

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВОДНОГО ГОСПОДАРСТВА ТА
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ПУБЛІЧНОГО ВРЯДУВАННЯ

Пояснювальна записка
до дипломного проекту (роботи)

Магістр
(освітньо-кваліфікаційний рівень)

на тему:

РОЗРОБКА СИСТЕМИ СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Виконав: _____ студент 6 курсу,
спеціальності 073 «Менеджмент»,
освітня програма «Управління проектами»
Пєчніков С.О.
(прізвище та ініціали)
Керівник _____ Судук О.Ю.
(прізвище та ініціали)
Рецензент _____ Щербакова А.С.
(прізвище та ініціали)

Рівне - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ	5
1.1. Специфіка праці у сфері охорони здоров'я, чинники та критерії її ефективності	5
1.2. Теоретико-методологічні підходи до стимулювання ефективної праці медичного персоналу	14
1.3. Методи заохочення медичних працівників до ефективної праці у розвинених країнах світу	19
Висновок розділу 1	28
РОЗДІЛ 2. КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УКРАЇНІ	29
2.1. Оцінка окремих аспектів ефективності праці у сфері охорони здоров'я на макроекономічному рівні	29
2.2. Оцінка дієвості стимулювання праці у сфері охорони здоров'я на мікроекономічному рівні	40
2.3. Обґрунтування методології ефективності праці на рівні медичного працівника	63
Висновок розділу 2	72
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ТА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ	74
3.1. Методологічні підходи до реформування системи оплати праці у сфері охорони здоров'я України	74
3.2. Шляхи вдосконалення механізму стимулювання ефективної праці медичного персоналу	81
3.3. Рекомендації щодо впровадження ефективної системи оплати та мотивації праці медичних працівників	93
3.4. Пропозиції щодо підвищення професійного рівня та забезпечення високої якості складу медичного персоналу КНП «Здолбунівська міська лікарня»	104
Висновки до розділу 3	107
ВИСНОВКИ	110
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	113
ДОДАТКИ	117

ВСТУП

Прискорення економічного та інноваційного розвитку держави, зростання її конкурентоспроможності об'єктивно вимагають створення дієвої системи стимулів до ефективної праці, забезпечення на цій основі збереження та всебічного розвитку людського потенціалу. Існуюча в Україні система стимулювання праці прийшла у протиріччя з нагальними потребами суспільства. Особливої гостроти ця проблема набула у сфері охорони здоров'я, де недоліки в організації та оплаті праці медичного персоналу стали гальмувати якісне виконання покладених на нього завдань щодо збереження головної цінності продуктивних сил країни – здоров'я нації.

На етапі переходу України на ринкову модель розвитку відбулося невинне зростання показників захворюваності, смертності населення, скорочення тривалості життя, стала масовою незадоволеність населення якістю медичної допомоги. До кризи здоров'я призвів комплекс чинників, пов'язаних як і з політичною, економічною, екологічною ситуацією в країні, так і зі специфікою структурних зрушень. Тривалий час ринкові реформи здійснювалися ціною соціальних втрат, без належної уваги до фінансування закладів охорони здоров'я, реформування оплати праці медичного персоналу.

Недосконала система стимулювання праці медичного персоналу, застарілі принципи її побудови та диференціації, мізерні розміри заробітку, неадекватні високій відповідальності та напруженості праці, призвели до падіння престижності праці лікаря, руйнування зацікавленості працівників медичних установ в ефективній трудовій діяльності і професійному зростанні. Виникла необхідність у терміновому пошукові можливостей вдосконалення механізму стимулювання праці медичного персоналу, підпорядкування його цілям подолання кризи здоров'я в Україні.

Метою магістерського дослідження є розробка теоретико-методологічних засад і практичних рекомендацій щодо стимулювання ефективної праці медичного персоналу в умовах ринкової трансформації економіки України.

Досягнення окресленої мети викликало необхідність розв'язання таких

наукових завдань:

- розвинути положення щодо сутності ефективності праці у сфері охорони здоров'я, вдосконалити критерії та показники її оцінки;
- визначити фактори впливу на ефективність праці медичних працівників, їх класифікацію;
- обґрунтувати теоретико-методологічні підходи до стимулювання ефективної праці у сфері охорони здоров'я;
- здійснити комплексну оцінку стану стимулювання ефективної праці медичного персоналу на макро-, мезо- та мікроекономічному рівнях на сучасному етапі розвитку України;
- вдосконалити методологічні підходи до оцінки ефективності праці на рівні окремого медичного працівника;
- обґрунтувати методологічні підходи до побудови гнучкої тарифної сітки з оплати праці у сфері охорони здоров'я;
- розробити науково-практичні рекомендації щодо вдосконалення механізму стимулювання ефективної праці медичного персоналу.

Об'єктом дослідження виступає процес стимулювання ефективної праці медичного персоналу.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методологічних та прикладних проблем стимулювання ефективної праці медичних працівників на сучасному етапі ринкових трансформацій в Україні.

Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг основного змісту дослідження становить 122 сторінки. Список використаних джерел включає 32 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТИМУЛЮВАННЯ

ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

1.4. Специфіка праці у сфері охорони здоров'я, чинники та критерії її ефективності

У сучасному світі все більше вчених починає вважати, що соціальний прогрес не може бути пов'язаний із зростанням грошових доходів чи матеріальних багатств. У центрі уваги – високорозвинені багаті, які є ціллю та стандартом соціально-економічного розвитку будь-якої країни. Досягнення соціального прогресу за будь-яких темпів економічного зростання неможливе без реалізації важливих людських можливостей, одним з яких є довге і здорове життя [1, с. 457].

Водночас, як найцінніша цінність для кожного, здоров'я визначає його здатність до навчання, мотивацію до постійного розширення та оновлення знань. У той же час покращення найважливіших складових людського капіталу – здоров'я та освіти – може підвищити конкурентоспроможність людини на ринку праці, зробити її більш продуктивною та заробляти більше, а отже – покращити її та її родину – існує.

Стан здоров'я людини впливає не тільки на якість її життя, а й на результати діяльності фірми [2], оскільки рівень продуктивності, якість продукції та послуг, розробка та впровадження інновацій у фірмі знаходяться в прямій залежності. За психофізіологічними, виховними та духовними характеристиками в кінцевому підсумку визначають її конкурентні позиції на ринку. Здорові працівники, на думку І. Дишлового, більш фізично та інтелектуально активні та сильні, демонструють високу продуктивність і отримують вищі заробітки [2].

Окрім покращення добробуту домогосподарств та підвищення ефективності бізнесу, охорона здоров'я населення є передумовою підвищення національного рівня життя та соціально-економічного розвитку [3].

Роботи в галузі охорони здоров'я мають багато специфічних

характеристик, які відрізняють їх від інших секторів економіки. Узагальнення результатів досліджень багатьох вчених у країні та за кордоном [4; 5] дозволяє виділити наступні характеристики змісту робіт у галузі охорони здоров'я:

1) об'єктом праці медичного персоналу є найвища соціальна цінність – люди, які дають їм високе почуття відповідальності. Неправильні оцінки надання медичних послуг загрожують життю людини, фізичному та психічному здоров'ю, подальшому економічному добробуту;

2) підвищена складність роботи – медичні послуги носять індивідуальний характер через різні обставини;

3) високий рівень креативності – медичним працівникам надаються широкі повноваження щодо вибору методів і засобів діагностики та лікування пацієнтів, визначення їх обсягу та тривалості;

4) значна частина живої праці – у сфері охорони здоров'я неможливо досягти повної автоматизації та механізації праці, тому професійна майстерність медичних працівників відіграє надзвичайно важливу роль у досягненні позитивних терапевтичних результатів;

5) висока психічна і нервова напруга, що супроводжує надання медичних послуг;

6) високий ризик втрати здоров'я медичних працівників через швидке поширення серйозних інфекційних захворювань у суспільстві.

Характеристики змісту роботи у сфері охорони здоров'я дають змогу детально розглянути її результати [4, с. 16].

По-перше, вони не пов'язані безпосередньо з витратами на їх впровадження. Так, величезні матеріальні витрати на лікування пацієнта не завжди досягають бажаної мети – оздоровлення. Це пояснюється тим, що успіх лікування, а також майстерність лікаря значною мірою залежить від складності захворювання. По-друге, наслідки медичної допомоги часто не є миттєвими, але потрібен час, щоб стати очевидними. По-третє, продукція праці медичного персоналу є нематеріальною, що ускладнює їх оцінку.

У свою чергу, деталі роботи в галузі охорони здоров'я висувають основні

вимоги до якісних характеристик трудового потенціалу медичного працівника. Так, потреба в здоров'ї пов'язана з тим, що його поганий стан може знизити працездатність медпрацівників, призвести до депресії та нервозності, тим самим поставивши під загрозу здоров'я пацієнта. Не менш важливою є виховна складова трудового потенціалу медичного персоналу, чий незадовільні характеристики заважають надавати якісну медичну допомогу.

Творчий потенціал медичних працівників є неоцінним у забезпеченні високих результатів у сфері охорони здоров'я, оскільки в процесі роботи вони набувають ширшого поля творчості, ніж ті, хто займається матеріальним виробництвом. Проведення певних видів досліджень, вибір методу лікування, визначення його тривалості, результат діагностики та лікування залежить від його вміння правильно вирішувати окреслені проблеми, на розсуд лікаря.

Значення творчої складової трудового потенціалу медичних працівників у розвитку конкуренції в галузі охорони здоров'я значно зросло, оскільки поступове проникнення ринкових дисциплін у галузь посилило конкуренцію серед медичних працівників, змушуючи заклади охорони здоров'я відчувати наслідки конкурентне середовище. За таких обставин лише шляхом постійного розкриття креативності співробітників та посилення інноваційної діяльності будь-який заклад може отримати конкурентну перевагу на ринку медичних послуг.

Етичні якості медичних працівників, такі як ставлення до роботи, грамотність, відповідальність, етика, дисципліна, стриманість, акуратність, організованість, такт, чуйність, відіграють важливу роль у наданні медичної допомоги. Важко уявити медичного працівника, який міг би задовольнити потреби населення у здоров'ї без відповідальності за роботу, стриманості у стосунках з колегами та пацієнтами, чуйності до останніх та акуратності в наданні допомоги.

Аналіз наукових даних прийшов до висновку, що, окрім труднощів у визначенні того, що працює у сфері охорони здоров'я, немає методологічної основи для її вимірювання. Це пояснюється кількома причинами. По-перше,

важко визначити показники, за якими можна всебічно оцінити роботу медичних працівників. Отже, якщо загальним показником, що відображає результати праці в матеріальному виробництві, є прибуток, то в охороні здоров'я знайти показник, який би кількісно і якісно характеризував роботу, неможливо. По-друге, складність поєднання природних і витратних показників ускладнює оцінку ефективності медичних працівників, оскільки вони часто не є взаємозамінними. По-третє, існують різні показники для оцінки ефективності медичних працівників на макро-, мезо-, мікро- та індивідуальному рівнях. Тому не можна не погодитися з науковцями [5; 6], які стверджують, що ефективність роботи в охороні здоров'я не можна об'єктивно оцінити за допомогою лише однієї метрики.

Загалом, існує три виміри оцінки ефективності медичних працівників, які дають більш-менш вичерпне уявлення про ефективність медичної роботи. Йдеться про медичну, соціальну та економічну ефективність [6; 7; 8].

Наше дослідження підтверджує існуючий аргумент про те, що основною метою надання медичної допомоги є досягнення медичної ефективності, оскільки це, по-перше, безпосередньо пов'язане з цілями охорони здоров'я, а по-друге, зі зміною передумов соціальної ефективності. У тій чи іншій формі медичної ефективності, знаючи результати діагностики або Лікування на рівні держави [4, с. 102], окремого медичного закладу [8, с. 120] або пацієнта [9, с. 24]. Рекомендується оцінювати медичну ефективність за рядом критеріїв та показників, що відображають якість, адекватність та ефективність діагностичних та лікувальних заходів [5; 10].

Вищезазначені нормативно-правові акти сформували стандарт та індексну систему оцінки медичної ефективності, у порівнянні з існуючою системою ефективність медичного персоналу може бути комплексно проаналізована на макро-, мезо-, мікроекономічному та індивідуальному рівнях, при цьому враховуються чотири аспекти (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Аспекти, критерії та показники оцінки ефективності праці у сфері охорони
здоров'я

Ефективність		
аспект	критерії	показники
1	2	3
Макроекономічний / мезоекономічний рівень		
Соціаль- ний аспект	Задоволеність населення якістю отриманих медичних послуг	Кількість осіб, що оцінили якість отриманих медичних послуг як дуже високу (відносно високу, відносно низьку, дуже низьку) / загальна кількість опитаних
	Оцінка громадянами стану свого здоров'я	Кількість осіб, що оцінили стан свого здоров'я як добрий (задовільний, поганий) / загальна кількість опитаних
	Стан здоров'я населення	Очікувана тривалість життя при народженні
		Кількість вперше зареєстрованих захворювань у розрахунку на 100 000 населення
		Загальна кількість захворювань у розрахунку на 100 000 населення
	Смертність населення	Коефіцієнт загальної смертності населення (кількість померлих у розрахунку на 10 000 наявного населення)
		Коефіцієнт дитячої смертності (кількість дітей, що померли у віці до одного року, на 1 000 народжених)
		Коефіцієнт материнської смертності (кількість вагітних, породіль та породіль, що померли, на 10 000 пологів)
	Інвалідність населення	Кількість осіб вперше визнаних інвалідами на 10 000 населення
		Кількість інвалідів у розрахунку на 1 000 населення
Медичний аспект	Профілактична допомога	% населення, охопленого періодичними оглядами
	Летальність у результаті надання медичної допомоги	Лікарняна летальність (% осіб, що померли, у загальній кількості госпіталізованих)
		Післяопераційна летальність (% осіб, що померли, у загальній кількості прооперованих)
		Летальність після абортів (кількість осіб, що померли у результаті аборту, в розрахунку на 10 000 абортів)
Економіч- ний аспект	Потенційні економічні втрати суспільства у результаті погіршення стану здоров'я населення	Потенційні втрати суспільства внаслідок передчасної смертності населення
		Потенційні втрати суспільства внаслідок інвалідизації населення
		Потенційні втрати суспільства внаслідок захворюваності населення
	Витрати на функціонування сфери охорони здоров'я	Загальний обсяг коштів, що витрачаються на фінансування охорони здоров'я
		Обсяг витрат на охорону здоров'я на одного жителя
Функціо- нальний аспект	Трудове навантаження лікарів	Кількість відвідувань за зміну у розрахунку на одного лікаря
		Кількість госпіталізованих протягом року у розрахунку на одного лікаря стаціонару
		Кількість захворювань у розрахунку на одного середньостатистичного лікаря
	Трудове навантаження середніх медичних працівників	Кількість відвідувань за зміну у розрахунку на одну медичну сестру поліклініки
		Кількість госпіталізованих протягом року у розрахунку на одну медичну сестру стаціонару
		Кількість захворювань у розрахунку на одну медичну сестру

