістю та якістю вироблених товарів чи наданих послуг) та ресурсами, які були використані для забезпечення цієї діяльності. Продуктивність дозволяє порівнювати результати діяльності та ресурси, що використовуються на усіх рівнях економічної системи, як індивідуальному та і підприємницькому, окремого суб'єкта господарювання, галузевому та загальнонаціональному рівнях) [23, с. 59].

Підвищення продуктивності означає збільшення отриманих результатів діяльності за тих самих витрат. В умовах ринкової економіки також важливим є врахування реально існуючої потреби в цьому продукті чи послугі на ринку.

Таким чином, продуктивність є загальним показником, який відображає ефективність використання ресурсів для виробництва продукції чи надання послуг. При цьому економічна теорія стверджує, що визначити роль і частку ресурсів, які використовуються у виробництві товарів/наданні послуг абсолютно точно є неможливим. Тому, хоча продуктивність праці є найпоширенішим методом визначення ефективності діяльності, а праця є єдиним джерелом продуктивності, для оцінки результативності діяльності варто враховувати, що

для її забезпечення також використовується уречевлена праця, що відображається у вартості інших задіяних у процесах ресурсів.

Таким чином, продуктивність праці відображає ступінь ефективності трудового, зокрема, лікувального процесу. І праця є першою категорією в її визначенні. Зауважимо, що переважаюча важливість саме праці у лікувальній діяльності, робить цей показник найбільше вагомим в оцінці результативності процесів у сфері охорони здоров'я.

Праця з точки зору економічної теорії є цілеспрямованою, свідомою й відповідним чином організованою діяльністю людей з метою створення матеріальних чи нематеріальних благ, які використовуються для задоволення суспільних чи особистих потреб. Зміст і характер використовуваної праці залежить від ступеня розвитку продуктивних сил та виробничих відносин в країні в цілому та окремій галузі.

Праця з точки зору теорії поділяється на конкретну та абстрактну. Конкретна праця - це раціональна діяльність людини, результатом якої є створення конкретні споживчої вартості, наприклад медична послуга.

Абстрактна праця - це в цілому витрати людської енергії, що складають сумарно вартість суспільної праці, без врахування того аспекту, як вони реалізуються конкретно [23, с. 65].

Неоднозначність поняття «праці» зумовлює також і двоїстість її змісту. І змістом конкретної праці є кількісний і якісний склад виконуваних працівникам функцій (різних професій, кваліфікаційних рівнів працівників тощо) та їх співвідношення і взаємозалежність у конкретному трудовому процесі.

Специфіка праці, таким чином, стосується також специфіки техніко-технологічних аспектів, зокрема, лікувального процесу. Техніко-технологічний зміст праці варіюється від одного робочого місця лікаря до іншого робочого місця і залежить від змін у технології лікування, використовуваного обладнання тощо.

Абстрактна праця включає соціально-економічний зміст, тобто міру і форму витрат праці та соціально-економічні відносини, в яких здійснюється

трудоий процес (робочий час, оплата праці, вимоги до кваліфікації працівників тощо).

До уваги береться також поняття «зміст» праці, що характеризує рівень складності, різноманітність виконуваних трудових функцій і самостійність працівників у процесі праці.

Система виробничих відносин визначає характер праці. Праця має як загальні, так і спеціальні характеристики.

Загальні характеристики праці визначаються насамперед формою власності і відображають ставлення працівників до засобів виробництва та продуктів праці. Вони також проявляються в суспільній природі праці та ступені примусу до праці. З огляду на ці характеристики, праця може бути прямо чи опосередковано, суспільно, вільно чи примусово відчужена від процесу виробництва та його результатів.

Часткові ознаки характеризують специфічні особливості функціонування робочої сили. За цими ознаками розрізняють види праці залежно від чинника класифікації (рис. 1.1) [21, с. 89].

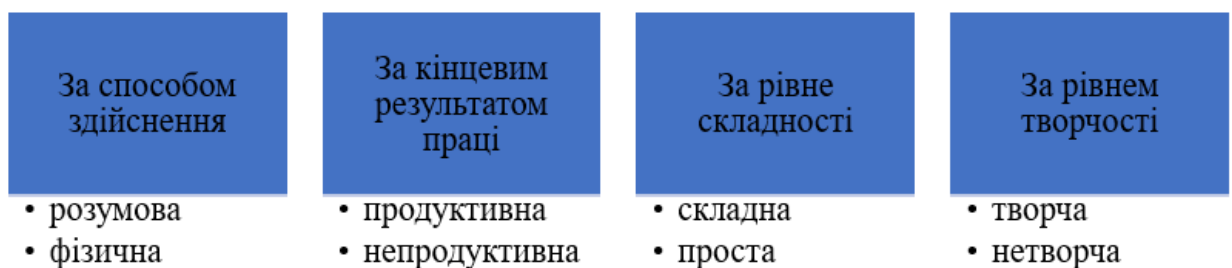


Рис 1.1. Види праці

Зміст і характер праці тісно взаємозв'язані. Вони взаємо обумовлюють одне одного, змінюються із розвитком продуктивних сил та виробничих відносин в країні/суспільстві, знаходяться під впливом техніко-технологічного й суспільного прогресу, а завданням кожного суспільства є корегування їх трансформації залежності від стратегічних напрямів розвитку.

Для розуміння економічного змісту економічної категорії продуктивності праці, потрібно зважати, що праця, що витрачається при наданні медичних послуг складається з (рис. 1.2):

живої праці, яка використовується в кожний конкретний момент безпосередньо в процесі надання медичної послуги;

опередньої праці, що уречевлена у раніше створеній продукції, яка тепер використовується для надання медичних послуг тією чи іншою мірою (це сировина, матеріали, енергія, які у вигляді оборотних засобів використовуються повністю, та обладнання, машини, споруди, що у якості основних /необоротних засобів використовуються частково).

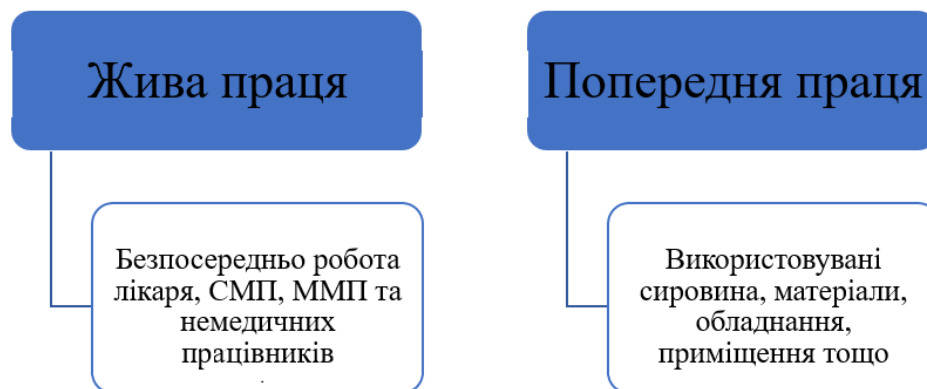


Рис. 1.2. Форми праці, що витрачається при наданні медичних послуг

У виробництві, розподілі, обміні і споживанні економічних благ, до яких відносяться послуги в секторі неринкових послуг, зокрема, медичні послуги, беруть участь економічні/ринкові агенти, якими є домашні господарства та фірми, а також неринкові агенти, до яких відносяться держава й профспілки як представники людей, зайнятих у продуктивній праці.

Зміна обсягу надання медичних послуг на конкретному медичному підприємстві, у сфері охорони здоров'я в цілому за визначений проміжок часу може бути наслідком зміни не лише продуктивності праці, але також збільшення обсягу використовуваної праці чи підвищення інтенсивності її використання.

Інтенсивність праці є позитивним чинником змін, що забезпечує зростання продуктивності на основі досягнень суспільного та технологічного й технічного

прогресу, застосування прийомів раціональної організації праці. Динаміка продуктивності праці відбиває також прогресивність державного/публічного управління економічними процесами в країні.

1.2. Методичні підходи до оцінки продуктивності праці

Перш ніж оцінити рівень продуктивності праці в секторі неринкових послуг, необхідно охарактеризувати систему показників, які використовуються для розрахунку цього важливого індикатора. Як показує аналіз літературних джерел, надання медичних послуг в економіці країни оцінюється показниками валового випуску (надання послуг) або валової доданої вартості. Вказані показники розрізняються за своєю економічною природою в залежності від того, чи вони застосовуються для вимірювання надання ринкових чи неринкових послуг, і це суттєво впливає на оцінку продуктивності праці.

На макроекономічному рівні для оцінки продуктивності використовується система національних рахунків (СНР). Використання цього інструменту дозволяє аналізувати динаміку і структуру української економіки за основними видами економічної діяльності з виокремленням ринкового й неринкового секторів економіки і, зокрема медичних послуг. Наявний масив статистичних даних дає можливість оцінити вартість наданих медичних послуг за усі роки незалежності України. Проте, лише із початком реформування медичної сфери в Україні та з переводом її на ринкові рейки, стало можливим оцінити продуктивність роботи усієї сфери охорони здоров'я в реальних ринкових цінах.

Додана вартість це показник, що визначається як різниця між валовим випуском в країні в цілому чи сфері діяльності та проміжним споживанням на відповідному рівні.

Проміжне споживання представляє собою суму поточних матеріальних витрат відповідно до кожного виду економічної діяльності, зокрема в секторі послуг (сфері охорони здоров'я). Надалі ці особливості методології

враховуються при аналізі динаміки та структури валової доданої вартості за видами економічної діяльності як ринкового так і неринкового секторів послуг, зокрема, сфери надання медичних послуг, а також використовується з метою обчислення продуктивності праці.

Валовий випуск або валова додана вартість окремих видів економічної діяльності в неринковому секторі послуг може поєднувати ринкові та неринкові послуги в різних пропорціях. Ми вважаємо, що існує специфіка економічних відносин у неринковому секторі послуг, яка відображається на визначенні продуктивності праці в цьому секторі [13, с. 47-48].

Для оцінки продуктивності у сфері охорони здоров'я окрім вартісних показників доцільною є оцінка через систему натуральних показників. У науковій літературі пропонується використання набору коефіцієнтів продуктивності за допомогою яких можна провести розрахунки, системно проаналізувати та оцінити процес та динаміку показника продуктивності в охороні здоров'я (табл. 1.1) [21, с. 219-223].

Таблиця 1.1

Система коефіцієнтів продуктивності в секторі охорони здоров'я

Формула	Показники
<i>Часові коефіцієнти</i>	
$K_1 = ВЧ / КП$	<i>КП</i> - кількість пацієнтів; <i>ВЧ</i> – витрачений на надання медичних послуг час
$K_2 = КНМЛ / ЗКМЛ$	<i>КНМЛ</i> - кількість нових методів лікування; <i>ЗКМЛ</i> – загальна кількість застосовуваних методів лікування;
$K_3 = ВЧ / КВЛ$	<i>КВЛ</i> - кількість виготовлених ліків; <i>ВЧ</i> - витрати часу на проведення робіт
$K_4 = КПП / ВЧ$	<i>КПП</i> - кількість прийнятих пацієнтів; <i>ВЧ</i> - витрати часу на надання медичних послуг
$K_5 = ВЧ / КПП$	<i>ВЧ</i> - витрати часу на надання медичних послуг <i>КПП</i> – кількість пролікованих пацієнтів
$K_6 = КХЛ / НЧ$	<i>КХЛ</i> - кількість вилікованих хворих; <i>НЧ</i> - норматив часу
<i>Загальні коефіцієнти</i>	
$K_7 = ОВЛ / КП$	<i>ОВЛ</i> - обсяг витрат на лікування; <i>КП</i> - кількість пацієнтів
$K_8 = КВЛП / ЗКП$	<i>КВЛП</i> - кількість впроваджених у лікарні лікувальних планів; <i>ЗКП</i> - загальна кількість лікувальних планів лікарні

Продовження таблиці 1.1

Формула	Показники
$K_9 = КП/КОП$	<i>КП</i> - кількість пацієнтів лікарні; <i>КОП</i> - кількість обслуговуючого персоналу
$K_{10} = КЗЛЛ/КНЛ$	<i>КЗЛЛ</i> - кількість зайнятих лікарняних ліжок; <i>КНЛ</i> - кількість наявних ліжок
$K_{11} = ОД/КП$	<i>ОД</i> - обсяг доходів лікарні; <i>КП</i> - кількість пролікованих пацієнтів
$K_{12} = ОВМП/КМП$	<i>ОВМП</i> - обсяг витрат на надання медичних послуг; <i>КМП</i> - кількість наданих медичних послуг
<i>Цільові коефіцієнти</i>	
$K_{13} = КЗЕЛ/ЗКЕЛ$	<i>КЗЕЛ</i> - кількість закінчених етапів лікування; <i>ЗКЕЛ</i> - загальна кількість етапів лікування
$K_{14} = ОН / КПЛ$	<i>КПЛ</i> - кількість планів лікування; <i>ОН</i> - обсяг надходжень від НСЗУ
$K_{15} = ОВЛ/ОКР$	<i>ОВЛ</i> - обсяг виготовлених ліків; <i>ОКР</i> - очікувана кількість рецептів
$K_{16} = КПП/ПКП$	<i>КПП</i> - кількість профілактичних програм; <i>ПКП</i> - потрібна кількість програм
$K_{17} = ФКК/ОКК$	<i>ФКК</i> - фактична кількість клієнтів; <i>ОКК</i> - очікувана кількість клієнтів
$K_{18} = КПП/КППЛ$	<i>КПП</i> - кількість прийнятих пацієнтів; <i>КППЛ</i> - кількість пацієнтів, що потребує лікування
<i>Коефіцієнти витрат</i>	
$K_{19} = КПЗП/ОВН$	<i>КПЗП</i> - кількість пацієнтів, що закінчили програми; <i>ОВН</i> - обсяг витрат на навчання
$K_{20} = КЕЛ/ОВРП$	<i>КЕЛ</i> - кількість етапів лікування; <i>ОВРП</i> - обсяг витрат на розробку програми лікування
$K_{21} = КЗД/ОФ$	<i>КЗД</i> - кількість звітів про дослідження; <i>ОФ</i> - обсяг фінансування
$K_{22} = КК/РВП$	<i>КК</i> - кількість клієнтів; <i>РВП</i> - розмір витрат на один прийом
$K_{23} = КЗЛЛ/РВ$	<i>КЗЛЛ</i> - кількість зайнятих лікарняних ліжок; <i>РВ</i> - розмір витрат
$K_{24} = КПП/РВ$	<i>КПП</i> - кількість прийнятих пацієнтів; <i>РВ</i> - розмір витрат

Оскільки категорія «продуктивність праці» визначається відношенням результатів до витрат ресурсів, то система коефіцієнтів відображає як результати, так і витрати. Таким чином, рівень продуктивності праці в неринковому секторі послуг формується під впливом низки взаємопов'язаних факторів та умов, що діють з різною інтенсивністю та спрямованістю. Природа цього показника та особливості функціонування сектору неринкових послуг вимагають використання відповідного набору галузевих та макроекономічних факторів, які

можуть бути використані для аналізу та прогнозування в національній системі регулювання шляхом дослідження їх впливу на продуктивність праці.

Таким чином, продуктивність праці в неринковому секторі послуг залежить від національних механізмів регулювання в частині прискорення інноваційно-інвестиційних процесів, зростання національної економіки, нарощування людського капіталу та забезпечення соціальних гуманітарних цілей суспільного розвитку, досягнення економічно обґрунтованого співвідношення результатів і витрат праці в цьому секторі. Під ним слід розуміти категорію, що відображає сукупність соціально-економічних відносин між економічними суб'єктами з приводу.

Для сфери охорони здоров'я доцільно розрізнити продуктивність у масштабі суспільства, регіону, галузі, медичного підприємства, відділення лікарні й окремого лікаря (працівника).

Продуктивність праці вимірюється відношенням обсягу наданих медичних послуг до затрат праці (середньооблікової кількості персоналу медичного підприємства). Залежно від застосування прямого або зворотного розрахунку вирізняють два показники: виробіток і трудомісткість.

Виробіток – це кількість наданих медичних послуг за одиницю часу або кількість наданих медичних послуг, яка припадає на одного лікаря за рік, квартал, місяць. Виробіток вимірюється відношенням кількості наданих медичних послуг до тривалості робочого часу, що було витрачено [36, с. 26]:

	В
де В - виробіток;	Н
Т - затрати робочого часу;	М
НМП - кількість наданих медичних послуг.	П

Трудомісткість – це величина зворотна до показника виробітку, показник, який характеризує обсяг витрат часу на одну надану медичну послугу: /

Т
Р

де T_r — трудомісткість на одну надану медичну послугу.

Чим більша кількість наданих медичних послуг за одиницю часу, або чим менші затрати часу на одну надану медичну послугу, тим вищий рівень продуктивності праці в медичному підприємстві.

Планова трудомісткість надання медичних послуг— це затрати праці на одну надану медичну послугу із урахуванням можливої зміни нормативної трудомісткості шляхом здійснення заходів, націлених на підвищення ефективності використання робочого часу лікаря, СМП та ММП при наданні медичних послуг.