1	2	3
Мікроекономічний / особистісний рівень		
Соціальний аспект	Задоволеність пацієнтів обсягом та якістю отриманої медичної допомоги	Кількість осіб, що оцінили обсяг та якість отриманих медичних послуг як дуже високу (відносно високу, відносно низьку, дуже низьку) / загальна кількість осіб, що звернулися за допомогою до медичної установи
	Задоволеність пацієнтів рівнем професійної майстерності медичних працівників	Кількість осіб, що оцінили професійний рівень медичних працівників як дуже високий (відносно високий, відносно низький, дуже низький) / загальна кількість осіб, що звернулися за допомогою до медичної установи
	Задоволеність пацієнтів відношенням до них з боку медичних працівників	Кількість осіб, що оцінили відношення до них з боку персоналу як дуже хороше (відносно хороше, відносно погане, дуже погане) / загальна кількість осіб, що звернулися за допомогою до медичної установи
	Оцінка пацієнтами стану свого здоров'я при виписці	Кількість осіб, що оцінили стан свого здоров'я як добрий (задовільний, поганий) / загальна кількість опитаних
Медичний аспект	Якість медичних послуг	Відповідність наданої медичної допомоги встановленим стандартам
		Правильність встановлення діагнозу
		Кількість ускладнень у результаті лікування
	Результативність проведеного лікування	Питома вага осіб, що виписалися здоровими, у загальній кількості пролікованих
		Питома вага осіб, що виписалися з покращенням здоров'я, у загальній кількості пролікованих
		Питома вага осіб, здоров'я яких залишилося без змін, у загальній кількості пролікованих
		Лікарняна летальність (% осіб, що померли, у загальній кількості госпіталізованих)
		Післяопераційна летальність (% осіб, що померли, у загальній кількості прооперованих)
Економічний аспект	Економічність діагностики	Витрати на обстеження одного хворого
	Економічність лікування	Витрати на лікування одного хворого
Функціональний аспект	Трудове навантаження (для лікарів)	Кількість операцій у розрахунку на одного лікаря-хірурга
		Кількість госпіталізованих у розрахунку на одного лікаря стаціонару
		Кількість відвідувань у розрахунку на одного лікаря поліклініки
		Відсоток лікарів, які беруть участь у науково-дослідних програмах
	Трудове навантаження (для середніх медичних працівників)	Кількість госпіталізованих у розрахунку на одну медичну сестру
		Кількість відвідувань у розрахунку на одну медичну сестру
		Кількість середніх медичних працівників, які беруть участь у науково-дослідних програмах

Примітка: таблицю складено автором на основі [8; 9; 11; 12].

На жаль, така економія не завжди дає позитивні результати. Тому не можна не погодитися з Козаком В.Є. та Данилюк З.З., які стверджують, що у невиробничій сфері економічний зміст заощаджень відображається не в скороченні, а в раціональному використанні матеріальних, трудових і фінансових ресурсів [13, с. 8] . Тому, враховуючи економічну ефективність роботи у сфері охорони здоров'я, доцільно розглядати отримання найвищих діагностичних та лікувальних результатів за найменших витрат [14, с.104].

Соціальна ефективність праці в охороні здоров'я вченими розглядається як ступінь задоволення потреб громадян у охороні здоров'я та здоров'ї [5; 10; 15]. Його можна охарактеризувати такими критеріями, як стан здоров'я населення, його задоволеність якістю одержуваних медичних послуг, аналіз демографічних показників. У майбутньому одним із основних критеріїв оцінки соціальних виплат медичного персоналу має бути також дотримання соціальних стандартів, розроблених спеціально для сфери охорони здоров'я.

Щоб визначити можливі резерви підвищення ефективності охорони здоров'я, на основі узагальнень існуючої наукової думки та власних висновків, ми класифікуємо фактори, що впливають на це (рис. 1.1).

Класифікація передбачає групування факторів, що визначають вплив на працездатність медичних працівників (з урахуванням специфіки роботи в галузі охорони здоров'я) за одинадцятьма ознаками, а саме: рівень дії, підконтрольність, відповідність персоналу, спрямованість, характер, спрямованість дії, ступінь впливу, тривалість дії, охоплення, зміст, вплив на різні складові ефективності праці.

Враховуючи специфіку змісту та результатів роботи в галузі охорони здоров'я, до глобальних факторів, що впливають на ефективність роботи медичного персоналу, можна віднести світову політику в галузі охорони здоров'я, рівень науково-технічного прогресу, рівень медичної науки, національну політику, стан здоров'я населення, регіональні і фінансові можливості регіону, соціально-економічний стан, підхід до управління охороною здоров'я, екологічні та демографічні умови, галузеві – підхід до

організацій охорони здоров'я, рівень їх фінансування, рівень розвитку галузевої конкуренції, особливо Заробітна плата медичного персоналу.

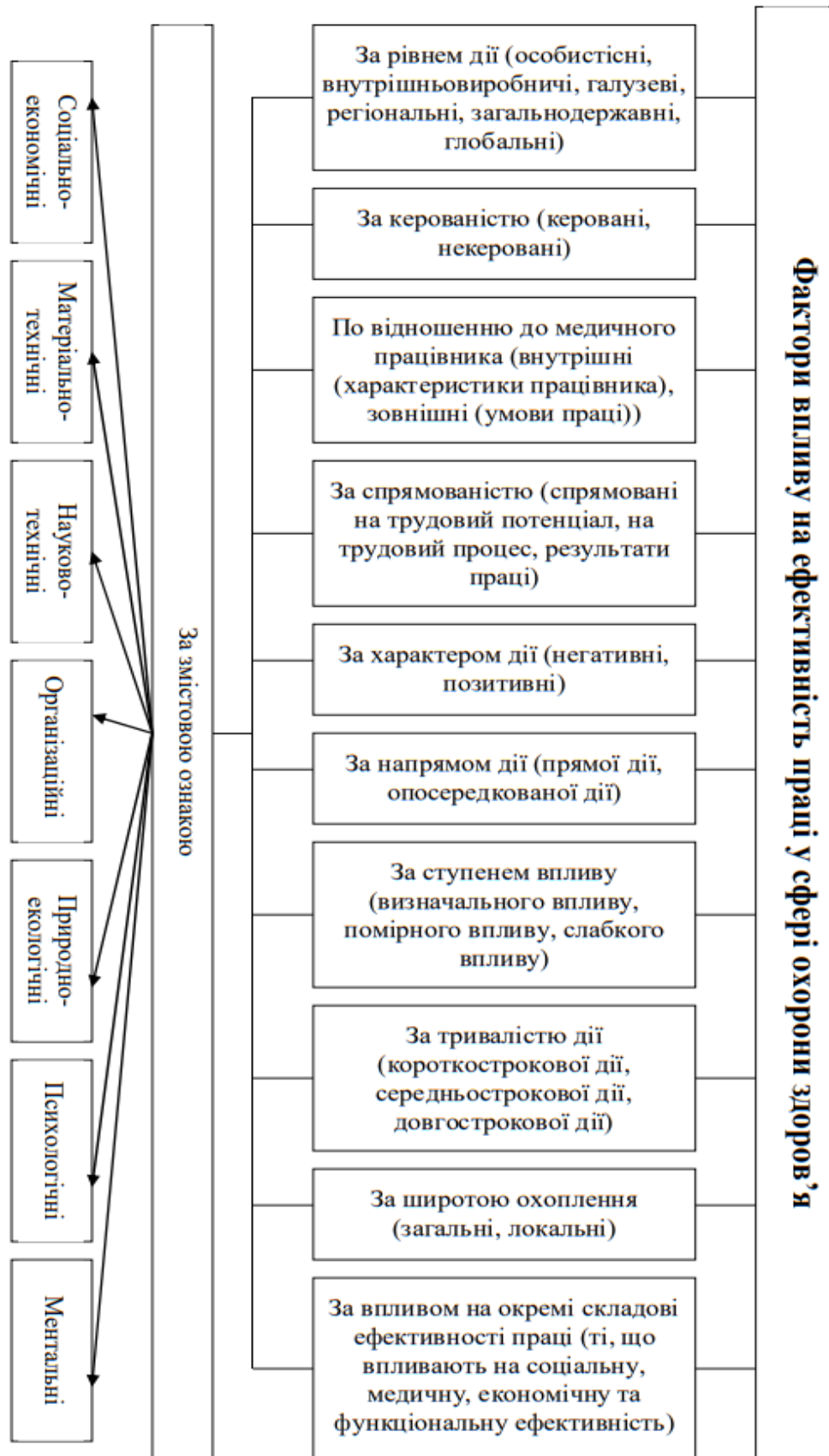


Рис. .1.1. Фактори впливу на ефективність праці в медичній сфері

Серед внутрішніх виробничих факторів слід звернути увагу на матеріально-технічний фундамент, умови праці та безпеки медичних закладів, специфічні умови організаційного управління, оплати праці та заходи стимулювання тощо. Фактори особистості визначають вплив характеристик трудового потенціалу медичних працівників на продуктивність праці: здоров'я, професійні знання та навички, мотивація праці, креативність тощо.

За змістом сукупність факторів, що впливають на ефективність роботи у сфері охорони здоров'я, можна розділити на сім груп:

1) соціально-економічні: ступінь розвитку соціально-виробничих відносин, матеріальне стимулювання медичного персоналу, матеріальне забезпечення професійної підготовки медичних працівників, обсяги коштів на надання медичних послуг населенню;

2) речовини та технології: рівень матеріально-технічного забезпечення медичних закладів, наявність ефективних лікарських засобів та сучасного технічного обладнання для діагностики та лікування захворювань;

3) наука і технології: наявність науково-дослідних можливостей у медичній сфері, ступінь участі медичних установ, рівень розвитку медичних технологій;

4) організація: організаційна характеристика процесу праці, розподіл праці та кооперації, умови та безпека праці, зміст праці;

5) природа та екологія: кліматичні умови, умови навколишнього середовища, наявність чистої питної води та здорової їжі;

6) психологія: психологічна атмосфера колективу, ступінь психологічного тиску під час лікування медсестра, престиж роботи в охороні здоров'я;

7) психологія: місце здоров'я людини в суспільних цінностях, усталені традиції в поведінці людей щодо збереження здоров'я та схильність до лікування нетрадиційних захворювань.

Тому ефективність праці є складною соціально-економічною категорією, і її аналіз є надзвичайно важливим у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі

суспільного розвитку нашої країни. Тільки поглиблене і систематичне вивчення ефективності медичного персоналу може знайти найкращий спосіб її стимулювання, для чого необхідно визначити характер, форму і спосіб останнього.

1.5. Теоретико-методологічні підходи до стимулювання ефективної праці медичного персоналу

Для з'ясування сутності поняття «сприяння ефективній праці», особливо у сфері охорони здоров'я, ми розглядаємо еволюцію наукових уявлень про неї через призму економічних, політичних, соціальних, культурних та інших факторів.

Аналіз наукових даних показує, що питання мотивації ефективної праці було цікавим у стародавньому світі (табл. 1.2). Так, грецький мислитель Ксенофонт у V-IV ст. зазначає, що одяг і взуття, які власники моделей повинні надавати працівникам, мають бути різними, «одні краще, інші гірші, тож ви можете дати кращим працівникам те, що краще, а одному погане-гірше» [16]. Правда, давня ідея спонукання до праці мала спорадичний характер і цілком ґрунтувалася на матеріальних потребах людей, оскільки для неї характерним було натуральне господарство, а товарно-грошові відносини тільки починали зароджуватися.

Проте, незважаючи на велику кількість наукових досліджень проблеми мотивації ефективної праці, на сучасному етапі розвитку в Україні вона всебічно не вивчена. Тим більше, що до цих пір немає консенсусу щодо визначення поняття «стимул працювати ефективно», немає чіткого відмежування від економічної категорії «мотивація до праці», а також поняття форми і методу стимулювання ефективної праці на ринку. економіка нечітка. Особливе занепокоєння викликає відсутність досліджень щодо змісту та деталей того, що сприяє ефективній роботі державного сектору.

Аналіз сучасної наукової літератури про стимулювання праці показує, що існують різні способи окреслити його зміст і зв'язки з такими поняттями, як

«мотивація». Більшість науковців вважають, що економічні категорії «стимул» і «мотивація» різні за змістом [17; 18].

Таблиця 1.2

Еволюція наукових уявлень про стимулювання ефективної праці [16; 19]

Періоди розвитку наукової думки	Представники наукових течій	Уявлення про стимулювання ефективної праці	Чинники, що формували відповідні наукові погляди
1	2	3	4
I-й період: ... до н.е. – II ст. н.е.	Арістотель Катон Ксенофонт Конфуцій Платон	В основі поведінки людини лежать матеріальні потреби, тому стимулювання праці зводиться лише до матеріального заохочення	Зародження ринкових елементів господарювання, поступовий розвиток товарно-грошових відносин
II-й період: V ст. – XIV ст.	Аквінський Ф. Ібн-Хальдун	Поряд з матеріальними, досліджуються і інші потреби людей. Працю починають поділяти на фізичну і духовну, вивчають її зв'язок із соціальним положенням	Розквіт ремесла і торгівлі, посилення соціального розшарування суспільства
III-й період: XV ст. – 60 рр. XIX ст.	А. Сміт Д. Рікардо В.Петті Дж. Локк Ф. Кене Т. Мальтус Дж.С. Мілля К. Маркс Ф. Енгельс	Увага економістів зосереджується на дослідженні економічних потреб людини. Думки вчених щодо дії матеріальних стимулів розходяться за двома протилежними напрямками – одні вважають, що заробітна плата має бути зведена до мінімуму засобів існування (В. Петті, Д. Рікардо, Т. Мальтус); інші (А. Сміт) – навпаки. У той же час, К. Маркс вводить нове поняття „товар робоча сила” і вивчає проблему відчуження від праці	Розквіт капіталізму, розвиток ринкових відносин та міжнародної торгівлі
IV-й період: 70-ті рр. XIX ст. – 70-ті рр. XX ст.	І. Джевонс М. Туган-Барановський, Ф. Тейлор, Е.Мейо, А.Маслоу К. Альдерфер Ф.Герцберг Л.Портер, Е. Лоулер В.Врум С. Струмілін Є. Капустін	Велика увага приділяється дослідженню різноманітних потреб людини. Розвивається теза про те, що, задовольнивши матеріальні потреби, людина буде прагнути до задоволення нематеріальних потреб. З'являються перші науково обгрунтовані теорії мотивації, визначаються форми, види та методи заохочення до ефективної праці	Зростання цінності людини в суспільстві, посилення уваги до її потреб, розквіт індустріального виробництва, розвиток конкуренції, загострення проблеми обмеженості ресурсів
V-й період: 80-ті рр. XX ст. – початок XXI ст.	Д. Богиня О. Грішнова М. Карлін А. Колот Г. Куліков Е. Лібанова О. Новікова В. Новіков І. Петрова	Розвиток вчень про людські потреби (особливо нематеріального характеру), дослідження сутності, форм, методів та видів соціально-економічної мотивації до праці, обгрунтування ролі конкурентоспроможності праці у досягненні ефективності виробництва	Зростання цінності людини у суспільстві, усвідомлення провідної ролі людського фактору в економіці, обрання інноваційного вектору розвитку, загострення конкурентної боротьби

При цьому одні з них [19; 20] чітко розрізняють ці поняття, а інші [17; 18], в яких погоджуються автори, розглядають мотивацію як частину мотивації.

Враховуючи аргументи про те, що ефективність праці є найвищою, коли інтереси бізнесу узгоджені з інтересами суспільства та працівників, можна припустити, що сприяння ефективній праці спрямоване на досягнення консенсусу.

У сфері охорони здоров'я є певна особливість сприяння ефективній роботі. Основний її фундамент закладено державою, яка через мережу медичних закладів надає низку стимулів медичним працівникам з метою захисту інтересів людей у зміцненні здоров'я та подальшому розширенні людських можливостей.

Ефективний механізм стимулювання ефективної праці в галузі охорони здоров'я невіддільний від систематизації різних наукових точок зору на класифікацію ефективного стимулювання праці. Тому, враховуючи специфіку роботи в охороні здоров'я, доцільно узагальнити та збагатити існуючу систематику ефективного стимулювання праці (табл. 1.3).

Карлін у своїй науковій монографії «Стимули в перехідних економіках» запропонував класифікацію заохочень за формою виконання, характером дії на суб'єкта, формою винагороди, силою впливу на об'єкт стимулювання та об'єкт» [21, с. 25].

І. Швець та Є. Чумаченко запропонували свою таксономію стимулів ефективної праці, яка, крім перерахованого, поділяє стимули за такими ознаками: організація впливу, сфера застосування, ступінь персоніфікації та контекст [22, с. 10-23].

Для більш повного використання деяких стимулів, ми вважаємо, що їх класифікацію можна збагатити за такими причинами: об'єкт спрямування, тривалість впливу, сила впливу на об'єкт, ступінь впливу, і ступінь впливу на інновації. Виходячи з вищезазначених напрямів сприяння ефективній роботі в охороні здоров'я, пакет заохочень можна поділити на заохочення медичних працівників:

- професійне самовдосконалення (створення можливостей для подальшої освіти, розвитку кар'єри, збільшення доходів за рахунок підвищення рівня знань і кваліфікації);

- покращувати результати праці (встановлювати тісний зв'язок між результатами праці та заробітною платою, преміювання за високі результати праці);

- раціоналізація процесу праці (преміювання за економію ресурсів, надбавки за творчість на роботі тощо).

За тривалістю заохочення за ефективну роботу можна розділити на разові, періодичні та постійні. До заохочення одноразових дій належать присвоєння почесних звань, нагородження державними нагородами, будь-яких одноразових виплат тощо. Регулярне заохочення передбачає квартальні премії, встановлення тимчасових доплат і надбавок, премії кращим працівникам року. До постійного заохочення належать постійні заохочення (розрахунок заробітної плати, престижність роботи в охороні здоров'я, умови праці, її організація).

За силою, що діє на об'єкт, всю сукупність подразників можна розділити на три групи: сильні, середні та слабкі. Стимули рішучих дій у період переходу економіки до ринку, який супроводжує повну бідність медичних працівників, включають різні матеріальні стимули до праці. Помірні дії характеризуються такими стимулами, як престиж роботи, умови праці та психологічний клімат у колективі. Стимули, які не мають прямого впливу на медичних працівників, мають найменший вплив.

Відповідно до наведених положень процес стимулювання ефективної роботи в медичному закладі можна описати так (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Концептуальне бачення процесу стимулювання ефективної праці у медичному закладі (складено автором)

Рис 1.2 показує, що керівництво медичних закладів відповідно до потреб населення та наданих державою повноважень та за власними фінансовими можливостями визначає форми та методи мотивації підлеглих працівників до праці. Отже, підсумовуючи, можна зробити висновок, що сприяння ефективній охороні здоров'я – це складний процес, організація якого вимагає правильного вибору форматів і методів, а також конкретних стимулів, здатних узгодити інтереси та інтереси медичних працівників.

1.6. Методи заохочення медичних працівників до ефективної праці у розвинених країнах світу

Досвід розвинутих країн з ринковою економікою має високу теоретичну та практичну цінність для організації сприяння ефективній роботі медичного персоналу України. Тому ми приділимо особливу увагу його дослідженню, для чого вивчимо існуючі зарубіжні методи мотивації медичних працівників до ефективної роботи, шляхом аналізу та порівняння: особливості фінансування системи охорони здоров'я; способи мотивації медичного персоналу до ефективної роботи; стан здоров'я населення та його задоволеність якістю

допомоги; можливість запровадити певні елементи зарубіжного досвіду в Україні.

Сьогодні у світі існують чотири основних джерела фінансування охорони здоров'я – податки, обов'язкове медичне страхування, добровільні внески на медичне страхування та державні платежі, які часто використовуються разом [14; 23; 24]. Однак у більшості економічно розвинених країн фінансування охорони здоров'я базується на обов'язковому медичному страхуванні (Бельгія, Франція, Німеччина, Греція, Ізраїль, Австрія, Люксембург, Нідерланди, Швейцарія, Канада), забезпечуючи допомогу 87 – 100% населення. З поширенням страхової медицини в деяких західних країнах (Італія, Іспанія, Португалія, Швеція, Великобританія, Фінляндія, Ірландія) охорона здоров'я функціонує на бюджетній основі [14, с. 7-62]. Слід зазначити, що перша група країн витрачає на охорону здоров'я більше, ніж друга група країн: у середньому 9% ВВП проти 8,2% (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Витрати на охорону здоров'я в економічно розвинених країнах у 2020 р.

Країна	Витрати на охорону здоров'я (% від ВВП)	Із них		% державних витрат на охорону здоров'я у загальній структурі	Витрати на охорону здоров'я в розрахунку на 1 жителя (у дол. США)
		державні	приватні		
Австрія	7,7	70,13	29,87	10,5	2220
Бельгія	9,1	71,40	28,60	12,8	2515
Данія	8,8	83,00	17,00	13,1	2583
Фінляндія	7,3	75,70	24,30	11,0	1943
Франція	9,7	76,00	24,00	13,8	2736
Німеччина	10,9	76,00	24,00	17,6	2817
Греція	9,5	52,60	47,40	10,8	1814
Ірландія	7,3	75,20	24,80	16,4	2367
Ізраїль	9,1	68,00	32,00	10,9	1890
Італія	8,5	75,00	25,00	13,3	2166
Люксембург	6,2	86,00	14,00	12,0	3066
Нідерланди	8,8	79,00	21,00	12,2	2564
Португалія	9,3	71,00	29,00	14,2	1702
Іспанія	7,6	71,4	28,6	13,6	1640
Швеція	9,2	85,90	14,1	13,5	2512
Великобританія	7,7	83,0	17,0	15,8	2160
США	14,6	...	...	23,1	5274
Канада	9,6	...	...	15,9	2931

Джерело: [14].

Сполучені Штати витрачають на охорону здоров'я найбільше у світі, майже вдвічі більше, ніж інші високорозвинені країни (14% ВВП). За таким рівнем фінансування Сполучені Штати займають перше місце (23,1%) за витратами на охорону здоров'я за часткою від загальнодержавної структури витрат [14, с. 46-53].

Аналіз наукових даних показує, що стимулювання медичного персоналу до ефективної роботи за кордоном ґрунтується на поєднанні матеріальних і нематеріальних стимулів (рис. 1.3).



Рис. 1.3. Методи стимулювання ефективної праці медичного персоналу у зарубіжних країнах (схему розроблено автором)

У всіх країнах основним матеріальним стимулом ефективно працювати є заробітна плата. Сьогодні найпоширенішими формами оплати праці медичного персоналу є подушна, платна та фіксована (табл. 1.5).

Таблиця 1.5

Методи оплати праці лікарів у високорозвинених країнах

Країна	Методи оплати праці лікарів первинної ланки	Методи оплати праці лікарів у стаціонарах	Особливості системи оплати праці
1	2	3	4
Австрія	Змішана система: фіксований платіж + гонорарна оплата	Гонорарний	Переважає більшість лікарів працює за контрактами, що укладаються шляхом переговорів між страховими компаніями і медичними асоціаціями. Лікарі первинної ланки отримують подушну платню за базові послуги і гонорарну за всі інші
Бельгія	Гонорарний Фіксований	Гонорарний Фіксований	Розміри винагороди за надання медичних послуг встановлюються на національному рівні шляхом переговорів між представниками страхових компаній і тими, хто їх надає
Франція	Гонорарний	Фіксований Гонорарний	Вартість медичних послуг, які надаються переважною більшістю лікарів, визначається на національному рівні. Проте, частині лікарів (24%), які мають спеціальні кваліфікаційні характеристики, дозволяється її підвищувати
Німеччина	Гонорарний	Гонорарний	Розміри оплати праці медичних працівників за окремо надані послуги встановлюються безпосередньо на регіональному рівні шляхом переговорів між представниками страхових компаній і регіональних асоціацій лікарів
Греція	Фіксований Гонорарний	Фіксований Гонорарний	Всі працівники Національної системи охорони здоров'я отримують фіксовану заробітну плату. Їм дозволено займатися приватною практикою у неробочий час, під час якої вони отримують винагороду в залежності від кількості звернень
Ізраїль	Змішана система: фіксований + подушний платіж Подушний	Фіксований	Лікарі первинної ланки, що працюють на найбільшу страхову компанію, отримують фіксовану заробітну плату і помісячний подушний платіж; праця інших оплачується за подушним методом. Лікарі більш високих ланок отримують фіксовану заробітну плату в залежності від рівня відповідальності їх праці та тривалості медичної практики
Люксембург	Гонорарний	Гонорарний	Розміри оплати за медичні послуги підлягають загальнообов'язковому затвердженню для всіх лікарів
Нідерланди	Подушний Гонорарний	Фіксований	Загальні практики отримують подушну платню за лікування пацієнтів, застрахованих у межах загальнодержавного страхування, і гонорарну за надання послуг пацієнтам із страховками приватних страхових компаній
Канада	Гонорарний	Гонорарний	Практично всі лікарі отримують платню, виходячи із обсягу наданої допомоги
США	Гонорарний Подушний	Гонорарний Подушний	Оплата праці переважної більшості лікарів проводиться за гонорарним методом на основі рахунків, що пред'являються пацієнтам або страховим компаніям. Фіксовану подушну платню отримують лікарі, що працюють в Організаціях підтримки здоров'я (HMOS)

1	2	3	4
Данія	Змішана система: подушна оплата + гонорарна	Фіксований Гонорарний	Лікарі, що працюють у межах первинної ланки, отримують платню, яка складається із двох частин: 30% – подушна оплата і 70% – гонорарна
Фінляндія	Змішана система: фіксований + подушний + гонорарний +допомоги	Фіксований	У лікарів первинної ланки охорони здоров'я 60% заробітної плати є фіксованою величиною, 20% нараховується за подушним методом, 15% – за гонорарним і 5% становлять різноманітні місцеві допомоги
Ірландія	Подушний	Фіксований Гонорарний	Лікарі, що працюють у лікарнях, отримують фіксовану заробітну плату. Крім того, їм дозволяється займатися приватною практикою і отримувати винагороду за принципом „гонорар за послугу”
Італія	Подушний	Фіксований	Реформування системи охорони здоров'я, що має місце в Італії, передбачає введення в дію стимулів, спрямованих на підвищення ефективності праці: додаткового доходу у вигляді гонорарних винагород і премій за економію витрат
Португалія	Фіксований	Фіксований	Усі лікарі Національної системи охорони здоров'я отримують фіксовану плату. Приватна практика виступає додатковим джерелом доходу. З 1999 р. проводиться експеримент із застосуванням подушного методу оплати для загальних практиків
Іспанія	Фіксований	Фіксований	Більшість лікарів працює у державному секторі і отримує фіксовану платню
Швеція	Фіксований Подушний	Фіксований	Більшість лікарів працює у державних медичних закладах і отримує фіксований заробіток. З середини 90-х вони також отримують подушну оплату
Великобританія	Подушний	Фіксований	З 1 квітня 2004 р. оплата праці лікарів первинної ланки перейшла від подушно-фіксованого методу до такого, що поєднує подушний метод із доплатами за якісні показники праці

Джерело: [25].