Аналіз робочого часу в цьому випадку є особливо важливим, оскільки продуктивність праці в невиробничих організаціях, включаючи заклади охорони здоров'я, суттєво не змінюється. Це пов'язано з тим, що оцінка витрат на оплату праці обмежується робочим часом, а щоденна тривалість робочого часу основних працівників залежить від того, чи належить організація до певної невиробничої сфери.

Щоденна тривалість робочого часу працівників закладів охорони здоров'я, особливо медичного персоналу, визначається як 5-6,7 годин, залежно від характеру медичної професії та умов праці. Дані про використання робочого часу можна отримати з табелів обліку робочого часу, які містять інформацію про те, чи є працівники на роботі та з яких причин.

Аналіз використання робочого часу передбачає порівняння фактичної кількості робочих днів і робочих годин з їх плановою кількістю. Найбільш зручним інструментом для цього є баланс робочого часу. Баланс робочого часу розраховується для лікаря (працівника чи групи працівників в цілому) за кожен місяць і рік. Кількість робочого часу визначається шляхом планування кількості робочих днів протягом календарного періоду на основі інформації щодо кількості календарних, вихідних та святкових днів в році, а тривалість робочого тижня лікаря, СМП чи ППМ регламентується характером роботи та умовами праці [32, с.16].

Для оцінки рівня використання робочого часу використовуються показники, що характеризують співвідношення між елементами балансу робочого часу. Основні показники оцінки показані на рис. 1.3.

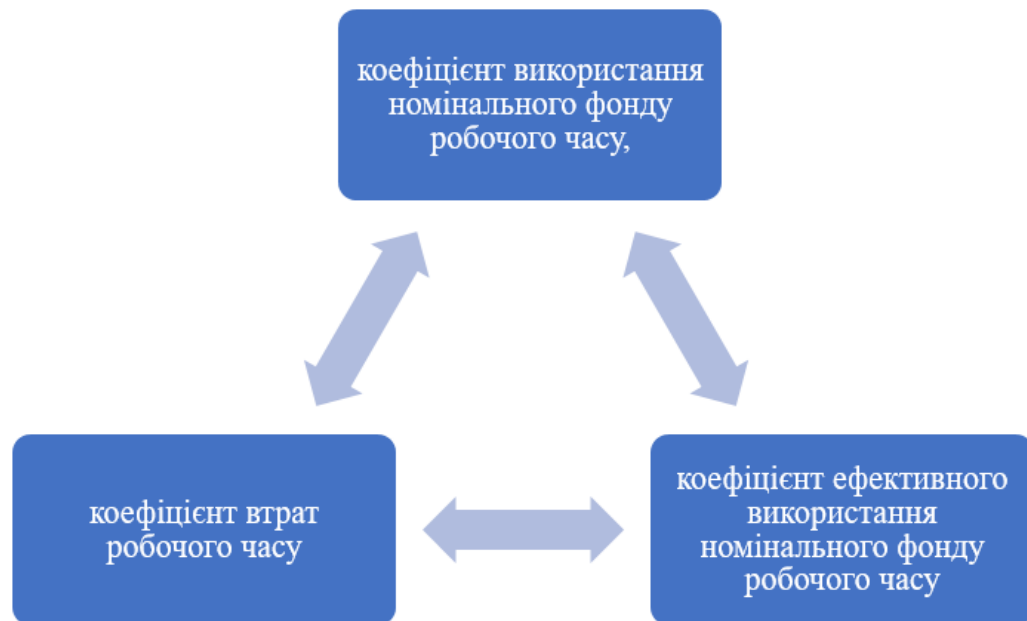


Рис. 1.3. Основні показники, що характеризують співвідношення між елементами балансу робочого часу.

Продуктивність праці працівників невинробничих установ відображається в продуктивності праці, рівень якої в різних галузях різний і вимірюється такими показниками, як обсяг доходу, навантаження на одного лікаря (СМП, ММП) та кількість об'єктів обслуговування. Використання тих чи інших показників залежить від вимірювання обсягу наданих послуг. При цьому обсяг наданих медичних послуг може вимірюватися на одного лікаря, СМП, ММП, працівника, на одного провідного фахівця або на одного штатного працівника.

Також продуктивність праці може бути виражена через кількість певних видів робіт за одиницю часу порівняно з встановленими нормами (години, дні, тижні). У лікарнях навантаження вимірюється кількістю проведених консультацій для пацієнтів. Продуктивність праці медичних працівників можна виміряти кількістю роботи, що припадає на одного медичного працівника, тобто на одного лікаря [33, с. 76].

Продуктивність праці може бути виражена через рівень обслуговування, що характеризується кількістю ліжок, які припадають на одного медичного працівника. У процесі аналізу продуктивності праці необхідно визначити її рівень, відхилення від плану (нормативу), фактори, що спричинили відхилення, та конкретні причини. На зміну продуктивності праці впливає низка факторів: екстенсивні фактори (повне/неповне використання робочого часу працівників, зміни в структурі лікарів/СМП/ММП), інтенсивні фактори (інтенсивність праці окремих лікарів/СМП/ММП або функціонування медичного підприємства в цілому).

Тому основним завданням оцінки продуктивності праці є підвищення продуктивності праці, поліпшення соціального клімату медичного підприємства, підвищення зацікавленості працівників у своїй роботі в результаті збільшення заробітної плати, бонусів, заохочень тощо, що в кінцевому підсумку впливає на ефективність і конкурентоспроможність організації в цілому.

Методи планування продуктивності праці

Таким чином, результати розвитку сфери охорони здоров'я в економіці України визначаються наявністю необхідних ресурсів та ефективністю їх використання. Як економічний ресурс праця – це розумові і фізичні здібності людей, окрема лікарів, СМП, ММП та інших працівників лікарень, праця яких застосовується у наданні медичних послуг. Праця в лікувальному процесі включає у першу чергу працю медичного персоналу лікарні [24].

На макрорівні, фактична продуктивність праці (ППф) в секторі неринкових послуг і, зокрема, сфері охорони здоров'я розраховується як відношення фактичної валової доданої вартості (ВДВф) до фактичних витрат праці (ВПф) у відповідному періоді:

П
П
ф
=

Також у знаменнику формули витрати праці можуть бути представлені у вигляді чисельності зайнятих, відповідно формула прийме вигляд:

$$\text{ПП} = \text{ВДВ} / \text{ЧЗоз} \quad (1.4)$$

де: ЧЗоз – чисельність зайнятих у сфері охорони здоров'я.

Основною метою планування продуктивності праці на медичних підприємствах є пошук резервів для економії витрат на оплату праці та забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг, що надаються в коротко і довгостроковому періодах.

Планування продуктивності праці передбачає розрахунок впливу різноманітних чинників. Одним із чинників зростання продуктивності праці є економія робочої сили. Початкову кількість лікарів (N) для надання планового обсягу медичних послуг можна визначити за формулою [34, с. 77]:

1) при незмінній структурі надання медичних послуг:

$$\text{Ч}_e = \text{Ч}_{\text{баз}} \times \text{ЮП} \quad (1.5)$$

де Чбаз — чисельність лікарів базисного періоду;

ЮП — приріст кількості надаваних медичних послуг.

2) при наявності структурних зрушень

$$\text{Ч}_e = \text{Ч}_i \times \text{ЮП}_i \quad (1.6)$$

де Ч_i — чисельність лікарів і-го відділення;

ЮП_i — приріст кількості надаваних медичних послуг і-го відділення лікарні.

Економію чисельності працівників лікарні (ЕЧ_р) за рахунок модернізації або використання нового обладнання можна обчислити за формулою:

$$\text{ЕЧ}_p = \left(1 - \frac{M \times 100}{M_{\text{ст}} \times 100 + M_{\text{м}} \times \Pi_{\text{н}}} \right) \times \text{Ч}_e \times \frac{T_d}{T_x} \quad (1.7)$$

де М — загальна кількість одиниць робочого обладнання;

М_{ст} - загальна кількість старого/не модернізованого обладнання;

Мм - загальна кількість нового/модернізованого обладнання;

Пп - приріст продуктивності праці, пов'язаний із експлуатацією нового/модернізованого обладнання, %;

Тд. - число місяців року, коли використовувалося нове/модернізоване обладнання;

Тк - календарна кількість місяців у розрахунковому періоді (році).

Економію чисельності працівників лікарні (ЕЧпвп) можна визначити за формулою:

$$EЧ_{пвп} = \frac{Ч_{пвп} \times E_p \times Y_1}{100 \times 100} \quad (1.8)$$

де Чпвпв - попередня чисельність працівників лікарні для надання планового обсягу медичних послуг із урахуванням продуктивності попереднього періоду;

Уз - частка лікарів, зайнятих безпосередньо наданням медичних послуг, до чисельності іншого медичного персоналу, %;

Ер - відносна економія чисельності працівників, %:

$$E_p = \left(1 - \frac{M \times 100}{M_{см} \times 100 + M_{л} \times П_n} \right) \times \frac{T_d}{T_k} \times 100 \quad (1.9)$$

Планування зростання продуктивності праці шляхом підвищення продуктивності праці працівників, які недовиконують норми виробітку, можна обчислити за формулою:

1) оцінка безпосереднього приросту продуктивності праці шляхом підвищення продуктивності праці працівників, які не виконують норми:

$$П_n = \frac{Ч_{р1}(100 - X_1) + Ч_{р2}(100 - X_2)}{Ч_{р1} + Ч_{р2}} \times Д \quad (1.10)$$

де Чр1, Чр2 - чисельність лікарів по групах, у яких рівень виконання завдань нижче 100%;

X1, X2 – середній рівень виконання завдань відповідно по групах;

Д - питома вага лікарів, які не виконують завдання у загальній чисельності лікарів;

2) оцінка економії чисельності лікарів за рахунок заходів по виконанню завдань [42, с. 35]:

$$EЧ_p = \frac{Ч_{p(баз)} \times ПВ_{рн} \times E_p}{100} \times 0,5$$

$$E_p = \frac{П_{рн} \times У}{100}$$
(1.11)

де $П_{рн}$ - планове підвищення рівня виконання норм виробітку групою лікарів, які не виконують завдання, %;

$ПВ_{рн}$ - питома вага групи лікарів, які не виконують планові завдання, в загальній чисельності лікарів, %;

$У$ - питома вага лікарів, які не виконують завдання, в загальній чисельності лікарів, %;

0,5 – коефіцієнт рівномірності підвищення рівня виконання завдань протягом планового періоду.

Економія робочої сили за рахунок кращого використання робочого часу:.

$$EЧ_p = \frac{Ч_e \times ПВ_p}{100} \times \frac{П_{баз} - П_{пл}}{100 - П_{пл}}$$
(1.12)

де $ПВ_p$ - питома вага лікарів в загальній чисельності персоналу, %;

$П_{баз}$ і $П_{пл}$ - втрати робочого часу, що відбувалися у базисному й плановому періодах, %.

Зменшення незапланованих невиходів персоналу на роботу веде до економії чисельності. Розрахунки проводять за формулою:

$$E_{чp} = \frac{Ч_e \times П_{сп} (\Phi_{пл} - \Phi_{баз})}{\Phi_{баз}}$$
(1.13)

де $\Phi_{пл}$, $\Phi_{баз}$ — кількість робочих днів лікаря (іншого працівника лікарні) у плановому і базисному періодах.

Економія чисельності від змін у складі медичних послуг, які надаються пацієнтам можна розрахувати за формулою:

$$EЧ_p = \frac{(T_{баз} - T_{пл}) \times Q_{пл}}{K_{вн} \times \Phi_{пл}} \quad (1.14)$$

де $T_{баз}$ і $T_{пл}$ - трудомісткість однієї медичної послуги у базисному і плановому періодах, нормо-год;

$Q_{пл}$ - кількість запланованих медичних послуг;

$K_{вн}$ - плановий коефіцієнт виконання норм надання медичних послуг;

$\Phi_{пл}$ - плановий фонд корисного часу роботи одного лікаря (працівника), годин.

Сучасна наукова думка стверджує, що оскільки між робочою силою і засобами виробництва відбувається процес взаємодії, то фактори зростання продуктивності праці за своїм змістом можна поділити на три групи (рис. 1.4):

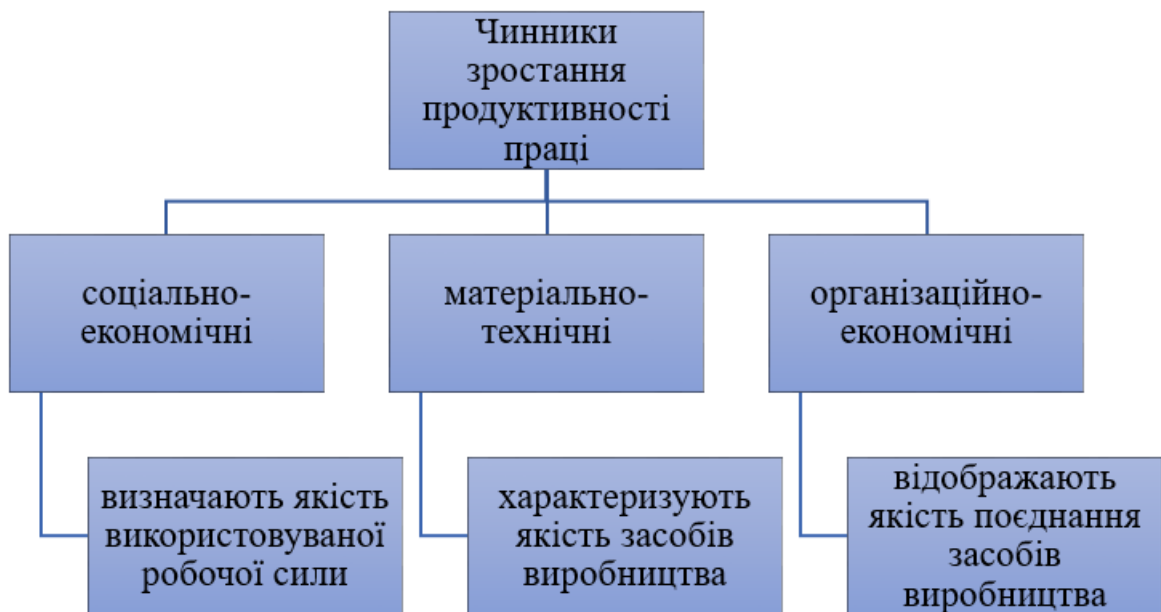


Рис. 1.4. Групи чинників зростання продуктивності праці

Відповідна класифікація також може бути застосована для сфери охорони здоров'я.

Узагальнимо групи чинників, які здійснюють вплив на продуктивність праці в секторі неринкових послуг і, зокрема, сфері охорони здоров'я (рис. 1.5).

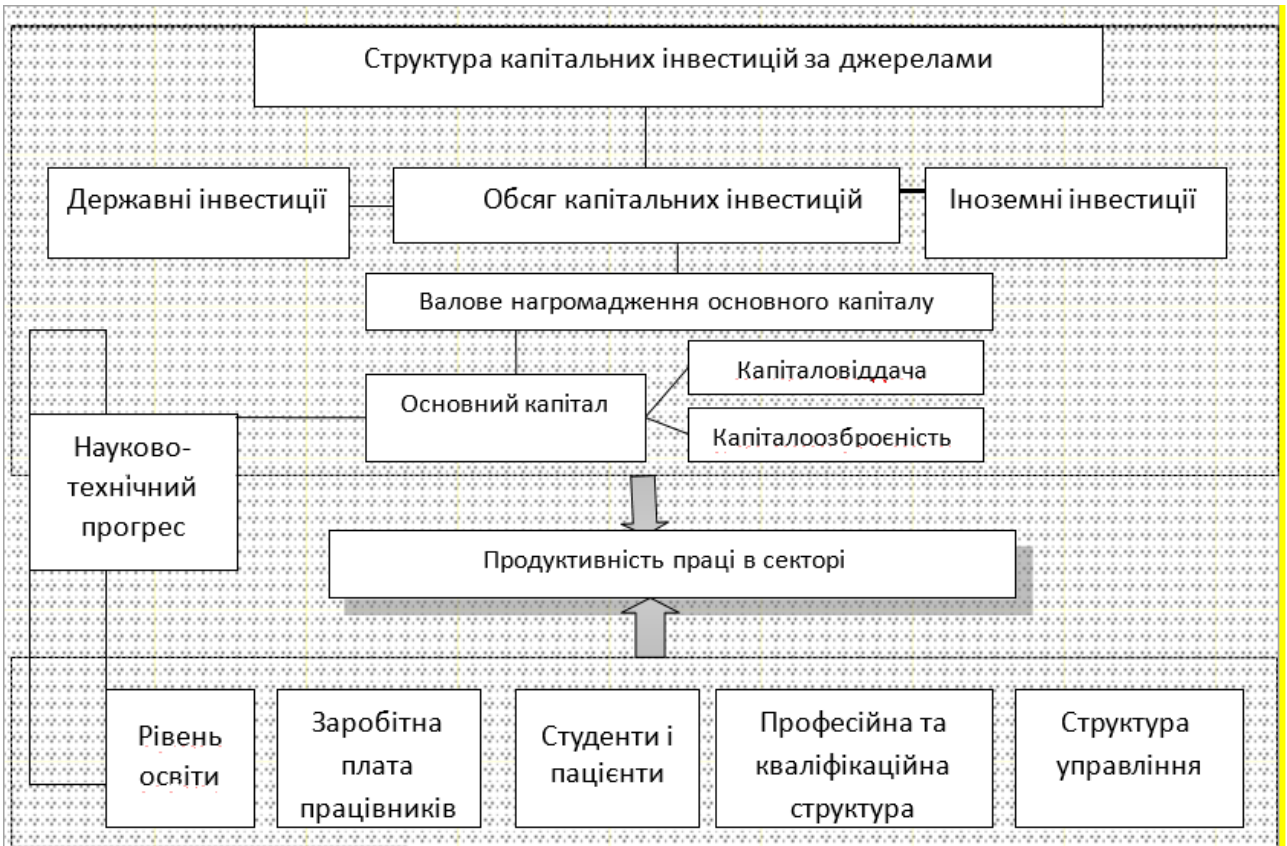


Рис. 1.5. Система чинників впливу на продуктивність праці в секторі неринкових, зокрема, медичних послуг

Отже, як витікає з рис. 1.5, продуктивність праці в сфері охорони здоров'я перебуває під впливом дії різних чинників, які можна поділити на дві групи. Перша – чинники використання живої праці і друга – чинники використання уречевленої праці.