Дані наведені в таблиці. 1.5 показати, що в країнах, де застрахована медична допомога, найпоширенішою формою оплати праці є медичний персонал. Суть цього полягає в тому, що лікарі винагороджуються за кожну окремо надану медичну послугу (консультацію, огляд, операцію тощо), [25]. Західні вчені виділяють три типи [26, с. 7]:

1) Традиційно, коли розмір заробітної плати, який отримує лікар, визначається ним самостійно відповідно до вимог ринку. Такий спосіб оплати медичної роботи широко використовувався в країнах страхування, коли їхні системи охорони здоров'я були менш організованими та регульованими, ніж

сьогодні. Наприклад, у США лікар сам розраховує вартість наданих ним послуг і виставляє рахунки пацієнту або страховій компанії, в якій вони застраховані [25, с. 279];

2) Договір, у якому зазначається, що покупець медичних послуг (як правило, державна або приватна страхова компанія) веде переговори з її постачальником (лікарем або медичною установою) про затвердження універсальної суми оплати медичних послуг. Цей метод поширений у країнах із медичним страхуванням (в Німеччині, Франції та Бельгії). В Німеччині на основі медико-економічних досліджень було розроблено каталог медичних видів для оплати праці лікарів, у якому кожній окремій службі (групі послуг) призначався певний бал. На регіональному рівні кожен бал оцінюється шляхом переговорів між представниками страхового фонду та місцевими медичними асоціаціями. Набір послуг, що пропонуються пацієнтам, відображений у певній кількості балів, помножений на їх вартість, визначає ціну роботи лікаря [27, С. 30];

3) Регульовані, з безпосереднім залученням органів державної влади до встановлення цін на медичні послуги. Такий спосіб оплати праці медичного персоналу вже поширений у Люксембурзі, Японії та Китаї. Наприклад, у Люксембурзі розмір доходу лікаря визначається виходячи з затверджених державою цін на певні послуги.

Оскільки витрати на охорону здоров'я в оплачуваних країнах неухильно зростали, нещодавно були запроваджені заходи щодо обмеження витрат на оплату праці для медичних працівників. Тому для визначення доцільності призначення препарату в Бельгії та Німеччині проводився моніторинг призначення. І навпаки, якщо лікар у Люксембурзі призначає більше трьох препаратів одночасно, потрібне письмове пояснення. Інструкції з призначення ліків також доступні в Австрії та Нідерландах. Підхід на душу населення широко використовується для покриття витрат на медичний персонал, який працює на первинній медико-санітарній службі в країнах, де фінансуються бюджети охорони здоров'я (Ірландія, Італія, Великобританія, Данія, Фінляндія, Швеція, Португалія). Частково використовується в країнах із застрахованими лікарями:

Греції, Ізраїлі, США та Нідерландах (табл. 1.5). Більшість країн Центральної та Східної Європи запровадили або готуються до введення подушних платежів у свої рамки амбулаторної допомоги під час реформування своїх систем охорони здоров'я (Румунія, Польща, Хорватія, Естонія, Угорщина), [28, с.112].

Загалом заробітна плата на душу населення (виходячи з кількості обслуговуваних осіб) відображає здатність працівника на практиці надавати більше медичної допомоги, ніж вона надає: лікарям платять незалежно від того, звертається до нього пацієнт чи ні. Розмір компенсації визначається на основі оцінки очікуваного навантаження [28, С. 84].

Великий науковий інтерес представляють результати дослідження, проведеного вченими в США, яке порівнювало стан здоров'я людей, які лікуються в установах, з оплаченою та подушною заробітною платою. Спостереження показують, що люди з кращим здоров'ям почуваються краще, коли вони лікуються в установах, які оплачують лікарів на душу. Для людей із серйозними проблемами зі здоров'ям краще лікування в платному медичному закладі. У той же час витрати на лікування значно нижчі в медичних установах із заробітною платою на душу населення [27, с.279].

У країнах, де охорона здоров'я закладена в бюджет (Данія, Фінляндія, Ірландія, Італія, Португалія, Іспанія, Швеція, Великобританія), дуже поширений фіксований метод оплати праці медичних працівників. Він також широко використовується в деяких країнах із системами медичного страхування – Франції, Греції, Нідерландах. Працівникам виплачується фіксована заробітна плата за фактичний робочий час, протягом якого вони виконують ряд функцій, передбачених посадою. При визначенні її розміру враховуються також особисті якості працівника, такі як стаж роботи, кваліфікаційні категорії, наявність почесних звань тощо [27].

Важливо зазначити, що кожен із зазначених вище методів компенсації має переваги та недоліки (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Переваги та недоліки окремих методів оплати праці у сфері охорони здоров'я [29].

Метод оплати праці	Переваги	Недоліки
Гонорарний	• встановлює прямий зв'язок між обсягами наданої допомоги і рівнем оплати праці • спонукає медичний персонал працювати більш тривалий час протягом дня • викликає зацікавленість у наданні найбільш ефективних послуг із можливих варіантів, оскільки вони, зазвичай, є найдорожчими • спонукає до праці у сільській місцевості • зацікавлює медичний персонал уникати затримок з наданням медичних послуг • стимулює прояв інноваційної активності • сприяє формуванню високого рівня індивідуальної відповідальності за надані послуги	• створює стимули до надання зайвих послуг і виписки найдорожчих, а подекуди і зайвих ліків • характеризується дуже високою вартістю медичних послуг як для кожного споживача окремо, так і для суспільства загалом • супроводжується досить високими адміністративними витратами, адже потребує великої кількості бюрократичної роботи • стимулює скорочення тривалості консультацій • формує низьку зацікавленість у профілактиці захворювань, адже, чим більше хворих, тим більшим є заробіток
Подушний	• не спонукає до надання зайвих медичних послуг • зацікавлює у наданні профілактичної допомоги • не викликає надмірних адміністративних витрат • сприяє рівному доступу до медичної допомоги пацієнтів з різними розмірами доходів • стимулює підвищення професійної майстерності та прояв інноваційної активності, особливо у сфері профілактики захворювань	• спонукає медичний персонал приймати на обслуговування тих пацієнтів, які потребують невеликих обсягів допомоги, уникаючи ризик-групи (пенсіонерів, хронічних хворих тощо) • подекуди може мати місце надання медичної допомоги у неповному обсязі, оскільки відсутньою є пряма зацікавленість персоналу в одужанні пацієнта • характеризується надмірним рівнем переведення важких хворих до вищих ланок охорони здоров'я • не зацікавлює в економії ресурсів • не спонукає до інтенсифікації праці • не містить прямого зв'язку між ефективністю праці і розмірами отримуваної винагороди
Фіксований	• не спонукає до надання зайвих медичних послуг • не зацікавлює у нарощенні витрат, пов'язаних з наданням медичної допомоги • супроводжується низькими адміністративними витратами • стимулює нарощення професійної майстерності, але лише за умови, якщо це позначається на розмірах заробітку • не містить фінансових ризиків для працівників, адже заробітна плата є гарантованою величиною • стимулює проведення групових консультацій	• не зацікавлює надавати медичну допомогу у повному обсязі • не стимулює підвищення інтенсивності праці • супроводжується нераціональним витрачанням часу • не стимулює підвищення якості праці • не зацікавлює в економії ресурсів • не сприяє прояву інноваційної активності • супроводжується низьким рівнем відповідальності за надані медичні послуги • не встановлює прямого зв'язку між ефективністю праці і розмірами отримуваної винагороди

Тому, щоб уникнути негативних наслідків використання того чи іншого підходу, деякі західні країни практикують використання змішаних моделей оплати праці (Ізраїль, Данія, Фінляндія).

Зарубіжний досвід показує, що бонуси – це ще один спосіб мотивувати медичний персонал до ефективної роботи, і його важливість не менше заробітної плати. Використання бонусних систем у деяких високорозвинених країнах продемонструвало їх високу ефективність з точки зору впливу на інтереси високопродуктивні співробітники [30, с. 9].

Основою системи є визначення двох основних наборів показників, що характеризують якість та рівень надання допомоги. Оцінка якості медичної допомоги за допомогою аналітики:

- результати опитування щодо задоволеності пацієнтів якістю допомоги, яку вони отримують;
 - кількість наданих профілактичних медичних послуг, наприклад, імунізації;
 - кількість пацієнтів, які переходять від одного лікаря до іншого;
- Для оцінки рівня медичної допомоги були проведені такі аналізи:
- кількість годин, протягом яких лікар приймає ліки на тиждень;
 - можливість лікаря надати додаткові послуги (наприклад, видалення родимки);
 - частота участі лікаря в освітніх програмах;
 - обсяг медичної допомоги, що надається пацієнтам із тяжкими формами захворювання (щоб уникнути виділення лише легких випадків);
 - збільшення кількості застрахованих осіб, які обирають допомогу лікаря загальної практики в страхових компаніях;
 - кількість відвідувань лікарями пацієнтів, які переведені в стаціонар для подальшого лікування.

Розмір премій, що сплачуються за якісну роботу в США, залежить від розміру доходу страховика, рівня організації, що надає допомогу, і способу поєднання матеріальних і нематеріальних заохочень. У середньому розмір премії

становить 1-20% від загальної зарплати. У більшості випадків він встановлюється у розмірі 5% доходу [30, С. 10].

Зауважимо, що практика винагороди медичних працівників за ефективну роботу поширена не лише в США, а й майже у всіх країнах. У Великобританії, наприклад, групові бонуси за видатні результати є поширеними. В Італії поширена практика виплати бонусів для економії ресурсів [27, с 42]. В Австрії передбачені додаткові бонуси за роботу в сільській місцевості [14, С. 217].

Важливим фінансовим стимулом для медичних працівників, які працюють у національній системі охорони здоров'я, є право займатися приватною практикою у неробочий час за окрему плату (Греція, Португалія, Ізраїль). Це право дає медичним працівникам можливість збільшити свої доходи. Однак слід бути обережними з посиленням таких стимулів, оскільки лікарі можуть намагатися мінімізувати свої години на державних посадах із фіксованою зарплатою на підтримку економічно привабливішої приватної практики. Крім того, вони можуть заохочувати клієнтів переходити з державного сектору в приватний.

Досить поширеним методом заохочення медичних працівників до ефективної роботи на Заході є фінансові стимули, які носять негрошовий характер. Яскравим прикладом такого заохочення є Нідерланди, де при розрахунку тарифних ставок враховуються витрати на утримання автомобіля, телефонні рахунки, купівлю інструментів тощо. Нідерланди розраховують тарифні ставки для медичних працівників так [16, с. 215–216]:

$$TC = \frac{C_{Дв} П + НВ}{СРН} \quad (1.1)$$

де ТС – тарифна ставка; $C_{Дв} П$ – середній дохід від праці; НВ – накладні витрати; СРН – середнє робоче навантаження.

Загалом наведені положення дозволяють зробити висновок, що ефективність роботи в медичній сфері меншою мірою визначається обсягом та джерелом її фінансування, ніж діючими механізмами стимулювання медичного персоналу до праці. Тільки ефективні стимули можуть дозволити медичним

працівникам зосередитися на зростанні досвіду, раціоналізувати використання наявних ресурсів та надавати якісну допомогу, яка відповідає потребам громадян у сфері охорони здоров'я.

Висновок розділу 1

Аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових даних, присвячених сприянню ефективній роботі медичного персоналу, показує, що це питання недостатньо вивчено. Зміст економічної категорії «сприяння ефективній роботі медичного персоналу» залишається незрозумілим і невизначеним, оскільки вчені не погоджуються, які напрямки роботи охорони здоров'я слід вважати ефективними – її форми, методи та характеристики, які реалізуються в сучасних умовах.

Узагальнюючи результати досліджень ефективності здоров'я у сфері охорони здоров'я, зроблено висновок, що ефективність медичних працівників, з одного боку, та наскільки їх особисті інтереси узгоджуються з інтересами роботодавців і споживачів медичних послуг, з іншого, є «язик». Тому доцільно розглядати таку роботу для ефективної роботи у сфері охорони здоров'я, оскільки найкраще використання наявної у персоналу матеріально-технічної бази, а також власних професійних навичок може призвести до найкращого результату лікування в кожному. Задовольнити потреби споживачів здоров'я, діяльність закладів охорони здоров'я, а також особисті матеріальні та моральні трудові очікування практикуючих лікарів.

На основі узагальнень існуючого наукового мислення та власних висновків класифікуються фактори, що визначають ефективність медичних працівників. Ця класифікація враховує специфіку змісту роботи у сфері охорони здоров'я. Вчасно можна виявити фактори, що впливають на ефективність роботи медичного персоналу, та сформулювати заходи щодо їх усунення.

РОЗДІЛ 2. КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УКРАЇНІ

2.2. Оцінка окремих аспектів ефективності праці у сфері охорони здоров'я на макроекономічному рівні

Перш ніж оцінити ефективність роботи медичних працівників на макроекономічному рівні, ми аналізуємо склад людських ресурсів охорони здоров'я за такими показниками:

- загальна кількість працівників галузі охорони здоров'я та їх професійна структура;
- забезпечення населення лікарями та фельдшерами;
- укомплектування лікарів і фельдшерів;
- освітньо-кваліфікаційна характеристика медичного персоналу.

За розрахунками станом на 2023 р. в українській сфері охорони здоров'я працює 8,7% зайнятого населення [28].

Медсестри (39,6%) та інші практикуючі лікарі (43,5%) становлять найбільшу частку серед практиків галузі, за ними йдуть лікарі (17,5%). При цьому переважна більшість медичних працівників – жінки (79%). Тенденція зростання пенсіонерів знаходиться під загрозою: у 2023 році 12,1% медперсоналу мають передпенсійний вік, а 18,9% – пенсіонери [28].

Ці дані свідчать про те, що людські ресурси в галузі охорони здоров'я старіють, і замінити їх молодими працівниками неможливо через відсутність бажання займатися медичною практикою.

Результати аналізу показують, що в період з 1990 по 2023 роки кількість лікарів серед населення України зменшилася (рис. 2.1).

За цей період їх кількість скоротилася більш ніж на 24%.

У зв'язку зі скороченням населення з лікарями, аналізу укомплектованості медичних закладів показав тенденцію до зростання кадрового дефіциту в період з 1990 по 2023 роки (табл. 2.2).