Основними з обох груп чинників є впровадження новітніх лікувальних та діагностичних технологій, удосконалення медичного обладнання, засобів комунікації, зростання рівня компетентності працівників, скорочення питомої ваги виконуваної на робочому місці непрофільної роботи, вдосконалення менеджменту й організації праці медичного підприємства, тобто чинники, які пов'язані як з капітальними інвестиціями та приростом основних засобів, так і чинниками, що з ними не пов'язані.

Висновки до розділу 1

Продуктивність праці - це мобільний і динамічний показник продуктивності праці та ефективності виробництва, який координується багатьма факторами і рішуче впливає на розвиток окремих підприємств по всій країні. Ось чому власники, співробітники та менеджери завжди повинні шукати шляхи та результати підвищення продуктивності.

Резерви підвищення продуктивності праці - це можливість, яка використовується для економії витрат на робочу силу, що виникають внаслідок дії певних факторів. Важливу роль відіграє науково-технічний прогрес: використання нових технологій, вдосконалення механічних систем, впровадження складної механізації, інженерних комунікацій, необхідних для проведення процесів, передові технології та наукові розробки сприяють підвищенню продуктивності праці, модернізації наявного обладнання. Адже оновлюється матеріально-технічна база і знижуються витрати на ручну працю.

Організація виробничого процесу має значний вплив. Це дозволяє знайти найдосконаліше управління виробництвом, розумний спосіб виконання операцій та визначити інші важливі фактори. Наукова організація праці жовтня охоплює значні потенційні резерви для підвищення продуктивності праці при мінімальних додаткових матеріальних витратах. Максимальне використання наявних потужностей має значний вплив на диверсифікацію виробництва і скорочення втрат робочого часу.

продуктивність праці в сфері охорони здоров'я перебуває під впливом дії різних чинників, які можна поділити на дві групи. Перша – чинники використання живої праці і друга – чинники використання уречевленої праці.

Основними з обох груп чинників є впровадження новітніх лікувальних та діагностичних технологій, удосконалення медичного обладнання, засобів комунікації, зростання рівня компетентності працівників, скорочення питомої ваги виконуваної на робочому місці непрофільної роботи, вдосконалення менеджменту й організації праці медичного підприємства, тобто чинники, які

пов'язані як з капітальними інвестиціями та приростом основних засобів, так і чинниками, що з ними не пов'язані.

Підвищення продуктивності праці також залежить від кваліфікації та підготовки виконавця, рівня майнових відносин на підприємстві, умов праці, використання оптимального режиму праці та відпочинку, психологічного клімату колективу, згуртованості та внутрішньогрупових відносин, поліпшення умов праці, соціально-економічних умов.- економічні показники, пов'язані з підвищенням творчої активності співробітників. Зрештою, кожен менеджер або власник прагне використовувати працю працівника найбільш раціонально, з найменшими витратами, з оптимальною чисельністю персоналу, з максимальною вигодою при мінімальному робочому часі.

Стимулом для підвищення продуктивності праці є також вдосконалення форми системи оплати праці, оновлення робочої сили та вирішення соціальних проблем у суспільстві. Підвищення продуктивності праці створює умови для підвищення заробітної плати, а підвищення заробітної плати, навпаки, підвищує її продуктивність.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ ПРОДУКТИВНОСТІ ПРАЦІ КНП «ЦПМСД»
ВИШГОРОДСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

Загальна фінансово-господарська характеристика КНП «ЦПМСД»
Вишгородської міської ради

К
 о
 м

Місцезнаходження медичного підприємства: 07301, Київська область, м. Вишгород, вул. Кургузова, 1.

Основними завданнями КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради є [67]:

- організація надання прикріпленому населенню первинної медико-санітарної допомоги;
- забезпечення належної доступності та якості первинної медико-санітарної допомоги прикріпленого населення;
- організація взаємодії із закладами охорони здоров'я ,що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, третинну (високо спеціалізовану) медичну допомогу та екстрену медичну допомогу;
- організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню.

Відповідно до покладених на нього завдань заклад забезпечує:

- надання населенню первинну медико-санітарну допомогу;
- належну та рівну доступність первинної медико-санітарної допомоги для населення шляхом розвитку мережі відокремлених підрозділів ,наближених до місць проживання населення;
- реалізацію права громадян вільно вибирати лікаря, що надає первинну медико-санітарну допомогу (лікар загальної практики - сімейний лікар, лікар-терапевт, педіатр-дільничний);

п
 ;

- безперервність і послідовність обстеження, лікування та реабілітації пацієнтів у взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я відповідно до курсу лікування пацієнта;

- направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги;

- проведення медичних оглядів населення.

- придбання, зберігання, розподіл, використання та утилізація наркотичних засобів, їх аналогів або прекурсорів, отруйних або сильнодіючих лікарських засобів та психотропних речовин, за наявності ліцензії на здійснення відповідної діяльності в поліклініках та їх відокремлених підрозділах у порядку, встановленому законодавством України;

- надання паліативної допомоги хворим на останніх стадіях невиліковного захворювання, що включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних і моральних страждань хворого;

- проведення санітарно-просвітницьких заходів з метою навчання населення основам здорового способу життя, самодопомоги та взаємодопомоги;

- раннє виявлення та профілактика неінфекційних захворювань;

- раннє виявлення та профілактика соціально небезпечних захворювань;

- раннє виявлення та профілактика соціально небезпечних захворювань;

- встановлення показань для санаторно-курортного лікування;

- скринінг пацієнтів;

- експертиза тимчасової непрацездатності.

- направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу;

- направлення пацієнтів на медико-соціальну реабілітацію;

- виписка рецептів для першочергового забезпечення лікарськими засобами окремих категорій населення відповідно до законодавства України.

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, постановами Верховної Ради України,

указами і розпорядженнями Президента України, актами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, рішеннями Київської обласної ради, наказами управління охорони здоров'я.

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) найбільш значущим компонентом національної системи охорони здоров'я (ОЗ) є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Цілеспрямованість стратегії ВООЗ щодо ПМСД підтверджує значущість того вкладу, який вносить і який має можливості вести систему ПМСД у збереження здоров'я громадян.

Розглянемо основні напрямки реформування ПМСД (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Напрямки розвитку сучасної моделі ПМСД [67]

Аспекти	Традиційна модель ПМСД	Сучасна модель ПМСД
Основна діяльність	Діагностика лікування гострих випадків захворювань	Профілактика, нагляд та підтримка при хронічних захворюваннях. Всеохоплююча безперервна допомога
Контакт	Реактивний (ініційований пацієнтом)	Проективний (ініційований медперсоналом)
Концентрація уваги	На хворобі пацієнта	На потребах пацієнта і громади у здоров'ї
Принцип виділення ресурсів на ПМСД	Залежно від попиту на певні медичні послуги	Відповідно від потреб громади
Похідні до надання ПМСД	Заснований лише на лікарській допомозі (уніпрофесійний)	Заснований на роботі команди різних фахівців
Організація	Окремий лікар	Команда професіоналів з надання ПМСД
Стиль консультування	Сфокусований на лікарі	Сфокусований на пацієнті (інформована згода)
Прийняття клінічних рішень	Клінічна «свобода лікаря»	Дотримання стандартів і протоколів. Доказова медицина
Мета ведення медичної документації	Паперові записи для лікарів про надану медичну допомогу	Електронні бази даних щодо здоров'я пацієнтів з можливістю їх агрегації відносно цілої громади для роботи різних фахівців

Продовження табл. 2.1

Аспекти	Традиційна модель ПМСД	Сучасна модель ПМСД
Роль громадян	Пасивні споживачі медичних послуг	Громадяни є партнерами у вирішенні питань, що стосуються їхнього здоров'я і здоров'я громади загалом
Відповідальність за здоров'я громадян	Покладається на медичний сектор	Застосовується підхід із залученням самої громади

Джерело: узагальнене автором на основі [67].

Ці напрямки є результатом міжнародного досвіду у сфері охорони здоров'я. Тому важливо застосовувати їх у реформуванні та розвитку національних систем охорони здоров'я.

Для того, щоб первинна медична допомога виконувала поставлені завдання, необхідно дотримуватися наступних принципів:

- перший контакт між структурами охорони здоров'я України та людиною або її родиною;
- оптимальна відстань між закладом ПМД та місцем роботи або проживання;
- максимальна доступність медичних послуг;
- матеріально-технічна база для професійного навчання медичного персоналу та задоволення його потреб;
- послуги для найбільш вразливих груп населення (діти, жінки, особи зі шкідливими умовами праці);
- відповідні нормативні документи, що визначають зобов'язання держави та її громадян щодо ПМД.

Моделі ПМД відрізняються в різних країнах. Це пов'язано з історичним розвитком систем охорони здоров'я в різних країнах. Однак однією з найважливіших моделей була і залишається практика загальної практики сімейної медицини. Це пов'язано з тим, що вона більше відповідає функціям і змісту послуг первинної медико-санітарної допомоги.

Надання медичних послуг у сільській місцевості відрізняється від надання послуг у містах, де спостерігається низька щільність невеликого населення, яке

проживає на великих територіях. Це ускладнює реалізацію права мешканців на вибір медичних закладів та лікарів [35,37,38].

Також існують особливості способу життя сільського населення, такі як ненормована робота, відсутність якісних умов для відпочинку, часте використання методів самолікування і, як наслідок, самопризначення ліків, недостатня поінформованість про ризик розвитку хронічних захворювань та несвоєчасне лікування хвороб до їх виникнення.

Реорганізація первинної медичної допомоги в Україні (особливо в сільській місцевості) визначена державою і відображена в прийнятих нормативно-правових актах. Над реорганізацією первинної медичної допомоги працюють Український інститут громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я, наукові колективи та експертні групи міжнародних проектів [35,39].

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради в своїй діяльності керується наступними законодавчими та нормативними актами:

Конституція України.

Осподарський кодекс України.

Цивільний кодекс України.

Податковий кодекс України.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

а

Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» та ін.

б Послуги, які надає КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради наступні:

використовуючи фізичні, лабораторні та інструментальні дослідження

Міжно галузевих стандартів проводить динамічне спостереження за станом

здоров'я пацієнта;

діагностує і лікує захворювання, травми, отруєння, фізіологічні стани (під час вагітності);

лікування і супровід пацієнтів з хронічними хворобами;

пацієнти, які не потребують екстреної медичної допомоги, направляються згідно

и

П

р

медичних показань для отримання спеціалізованої або високоспеціалізованої медичної допомоги;

при наявності ризику розвитку захворювання проводяться обов'язкові медичні втручання;

проводиться вакцинація, згідно календаря щеплень;

інформування закладів громадського здоров'я через надання екстрених повідомлень про отруєння, інфекційні захворювання, реакції на щеплення та інше.

для формування здорового способу життя ведеться консультативна робота;

постереження за динамікою неускладненої вагітності;

надання послуг паліативної допомоги;

формлення документації згідно з вимогами чинного законодавства для надання можливості отримання ліків в аптеках;

формування первинної облікової документації (лікарняні листи, довідки та ін.);

півпраця з соціальними та державними службами.

Структура Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради визначена Наказом МОЗ України, що затверджує:

- а) Положення, що про центр ПМСД;
- б) Положення про амбулаторію;
- в) Положення про фельдшерсько-акушерський, фельдшерський пункт;
- г) Положення про медичний пункт тимчасового базування.

Центр ПМСД має таку структуру:

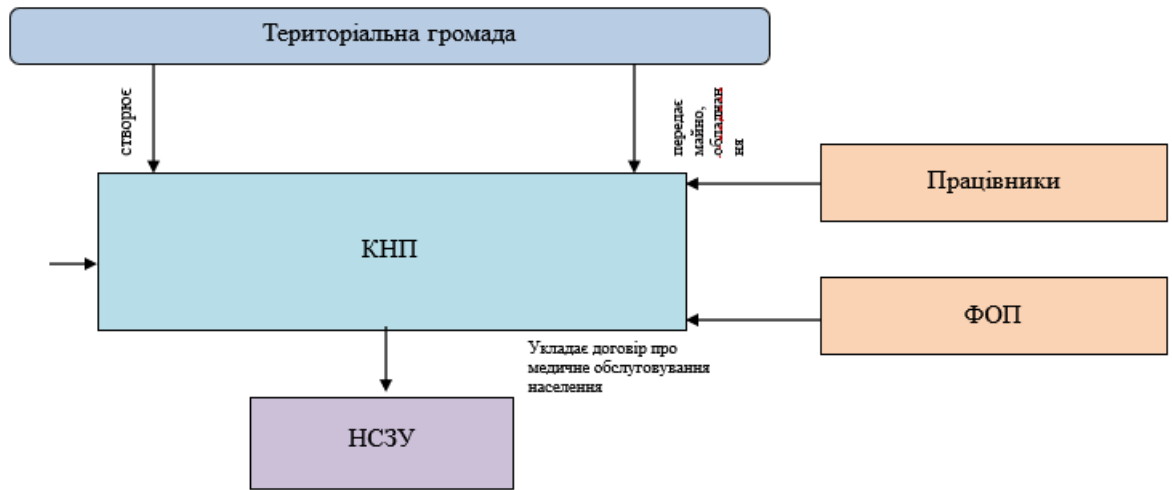
адміністративну частину;

господарську частину;

лікувально-профілактичну службу. Сюди входять амбулаторії, які є структурними підрозділами ЦПМСД;

АПі, які є підрозділами амбулаторій.

Модель Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради ми зобразили у вигляді схеми (рис. 2.1).



Умовні позначення: МП- медичні послуги;
ОМС – органи місцевого самоврядування; БО – благодійна організація;
ЮО – юридична особа.

Рис. 2.1. Схематичне зображення функціонування КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради

Медичні працівники лікарні обслуговують близько 26000 пацієнтів. З них лікувальні заклади ЦПМСД обслуговують 25200 осіб населення району. В загальній кількості міське населення становить 8 700 осіб (34,53%), сільське – 16 500 осіб (65,47%) від загальної кількості населення, яке обслуговувалось медичним закладом.

В структуру Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради ввійшли АЗПСМ (амбулаторії загальної практики сімейної медицини) - 7 закладів, ФП (фельдшерських пунктів) – 16 закладів, ФАП (фельдшерсько-акушерський пункт) – 9 закладів.

В амбулаторіях загальної практики сімейної медицини функціонують 52 ліжка денного стаціонару. Показник забезпеченості на 10 000 населення – 20,0 і є на рівні середньо-державного.

Поліклінічні заклади розраховані на 367 відвідувань на зміну.

Лікувальні заклади ЦПМСД обслуговують 25 200 осіб населення району. В загальній структурі сільське населення становить – 16 500 (65,47%), міське – 8 700 (34,53%) від загальної кількості осіб, які отримували медичні послуги закладів.

Аналіз управлінської системи підприємства

Структура ЦПМСД лінійна. Лінійна структура характеризується тим, що на чолі кожного підрозділу стоїть керівник, що зосередив у своїх руках всі функції управління і здійснює одноосібне керівництво підлеглими йому працівниками. Його рішення, що передаються по ланцюжку «зверху вниз», обов'язкові для виконання нижчими ланками. Він, в свою чергу, підпорядкований вищому керівнику.

Проаналізуємо показники штатного розкладу ЦПМСД (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Штатний розклад ЦПМСД [67]

Штат	% укомплектованості (фізичні особи)	Штатних одиниць	Зайнято посад	Зайнятості (фізичні особи + зовнішнє та внутрішнє сумісництво)	Фізичних осіб	% укомплектованості (фізичні особи)
Лікарі						
СМП						
ММП						
Спеціалісти не медики, інші						
Всього						

Фактична структура персоналу ЦПМСД представлена на рис. 2.2.