Таблиця 2.1

Мережа та кадри закладів охорони здоров'я в Україні [28]

Показник	2010	2015	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Всього лікарняних закладів	2763	1775	1671	1640	1578	н/д	1404	1369
в тому числі: системи МОЗ	2442	1539	1416	1377	1302	1229	1150	1096
інших міністерств та відомств	229	152	124	116	114	н/д	96	97
приватної форми власності	92	84	131	147	162	н/д	158	176
Самостійні заклади та структурні підрозділи, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	8993	9962	10502	10567	10561	н/д	9457	9426
в тому числі: системи МОЗ	6869	8034	8437	8392	8370	8240	7750	7671
інших міністерств та відомств	550	227	201	203	205	н/д	166	175
приватної форми власності	1574	1701	1864	1972	1986	н/д	1541	1580
крім того, приватні кабінети	5510	4986	5537	6055	6397	н/д	4236	4799
Всього лікарів	224876	186234	185675	184713	179602	н/д	163033	160198
Забезпеченість на 10 тис. населення	49,3	43,7	44,2	44,3	43,4	н/д	39,8	39,1
в тому числі система МОЗ	197065	161621	156863	154265	147361	143887	137549	133237
Забезпеченість на 10 тис. населення	43,2	38,0	37,4	37,0	35,6	35,1	33,6	32,5
Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами – всього	80,8	82,1	81,7	82,1	81,0	80,0	80,6	79,4
в т.ч. у лікувально-профілактичних закладах	78,3	78,7	78,0	78,3	76,9	75,8	76,2	75,7
% атестації	68,3	67,5	68,9	68,8	67,2	67,1	64,3	61,4
% осіб пенсійного віку	24,5	24,0	24,6	24,7	23,6	23,67	23,7	24,7
Із загальної кількості лікарів - в закладах інших міністерств та відомств	14811	10550	9968	9885	9859	н/д	7903	7925
- лікарі приватної практики	13000	14063	18844	20563	22382	н/д	17581	19036
Кількість середнього медичного персоналу всього	466816	371736	345364	330322	308758	н/д	268231	257532
Забезпеченість на 10 тис. населення	102,4	87,3	82,3	79,2	74,5	н/д	65,4	62,8
в тому числі середнього медичного персоналу система МОЗ	428667	344035	313412	296054	273526	261255	241147	229368
Забезпеченість на 10 тис. населення	94,1	80,8	74,7	70,9	66,0	63,7	58,8	55,9
Укомплектованість штатних посад середнього медичного персоналу фізичними особами – всього	95,2	95,4	91,1	89,2	88,5	88,2	88,4	87,7
в т.ч. в лікувально-профілактичних закладах	90,4	89,9	86,3	85,2	84,6	84,5	85,2	84,9
% атестації	63,7	70,0	72,5	73,2	72,3	72,68	70,3	68,2
% осіб пенсійного віку	15,8	13,2	12,7	12,5	11,0	10,71	11,1	11,3
Із загальної кількості середнього медперсоналу - в закладах інших міністерств та відомств	25687	15839	15585	15514	14811	н/д	10687	10499
Із загальної кількості середнього медперсоналу - в приватних структурах	12462	11862	16367	18754	20421	н/д	16397	17665

Аналіз таблиці 2.1 показує, що кількість лікарняних закладів зменшувалася з 2010 до 2023 року. Зокрема, з 2763 закладів у 2010 році до 1369 у 2023 році. Найбільше скорочення відбулося в закладах системи МОЗ, з 2442 у 2010 році до 1096 у 2023 році. При цьому спостерігається тенденція до зростання кількості

приватних лікарень з 92 у 2010 році до 176 у 2023 році.

Щодо закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, то їх загальна кількість у 2010-2020 роках залишалася стабільною, але у 2022-2023 роках спостерігається тенденція до їх зменшення.

Також ряд показників, що характеризують рівень забезпечення населення якісною медичною допомогою, має негативний характер. Так, загальна кількість лікарів має тенденцію до зниження (з 224876 у 2010 році до 160198 у 2023 році), забезпеченість лікарями на 10 тис. населення впала з 49,3 у 2010 році до 39,1 у 2023 році, зросла частка лікарів пенсійного віку до 24,7% у 2023 році, що свідчить про старіння кадрів.

Також негативні процеси мають місце і при забезпеченні населення середнім медичним персоналом. Так, загальна кількість середнього медичного персоналу скоротилася майже вдвічі: з 466816 у 2010 році до 257532 у 2023 році, забезпеченість на 10 тис. населення зменшилася з 102,4 у 2010 році до 62,8 у 2023 році.

Дані таблиці свідчать про загальну тенденцію до скорочення державного сектору в охороні здоров'я, старіння кадрів та зростання частки приватного сектору. Такі зміни, ймовірно, пов'язані зі структурними реформами у сфері охорони здоров'я, демографічними змінами та перерозподілом ресурсів.

Таблиця 2.2.

Забезпеченість населення України лікарями системи МОЗ у 2023 році [31]

Адміністративні території	Чисельність лікарів без НДІ, закладів підготовки кадрів, організаторів та лікарів санітарної групи		Чисельність лікарів без НДІ, закладів підготовки кадрів, організаторів, стоматологів та лікарів санітарної групи	
	абсолютні дані	на 10 тис. населення	абсолютні дані	на 10 тис. населення
1	2	3	4	5
Україна	116340	28,4	108177	26,4
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	5130	34,1	4898	32,6
Волинська	3212	31,5	2980	29,3
Дніпропетровська	9317	30,1	8692	28,1
Донецька	3331	17,7	2955	15,7

1	2	3	4	5
Житомирська	3515	29,8	3269	27,7
Закарпатська	3679	29,6	3567	28,7
Запорізька	3996	24,4	3818	23,3
Івано-Франківська	5606	41,6	5293	39,2
Київська	4947	27,6	4568	25,5
Кіровоградська	2548	28,4	2366	26,4
Луганська	1008	15,1	953	14,3
Львівська	10043	40,8	9259	37,6
Миколаївська	2519	23,1	2379	21,8
Одеська	7327	31,3	6635	28,4
Полтавська	4938	36,7	4592	34,2
Рівненська	3856	33,8	3664	32,1
Сумська	3249	31,4	2989	28,9
Тернопільська	4004	39,3	3801	37,3
Харківська	7476	28,9	6836	26,5
Херсонська	1331	13,3	1271	12,7
Хмельницька	4154	33,9	3939	32,1
Черкаська	3409	29,5	3147	27,2
Чернівецька	3580	40,3	3404	38,4
Чернігівська	2789	29,3	2533	26,6
м. Київ	11376	39,1	10369	35,6

З даних таблиці можна побачити, що в Україні на 10 тис. населення припадає 28,4 лікарів (без врахування НДІ, закладів підготовки кадрів, організаторів і лікарів санітарної групи). Це свідчить про помірний рівень забезпечення медичними кадрами, однак із значними регіональними відмінностями.

Найвищі показники забезпечення лікарями на 10 тис. населення спостерігаються в Івано-Франківській (41,6), Львівській (40,8), Чернівецькій областях (40,3) та м. Київ (39,1). Ці регіони демонструють високий рівень забезпечення медичними кадрами, що може свідчити про їх кращу інфраструктуру охорони здоров'я.

Найнижчі показники зафіксовано в Луганській (15,1), Херсонській (13,3), Донецькій областях (17,7). Ці області мають значно нижчий рівень забезпечення лікарями, що може бути пов'язано з економічними труднощами,

демографічними факторами чи воєнними діями.

Середній рівень забезпечення лікарями (близько 30 лікарів на 10 тис. населення) спостерігається в таких областях, як Вінницька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська, Рівненська та Хмельницька.

Таблиця 2.2 демонструє значну регіональну нерівність у забезпеченні лікарями. Західні області та столиця мають найкращу забезпеченість медичними кадрами, тоді як східні та південні регіони (особливо Луганська, Херсонська, Донецька області) мають найгірші показники. Це підкреслює необхідність державної уваги до покращення доступу до медичної допомоги в менш забезпечених регіонах.

На рис.2.1 відображено динаміку показників забезпеченості лікарями та середнім медичним персоналом на 10 тис. населення в Україні за певний період (можливо, 2010–2023 роки).

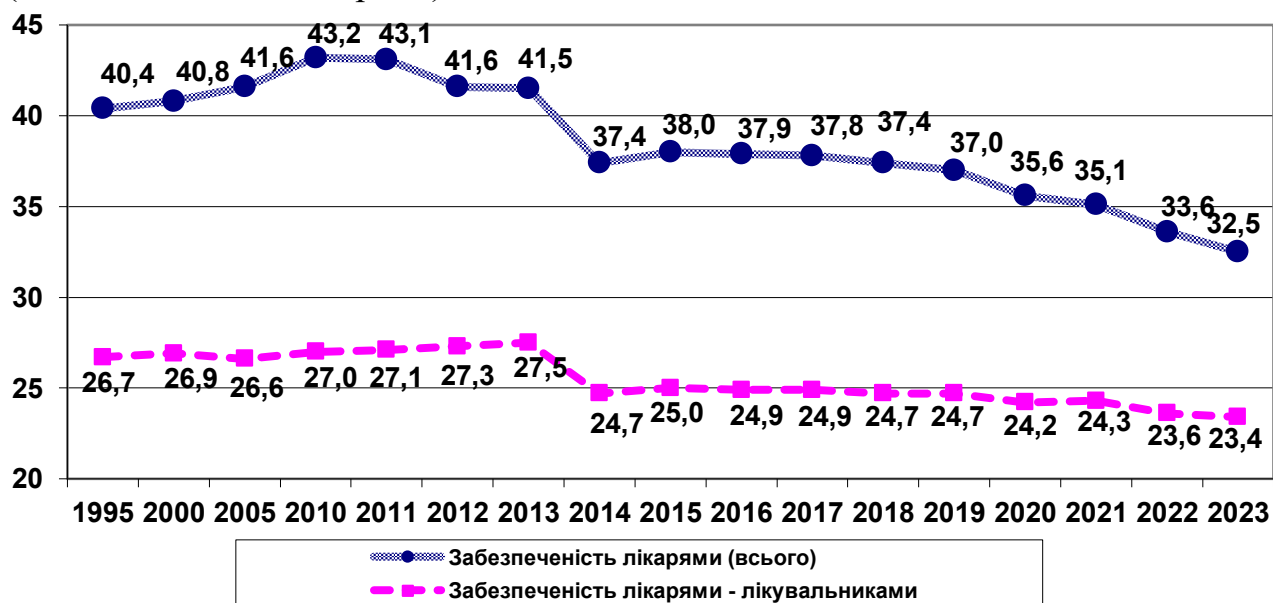


Рис. 2.1. Забезпеченість лікарями (фізичними особами) на 10 тис. населення

З графіка видно, що забезпеченість лікарями (синя лінія) зростає у період 2010–2014) рр.з 40,4 до 43,1 на 10 тис. населення. Це свідчить про певні позитивні зміни у системі охорони здоров'я або стабільну демографічну ситуацію. У 2014–2017 рр. показник залишався на рівні 41,5–41,6. З 2018 року спостерігається різке зниження забезпеченості лікарями до 32,5 у 2023 році. Це може бути наслідком реформи охорони здоров'я, скорочення кадрів або

демографічних і економічних чинників.

Подібні тенденції мають місце і при аналізі показників забезпеченість середнім медичним персоналом (рожева лінія). У 2010–2014 рр. показник залишався в межах 26,6–27,5, що свідчить про відносно стабільну ситуацію із середнім медичним персоналом. Починаючи з 2015 року, показник поступово зменшувався і досяг рівня 23,4 у 2023 році. Це може свідчити про скорочення кількості середнього медичного персоналу або зменшення чисельності населення.

Обидва показники (лікарі та середній медичний персонал) демонструють тенденцію до зниження з 2018 року. Забезпеченість лікарями знижується швидше, ніж середнім медичним персоналом. Зниження забезпеченості кадрами може бути пов'язане з міграцією медичного персоналу за кордон, старінням кадрів, скороченням фінансування галузі охорони здоров'я або демографічними змінами.

Для покращення ситуації слід зосередитися на залученні молодих спеціалістів, підвищенні оплати праці, створенні комфортних умов праці та інвестуванні в медичну інфраструктуру.

Слід зазначити, що така тенденція призвела до прогресуючого погіршення співвідношення кількості лікарів і медичних сестер: сьогодні в Україні на одного лікаря припадає 1,7 середнього медичного персоналу (у 1990 р. - 2,7), що не відповідає загальноприйнятому стандарту.

Особливо гостро нестача кадрів набула у сільській місцевості. Навіть з урахуванням неповної зайнятості кількість амбулаторно-поліклінічних працівників у сільській місцевості на кінець 2020 року становила 71,3%. Водночас лише за останній період його рівень знизився на 4%. Аналіз кваліфікаційних характеристик медичного персоналу показує, що станом на 2020 рік 68% лікарів пройшли атестацію. З них 34,6% мають вищу кваліфікаційну категорію, 41,4% – перші та 24% – другі. Із загальної кількості лікарів вищу категорію мають 23,5%, першу – 28%, другу – 16,3%, а 32,2% працівників досі не мають цієї категорії (рис. 2.2), [28].

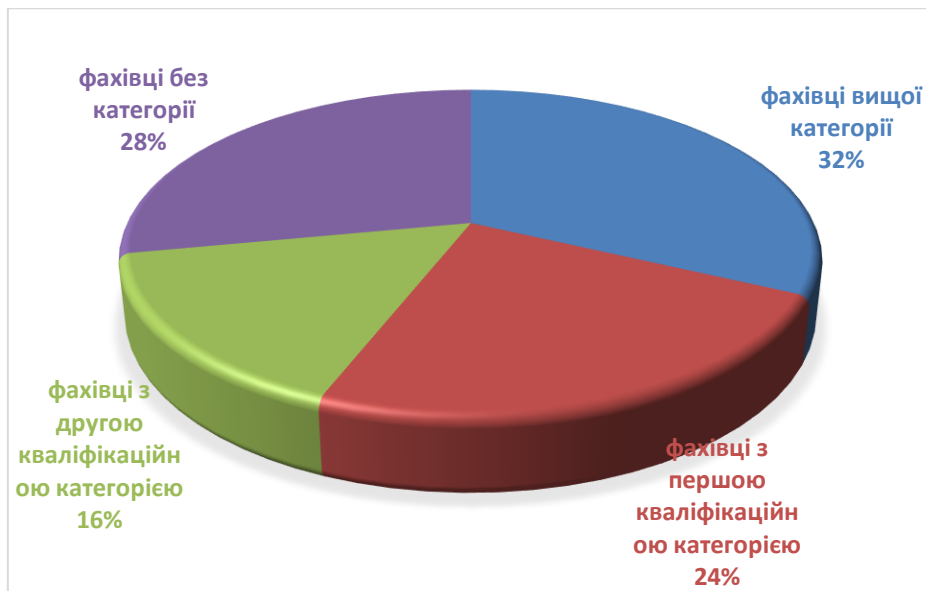


Рис. 2.2. Рівень кваліфікації лікарів в Україні у 2020 р. Джерело: [31, с. 40]

Зазначимо, що переважна більшість медичних працівників мають високу освіту – 63,3%. В економіці, навпаки, цей показник становить у середньому лише 51% [28, С. 392]. Це пов'язано зі специфікою роботи у сфері охорони здоров'я, яка висуває високі вимоги до професійних якостей медичних працівників. У результаті щорічно навчається вдвічі більше медичних працівників, ніж зайнятих в інших галузях економіки. Проте навіть за таких темпів підвищення кваліфікації медичного персоналу протягом року все ще дуже мало, близько 9% від загальної кількості [14, 27], цього недостатньо через необхідність постійного оновлення знань.