Отже, найбільшу частку у штаті ЦПМСД займають середній медичний персонал (38%), потім іде молодший медперсонал (26%), лікарі (21%) та не медичний персонал (15%).

З таблиці 2.2 видно що в ЦПМСД є недоукомплектування штату загалом на 18%. Найбільша частка недокомплекту у немедичного персоналу, де штат укомплектований всього на 69%, що зумовлено низькою заробітною платою, по іншим спеціальностям штат укомплектований на 80%-90%.



Рис. 2.2. Фактична структура персоналу ЦПМСД

Розглянемо професійний склад персоналу ЦПМСД. В ЦПМСД працює: Кандидат медичних наук – 7 кандидатів медичних наук, 8 заслужених лікарів України, 2 заслужених працівники України.

Кількість лікарів-інтернів (бюджет) - 43 осіб, кількість лікарів-інтернів (контракт) – 64 осіб.

204 лікарі пройшли курси підвищення кваліфікації, з них:

- курси спеціалізації – 5;
- курси стажування – 73;
- ематичне удосконалення – 126.

175 працівників середнього медичного персоналу пройшли курси підвищення кваліфікації, з них:

- курси спеціалізації – 7;
- ематичне удосконалення – 168.

226 лікарів проатестовано:

- ища категорія – 165;
- ерша категорія – 35;

руга категорія – 26;

вання лікаря-спеціаліста - 90

371 працівників середнього медичного персоналу проатестовано:

ища категорія – 261;

ерша категорія – 39;

руга категорія – 71

Не підлягає атестації 278 осіб середнього медичного персоналу з них:

1 ос. студенти;

4 ос. декретна відпустка;

83 ос. недостатньо стажу для атестації.

Проаналізуємо плинність кадрів працівників (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Плинність кадрів КНП «Вишгородський ЦПМСД»

Кваліфікація	Фактично працює осіб	Прийнято	Звільнено	Коефіцієнт плинності кадрів, %
Лікарі	369	42	47	12,74
СМП	649	118	110	16,95
ММП	447	65	93	20,81
Інші	263	52	53	20,15
Всього	1728	277	303	17,53

Як видно з табл. 2.3 середня плинність кадрів у ЦПМСД становить 17,53%, при тому що природнім і прийнятним показником вважається 5%.

Найбільша плинність у молодшого медичного персоналу та у немедичного персоналу (20% і 21% відповідно), що зумовлено низькими зарплатами, і чим вища кваліфікація персоналу тим менша плинність: середній медперсонал – 16,95%, лікарі – 12,74%.

Аналіз майна бюджетних установ є передумовою ефективного управління матеріальними активами з метою пошуку шляхів підвищення ефективності їх використання та виявлення резервів. Основними напрямками аналізу є:

- 1) аналіз динаміки та структури активів бюджетної установи;
- 2) оцінка рівня закупівель майна бюджетних установ;
- 3) аналіз якості основних засобів

4) аналіз рівня дотримання бюджетними установами норм використання товарно-матеріальних цінностей

5) оцінка ефективності використання основних засобів, товарів і матеріалів та виявлення резервів її підвищення.

Причини збільшення або зменшення активів установи визначаються шляхом вивчення змін у складі джерел їх формування. Придбання, придбання та створення майна може фінансуватися за рахунок бюджету та власних надходжень, а характеристика показників розкриває характер здатності установи забезпечувати себе майном. Для аналізу обсягу, динаміки та структури майна проводять горизонтальний та вертикальний аналіз показників балансу бюджетних установ.

Вертикальний аналіз показує структуру та джерела формування майна установи, а горизонтальний аналіз майна полягає у складанні аналітичної таблиці, в якій абсолютні показники доповнюються відносними темпами зростання або зменшення.

Основними характеристиками, що дозволяють класифікувати баланс як позитивний, є збільшення валюти балансу на кінець звітного періоду порівняно з початком періоду та збільшення темпів зростання всіх активів порівняно з темпами зростання необоротних активів.

Характеристика фінансово-господарської діяльності комунального некомерційного підприємства «Вишгородський ЦПМСД» за 2022 рік наведено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Характеристика фінансово-господарської діяльності комунального некомерційного підприємства «Вишгородський ЦПМСД» за 2022 рік

№ з/п	Показник	Визначена потреба	Заплановано	Факт
1	Обсяги фінансування, тис. грн.	8546,8	5496,1 64% від потреби	5420,0 98,6% від затвердженого

2	Заробітна плата	5123,2	4823,9 94,0% від потреби	4823,8 100% від затвердженого
3	Медикаменти та перев'язувальні матеріали	776,7	136,9 17,6% від потреби	134,6 98,3% від потреби
4	Пільгові рецепти	30,0	10,0 33% від потреби	10,0 100% від затвердженого
5	Предмети, матеріали, обладнання та інвентар, у тому числі м'який інвентар та обмундирування	212,3	184,9	160,8

Таким чином, по усіх статтях витрат спостерігається певне недофінансування діяльності медичного підприємства.

Аналіз основних показників продуктивності праці та оцінка факторів впливу на продуктивність праці на підприємстві

Людські ресурси мають фундаментальне значення для ефективного функціонування сучасних медичних підприємств. На жаль, висока плинність кваліфікованих кадрів та відносно низький рівень оплати праці працівників не сприяють якісному функціонуванню цих установ і потребують свідомих рішень щодо вдосконалення та посилення кадрової політики. Основою для таких рішень є зважений та всебічний аналіз трудових ресурсів. Тому метою аналізу людських ресурсів та заробітної плати медичних підприємств є визначення шляхів підвищення ефективності використання людських ресурсів та можливостей оптимізації витрат на оплату праці.

Завданнями аналізу трудових ресурсів та фонду оплати праці медичного підприємства є:

- 1) вивчення та оцінка забезпеченості установи трудовими ресурсами;
- 2) кількісна та якісна характеристика кадрового складу;

- 3) виявлення факторів і причин відхилення фактичних показників стану трудових ресурсів від нормативних;
- 4) рівень використання робочого часу та навантаження на кожного працівника, повнота використання неповного робочого часу;
- 5) оцінка продуктивності та ефективності праці;
- 6) аналіз формування і раціонального використання фонду оплати праці та оптимізація його структури;
- 7) виявлення резервів підвищення продуктивності праці та зниження витрат.

Аналіз забезпеченості підприємства трудовими ресурсами здійснюється за такими етапами.

Порівняння фактичної чисельності працівників зі штатним розписом медичного підприємства. Штатний розпис - це перелік постійних штатних посад, в якому зазначається кількість однойменних посад та їхні посадові оклади по кожному структурному підрозділу організації.

Оцінка динаміки та структури робочої сили в цілому та за кваліфікацією. Для цього спочатку необхідно згрупувати працівників за рівнем кваліфікації, професійною структурою, віковою структурою, рівнем освіти та статтю, а потім визначити питому вагу кожної категорії в загальній чисельності працівників.

Оцінка стабільності кадрів базується на загальній методології з використанням коефіцієнтів прийому, звільнення, плинності, стабільності та загального обороту кадрів. Коефіцієнт прийому (звільнення) персоналу визначається як відношення кількості прийнятих (звільнених) працівників до середньооблікової чисельності штатних працівників. Коефіцієнт плинності кадрів розраховується як відношення кількості працівників, які звільнилися за власним бажанням, без поважних причин, або звільнені через невідповідність займаній посаді чи порушення трудової дисципліни, до середньооблікової кількості штатних працівників. Коефіцієнт стабільності визначається як відношення кількості працівників, які стабільно працюють в організації, до середньооблікової кількості працівників. Загальний коефіцієнт плинності кадрів

розраховується як сума кількості прийнятих на роботу та кількості звільнених працівників за аналізований період, поділена на середньооблікову чисельність працівників.

Результати аналізу узагальнюються і на їх основі розробляються заходи. Оскільки діяльність працівників часто характеризується тим, що виконувані функції дуже різноманітні і неоднорідні, а результати їхньої роботи не завжди помітні, аналіз використання робочого часу має важливе значення для оцінки витраченої праці. Аналіз включає наступні етапи:

Визначення номінального та неробочого фондів часу. Номінальний фонд робочого часу визначається як різниця між календарним робочим часом (кількість календарних днів в аналізованому періоді) і неробочим часом, поділена на робочий час (наявний час) і нормовані простої. Ефективний фонд робочого часу визначається як різниця між номінальним фондом і регулярними неявками на повний робочий день (чергова відпустка, відпустка у зв'язку з навчанням, декретна відпустка, хвороба, хвороба, пов'язана з виконанням службових обов'язків та з дозволу адміністрації). Корисний фонд робочого часу виділяється як різниця між ефективним (доступним) фондом робочого часу та нерегулярними неявками на повний робочий день (абсентеїзм).

Оцінка фактично відпрацьованого часу в порівнянні з плановим на основі балансу робочого часу. При цьому використовуються такі показники, які характеризують співвідношення між окремими його елементами. Це зокрема: коефіцієнт використання номінального фонду робочого часу як відношення активного (наявного) фонду робочого часу до всього номінального фонду; коефіцієнт ефективного використання номінального фонду робочого часу як відношення корисного фонду робочого часу до всього номінального фонду; коефіцієнт втрат робочого часу як відношення втрат робочого часу до активного (наявного) фонду робочого часу.

Аналіз ефективності праці працівників бюджетних установ ґрунтується, як і на промислових підприємствах, на показник у продуктивності праці. Відповідно виділяють такі етапи аналізу:

Визначення продуктивності праці як відношення обсягу діяльності бюджетної установи до середньооблікової чисельності або до відпрацьованого часу.

Порівняння фактичної продуктивності праці з плановою та оцінка динаміки даного показника за кілька звітних періодів.

Визначення впливу факторів на зміну показника продуктивності праці.

Якість роботи закладів охорони здоров'я – це прояв кращого досвіду з найменшою кількістю ресурсів для досягнення максимального результату, який відображає життєво важливу соціально-економічну ціль медичної установи.

Сучасна медична організація – система взаємопов'язаних виробничих процесів. Керівник сучасної медичної установи повинен мати інтегральні здібності і навички системного мислення в професійній управлінській діяльності і розумінням своєї ролі в ній [4, 27, 29].

В основі покращення лежать позитивні наміри менеджменту, який повинен визначати свою роль в покращенні кожного процесу.

Якість управління – це співпраця таких функцій влади, як організація, координація, кадрова політика, мотивація персоналу, інформаційно-комунікативний моніторинг, представництво, яке відповідає місії медичної організації.

Якість організації медичних, технічних, інформаційних та інших процесів – це створення і підтримка її в оптимальній формі.

Здійснення на практиці цих якісних характеристик закладу охорони здоров'я неможливе без підтримки відповідного рівня організаційної культури.

На наш погляд, організаційна культура – це система ціннісних установок, які відповідають правовим документам організації, які відображають її місію і задачі. А місією медичної установи являється досягнення максимального задоволення пацієнта наданою медичною допомогою.

Якість медичної допомоги – це сукупність характеристик підтверджуючих відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта,

сучасному рівню медичної науки та технології, це властивість лікаря і пацієнта, обумовлене кваліфікацією професіонала.

Якість медичної допомоги забезпечується такою перевагою, як наявність стандартів обслуговування. Унікальність кожного пацієнта робить неможливим дослівне використання стандартів медичної допомоги. Ці стандарти мають рекомендаційний характер.

Використання стандартів медичної допомоги в роботі персоналу вирішує п'ять організаційних задач:

- изначення необхідних об'ємів фінансування;
- бґрунтований розрахунок тарифів на медичні послуги;
- ахист прав пацієнтів;
- ахист прав лікарів;
- онтроль якості медичної допомоги.

Стандарти медичної допомоги являються основним засобом контролю її якості. Також до методів контролю відноситься експертна оцінка показників діяльності медичного працівника, закладу охорони здоров'я, показники здоров'я населення.

Як уже зазначалося, робота КНП «Вишгородський центр первинної медико-санітарної допомоги» направлена на підвищення якості та доступності медичних послуг жителям району.

Так як територія, яку обслуговує дане підприємство, включає в себе сільську місцевість, тому діагностичні і лікувальні функції і перевезення пацієнтів до ЦПМСД беруть на себе фельдшерські бригади. Їх частка становить

При поліпшенні якості доріг та беручи до уваги щільність розміщення населення, доступність транспортування оптимальна – до 35 хвилин.

Автопарк Центру оновлюється. В 2022 році за державною програмою даний ЦПМСД отримав 6 автомобілів швидкої допомоги.

При необхідності для проведення роботи в ЦПМСД долучаються кваліфіковані спеціалісти районної ЦПМСД. Ними здійснюється виїзд на місце

події де надається допомога хворому або ж при необхідності проводиться транспортування пацієнта в медичний заклад.

Аналіз витрат на утримання та експлуатацію транспортних засобів лікарні наведено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Аналіз витрат на утримання та експлуатацію транспортних засобів лікарні

№ з/п	Транспортні витрати	2020	2021	2022
1. Постійні витрати				
1.1	Витрати на техобслуговування	26 150,00	27 720,00	23 445,00
1.2	Страховання транспортних засобів	6 200,00	7 300,00	5 500,00
2. Змінні витрати				
2.1	Оплата праці із відрахуваннями	287 703,60	297 205,30	340 321,40
2.2	Витрати на паливо та ГММ	447 570,00	456 000,00	323 200,00
2.3	Витрати на поточний ремонт	34 862,00	58 844,00	49 934,00
	Разом	802 485,60	847 069,30	742 400,40

Проаналізувавши транспортні витрати, бачимо, що постійні витрати зменшились на 3 405,00 грн. Зросли витрати праці у 2022 році на 52 617,80 грн. по причині підвищення мінімальної заробітної плати. Завдяки установці газового обладнання на автомобілі, затрати на паливо знизились на 124 370,00 грн. У 2022 році отримали зменшення транспортних витрат на 60 085,20 грн.

Для визначення показників ефективності використання основних засобів ЦПМСД проаналізовано обсяги діяльності установи і приведено їх натуральні показники (табл.2.6).

Таблиця 2.6

Натуральні показники, які характеризують обсяги роботи ЦПМСД

Показники	2021 р.	2022 р.	Відхилення	
			абсолютне, тис. грн	відносне,
І. Відвідувань амбулаторно-поліклінічних закладів району				
Обслуговування викликів на дому				
Робота клінічних відділень, кабінетів				
Число загальних анестезій				
Виконано фізіотерапевтичних процедур				

Виконано ЛФК-процедур				
3.4 Перелито препаратів крові та її замінників				
УЗД				
3.6 Ендоскопічних досліджень				
Лабораторних досліджень				
Рентгенологічних досліджень				
Флюорографічних обстежень				
Спеціалізована допомога стаціонару				
Терапевтичне відділення				
Хірургічне відділення				
Травматологічне відділення				
Отоларингологічне відділення				
Педіатричне відділення				
Інфекційне відділення				
Неврологічне відділення				
Разом				

З даних табл. 2.6 видно, що в узагальненому вигляді послуги, які надаються лікарнею, наведені у натуральних показниках, характеризуються відвідуванням мешканцями району амбулаторно-поліклінічних закладів району, обслуговування медперсоналом ЦПМСД викликів додому, роботою клінічних відділень, кабінетів, служб, які виконують анестезії, обстеження, процедури, дослідження, та спеціалізованій допомозі стаціонарним хворим, що втілюється в кількості ліжко-днів перебування хворих в стаціонарних відділеннях ЦПМСД.

У 2022 році зросло відвідування амбулаторно-поліклінічних закладів на 5%, обслуговування викликів додому зросло на 15%, робота клінічних відділень, кабінетів, служб зросла на 4%, незважаючи на те, що зменшилося надання послуг за такими видами: число загальних анестезій оперованим – на 2%, ЛФК – процедур – на 5%, переливання препаратів крові та її замінників – на 17%, флюорографічних обстежень – на 8%. Спеціалізована допомога стаціонарним хворим зросла на 7%. При цьому травматологічне відділення знизило надання послуг на 1%, отоларингологічне – на 6%, пологове і неврологічне відділення – на 1%. Загалом кількість послуг по районній ЦПМСД в 2022 році зросло на

Проаналізуємо ефективність використання основних засобів ЦПМСД, використавши систему показників ефективності використання основних засобів.

Фондовіддача виражає ефективність використання засобів праці, тобто показує скільки надається послуг на одиницю основних виробничих фондів:

$$\text{ФВ} = (689006 / (9081000 + 9697000) / 2) * 100 = 7,34;$$

Фондомісткість є вартістю основних виробничих фондів, яка припадає на одиницю медичної послуги:

$$\text{ФМ} = (908100 + 9697000) / 2 / 689006 = 13,63;$$

Оборотність основних засобів відображає віддачу активів, тобто основні засоби, які можуть бути задіяні в наданні медичних послуг (динаміка за порівнювані періоди):

$$\text{Ооз} = (9081,0 + 9697,0) / 2 * 365 / 11580,0 = 296$$

Таблиця 2.7

Показники ефективності використання основних засобів ЦПМСД за 2021-роки

Показники	2021 р.	2022 р.	Відхилення	
			абсолютне, тис. грн.	відносне, %
Фондовіддача 100 грн. основних засобів				
Фондомісткість 1 медичної послуги				
Оборотність основних засобів				

За даними табл. 2.7 можна зробити наступні висновки: в поточному періоді фондівіддача 100 грн. основних засобів ЦПМСД зросла на 20 копійок або на 3%. Фондомісткість послуги знизилася загалом, що не повинно оцінюватись позитивно, оскільки навряд чи можна робити висновки про покращення рівня медичного обслуговування, а швидше позитивна динаміка відбулася внаслідок зростання звернень на одиницю основних засобів, що пов'язано з пандемією COVID-19 у 2022 році. Оборотноість основних засобів свідчить про зниження оборотності на 10 днів у році, або на 3%, що власне і спричиняє неоднозначне відношення до характеристики інших показників ефективності.