Результати нашого аналізу складу ресурсів здоров'я людини дозволяють зробити наступні висновки:

- 1) Зниження укомплектованості робочих місць у зв'язку зі збільшенням кількості лікарів, що свідчить про збільшення кількості лікарів, які працюють за умов неповної зайнятості;
- 2) скорочення забезпечення населення сестринським персоналом, внаслідок чого лікарі змушені виконувати частину покладених на них функцій;
- 3) Медичний персонал неохоче працює в сільській місцевості, що загострює проблему територіального розміщення медичного персоналу. Як

наслідок, у сільській місцевості зростає нестача лікарів та медперсоналу;

4) Останніми роками спостерігається явище старіння ресурсів здоров'я людини, оскільки молодь не бажає працювати в цій економічній сфері. У майбутньому ця ситуація посилить дефіцит медичних кадрів;

5) Кількість медичного персоналу кваліфікаційних категорій з кожним роком збільшується, але їхня активність у навчанні протягом усього життя залишається низькою.

До чого призвели б зазначені вище зміни в складі ресурсів здоров'я людини? Як вони впливають на продуктивність у цій сфері праці? Щоб відповісти на це питання, оцінимо ефективність медичних працівників на макрорівні за критеріями та показниками, наведеними в таблиці. 1.1. Результати цієї оцінки будуть представлені у вигляді чотирьох модулів, кожен з яких характеризує один аспект ефективності медичних працівників — соціальну ефективність, медичну ефективність, економічну ефективність та функціональну ефективність.

як зазначено в таблиці. 1.1 Оцінка соціальних аспектів ефективності медичного персоналу здійснюватиметься на основі показників, що характеризують стан здоров'я населення, смертність та інвалідність, а також задоволеність громадян якістю медичних послуг.

За розрахунками Державного комітету статистики України майже всі показники захворюваності, інвалідності та смертності мають стійку тенденцію до погіршення протягом багатьох років. Незалежність нашої країни. Так, лише за період з 1990 по 2023 р. кількість вперше зареєстрованих захворювань на 100 тис. жителів зросла на 11 %, а загальна захворюваність – на 32 % [31]. Швидке зростання захворюваності не може підтримувати інвалідність і смертність на постійному рівні. Зокрема, з 1995 р. кількість інвалідів на 1000 населення зросла на 38%. У свою чергу, за період 1990-2023 рр. загальна смертність зросла на 40% (17,4 на 1000 осіб у 2023 р. проти 12,1 у 1990 р.). При цьому найшвидше зросла смертність у 25-49 років: серед 25-29 років зросла на 61%, у 30 - 34 роки - на 84%, у 35-39 років - на 87%, у 40-44 роки. – скорочення 72%; 45 - 49 років - зниження

43%. Варто зазначити, що за час незалежності України дитяча смертність та материнська смертність знизилися відповідно на 24% та в 3,6 рази [31].

Захворюваність, інвалідність та загальна смертність населення України неухильно зростали між 1990 і 2023 роками, що призвело до скорочення тривалості життя при народженні на 3,1 роки. При цьому середня тривалість життя при народженні скоротилася на 1,1% у жінок і на 5,4% у чоловіків [28].

Слід зазначити, що негативна динаміка захворюваності, інвалідності та смертності зумовлена не лише зниженням працездатності медичного персоналу. Серед найважливіших факторів, що сприяють погіршенню здоров'я та передчасній смерті (і функціонуванню сфери охорони здоров'я), вчені виділили особливості способу життя, біологічні фактори та умови навколишнього середовища. За їхніми оцінками, здоров'я людини на 49-53% залежить від способу життя, на 19-23% від генетики, на 17-19% від навколишнього середовища і на 9% від охорони здоров'я [30, с. 3]. Проте, як зазначає В. Маргунов, не можна недооцінювати діяльність системи охорони здоров'я [27, С. 202-203]. По-перше, санітарія безпосередньо впливає на збереження та покращення здоров'я населення, тоді як інші фактори мають непрямий вплив. По-друге, лише система охорони здоров'я може надати вичерпні дані про здоров'я людини та визначити, у якому напрямку інші фактори необхідно скоригувати для покращення здоров'я. Як зазначено в Звіті про розвиток людини в Україні, немає нічого подібного до місцевого медичного закладу для тих, хто намагається зберегти здоров'я [26, с. 100]. Результати соціологічного опитування, проведеного Центром соціального моніторингу, яскраво продемонстрували низьку якість роботи медперсоналу. За їх словами, лише 11% наших громадян оцінюють якість медичних послуг як високу, аніж низьку (табл. 2.3). При цьому 52% респондентів вказали, що якість медичної допомоги була швидше низькою, аніж високою, а ще 36% загалом вказали на дуже низьку якість допомоги [14, с.120]. Варто зазначити, що за результатами опитування жителі Києва, та Західної України оцінили якість медичних послуг як найкращу, з найнижчою захворюваністю та смертністю, а жителі Центрального, Східного та

Найнижчу якість мали південні райони.

Таблиця 2.3

Задоволеність населення якістю отриманих медичних послуг

„Як би Ви оцінили якість медичних послуг, що надаються населенню України? ”	Усі опитані	Регіон					
		Захід	Центр	Північ	Схід	Південь	м. Київ
Дуже висока	0	0	0	0	1	0	0
Швидше висока, ніж низька	11	13	6	11	6	13	16
Швидше низька, ніж висока	52	52	54	49	54	52	51
Дуже низька	36	34	39	38	39	34	32
Важко відповісти	1	1	1	2	0	1	1

Джерело: [14, с. 120].

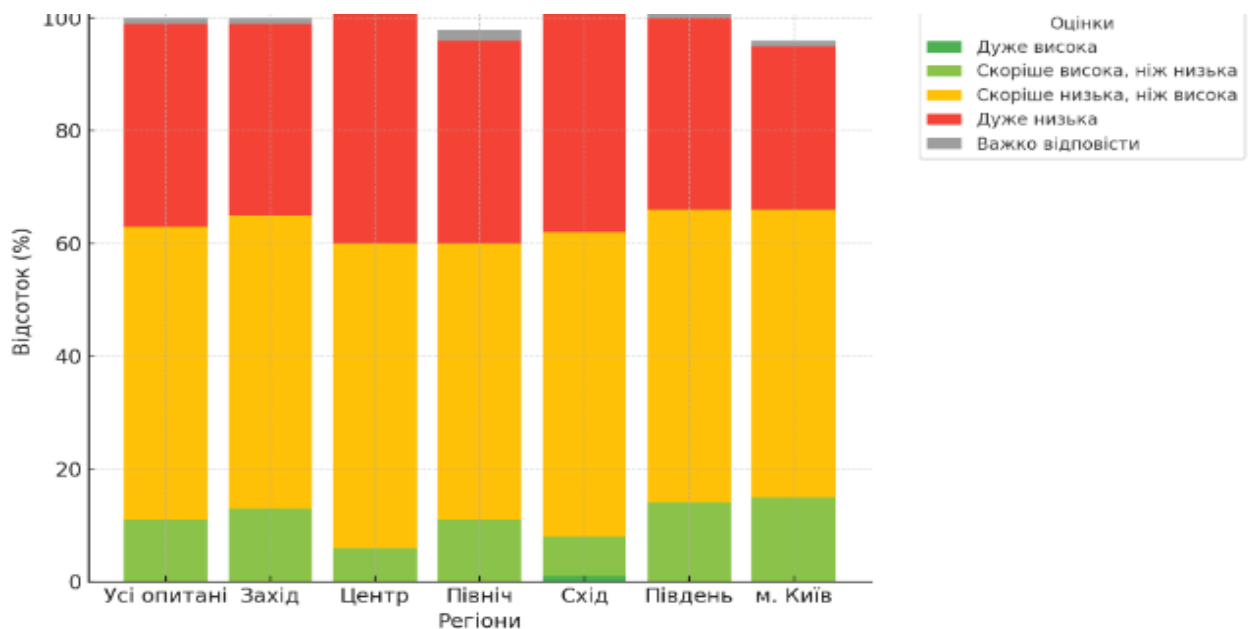


Рис. 2.3. Аналіз задоволеності населення якістю отриманих медичних послуг в розрізі регіонів

Рис. 2.3 підтверджує загальне незадоволення якістю медичних послуг, але водночас показує невеликі регіональні відмінності, які слід враховувати при плануванні реформ у сфері охорони здоров'я.

За оцінкою громадян якості послуг, які надаються медичними працівниками, лише 38,2% (за даними Всеукраїнського опитування домогосподарств 2023 року) можуть назвати своє здоров'я хорошим. Решта оцінили його як задовільно в кращому випадку (49,2%), а в гіршому – зазвичай

погано (12,6%), [14, С. 52]. Для порівняння: у США лише 8,9% населення оцінили своє здоров'я як задовільний або поганий.

Оцінки медичних аспектів ефективності здоров'я в охороні здоров'я показують, що в період з 2001 по 2023 роки майже всі показники, які її характеризують, також дещо змінилися. Зокрема, частка населення, охопленого регулярними опитуваннями, за цей період зросла майже на 1,3% (97,0% у 2023 році проти 95,7% у 2001 році). Післяопераційна смертність знизилася на 11,9%. І навпаки, госпітальна смертність та смертність від абортів зросла: у першому – на 6,1,7%, у другому – майже втричі [12].

Аналіз показників, що характеризують економічні аспекти ефективності медичного персоналу, показує, що обсяги видатків бюджету на охорону здоров'я у гривневому еквіваленті зросли щонайменше за 2000–2023 рр. у багато разів. На 2025 рік передбачені видатки на охорону здоров'я України у розмірі близько 217 млрд грн, що відповідає 4% ВВП країни. Цей показник є одним із основних параметрів бюджету, спрямованих на медичну сферу. Значну частину коштів буде використано для програм «Доступні ліки», централізованих закупівель медичних засобів і виробів, а також для зміцнення системи громадського здоров'я та боротьби з епідеміями.

Ми очікуємо, що найближчим часом ця кількість буде продовжувати зростати, оскільки все більше медичних послуг населення замовляє фонд NHS за схемою Medicare.

Понад 19 млрд грн витрачається на надання вузькоспеціалізованих медичних послуг державними установами, які ще не входять до системи медичного страхування, а також централізовані закупівлі ліків.

У проекті державного бюджету на 2025 рік також передбачено 6 мільярдів доларів на розвиток системи охорони здоров'я та закупівлю вакцин від COVID-19.

Продовжується розвиток української трансплантологічної системи, на яку передбачено майже 1 млрд грн. Це дозволить більшій кількості пацієнтів робити трансплантації в Україні, які раніше можна було робити лише за кордоном.

Основним напрямком підвищення ефективності медичних та оздоровчих фондів є посилення політики бюджетного управління, оплата високоякісних послуг, що надаються безпосередньо пацієнтам, облік усіх медичних послуг, що надаються через електронну медичну систему, удосконалення системи моніторингу медичних послуг та дані валідації, контроль якості медичних послуг. Також не варто забувати про необхідність залучення національних медичних закладів до реформи, яка створить єдиний медичний простір в Україні.

Отже, можна зробити висновок, що в умовах підвищення інтенсивності праці медичного персоналу погіршується його якість, що призводить до загального зниження ефективності роботи у сфері охорони здоров'я.

2.3 Оцінка дієвості стимулювання праці у сфері охорони здоров'я на мікроекономічному рівні

Щоб визначити стимули, які найкраще мотивують медичних працівників до ефективної роботи, ми провели опитування на основі попередньо розробленої анкети «Стимули до ефективної роботи в охороні здоров'я» (див. Додаток А). Об'єктом дослідження обрано КНП «Здолбунівська центральна міська лікарня» Здолбунівської міської ради, яка знаходиться за адресою: м. Здолбунів, вул. Степана Бандери, 1.

КНП «Здолбунівська ЦМЛ» діє згідно чинного законодавства на підставі статуту КНП «Здолбунівська ЦМЛ» та належить до закладів охорони здоров'я. КНП «Здолбунівська ЦМЛ» – лікувально-профілактичний заклад, що надає вторинну спеціалізовану, багатoproфільну, висококваліфіковану медичну допомогу. Заклад співпрацює з національною службою здоров'я. Режим роботи лікарні стаціонарних відділень безперервний – 7 днів на тиждень, 24 години на добу відбувається поступлення та виписки хворих. Медична допомога населенню в КНП «Здолбунівська ЦМЛ» надається стаціонарними відділеннями на 220 ліжках та поліклінічним відділенням потужністю в 500 відвідувань.

Структура лікарні складається з 9 відділень, які надають медичну допомогу по 13 профілях: терапевтичному, кардіологічному, неврологічному,

травматологічному, хірургічному, урологічному, отоларингологічному, пологовому, патології вагітних, гінекологічному, інфекційному, офтальмологічному, анестезіології та інтенсивної терапії.

Прийом хворих та відвідувачів проводить кваліфікований та досвідчений персонал, який постійно розвивається та впроваджує інноваційні методи та технології. В закладі наявне сучасне обладнання (система ендоскопічної візуалізації та система ендоскопічної візуалізації з колоноскопом, рентгенівська установка з с-аркою, лазерний ліптотриптер та ін.). Діяльність КНП «Здолбунівська ЦМЛ» повністю відповідає індикаторам якості та безпеки, про що свідчить сертифікат ISO. Основною конкурентною перевагою є висока якість та доступність надання медичних послуг. У військовий час вагомим фактором якості медичних послуг є наявність облаштованих укриттів, що забезпечує безпеку хворих в разі небезпечної ситуації.