Висновки до розділу 2

Підсумовуючи результати оцінки якості системи охорони здоров'я Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради необхідно відмітити погіршення якості здоров'я населення і доступності медичної допомоги. Має вираження це в зростанні числа важких хронічних захворювань (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт міокарда, онкологічна патологія та ін.), зростанні смертності населення по причині хвороби, зростанні летальності.

Для багатьох територій району обслуговування є характерним зниження потужності лікувальних закладів при високих показниках інтенсивності роботи існуючих, що знижує якість роботи медичного персоналу і обмежує доступність якісної допомоги населенню.

Із провадженням реформи, зросла кількість наданих пацієнтам послуг. В лікарні з'явилась можливість самостійно визначати напрями розвитку та впливати на ефективність діяльності.

Виросла заробітна плата лікарів, що значно позитивно вплинуло на ефективність їх роботи, якість надаваних послуг та продуктивність праці кожного лікаря та лікарні в цілому.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ЗРОСТАННЯ ПРОДУКТИВНОСТІ ПРАЦІ КНП «ЦПМСД» ВИШГОРОДСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

Оцінка сильних і слабких сторін діяльності КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради

Для того, щоб отримати достовірну інформацію про можливості зростання та загрози для організації на ринку охорони здоров'я, рекомендується провести SWOT-аналіз. Це допомагає розробити перелік корпоративних стратегій; SWOT-аналіз дозволяє організації впорядкувати всю наявну інформацію та врахувати власні висновки.

Основні напрямки SWOT-аналізу:

- можливості;
- загрози і заходи по їх зменшенню;
- сильні сторони закладу та планування заходів щодо їх подолання;
- виявлення переваг і пріоритетів.

Таблиця 3.1

Сильні та слабкі сторони організації

Сильні сторони	Слабкі сторони
Проведені поточні ремонти в лікарняних амбулаторіях, ФАП/ФП; Висока професійна підготовка кадрового складу лікарні; Зручність розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг; Позитивні відгуки пацієнтів.	Нестабільна фінансова політика; Значний знос основних фондів лікарні; Низька укомплектованість лікарями первинної ланки; Застарілість автомобільного парку; Недостатня робота по залученню громад та населення до пропагування здорового способу життя.

Таблиця 3.2

Перелік зовнішніх можливостей і загроз

Можливості	Загрози
Якісне і повноцінне забезпечення комп'ютерною та оргтехнікою всіх підрозділів комунального закладу; Забезпечення сучасною медичною апаратурою та обладнанням; Забезпечення транспортом лікувальних амбулаторій.	Збільшення смертності; Несвоєчасність прибуття за викликом швидкої допомоги; Спад економіки і як результат перерозподіл видатків бюджету в бік зменшення для медичних закладів; Низький рівень мотивації медичного персоналу; Несвоєчасність надходження ліків і вакцин за національними програмами; Наслідки військового конфлікту в Україні.

У матриці SWOT – аналізу наведені узагальнені висновки (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Матриця SWOT – аналізу діяльності КНП «Вишгородський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Сильні сторони	Слабкі сторони
Молодий колектив; S2. Висока якість кваліфікації персоналу; S3. Зручне розміщення, комфорт і безпека при наданні медичних послуг.	Нестабільне фінансове становище; Відсутність напрямків для вивчення потреб; Завищені витрати на автопарк.
Можливості	Загрози
O1. Забезпечення високотехнологічним обладнанням;	T1. Зростання смертності; T2. Низький рівень мотивації персоналу; T3. Несвоєчасне надходження медикаментів (вакцин) за національними програмами; T4. Зростання інфляції.

SWOT-аналіз Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги показав, що медичний заклад потребує залучення коштів, наприклад, шляхом залучення інвесторів.

Спеціалізація персоналу може бути досягнута шляхом підвищення кваліфікаційного рівня лікарів та медичного персоналу.

Забезпечення високотехнологічним обладнанням може допомогти збільшити кількість, конкурентоспроможність та якість медичних послуг.

Згідно з SWOT-аналізом, організація має багато слабких сторін, але також і можливостей. Особливу увагу слід приділити зниженню витрат і підвищенню якості медичних послуг, включаючи підходи, що мотивують персонал.

Проведемо аналіз ефективності організаційної структури Вишгородський ЦПМСД.

Етап 1. Аналіз внутрішньої ефективності організації (аналіз ступеня використання організацією внутрішніх можливостей, що характеризують її потенціал).

Метою аналізу є оцінка здатності корпоративної структури управління забезпечити досягнення поставлених цілей при мінімально необхідних витратах (відповідність між концептуальною моделлю, формалізованою у вигляді узагальнених показників ОСУ, та фактичним використанням організацією внутрішніх можливостей блоку «механізм управління»).

Для характеристики ефективності механізмів управління у Вишгородському центрі первинної медико-санітарної допомоги були використані показники, які оцінюють організаційну структуру управлінських процесів в аналізованому закладі охорони здоров'я. Це - тривалість управлінського циклу, безперервність, ритмічність управління, ефективність прийняття рішень, ефективність системи управління. Наприклад, тривалість управлінського циклу, безперервність управлінського циклу, ритмічність управління, оперативність прийняття рішень, ефективність системи управління, рівень ефективності роботи апарату управління, рівень якості підготовки управлінських рішень, рівень використання робочого часу в апараті управління. Для їх оцінки використовуються експертні методи.

Експертами виступають працівники аналізованих закладів охорони здоров'я: головний лікар, заступник головного лікаря з медичної частини та заступник директора з економічних питань.

На основі отриманих середніх оцінок показників організації управлінських процесів у Вишгородський ЦПМСД розрахуємо коефіцієнт ефективності механізму управління КМУ (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Експертна оцінка показників організації управлінських процесів
Вишгородський ЦПМСД

Показник	Оцінка в балах (від 1 до 10)			
	Головний лікар	Заст. гол. лікаря з клінічної роботи	Заст. гол. лікаря з госп. питань	Середній бал
Тривалість управлінського циклу				
Безперервність управлінського циклу				
Ритмічність здійснення управління				
Оперативність прийняття управлінських рішень				
Витрати на функціонування системи управління				
Надійність процесів управління				
Кваліфікаційна підготовка управлінських рішень				
Ефективність використання робочого часу				

Джерело: складено автором

Таким чином, коефіцієнт ефективності структури управління Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги становить 7,56. Це означає, що хоча організаційна структура аналізованого медичного центру гарантує ефективність відповідних зв'язків між її складовими, але структури управління недостатньо ефективно регулюють взаємодію структурних підрозділів аналізованого медичного центру та їх цілеспрямований розвиток, не гарантують реалізацію цілепокладання та поставлених цілей, а це означає, що витрати на досягнення його стратегічних цілей є невиправдано високими.

Таблиця 3.5

Розрахунок коефіцієнта ефективності механізму управління ЦПМСД

Показник	Коефіцієнт вагомості	Оцінка у балах (A _i)	$\sum_{i=1}^m q_i \cdot A_i$
Тривалість управлінського циклу			
Безперервність управлінського циклу			
Ритмічність здійснення управління			
Оперативність прийняття управлінських рішень			
Витрати на функціонування системи управління			
Надійність процесів управління			
Кваліфікаційна підготовка управлінських рішень			
Ефективність використання робочого часу			
Разом			

Джерело: складено автором

Етап 2. Виявлення ступеня раціональності розподілу завдань, прав та відповідальності між різними структурними ланками.

Метою аналізу є оцінка ступеня надійності (працездатності) оргструктури управління, що характеризується ступенем раціональності горизонтальної та вертикальної структуризації цілісної системи на елементи (відповідності складу системи, що склався, групування видів робіт і розподілу управлінських функцій блоку «склад системи» концептуальної моделі, формалізованої у вигляді показника Ксс).

Для визначення показника Ксс скористаємося формулою 1.

Як окремі показники візьмемо такі:

а) коефіцієнт актуалізації функцій:

$$K_{af} = \Phi_o / \Phi_f,$$

де Φ_o – кількість основних та допоміжних функцій, обумовлених деревом цілей системи; Φ_f - кількість фактично виконуваних функцій;

$K_{af} > 1$ означає, що частина цільових функцій не реалізується;

$K_{af} < 1$ свідчить про те, що реальна дійсність вимагає виконання та інших функцій;

б) коефіцієнт концентрації функцій:

$$K_{кф} = \Phi_{осн} / \Phi_{ф},$$

де $\Phi_{осн}$ – кількість основних функцій.

Під основними розуміються функції, які зумовлені ключовими функціями системи; допоміжними є ті функції, за допомогою яких реалізуються основні;

в) коефіцієнт накопичення організаційної структури дисфункцій:

$$K_{нд} = \Phi_c / \Phi_{ф}$$

де Φ_c - кількість властивих ланці управління функцій;

$\Phi_{ф}$ - кількість фактично виконуваних ним функцій;

г) коефіцієнт концентрації елементів:

$$K_{кэ} = N_{осн} / N_o$$

де $N_{осн}$ - кількість носіїв основних функцій;

N_o – загальна кількість елементів у системі;

д) складність організаційної структури управління:

$$K_{сл} = n \cdot ч / N_o,$$

де n - кількість ланок управління;

$ч$ – число щаблів управління.

Визначимо окремі показники кожного структурного підрозділи аналізованої медичної організації (таблиця 3.6).

Так, наприклад, з основних та допоміжних функцій, перерахованих у Положенні про відділ з управління персоналом Вишгородський ЦПМСД, цей відділ фактично виконує все, крім функції підготовки, перепідготовки, організації заходів щодо навчання персоналу. Таким чином, із 14 функцій відділ фактично виконує 12. Коефіцієнт актуалізації функцій $K_{аф}$ для даного відділу становить 1,17.

Основними функціями з перерахованих є шість: визначення потреби у працівниках, оформлення всіх необхідних документів щодо руху персоналу, складання статистичної звітності, робота з резервом, вивчення та аналіз рівня професійних знань персоналу та організація заходів щодо навчання персоналу. Отже, коефіцієнт концентрації функцій $K_{кф}$ для цього відділу становить 0,5.

Для відділу управління персоналом властиві й інші функції, загальна кількість яких може зростати до 15. Тоді коефіцієнт накопичення організаційної структури дисфункцій КНД становить 1,25.

Кількість носіїв основних функцій у відділі – 2 (працівника), загальна кількість елементів – 2. Отже, коефіцієнт концентрації елементів Кке дорівнює 1.

Аналогічно проводиться оцінка інших структурних підрозділів. Кількість ланок управління в Вишгородський ЦПМСД - 7, кількість ступенів управління – 2, загальна кількість елементів у структурі – 14. Отже, коефіцієнт складності організаційної структури дорівнює 1.

Таблиця 3.6

Показники ефективності складу структури

Структурний підрозділ	Каф	Ккф	Кнд	Кке	Ксл
Стационар					
Амбулаторно-поліклінічна служба					
Діагностика					
Адміністративно-господарська частина					
Клінічна експертиза					
Відділ розвитку					
Бухгалтерія					
Відділ управління персоналом					

Джерело: складено автором

Розрахунок Ксс наведено у табл. 3.7. Як окремі показники взяті середні за структурними підрозділами, наведеними в табл. 3.6.

Таким чином, коефіцієнт складу структури дорівнює 0,93. Значення менше одиниці, що означає, що рівень раціональності горизонтальної та вертикальної структуризації цілісної системи на елементи в Вишгородський ЦПМСД дещо нижча за нормальний рівень, при якому організаційна структура управління характеризується високим ступенем надійності (працездатності).

Таблиця 3.7

Розрахунок коефіцієнта складу структури Вишгородський ЦПМСД

Показник	Коефіцієнт вагомості (q_i)	Оцінка у балах (A_i)	$\sum_{i=1}^m q_i \cdot A_i$
Коефіцієнт актуалізації			
Коефіцієнт концентрації			
Коефіцієнт накопичення дисфункцій організаційної структури			
Коефіцієнт концентрації елементів			
Складність структури управління			
Разом			

Джерело: складено автором

Аналіз ступеня раціональності розподілу завдань, прав та відповідальності між різними структурними підрозділами Вишгородський ЦПМСД виявив такі недоліки даної системи:

евідповідність функцій управління, обумовлених цілями аналізованої медичної організації та фактично виконуваних функцій; є функції, що не реалізуються; ублювання функцій двома чи трьома службами; ішення приймаються на необґрунтовано високому рівні, що знижує їхню оперативність та відволікає керівництво від стратегічних завдань.

Відсутність стратегічного управління у Вишгородському центрі первинної медико-санітарної допомоги частково пояснюється надмірно централізованою структурою управління закладом. Замість того, щоб розробляти стратегію та середньострокові плани закладу, директор центру часто займається дрібними витратами, повсякденною діяльністю своїх підлеглих, управлінням деталями та ходом технічних процесів, відвідуванням невеликих виставок та конференцій, реформуванням напрямів, а головне, організацією ключових зовнішніх зв'язків.

Етап 3. Виявлення дефектів структури зв'язків (відсутністю зв'язків, нераціональність зв'язку) та способів їх реалізації.

Метою аналізу є оцінка ступеня надійності (працездатності) організаційної структури управління, що характеризується ступенем раціональності структури відносин між елементами, що визначає здатність оргструктур управління імпортувати, переробляти та експортувати інформацію.

Для аналізу розраховується показник структури зв'язків Кзв.

Як окремі показники візьмемо [12, с. 104]:

а) коефіцієнт актуалізації зв'язків:

$$K_{ac} = C_n / C_o,$$

де C_n - кількість корисних (функціональних) зв'язків;

C_o – загальна кількість зв'язків у системі;

б) коефіцієнт функціонального втілення (концентрації зв'язків):

$$K_{ec} = C_{вш} / C_{вн},$$

де $C_{вш}$ - кількість зовнішніх зв'язків;

$C_{вн}$ - внутрішніх зв'язків;

в) коефіцієнт сумісності зв'язків:

$$K_{cm} = 1 - \frac{C_k}{C_o},$$

де C_k – кількість зв'язків, що виконують функції узгодження;

г) коефіцієнт централізації управлінських рішень:

$$K_{cy} = P_6 / P_o,$$

де P_6 – кількість прийнятих рішень під час виконання основних функцій управління на верхніх рівнях управління; P_o - загальна кількість прийнятих рішень при виконанні основних функцій управління на всіх рівнях управління.

Основні зв'язки (лінійні та функціональні) між медичними підрозділами в аналізованих закладах є односпрямованими, тоді як двоспрямовані зв'язки існують лише між медичними підрозділами та функціональними підрозділами. Загальна кількість зв'язків (лінійних і функціональних) у системі становить 13, а кількість корисних (двонаправлених) зв'язків - 21. Таким чином, коефіцієнт функціональної реалізації становить 1,62.

Значне перевищення коефіцієнта одиниці означає, що багато корисних функцій зв'язків лікувальних підрозділів не реалізуються.

Зокрема, якщо є прямий зв'язок «Амбулаторно-поліклінічна служба→Стаціонар», то зворотний зв'язок «Стаціонар→Амбулаторно-поліклінічна служба» відсутній. Аналогічно зі зв'язками відділів: «Клінічна

експертиза – Адміністративно-господарська частина», «Амбулаторно-поліклінічна служба – Стаціонар», «Стаціонар – Адміністративно-господарська частина», «Діагностика – комерційний відділ», «Стаціонар – Відділ розвитку», «Адміністративно- господарська частина – Відділ розвитку».

Зовнішніми зв'язками Вишгородський ЦПМСД є зв'язки:

- 1) із пацієнтами;
- 2) із постачальниками;
- 3) із податковими органами;
- 4) із державними ліцензійними органами;
- 5) із регіональними організаціями;
- 6) з комітетом захисту прав пацієнтів (споживачів медичних послуг), з міжнародною конфедерацією товариств пацієнтів (споживачів медичних послуг);
- 7) із юридичними інстанціями.

Коефіцієнт концентрації зв'язків КВС дорівнює 0,54 (7/13).

У аналізованій організації є три зв'язки, виконують функції узгодження (з функціональними підрозділами – відділом розвитку, бухгалтерією і відділом з управління персоналом).

Отже, коефіцієнт сумісності зв'язків дорівнює:

$$K_{cm} = 1 - (3/13) = 0,77$$

Чим ближче коефіцієнт централізації управлінських рішень до одиниці, тим централізованіший управлінський процес. Для лінійно-функціональних структур цей показник вважається нормальним у межах 0,3-0,4.