Крім вище наведених, можна виокремити ще наступні конкурентні переваги: позитивна громадська думка з питань надання медичних послуг; достатній рівень енергоефективності приміщень лікарні; більшість лабораторних аналізів виконуються в автоматичному та напівавтоматичному режимі; хірургічне відділення має статус «Чиста лікарня безпечна для пацієнта» (сертифікат SOIC); акушер-гінекологічне відділення має статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» (сертифікат ЮНІСЕФ).

КНП «Здолбунівська ЦМЛ» обслуговує Здолбунівську Мізоцьку та Здовбицьку територіальні громади, населення, яких становить 55825 осіб.

Під час моніторингу було опитано 54 медичних працівника та оброблено відповіді 431 респондентів. Слід зазначити, що хоча така вибірка не є репрезентативною, результати, отримані під час дослідження, характеризуються високим ступенем достовірності. Спочатку респондентів обирали випадковим чином. Серед респондентів керівники становили 4,9%, лікарі 27,5%, працівники вторинної та первинної ланки 39,6% і 28%.

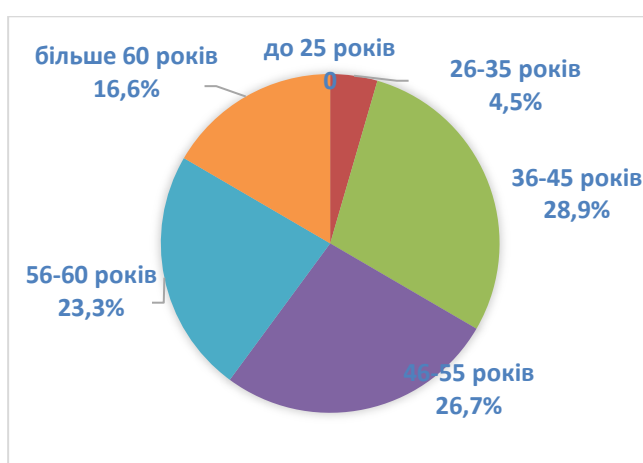
За віковим розподілом респондентів наймолодшими в структурі респондентів були медсестри та молодші медичні сестри, а найстаршими – лікарі

та адміністратори (табл. 2.4, рис. 2.4).

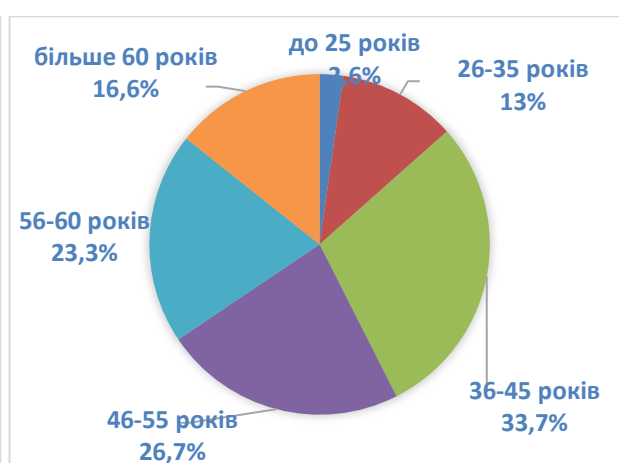
Таблиця 2.4

Аналіз вікової структури респондентів (%)

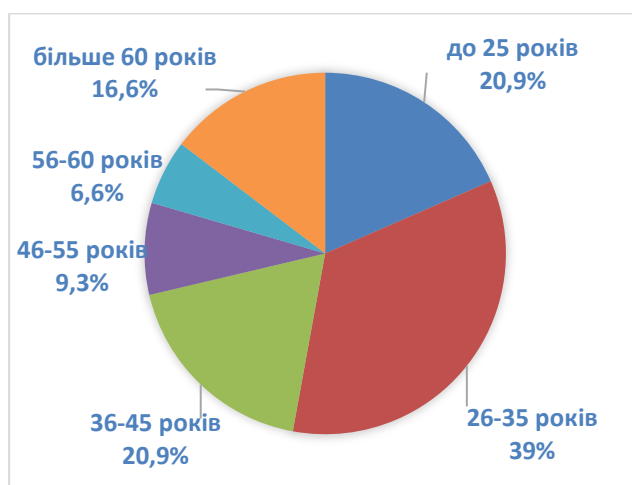
Категорія працівників	Вік					
	До 25	26-35	36-45	46-55	56-60	> 60
Керівний медичний персонал	0	4,5	28,9	26,7	23,3	16,6
Лікарі	2,6	13,0	33,7	26,3	12,3	12,1
Середній медичний персонал	20,9	39,0	20,9	9,3	6,6	3,3
Молодший медичний персонал	5,5	25,2	33,2	25,9	6,9	3,3
Середнє значення	10,4	26,2	28,4	19,7	8,7	6,4



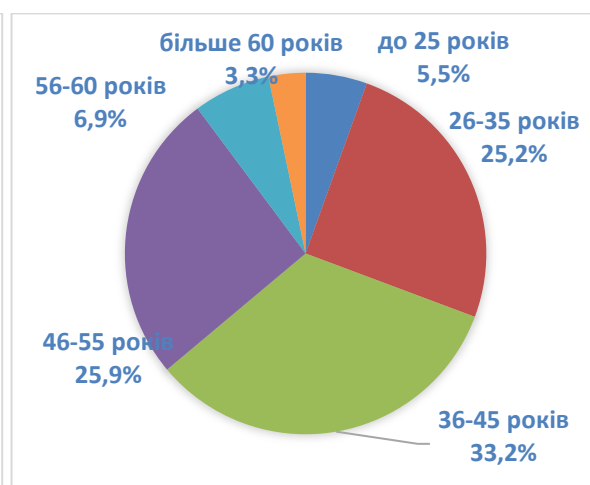
а)



б)



в)



г)

Рис.2.4. Аналіз вікової структури: а) керівний медичний персонал, б) лікарі, в) середній медичний персонал, г) молодший медичний персонал

Це пояснюється кількома причинами. По-перше, рівень освіти та

кваліфікації, необхідні для якісного виконання роботи, і деталі роботи для кожної групи медичних працівників різні. Тому, порівняно з іншими категоріями медичного персоналу, лікарі значно довше пройшли професійну підготовку та здобули настільки унікальні навички, що їх практично неможливо використовувати в інших галузях економіки. Все це значно зменшує міжгалузеву мобільність медиків: вони багато років працюють у сфері охорони здоров'я і рідко наважуються змінити вид діяльності. З іншого боку, роботи середнього та первинного медичного персоналу не потребують тривалого навчання, а їх специфіка дає змогу застосовувати навички, отримані за межами сфери охорони здоров'я (особливо первинного медичного персоналу). По-друге, оплата праці медичного персоналу первинної та середньої ланки Сьогодні на найнижчому дозволеному рівні, що змушує їх залишити охорону здоров'я та працювати в інших галузях економіки. У свою чергу, низькі зарплати лікарів призвели до падіння престижу охорони здоров'я, роблячи останню непривабливою для молоді, що призвело до поступового старіння лікарів і неможливості замінити їх молодшими спеціалістами.

Розподіл респондентів за статтю показує, що жінки складають дуже високу частку в структурі медичного персоналу – 86,1% (табл. 2.5). Слід зазначити, що кількість жінок у всіх категоріях медичних працівників переважала серед чоловіків – найменша серед лікарів (60,1%) та найвища серед працівників первинної ланки, при цьому чоловіків протягом моніторингового періоду не було. Тому що сучасні умови праці в медицині непривабливі для чоловіків, які, як основний годувальник своїх сімей, змушені шукати високооплачувану роботу. Це твердження підтверджується тим, що у високорозвинених країнах чоловіки значно більше представлені в структурі медичного персоналу. Наприклад, у США цей показник становить 77% [14].

Таблиця 2.5

Аналіз респондентів за гендерною ознакою (%)

Категорія медичних працівників	Стать	
	Жіноча	Чоловіча
Керівний медичний персонал	61,5	38,5
Лікарі	60,1	39,9
Середній медичний персонал	99,5	0,5
Молодший медичний персонал	100,0	0,0
Середнє значення	86,1	13,9

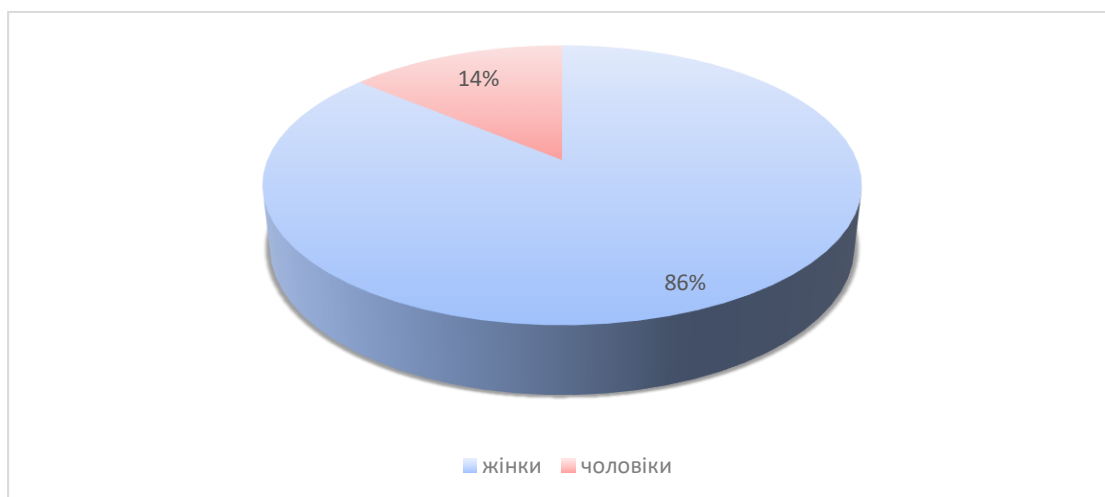


Рис. 2.5. Аналіз респондентів за гендерною ознакою (%)

Розподіл років роботи респондентів у сфері охорони здоров'я свідчить про те, що кожен третій медичний працівник пропрацював у галузі понад 20 років (табл. 2.6). Особливо тривалий стаж роботи за професією мають медичні працівники та лікарі фронту, найменше – первинні медичні працівники.

Таблиця 2.6

Розподіл респондентів за тривалістю роботи у сфері охорони здоров'я (%)

Категорія медичних працівників	Тривалість роботи у сфері охорони здоров'я				
	До 5	6-10	11-15	16-20	> 20
Керівний медичний персонал	0,0	4,5	6,7	21,1	65,5
Лікарі	4,9	9,9	17,4	21,8	49,3
Середній медичний персонал	22,5	12,8	25,3	11,0	28,6
Молодший медичний персонал	25,2	33,9	25,5	9,9	5,5
Середнє значення	17,4	19,3	22,1	15,0	28,2

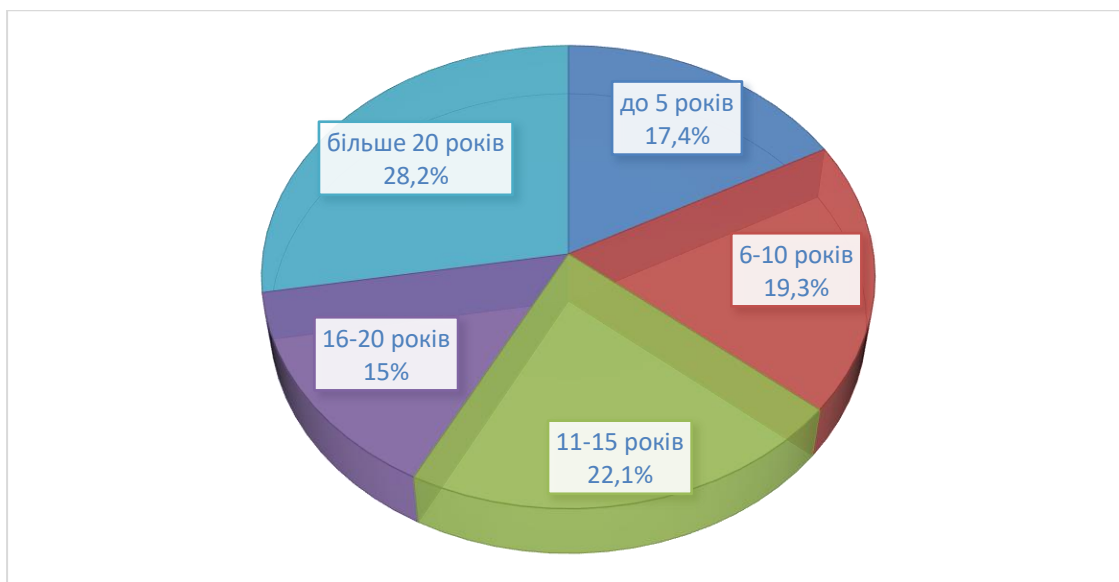


Рис. 2.6. Розподіл респондентів за тривалістю роботи у сфері охорони здоров'я (%)

Тривожно, що хоча половина опитаних лікарів пропрацювала в галузі охорони здоров'я більше 20 років, лише 36,3% мали вищу кваліфікаційну категорію (табл. 2.7, рис. 2.7).