Планування підвищення продуктивності праці на основі ключових факторів впливу

У нашому випадку, за словами керівників підрозділів, інтенсивність прийняття управлінських рішень сягає в середньому 0,5-0,6. Це свідчить про високу централізацію організаційної структури та слабкі горизонтальні зв'язки.

У табл. 3.8 наведено розрахунок показників ефективності комунікаційної структури Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги.

Таблиця 3.8

Розрахунок коефіцієнта структури зв'язків у НУЗ Вишгородський ЦПМСД

Показник	Значення коефіцієнта	Коефіцієнт вагомості (q_i)	Експертна оцінка у балах (A_i), від 0 до 1	$\sum_{i=1}^m q_i \cdot A_i$
Коефіцієнт актуалізації				
Коефіцієнт концентрації				
Коефіцієнт сумісності				
Коефіцієнт централізації управлінських рішень				
Разом				

Джерело: складено автором

Відповідно, показник ефективності комунікаційної структури в досліджуваній організації (коефіцієнт комунікаційної структури) становить 0,64 (нормальним вважається значення близько 1). Цей показник свідчить про те, що ефективність організаційної структури управління Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги є недостатньою в сучасних умовах, що характеризуються нестабільністю зовнішнього середовища та зміною вподобань, вимог і смаків пацієнтів (споживачів медичних послуг).

Система управління Вишгородським центром первинної медико-санітарної допомоги характеризується надмірною централізацією управлінських функцій (більшість усіх управлінських рішень приймає директор Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги) та низьким рівнем мотивації в окремих підрозділах.

Як наслідок, структурним підрозділам бракує знань, необхідних для ефективної роботи в рамках єдиного цілого, вони не отримують компетентної підтримки від лінійних та функціональних керівників (через недостатні повноваження останніх), відсутній зворотній зв'язок між підрозділами.

Як наслідок, топ-менеджмент компанії перевантажений, конкретні цілі мають пріоритет над загальними, а загальна ефективність організації страждає.

Підсумовуючи аналіз відповідності організаційної структури проаналізованих закладів охорони здоров'я цілям і завданням їхньої діяльності, було зроблено такі висновки

В проаналізованих закладах охорони здоров'я основними структурними документами, які слугують основою для формування формального менеджменту, є штатні розписи, посадові інструкції та відомчі положення. Відсутність положення про організаційну структуру у Вишгородському ЦПМСД дуже ускладнює виявлення недоліків в організаційній структурі управління аналізованими закладами охорони здоров'я, оскільки не дає можливості ефективно управляти його діяльністю. Крім того, в положеннях про структурні підрозділи Вишгородського центрів ПМСД не визначено мету діяльності кожного підрозділу, його внесок у загальну роботу центру та показники ефективності його діяльності,

Вишгородський центр первинної медико-санітарної допомоги є інтегрованим об'єктом управління. Сфери діяльності аналізованих закладів охорони здоров'я є взаємовиключними, взаємопов'язаними і навіть нероздільними. Оскільки кожен напрямок реалізується не одним, а кількома лінійними підрозділами організації, відносини між ними є взаємозалежними. Вони також пов'язані з функціональними підрозділами організації.

Вишгородський центр первинної медико-санітарної допомоги не має звички будувати дерева цілей з відповідною системою індикаторів. Для аналізованого закладу охорони здоров'я лише головні цілі визначені як система.

У зв'язку з цим робота структурних підрозділів організації не є ефективно скоординованою.

Існуюча організаційна структура Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги, хоча і включає найбільш актуальні напрямки основної діяльності, недостатньо відповідає тенденціям розвитку охорони здоров'я через недостатню гнучкість. Через слабкі горизонтальні зв'язки організація не може швидко реагувати на структурні зміни попиту, розвивати нові види послуг, відкривати нові сегменти ринку та сприяти впровадженню нових медичних технологій.

Структура управління недостатньо ефективно регулює взаємодію структурних підрозділів Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги та розвиток його цілей, не гарантує виконання деяких завдань, а витрати на досягнення стратегічних цілей аналізованого закладу охорони здоров'я є невиправдано високими.

Аналіз ступеня раціональності розподілу обов'язків, прав і відповідальності між структурними підрозділами Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги виявив невідповідність функцій управління, визначених цілями аналізованого закладу охорони здоров'я, фактично виконуваним функціям, наявність невиконаних функцій, дублювання функцій двох-трьох служб та невиправдано високий рівень прийняття рішень, що знижує їх ефективність і відволікає керівників від виконання стратегічних завдань.

Розраховані коефіцієнти ефективності організаційної структури управління за трирічний період показали зниження її результативності. Більшість проблем вирішується директором та головним лікарем, що призводить до затягування процесу прийняття рішень. Це свідчить про те, що організаційна структура управління потребує вдосконалення. Існує високий ступінь дублювання функцій та централізації.

У багатьох випадках це пов'язано з нестачею кадрів, недостатньою компетентністю наявного персоналу, нагальною потребою у підвищенні кваліфікації персоналу, особливо медсестер, а також організацією відділу для підготовки молодих та середніх медичних працівників, які працюють у

Вишгородському центрі первинної медико-санітарної допомоги, з метою поступового та ефективного нарощування їхнього потенціалу в міру автоматизації роботи центру. Це пов'язано з необхідністю зробити їх функціональними.

Організаційна структура управління Вишгородський ЦПМСД - лінійна, недоліки цієї організаційної структури полягають:

- у великій завантаженості вищого керівництва, тобто. директора та головного лікаря;
- у малій гнучкості при зміні ситуації;
- у затримці рішень, питань щодо кількох підрозділів.

Про необхідність удосконалення організаційної структури Вишгородський ЦПМСД свідчать і дані спостереження та показники розрахунку коефіцієнтів.

Організаційна структура Вишгородський ЦПМСД є високо централізованою, що має слабкі горизонтальні зв'язки. Працездатність організаційної структури управління є явно недостатньою в сучасних умовах, що характеризуються високою нестабільністю зовнішнього середовища, вимог та вподобань пацієнтів (споживачів медичних послуг).

Ефективність управління у Вишгородським ЦПМСД знизилася. Про це свідчить зниження прибутковості персоналу управлінської діяльності, збільшення витрат на утримання одного працівника апарату управління, а також збільшення собівартості та комерційних витрат у діяльності аналізованої медичної організації.

Медичний персонал відноситься до дороговартісних ресурсів, які вимагають більше затрат на підготовку кваліфікованих спеціалістів.

На відміну від більшості ресурсів, цінність яких загалом знижується, цінність кадрових ресурсів з накопиченням професіоналізму і досвіду збільшується[1,13]. На протязі декількох десятиріч загальною стратегічною лінією кадрової політики охорони здоров'я було неухильне нарощування чисельності медичних кадрів. В той же час якісному рівню спеціалістів приділялось набагато менше уваги. Цьому допомогою було багато проблемних

ситуацій в самій системі охорони здоров'я, а також зовнішні фактори, пов'язані зі зниженням рівня життя населення, соціально- економічною нестабільністю, проблемами з якістю підготовки спеціалістів іт. д.

Окрім матеріально-технічної інфраструктури та фінансових ресурсів, важливу роль у розвитку сектору охорони здоров'я відіграє наявність кваліфікованих фахівців, таких як лікарі та середній медичний персонал. Розвиток людських ресурсів та забезпечення закладів охорони здоров'я медичним персоналом відповідно до нормативних вимог є одним з основних викликів для розвитку сектору охорони здоров'я. Для закладів охорони здоров'я кількість, укомплектованість та перспективи укомплектування медичним персоналом є одним із пріоритетних завдань. Оскільки потреби населення у медичних послугах зростають, недоукомплектованість штатів знижує якість медичних послуг та збільшує навантаження на медичних працівників. Необхідно розробити заходи для покращення цієї ситуації. Ситуація, що склалася в секторі охорони здоров'я, вимагає особливої уваги не тільки до підготовки лікарів і медсестер, а й до наявності кваліфікованих фахівців.

Здатність персоналу використовувати нові знання і технології, приймати виважені управлінські та організаційні рішення і надавати більш інноваційні послуги є особливістю кадрового потенціалу організацій охорони здоров'я. Він характеризує систему управління, її гнучкість та адаптивність [20,21].

Збалансований розвиток людських ресурсів має значний вплив на медичні, соціальні та економічні показники системи охорони здоров'я. Поняття людських ресурсів включає в себе кількісні, інтелектуальні та професійні компетенції, якими володіє медичний персонал, спрямовані на збереження, підтримку та покращення рівня здоров'я людей, незалежно від типу або рівня організації охорони здоров'я.

На зміст розвитку людських ресурсів у конкретній організації охорони здоров'я значний вплив мають такі фактори, як ті, що перелічені в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Чинники розвитку кадрового потенціалу КНП «Вишгородський ЦПМСД»

Групи чинників	Їхні складники
Зовнішні чинники	Трудове законодавство; Демографічна ситуація в районі обслуговування; Розвиток соціальної сфери; Якість життя; Система освіти.
Внутрішньо-організаційні чинники	Організаційна структура; Форма власності; Фінансово-господарча діяльність; Прогресивність технологічних процесів.
Внутрішньо-системні чинники	Кадрова політика організації; Задоволеність персоналу працею; Корпоративна культура; Організація роботи з персоналом; Професійно-кваліфікаційна структура персоналу.
Індивідуальні чинники	Інтереси, потреби; Моральна складова особистості; Фізіологічний компонент і стан здоров'я; Рівень освіти; Відношення до професійних обов'язків.

Джерело: узагальнене автором на основі [10].

Внутрішні і індивідуальні чинники в більшій мірі визначають розвиток кадрового потенціалу.

Однією з головних складових кадрового потенціалу є змога системи управління людськими ресурсами провести правильно відбір і розстановку кадрів, а також більш реально проводити його оцінку.

До загальних тенденцій розвитку кадрового потенціалу сфери медичних послуг можемо віднести невідповідність бюджетного фінансування вимогам суспільства до якості медичного обслуговування населення.

Щоб відтворити кадровий потенціал в галузі охорони здоров'я, потрібно провести зміни, які направлені на вирішення двох таких завдань:

підвищення оплати праці лікарів та іншого медичного персоналу, щоб підняти рівень престижу професії медика і, як наслідок, зменшити відтік кваліфікованих кадрів з галузі;

творити ряд стимулів до підвищення професійної підготовки медичних кадрів, що повинно вплинути на ефективність надання послуг.

Забезпеченість населення середнім медичним персоналом зменшується, так як знижується престиж спеціальності таких працівників. Медичні сестри розраховуються з роботи в ЦПМСД, знову ж таки, по причині низької оплати праці і позбавлення можливості кар'єрного зростання.

На даний час для кадрового потенціалу медичної організації є характерним

ерівномірний розподіл кадрів;

ала забезпеченість медичним персоналом сільського населення;

исельність і структура медичних кадрів не задовольняє реформування медичної галузі.

Актуальні напрямки розвитку кадрових технологій в галузі охорони здоров'я є питання розробки кадрової політики, планування, підбір кадрів, забезпечення професійного і кар'єрного росту, створення оптимальних умов праці [24,41].

Окрім того, важливе значення організаторами медичних послуг надається відмежуванню процесу кадрового забезпечення лікувально-профілактичних закладів.

Головними напрямками в роботі з кадровим потенціалом Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради являється: адаптація, навчання, атестація.

Робота керівництва ЦПМСД по підбору персоналу, використовуючи сучасні, ефективні мотиваційні механізми, дозволяє забезпечити лікувально-профілактичні заклади лікарями, які здатні на професійному рівні вирішувати завдання підвищення якості надання медичних послуг населенню.

Стабільність кадрового потенціалу визначають: професійна адаптація майбутніх лікарів в процесі навчання; підтримка оптимальних взаємовідносин в колективі; забезпечення охорони праці і якості життя в процесі роботи.

Безперервна освіта співробітників шляхом підвищення кваліфікації на курсах; участь в науково-практичних тематичних конференціях; удосконалення системи самоосвіти; атестація на кваліфікаційну категорію, сертифікацію. Всі ці заходи сприяють підвищенню професійного рівня медичного працівника, розвитку кадрового потенціалу організації.

Різноманіття конкретних методів і способів досягнення покращення процесу планування продуктивності праці на розглянутому КЗ ЦПМСД викликає необхідність класифікації факторів зростання, які можна об'єднати в наступні групи:

- матеріально-технічні;
- організаційно-економічні, управлінські;
- соціально-економічні;
- соціально-психологічні;
- природні.

Матеріально-технічні:

- рівень розвитку засобів виробництва, їх якість (рівень використання науково-технічних досягнень);
- підвищення рівня механізації й автоматизації виробництва;
- упровадження прогресивної технології й новітньої техніки;
- модернізація існуючого устаткування;
- збільшення одиничних потужностей машин і устаткування, збільшення енергоозброєності роботи підприємства;
- підвищення якості сировини матеріалів, палива, що використовуються;
- уживання прогресивніших видів і джерел енергії.

Під час планування зростання продуктивності праці за таким методом можна використовувати показники зниження технологічної трудомісткості і зміни частки основних робітників у загальній чисельності промислово-виробничого персоналу; зниження повної трудомісткості.

Основними техніко-економічними показниками, які використовуються під час планування підвищення продуктивності праці, можуть бути:

- нормована, фактична і планова трудомісткість усієї виробничої програми, а також розрахованої на одиницю продукції, що випускається;
- зниження трудомісткості від упровадження запланованих організаційно-технічних заходів;
- чисельність працівників за категоріями;
- баланс робочого часу працівників у базисному і плановому періодах.

Іншим важливим фактором, що безпосередньо впливає на процес планування продуктивності праці, є створення нових робочих місць. Створення робочих місць також є процесом оновлення існуючої системи зайнятості в суспільстві і передбачає заміну старих робочих місць новими. Загалом, темпи зростання продуктивності праці залежать від рівня продуктивності праці на нових робочих місцях. Створення робочих місць є важливим фактором підвищення продуктивності праці, але якщо масштаби створення робочих місць перевищують певну межу, позитивний вплив новостворених робочих місць на продуктивність праці послаблюється. Цей обмежений потенціал для інтенсивного розширення обсягів використання робочої сили пов'язаний, головним чином, з обмеженими інвестиціями.

Основними напрямками вдосконалення процесу планування продуктивності праці на підприємствах є: підвищення якості робочої сили (добір професійних кадрів, покращення підготовки та перепідготовки працівників, підвищення рівня соціального та духовного розвитку працівників, рівня професіоналізму, інтелектуалізація робочої сили), охорона робочої сили та покращення умов праці (скорочення та вдосконалення монотонної праці, покращення організації та обслуговування робочих місць тощо).

Важливим фактором, що впливає на процес планування продуктивності праці, є навчання, якому приділяється менше уваги. Як свідчить вітчизняний та зарубіжний досвід, освіта має значний вплив на економічний розвиток, оскільки існує пряма залежність між підвищенням рівня освіти робочої сили та темпами зростання продуктивності праці. Чим вищий рівень освіти та кваліфікації працівників, тим вища їхня мотивація до подальшого навчання,

самовдосконалення, ефективного використання обладнання та підвищення якості праці. Освіта стає частиною сукупної робочої сили, що використовується в суспільному виробництві, прискорює науково-технічний прогрес і зумовлює поступові якісні зміни в загальному суспільному розвитку.

Враховуючи першочергове значення підвищення продуктивності праці для конкурентоспроможності підприємств, керівники і фахівці на всіх рівнях перспективних організацій повинні розробляти і впроваджувати програми управління продуктивністю праці. Такі програми на підприємствах включають наступні етапи:

1) вимірювання та оцінювання досягнутих рівнів продуктивності як для підприємства в цілому, так і для окремих видів робочої сили зокрема

2) дослідження та аналіз резервів для процесу планування підвищення ефективності на основі інформації, отриманої в результаті вимірювання та оцінки; та

3) розробка плану використання резервів підвищення продуктивності праці. Цей план повинен включати конкретні умови та заходи реалізації, фінансування витрат на ці заходи та економічні вигоди, які очікуються від їх впровадження, а також визначення відповідальних виконавців;

4) розробка систем мотивації працівників до досягнення запланованих рівнів ефективності;

5) контроль за виконанням заходів, передбачених планом і програмою в цілому, та регулювання їх реалізації

6) вимірювання та оцінка фактичного впливу запропонованих заходів на зростання продуктивності праці [66, с. 15].

Ще одним стратегічним напрямом підвищення продуктивності праці та управління людськими ресурсами є розробка та вдосконалення професіограм, тобто визначення набору професійних якостей, якими повинні володіти працівники, що претендують на певну посаду. Професіограми (моделі посад) ґрунтуються на врахуванні майбутніх потреб у персоналі з певною

кваліфікацією та професіями, які можуть виникнути у зв'язку з орієнтацією організації на нові стратегії розвитку.

Одним з найефективніших способів покращення процесу планування продуктивності є оптимізація чисельності персоналу. Суть оптимізації чисельності персоналу полягає в розрахунку оптимальної кількості персоналу, необхідної для забезпечення якісного виконання виробничого плану, та скорочення чисельності персоналу до необхідного мінімуму.

Організація лікувальних процесів також має значний вплив. Стимулом підвищення процесу планування продуктивності праці також є удосконалення форм систем оплати праці, відтворення робочої сили та розв'язання соціальних проблем суспільства. Підвищення продуктивності праці створює умови для зростання заробітної плати, і навпаки, збільшення заробітної плати стимулює її продуктивність [6].

Таким чином, вдосконалення процесу планування продуктивності праці може бути досягнуто шляхом покращення умов праці на робочому місці для підвищення продуктивності. Підвищення фондівіддачі робочого часу та ефективності використання обладнання можна досягти за рахунок скорочення часу, не відпрацьованого в змінах через поганий стан здоров'я, несприятливі умови праці та мікротравматизм. Висока плинність кадрів завдає значних збитків підприємству.

3.3. Оцінка впливу запланованого підвищення продуктивності праці на результуючі показники діяльності КНП «ЦПМСД» Вишгородської міської ради

Основні фактори, які необхідно враховувати при оцінці економічної ефективності проекту удосконалення організаційної структури ЦПМСД, такі [7,

меншення витрат на управління лікарнею: оновлення організаційної структури може зменшити витрати на управління лікарнею за рахунок оптимізації процесів, зменшення бюрократії, удосконалення комунікації та співпраці між відділами.

окращення якості надання медичних послуг: нова організаційна структура може допомогти покращити якість надання медичних послуг та скоротити терміни їх надання.

більшення обсягу наданих медичних послуг: удосконалення організаційної структури може допомогти збільшити обсяг наданих медичних послуг та збільшити дохід ЦПМСД.

більшення задоволення клієнтів: покращення організаційної структури може допомогти забезпечити більш ефективно та швидке надання медичних послуг, що може призвести до збільшення задоволення клієнтів.

меншення витрат на матеріали та обладнання: оновлена організаційна структура може допомогти зменшити витрати на матеріали та обладнання за рахунок раціонального використання ресурсів та оптимізації витрат.

Управлінські реорганізації слід оцінювати насамперед з точки зору їхньої здатності досягати поставлених цілей. Реорганізація зазвичай спрямована на підвищення ефективності роботи організації шляхом вдосконалення системи управління.

Ключовими показниками покращення є скорочення витрат, збільшення прибутку, покращення обслуговування пацієнтів, більш гнучкий стиль управління, прискорення технологічного розвитку та співпраця у прийнятті та впровадженні управлінських рішень. Важливим критерієм оцінки організаційної

структури управління є сприйняття її тими, кому доведеться працювати в нових умовах. Ідеальним варіантом є структура, яка дозволяє фахівцям працювати як єдиній команді.

В якості заходу, націленого на підвищення продуктивності праці, можна розглянути впровадження системи запису на прийом в онлайн-режимі, що дозволить пацієнтам зареєструватися на прийом в зручний для них час та зменшить навантаження на адміністративний персонал центру.



Рис. 3.1. Кроки щодо залучення пацієнтів на підписання декларацій з сімейним лікарем КНП «Вишгородський ЦПМСД»

Для підвищення ефективності процесів управління центром можна розглянути впровадження системи управління ресурсами підприємства (ERP), яка дозволить автоматизувати процеси управління запасами, фінансові операції та інші бізнес-процеси, що зменшить навантаження на персонал та забезпечить більш ефективне використання ресурсів.

Загальні поради щодо підвищення ефективності діяльності медичної центру (рис. 3.2):



Рис. 3.2. Загальні поради щодо підвищення ефективності діяльності медичної центру КНП «Вишгородський ЦПМСД»

оптимізація роботи персоналу. Для досягнення максимальної ефективності важливо мати компетентний та досвідчений персонал. Однак, також важливо забезпечити оптимальну організацію роботи, включаючи правильне розподілення обов'язків та чітке регулювання процесу роботи. Крім того, слід забезпечити відповідний рівень оплати праці та створити зручні умови праці.

впровадження сучасних технологій. Медична сфера постійно розвивається, тому важливо використовувати сучасні технології та обладнання для підвищення якості та швидкості надання медичної допомоги. Наприклад, електронна медична історія, телемедицина, системи автоматизації обліку та управління ресурсами.

покращення системи управління. Ефективне управління медичним центром є ключовим фактором її успішної діяльності. Для цього важливо мати чітко визначену місію та стратегію розвитку, а також використовувати системи контролю та аналізу результатів діяльності центру.

покращення взаємодії з пацієнтами.

Задля покращення конкурентних позицій «Вишгородський ЦПМСД» недостатньо просто створити її сайт та сторінки в соціальних мережах, потрібно також чітко та якісно вести контент на цих сторінках та пробувати використовувати нові сучасні методи просування на ринку. Тому було вибрано найбільш відповідний тип контенту для центру.

Для більшого залучення користувачів центру найбільш актуальними в наш час будуть наступні канали розповсюдження контенту: особистий сайт.

Задля привернення уваги потенційних клієнтів мало створити сайт та сторінки в соціальних мережах, потрібно також час від часу наповнювати їх контентом, робити гармонійні та живі сторінки щоб зберегти аудиторію, яка постійно взаємодіє з аккаунтом центру. Особливо притягуючим контентом в соціальних мережах буде сторіз-бекстейдж, інформація про лікарів, реальні відгуки та знижки, так як потенційним клієнтам хочеться знати більше про сам ЦПМСД та його персонал.

Також хорошим кроком для центру буде запровадження CRM системи в діяльність центру, тому що «Ера паперових записів» вже відійшла. Наразі зручно зберігати всі дані про пацієнта в електронному вигляді, так як це надає низку переваг для центру в цілому. CRM-система допомагає керувати роботою з пацієнтами і відстежує історію взаємодії з ними: від каналу залучення до отриманого прибутку. Вона формує звіти за зібраними даними і дозволяє приймати вірні управлінські рішення.

Медична центр «Вишгородський ЦПМСД» планує реалізувати стратегію зростання клієнтської бази шляхом залучення нових клієнтів через підписання декларацій з сімейними лікарями через наступні заходи:

1) Етап 1: Аналіз та підготовка:

Термін: 1 тиждень

проведення аналізу ринку та визначення цільової аудиторії для залучення нових клієнтів через декларації з сімейними лікарями:

цінка потенційного попиту на послуги сімейного лікаря та визначення оптимальної кількості лікарів для реалізації стратегії.

2) Етап 2: Рекламна кампанія:

Термін: 4 тижні

розробка плану рекламної кампанії та визначення бюджету;

оновлення існуючого веб-сайту, щоб він був привабливим та інформативним для потенційних клієнтів;

запуск рекламної кампанії в соціальних медіа та місцевих ЗМІ. Рекламні матеріали повинні виділятися та пояснювати переваги підписання декларації з сімейним лікарем;

3) Етап 3: Залучення сімейних лікарів:

Термін: 4 тижні

розробка привабливої пропозиції для сімейних лікарів, включаючи конкурентоспроможну заробітну плату, гнучкий графік роботи та професійний розвиток.

привертання уваги організації робочих місць та необхідному обладнанню для сімейних лікарів;

створення контакту з медичними університетами, лікарськими асоціаціями та іншими професійними організаціями для поширення інформації про можливості працевлаштування в клініці;

проведення презентації та інформаційні сесії для студентів медичних вузів та молодих лікарів, де розкажіть про переваги роботи в клініці та можливості розвитку кар'єри;

використання професійних мереж, таких як LinkedIn, для пошуку та залучення сімейних лікарів.

Відповідальні особи:

керівник медичної центру: Відповідає за стратегічне планування та нагляд за реалізацією стратегії залучення нових клієнтів через підписання декларацій з сімейними лікарями. Керівник призначає відповідальних осіб для виконання конкретних завдань.

відділ маркетингу: Відповідає за розробку та реалізацію рекламної кампанії,

включаючи розробку матеріалів, розміщення реклами та просування центру серед потенційних клієнтів та сімейних лікарів.

ідділ кадрів: Відповідає за залучення сімейних лікарів до команди центру або за укладання партнерських угод з ними. Координує набір та найм нових лікарів, проводить презентації для потенційних кандидатів та забезпечує необхідну документацію для підписання декларацій.

При розробці стратегії зростання клієнтської бази шляхом залучення нових клієнтів через підписання декларацій з сімейними лікарями необхідно дотримуватися корпоративної відповідальності. Корпоративна відповідальність центру відноситься до зобов'язань, які центр бере на себе щодо соціальних, екологічних та етичних аспектів своєї діяльності. Це означає, що центр визнає свою відповідальність перед пацієнтами, співробітниками, громадою та навколишнім середовищем.

Основні принципи корпоративної відповідальності приватної центру можуть включати:

1. Пацієнтська безпека та якість: Центр зобов'язується забезпечувати безпеку пацієнтів, дотримуючись високих стандартів якості медичних послуг, застосовуючи сучасні технології та процедури.

2. Етична поведінка: Центр дотримується етичних норм та принципів у стосунках з пацієнтами, співробітниками та іншими зацікавленими сторонами. Це може включати дотримання конфіденційності медичної інформації, заборону дискримінації та прозорість у фінансових питаннях.

3. Соціальна відповідальність: Центр може виконувати свою соціальну відповідальність шляхом надання медичної допомоги вразливим групам населення або спонсорування благодійних заходів. Вона також може створювати сприятливі умови праці для своїх співробітників і сприяти їх розвитку.

4. Екологічна стійкість: Центр може приділяти увагу екологічним аспектам своєї діяльності, зменшуючи вплив на навколишнє середовище.

Висновки до розділу 3

Коефіцієнт ефективності механізму управління для КНП «Вишгородський ЦПМСД» дорівнює 8,66. Дане значення означає, що організаційна структура аналізованої медичної організації забезпечує ефективність доцільних взаємовідносин між елементами структури, та її механізм управління ефективно регламентує взаємодію структурних підрозділів аналізованої медичної організації та їх цілеспрямований розвиток, не забезпечує реалізацію цільових установок, а також має необґрунтовано високі витрати на досягнення стратегічних цілей аналізованої медичної організації.

Проект є також соціально ефективним - в медичній організації, що аналізується, з'явиться додаткові вакантні місця, а згодом - може з'явитися кілька нових робочих місць.

Позитивний соціальний ефект від реалізації проекту вдосконалення організаційної структури КНП «Вишгородський ЦПМСД» очевидна. Це зумовлено розвитком діяльності лікарні. Крім того, проект удосконалення організаційної структури в органічному, адаптивному вигляді передбачає залучення працівників, у тому числі й тих, що не належать до управлінського персоналу, до процесу виявлення та вирішення проблем організації.

Високий рівень соціальної та економічної ефективності проекту вдосконалення організаційної структури управління, відповідність її стратегічним цілям аналізованої медичної організації, зумовлює доцільність впровадження її до КНП «Вишгородський ЦПМСД».

ВИСНОВКИ

Згідно з дослідженням, якість - це ступінь однорідності та надійності, що очікується при найнижчих можливих витратах та відповідно до вимог ринку.

Кожна система управління якістю відрізняється і має певні специфічні характеристики: Система ISO встановлює формальні процедури та інструкції для працівників; TQM - це довгостроковий процес, що базується на трансформації культури якості (мислення, поведінки персоналу) в медичних закладах і спрямований на розуміння вимог та очікувань пацієнтів. Це програма, яку потрібно впроваджувати. Акредитація фокусується на встановленні певних стандартів і правил. Створення, впровадження та використання систем якості в закладах охорони здоров'я може забезпечити високий рівень конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. Однак переваги від впровадження системи якості можуть бути реалізовані лише в тому випадку, якщо економічні аспекти управління якістю медичної допомоги будуть максимально враховані.

Розвиток і досвід управління якістю медичної допомоги в кожній країні пов'язаний з розвитком і рівнем організації охорони здоров'я в цій країні. Загальним напрямком державного регулювання та управління в системі охорони здоров'я кожної країни є зниження витрат на охорону здоров'я та забезпечення якісної, адекватної, кваліфікованої та доступної медичної допомоги. Основними напрямками розвитку сфери охорони здоров'я, які є прийнятними і для України, є наукові дослідження, інновації, розвиток науково-технічних процесів, створення відповідної системи стандартів якості медичних послуг, створення ефективної системи управління якістю медичних послуг, вжиття заходів щодо посилення мотивації медичних працівників. Вступ.

Для отримання достовірної інформації про можливості та загрози зростання організації на ринку медичних послуг було проведено SWOT-аналіз. Результати показали, що організація охорони здоров'я потребує залучення коштів, наприклад, шляхом залучення інвесторів. Спеціалізація персоналу може

бути досягнута шляхом підвищення кваліфікації лікарів та медичного персоналу. Якість медичних послуг можна покращити, використовуючи високотехнологічне обладнання. Організація має багато слабких сторін, але також і можливостей. Особливу увагу слід приділити зменшенню витрат та підвищенню якості медичних послуг.

Підсумовуючи результати оцінки якості системи охорони здоров'я Вишгородського центру первинної медико-санітарної допомоги, слід звернути увагу на погіршення якості медичної допомоги та доступу населення до медичної допомоги. Це відображається у зростанні тяжких хронічних захворювань, збільшенні смертності від хвороб та підвищенні рівня госпітальної смертності. У багатьох сферах надання послуг спостерігається зниження пропускнуєї спроможності закладів охорони здоров'я з високим навантаженням, що призвело до зниження якості медичного персоналу та обмежило надання якісної медичної допомоги населенню.

Існує потреба в більш широкому розвитку послуг первинної медичної допомоги, що призведе до підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Існує низка аспектів роботи Центрів первинної медико-санітарної допомоги Вишгородського району, які потребують вдосконалення. Тому Програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги була розроблена з метою зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом ефективного функціонування доступної та якісної системи первинної медичної допомоги.

Удосконалення системи управління якістю медичних послуг неможливе без покращення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я. Характеристикою кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я є здатність їхнього персоналу використовувати нові знання та навички, приймати обґрунтовані рішення та надавати більш інноваційні послуги. Діяльність з управління людськими ресурсами у Вишгородському центрі первинної медико-санітарної допомоги включає наступні напрямки: підбір персоналу, організація

роботи, мотивація та стимулювання, професійне навчання, підвищення кваліфікації тощо.

Поліпшити якість медичної допомоги хочуть усі: громадськість, уряд, місцева влада та медичні працівники. Висока якість охорони здоров'я досягається завдяки національному та міжсекторальному підходу до розробки політики у сфері охорони здоров'я. Організації охорони здоров'я повинні реалізовувати єдину стратегію для підвищення якості медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

вращенко Т.П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. К.: НІСД, 2021. 35 с.

лександрова М. М., Виговська Н. Г., Кірейцев Г. Г., Петрук О. М., Маслова С. О. Фінанси підприємств: Навч. посіб. для студ. екон. спец. всіх форм навч. 2.вид., перероб. та доп. К.: ЦУЛ, 2019. 268 с.

а

адюк М.І., Степаненко А.В., Микита О.О. Управління якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я Сил оборони України: навч. посіб. за ред. проф. М. І. Бадюка; Укр. військ.-мед. акад. Київ: Людмила, 2020. 171 с.

андурка О.М., Коробов М.Я. Фінансова діяльність підприємства: Підруч. для студ. ВНЗ. 2-е. вид., перероб. і доп. К.: Либідь, 2018. 384 с.

ардаш С.В. Економічний контроль в Україні: системний підхід: монографія. К.: КНІВУ, 2021. 656 с.

д

дрнич Ю.О. Бізнес-план виробничої підприємницької діяльності: Навч. посіб. НТУ «Київський політехнічний ін-т». Видавничо-поліграфічний факультет. К.: ТОВ "УкрНДІСВД", 2002. 120 с.

злик Л.С. Економіка праці: Навч. посібник. Чернівці: Рута, 2021. 75 с.

Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посіб. Київ: Центр Дубової літератури, 2008. - 640 с.

вуродна С.М. Управління якістю: навч. посібник. Чернівці: ПВКФ "Технодрук", 2017. 174с.

вда О.Г., Галик Л.М., Дрівко М.М. Фінанси організацій і підприємств: Навч.-метод. посібник для самостійного вивчення дисципліни. України; Львівська комерційна академія. Л.: Видавництво ЛКА, 2021. 112 с.

вндаренко О.О. Наочний посібник з курсу "Економіка та соціологія праці". К., 2021. 122 с.

к

а

д

м

утинець Ф.Ф., Мних Є.В., Олійник О.В. Економічний аналіз: Практикум: Навчальний посіб. Житомир: ПП "Рута", 2019. 416 с.

екслер Е.М. Менеджмент якості: навч. посібник. К.: ВД "Професіонал", 2008. 320с.

ороненко Ю.В., Висоцька О.І., Гойда Н.Г. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: Сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів. К.,2001. 112 с.

авловська Н.І., Рудніченко Є.М. Управління інноваційними проектами: навч. посібник. Хмельницький: ХНУ, 2019. 247 с.

армідер Л.Д. Фактори розвитку кадрового потенціалу торговельного підприємства. *Сталий розвиток економіки*. 2021. № 1(18). С.92- 96.

рабовський В.А., Клименко В.М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3. С.136-142.

риньова В.М., Коюда В.О. Фінанси підприємств в схемах: Навч. посібник. Х.: ВД "ІНЖЕК", 2012. 191 с.

анько В. В. Формування інноваційної системи управління закладами охорони здоров'я [Текст]: автореф. дис.... канд. екон. наук: 08.00.04. Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова. Одеса, 2020. 20 с.

авіновська Г.Т. Економіка праці: Навч. Посібник. К.: КНЕУ, 2018. 299 с.

ятковський І.В. Фінанси підприємств: Навч. посіб. для студ. екон. спец. вищ. навч. закл.. К.: Кондор, 2020. 364 с.

змайлова К.В. Фінансовий аналіз: Навч. посіб. К.: МАУП, 2020. 148 с.

нституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід: монографія / [І. Л. Сазонець та ін.]; за наук. ред. д-ра екон. наук, проф. Сазонця І. Л.; Нац. ун-т вод. госп-ва та природокористування. Рівне: Волинські обереги, 2019. 395 с.

арпіщенко О.І., Прокопенко О.В., Сотник І.М., Карпіщенко Т.О. Економіка праці: Навч. посіб. для студ. екон. спец. Суми: СумДУ, 2022. 132 с.

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

рамаренко Г.О. Фінансовий аналіз і планування: Навч. посібник для студ. вищих навч. закл. Дніпропетровська академія управління, бізнесу та права. Кафедра фінансів і банківської справи. Д.: Видавництво ДАУБП, 2021. 224 с.

ульчицький М.І. Економічне регулювання розвитку виробничої сфери в регіоні: Дис. канд. екон. наук: 08.06.02. НАН України; Інститут регіональних досліджень. Л., 2018. 161 л.

уценко Ю.І., Коломієць Р.М., Куценко О.П., Лазун Б.І. Продуктивність праці у підприємницькій діяльності: Інструктивний матеріал.. К., 2015. 66 с.

аврентій Д. С. Механізм державно-приватного партнерства в процесі реформування сфери охорони здоров'я в Україні: автореф. дис.... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Лаврентій Дмитро Степанович; ПАТ "ВНЗ "Межрегіон. акад. упр. персоналом". Київ, 2019. 20 с.

артинюк О.А., Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип.6. С.75-79.

ачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні. Монографія. Тернопіль, Тайп, 2020. 199 с.

ачуга Н.З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я. *Актуальні проблеми економіки*. 2015. №8. с. 202.

ахсма М.Б. Економіка праці: посібник для розв'язування задач. К.: Видавництво Європейського ун-ту, 2019. 62 с.

ельник А., Мельник Ю. Національний та регіональний ринки послуг України: чи наближаємось ми до Європи? *Журнал європейської економіки*. 2018. Т.14. №4. С.

енеджмент для бакалаврів: підручник: у 2 т. /за ред. О.Ф.Балацького, О.М.Теліженка. Суми: Університетська книга, 2018. Т.1. 605с.

ерзляк А.В. Економіка праці і соціально-трудова відносини: навч. посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2019. 240 с.

- омот О. І. Менеджмент якості та елементи системи якості: навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2007. 368 с.
- осейчук І.В. Роль кадрового потенціалу соціальної сфери в забезпеченні стабільності держави. *Бізнес Інформ*. 2015. № 1. С. 188-191.
- оскаленко В.Ф., Грузєва Т. С. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я. *Головний лікар*. 2007. № 1. С. 32-40.
- оскаленко В.Ф. Економіка охорони здоров'я: підручник. В.Ф.Москаленко, О.П.Гульчій, В.В.Таран та ін. Вінниця: Нова книга, 2010. 288 с.
- оскаленко В.Ф., Гузєва Т.С. Основні напрямки розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості. *Охорона здоров'я України*. 2015. № 3-4. С.54 -58.
- урашко М. Менеджмент персоналу: навч. посібник. 2-ге вид. стереотип. К.: Знання, 2016. 311 с.
- адюк З.О., Чекурда В.В. Управління процесом якості медичної допомоги в ринкових умовах системи охорони здоров'я. *Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній хірургії*. Львів. 2004. С.34- 36.
- рганізаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини. [Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І., Гуменний В.С.]. Київ Луганськ: ВАТ "ЛЮД", 2003. 83 с.
- рдинський В.А. Оцінка процесу реформування первинної медико- санітарної допомоги окремого району. *Сімейна медицина*. 2010. № 1. С. 53 -57.
- илипенко С.М., Пилипенко А.А. Економіка праці: Навч. посібник. Х.: ХДЕУ, 2017. 228 с.
- етряєва З.Ф. Фінансовий аналіз діяльності підприємства: Навч. посіб. Харківський держ. економічний ун-т. Х.: ХДЕУ, 2019. 164 с.
- лисак В.Й. Управління ризиком фінансової стійкості підприємства // *Фінанси України* - №1, 2018 р. с 67 – 72.
- осібник з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Вороненко Ю.В., Гульчій О.П., Зоріна С.М. та ін.; під ред. Ю.В.Вороненка. К.: Здоров'я, 2002. 358 с.

ро державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Доручення Кабінету Міністрів України від 1 листопада 2000 р. №18249/1 до Закону України від 5 жовтня 2000 р. № 32017; Доручення Президента України від 6 березня 2003 р. № 31-1/ 25.

ро затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 166 від 31.03.2008 р.: URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn20080331_166.html

ондратюк Ю. Ф. Продуктивність праці як чинник забезпечення людського розвитку [Текст]: автореф. дис.... канд. екон. наук: 08.00.07. Кондратюк Юлія Федорівна; НАН України, Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М. В. Птухи. Київ, 2016. 20 с.

рюкова О. Ю. Продуктивність праці фахівців в умовах формування інноваційної моделі економіки: автореф. дис.... канд. екон. наук: 08.00.07 / Крюкова Ольга Юріївна; Кіровоград. нац. техн. ун-т. Кіровоград, 2016. 20 с.

собливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації: метод. рек. / Чорна В. В. [та ін.]; Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова. Вінниця: Твори, 2022. 43 с.

етрацак О. О. Продуктивність праці у сучасних умовах: соціально-економічний аспект [монографія]. Чернівець. нац. ун-т ім. Юрія Федьковича. Чернівці: Рута,

ушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні. 2013. № 13. С.

адиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. К.: Видавництво УАДУ, 2020. 360 с.

емків Н.М. Деякі проблеми організації медико-санітарної допомоги сільському населенню в умовах сімейної медицини. *Охорона здоров'я України*. 2015. № 1/2. С.9- 54.

міянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку. *Вісник соціальної гігієни організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1. С. 86-

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / [за заг. ред. Ю В.Вороненка, В.Ф.Москаленка]. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.

варенко А. Р. Парій. В.Д. Первинна медико-санітарна допомога на селі. *Житомир і Полісся*. 2018. 207 с.

обзей М.К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медико-санітарної допомоги (на прикладі Львівської області): автореферат д-ра медичних наук: 14.02.03. Нац. мед. академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. К., 2017. 31 с.

аповал М.І. Менеджмент якості: Підручник. К.: Знання, 2016. 215 с.

аповал О.А. Кадрова політика та шляхи її покращення. *Економіка і суспільство*. 2017. Вип. 9. С. 712-715.

ковенко І. В. Реформа системи охорони здоров'я: в очікуванні перших результатів. Friedrich Ebert Stiftung, представництво в Україні. Київ: ФФЕ. 2019. 26 с.

фіційний сайт Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вишгородської міської ради. URL:

ДОДАТКИ ДОДАТОК А

План заходів програми розвитку та підтримки КНП «Вишгородський ЦПМСД»
(умовні значення)

№ п/п	Перелік заходів програми	Джерело фінансування	Орієнтовні обсяги фінансування Тис. грн. р.	Орієнтовні обсяги фінансування Тис. грн. р.	Орієнтовні обсяги фінансування Тис. грн. р.	Очікуваний результат
	Оплата енергоносіїв та комунальних послуг. Придбання палива.	Бюджети ОТГ Районний бюджет				Забезпечення сталого функціонування структурних підрозділів
	Оплата ліків для амбулаторного лікування пільгових категорій населення, в т.ч. для паліативного лікування онкологічних хворих (Постанова КМУ № 1303 від р.)	Бюджети ОТГ Районний бюджет				Забезпечення безкоштовного амбулаторного лікування пільгових категорій хворих за рецептами лікарів
	Придбання туберкуліну	Бюджети ОТГ Районний бюджет				Проведення профілактичних заходів
	Забезпечення протипожежних заходів	Бюджет ОТГ				Приведення приміщень у відповідність до вимог

		Районний бюджет				
	Реконструкція системи водопостачання	Бюджети ОТГ Районний бюджет				Приведення у відповідність до існуючих норм
	Фінансове забезпечена пункту невідкладної допомоги КНП "Вишгородський ЦПМСД"	Бюджети ОТГ Районний бюджет				Забезпечення роботи підрозділу
	Надання сільськими радами та ОТГ коштів у вигляді субвенції на виплату зарплат та матеріальної мотивації працівникам структурних підрозділів	Бюджети ОТГ Районний бюджет				Матеріальне стимулювання роботи медичних працівників
	Оплата ліків амбулаторного лікування учасників АТО	Бюджети ОТГ Районний бюджет				Забезпечення безкоштовного амбулаторного лікування пільгових категорій хворих за рецептами лікарів
		Бюджети ОТГ				
		Районний бюджет				
		Всього				

ДОДАТОК Б

Переваги реформи галузі охорони здоров'я України

Зараз

Держава **передає** медичному закладу кошти

Звернетесь ви чи ні — нічого не зміниться, вам ніхто нічого не винний :-)



Після реформи

Держава **купила** у закладу необхідні вам медичні послуги

Є надана послуга — є кошти у медичного закладу

Що отримає пацієнт?

Нарешті центром системи стане пацієнт та його медичні потреби

Чи це працюватиме?

Так! Ця модель ефективно працює в усьому світі, і немає жодних причин, чому вона не працює в Україні. До того ж, ця модель вже ефективно працює і в Україні — в програмі «Доступні ліки». Держава оплачує аптекам вартість ліків, їхньої логістики та обслуговування покупця. Аптечні мережі активно приєднуються до програми, бо це вигідно. А пацієнти вже сьогодні отримують ліки безоплатно — вже надано ліків за 6,5 мільйонами рецептів. Так само це буде працювати і в лікарнях, якщо ви підтримасте медичну реформу. Що до «Доступних ліків» програму поступово буде розширено. Вона повністю покриватиме ліки, необхідні для амбулаторного лікування з Національного переліку основних лікарських засобів.



- **Головне** — пряму оплату державою за відомими тарифами ВСІХ медичних послуг, включених до «Програми медичних гарантій».
- **Вільний вибір сімейного лікаря**, терапевта або педіатра для дитини — найважливішого для пацієнта лікаря, який зможе згодом вирішувати до 80% медичних звернень пацієнта.
- **Вибір лікаря незалежно від місця реєстрації.**
- **Гарантії, що лікар не відмовиться від пацієнта** через його хронічне захворювання або вік.

- **Конкуренцію** лікарів та лікарень за кошти, які йдуть за пацієнтом.
- **«Доступні ліки»**, вартість яких покриватиме Держава.
- **Безкоштовні аналізи** за направленнями сімейного лікаря.
- **Можливість прозоро оплатувати послуги**, що не ввійшли в Програму медичних гарантій через механізми добровільного страхування або за власні кошти.
- А згодом, за декілька років — **зовсім іншу якість послуг.**

Що входить в ціну послуги?

- Робота лікарів та медперсоналу
- Всі необхідні ліки
- Додаткові аналізи та діагностика
- Перебування в лікарні (газих і з дитиною)
- Амортизація обладнання
- Капітальні та комунальні видатки тощо

Чому тарифи єдині?

Держава закупатиме по всій країні стандартизовані медичні послуги. І тарифи на них будуть однакові, так само, як, наприклад, тарифи на адміністративні послуги. Органи місцевого самоврядування завжди зможуть за бажанням дофінансувати свої неефективні лікарні, але світовий досвід показує, що це непотрібно — після реформи лікарні швидко переходять на нові рейки та підвищують свою ефективність.

Чи вистачить країні коштів?

Все залежить від того, скільки щорічно буде виділяти на Програму медичних гарантій Верховна Рада. Перехід на оплату послуг та виділення 5% ВВП щорічно, як зафіксовано в версії законопроекту, підготовленої до другого читання, дозволить впровадити якісне покриття, радикально ширше, ніж пацієнти мають зараз.

Що зможуть лікарні?

Автономія лікарень (Закон 2002) та їх перехід у статус комунальних некомерційних підприємств відкриють для них багато можливостей: самостійне формування та зміни бюджету, власні рахунки в держбанках, встановлення сітки зарплат, можливість легально отримувати кошти з різних джерел. Простими словами, лікарні нарешті зможуть працювати так само, як усі підприємства в країні — в межах господарських відносин.

Як виглядатиме послуга на практиці?



З 2018: На рівні первинної медичної допомоги

тариф включає річну підтримку приписаного пацієнта. Держава платитиме лікарю за всіх приписаних пацієнтів, навіть коли вони не звертаються до лікаря.

Тому, чим у практики будуть здоровіші пацієнти, тим менше буде у неї роботи, а доходи — ті самі.

Мінімальний розмір медичної практики — один лікар та одна медсестра.

З 2020: На рівні спеціалізованого лікування

тариф оплачуватиметься за діагностично спорідненими групами, так званою «системою DRG». Тариф включатиме всі види видатків, необхідних для проведення лікування пацієнта, разом з його перебуванням у лікарні, ліками, роботою лікарів тощо.

Держава буде покривати лікування за направленням або якщо пацієнт звернувся у лікарню з випадком, що потребує екстреної допомоги.



ДОДАТОК В

Бізнес-модель практики первинної медичної допомоги

Автономні медичні практики почнуть продавати Державні послуги, які вони надають приписаним пацієнтам. Це господарська діяльність, яка дозволить КП та лікарям-ФОПам наймати субпідрядників, укладати угоди тощо.

В ціну послуги в 2018 закладені 7 базових аналізів. В 2019-м році список аналізів буде розширено разом з відповідним фінансуванням. У медичній практиці може бути своє обладнання або угода з лабораторією.

Окремі сестринські послуги можуть надаватися медсестрами, фельдшерами та іншим медичним персоналом самостійно за завданнями лікаря та під його керівництвом.

Послуги первинної медичної допомоги зможуть надавати також лікарі у статусі ФОПів. Вони зможуть об'єднуватися в спільні медичні практики, щоб розподіляти видатки.

Держава переходить

від утримання медичної мережі до про-активної закупівлі послуг в інтересах пацієнтів. Останні роки Україна тільки підтримувала життєздатність медичної системи, але ні про який розвиток не йшло мови.

Вже в 2018 році Держава вийде на ринок закупівель послуг первинної медичної допомоги. Це послуга догляду сімейного лікаря, терапевта або педіатра для дитини, яку мають отримати всі мешканці України, щоб знизити свої медичні ризики.

Нова система розроблена так, щоб у пацієнта в принципі не виникло можливості і потреби дати лікарю додаткові кошти за послуги з Програми медичних гарантій.

Безоплатно!



Регулярні профілактичні огляди
7 базових аналізів



Консультації та практики по зниженню факторів ризику



Планування візитів,

інформування про результати обстежень та аналізів

Телефонний зв'язок обов'язково, інші види за можливість

ДІАГНОСТИКА



СЕСТРИНСЬКІ ПОСЛУГИ

Взяття біоматеріалів, медичні втручання



Консультація лікаря, лікування, рецепти, довідки



ЛІКАРЬСЬКІ ПОСЛУГИ



Рецепт на «Доступні ліки»

Пацієнт самостійно отримує ліки в аптеці за рецептом сімейного лікаря, педіатра, терапевта

Ліки оплачуються аптеці через програму реімбурсації «Доступні ліки»



АПТЕКА

НСЗУ закуповує у практики все, що перелічене на цьому фоні.



eHealth

Звіттування по наданих послугах переводиться в електронний формат.

Вимоги до практик:



ПРИМІЩЕННЯ
Кабінет лікаря, смотрова, маніпуляційна



БАЗОВЕ ОБЛАДНАННЯ
17 позицій



КАДРИ
МІН: лікар, медсестра
ОРТ: лікар, 2 медсестри + рецепція



ЛІКИ ДЛЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ



ЦІЛОДОВОБОВИЙ РЕЖИМ СПІЛЬНО З ІНШИМИ ПРАКТИКАМИ

Направлення на спеціалізоване лікування
Без направлення сімейного лікаря, пацієнт самостійно оплачує спеціалізоване лікування



Національна служба здоров'я України



З 2020 року

В 2020 році на оплату послуг перейде система спеціалізованого лікування. У лікарень буде два роки, щоб провести оптимізацію, підсилення, та обладнання ком'ютерами.

Програма медичних гарантій

740 тис.–1 млн € щорічно за підтримку 2000 пацієнтів

Оплата за пролікований випадок
Тарифи на 2020 рік розробляються в 2019