Таблиця 2.7

Аналіз розподілу респондентів за кваліфікацією (%)

Категорія медичних працівників	категорія кваліфікації			
	Вища	Перша	Друга	Немає
Керівний медичний персонал	78,9	21,1	0,0	0,0
Лікарі	37,4	39,6	15,2	7,8
Середній медичний персонал	31,3	22,0	19,2	27,5
Середнє значення	49,2	27,6	11,5	11,7

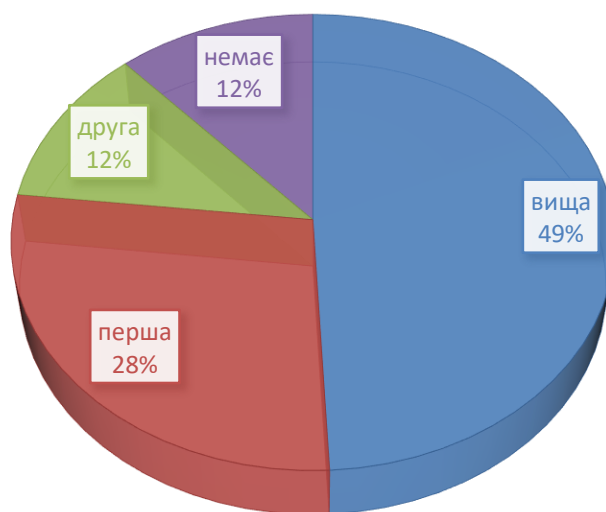


Рис. 2.7. Аналіз розподілу респондентів за кваліфікацією (%)

Рівень кваліфікації медичних працівників також надзвичайно низький, майже третина персоналу взагалі не має категорії. Ці дані свідчать про повну відсутність ефективних стимулів у сфері охорони здоров'я для підвищення рівня професійних знань і навичок, що призводить до гострого дефіциту високоякісного медичного персоналу, що в свою чергу призводить до зниження якості медичної допомоги.

Результати моніторингу показують, що лише одна третина медичних працівників отримують повне моральне задоволення від своєї роботи. Ще 33,7% респондентів були задоволені своєю роботою, а 12,5% не змогли знайти відповіді на свої запитання (табл. 2.8, рис. 2.8).

Таблиця 2.8

Аналіз морального задоволення від праці в медичній сфері (%)

Категорія медичних працівників	„Чи отримуєш ти моральне задоволення від роботи?“				
	Так	Скоріше так, ніж ні	Скоріше ні, ніж так	Ні	Важко відповісти
Керівний медичний персонал	37,8	49,9	6,7	0,0	4,4
Лікарі	42,6	37,4	8,5	4,1	7,4
Середній медичний персонал	30,8	33,5	8,8	6,6	18,1
Молодший медичний персонал	23,7	18,4	18,8	16,7	20,2
Середнє значення	33,7	34,8,0	10,7	6,9	12,5

На жаль, 17,6% медичних працівників певною мірою не отримали морального задоволення від своєї роботи, що свідчить про низьку мотивацію до праці.

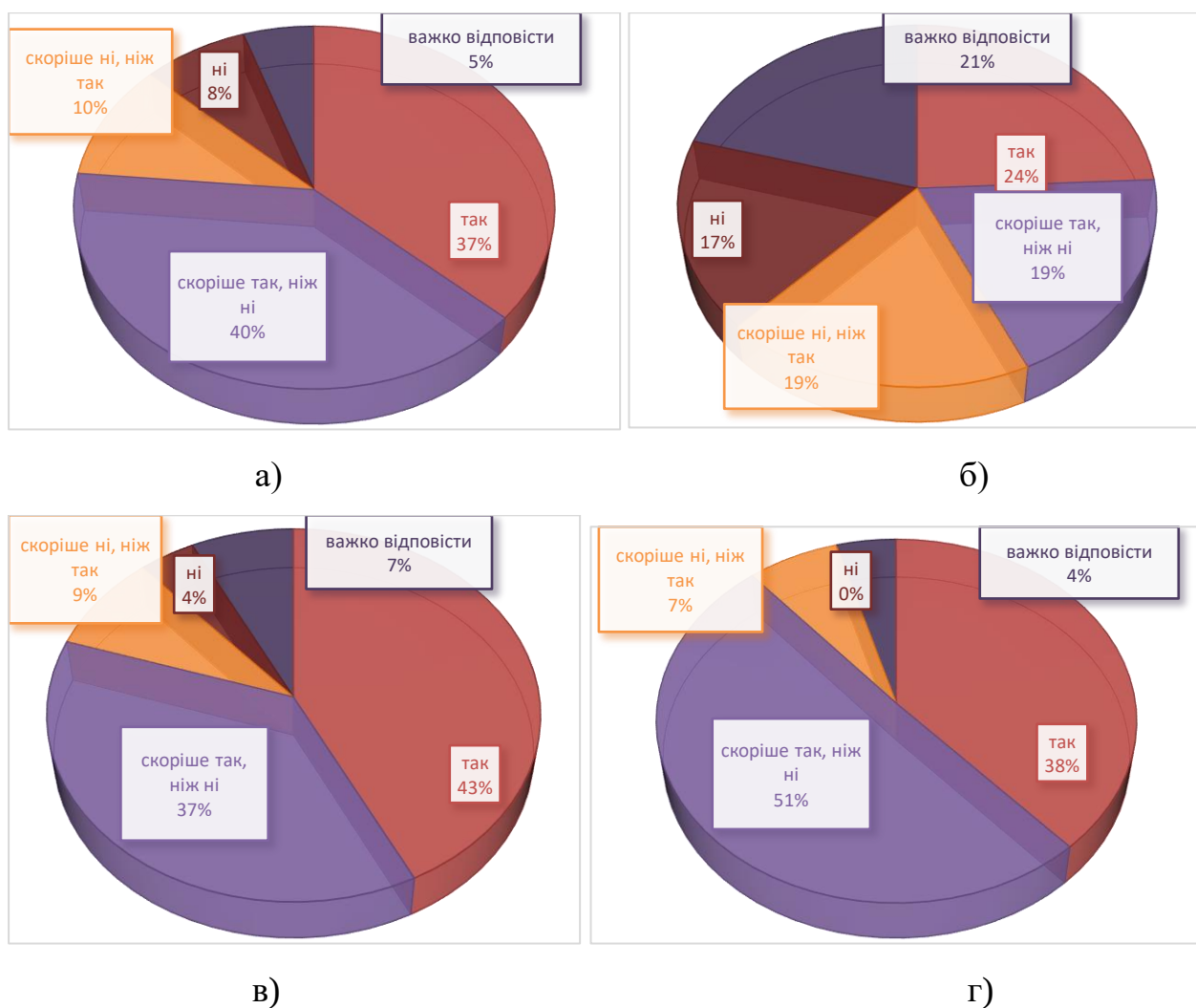


Рис. 2.8. Аналіз морального задоволення від праці в медичній сфері (%) відповідно до фахової кваліфікації (а) керівники, б) лікарі, в) середній медичний персонал, г) молодший медичний персонал

Важливо відзначити, що найвище моральне задоволення від роботи отримують лікарі та старший медичний персонал, найменше – молодший медичний персонал. Зокрема, 80% лікарів вважають свою роботу морально задовільною проти 42,3% первинного медичного персоналу.

Така низька моральна задоволеність роботою в галузі охорони здоров'я пояснюється низкою причин, головною серед яких є низька заробітна плата. На запитання «Чи задоволені Ви розміром матеріальної винагороди, яку отримуєте за свою роботу?» Тільки 0,8% респондентів відповіли ствердно (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Аналіз задоволеності респондентів матеріальною винагородою, %

Категорія медичних працівників	«Чи задоволені Ви розмірами матеріальної винагороди, яку отримуєте за працю?»				
	так	скоріше так, ніж ні	скоріше ні, ніж так	ні	важко відповісти
Керівний медичний персонал	0,0	0,0	23,4	65,6	11,0
Лікарі	0,0	2,6	24,1	67,8	5,5
Середній медичний персонал	2,3	2,1	15,7	74,3	5,6
Молодший медичний персонал	0,8	3,7	14,9	72,3	8,3
Середнє значення	0,8	2,1	19,5	70,0	7,6

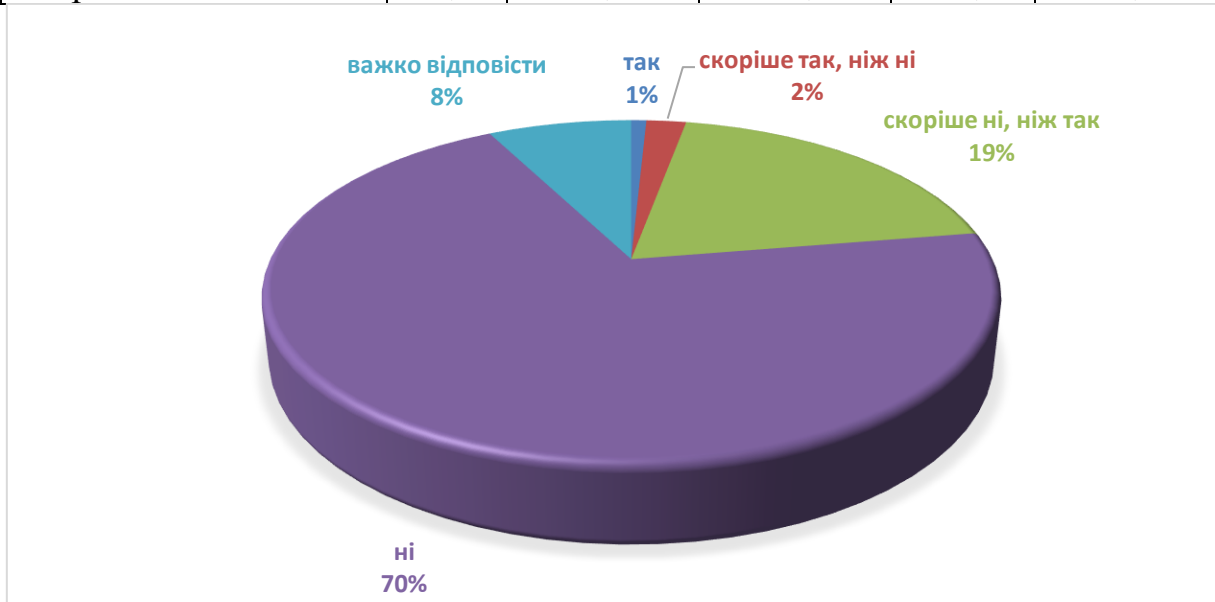


Рис. 2.9. Аналіз задоволеності респондентів матеріальною винагородою, %

Важливо відзначити, що лише 2,9% респондентів також були більш-менш задоволені розміром доходу. При цьому понад 89,5% медичних працівників заявили, що отримана ними матеріальна компенсація є неприпустимо низькою (70,0% повністю незадоволені розміром заробітної плати, а 19,5% швидше незадоволені, ніж задоволені). При цьому найбільше невдоволення шкалою доходів викликало середній та молодший медичний персонал, оскільки їм платили за роботу значно менше, ніж лікарям.

Оцінка респондентами купівельної спроможності заробітної плати свідчить про повну бідність медичних працівників (рис. 2.10).

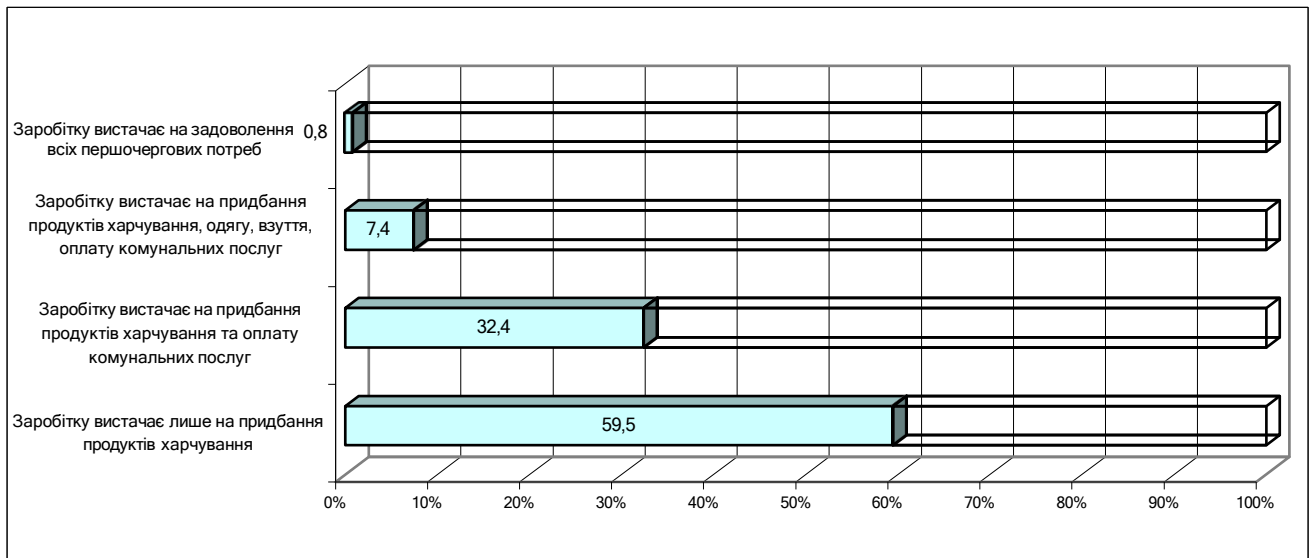


Рис. 2.10. Оцінка респондентами купівельної спроможності своєї заробітної плати (у % до кількості опитаних)

За їхніми даними, лише 0,7% медперсоналу сьогодні мають достатньо коштів, щоб задовольнити свої першочергові потреби; 7,4% респондентів сказали, що мають можливість купувати продукти харчування, одяг, взуття та оплачувати комунальні послуги; 32,4% відзначили, що труднощів не було з харчуванням та оплатою комунальних послуг, а більше 59,5% медичних працівників мали можливість купувати лише продукти.

Слід зазначити, що найбільші фінансові труднощі зазнають медичні працівники середньої та молодшої ланки, а найменше – адміністративний персонал. У результаті майже 84% працівників первинної ланки мають достатньо грошей лише на придбання їжі, і жоден із респондентів не сказав, що вони перебувають у задовільному матеріальному становищі. Аналіз відповідей медичних працівників вказав на дещо вищу фінансову можливість оплачувати комунальні послуги (порівняно з колишньою категорією працівників), але також не згадав про достатнє фінансування на одяг та взуття.

За словами чотирьох із п'яти опитаних медичних працівників, їхня середня заробітна плата повинна становити не менше 11000 грн, щоб повністю займатися охороною здоров'я. (табл. 2.10). При цьому найбільш прийнятною для керівників і лікарів є середньомісячна зарплата 25000 – 50000 грн. (66,6% та 62,2% респондентів у кожній групі вважали, що встановлений розмір заробітної плати

об'єктивно відображає їх трудовий внесок). При цьому переважна більшість медперсоналу середньої та молодшої ланок вважає, що їх зарплата від 8000 до 20000 грн є достатньою для задоволення потреб.

Зауважимо, що молодший медичний персонал має більш помірний погляд на шкалу доходів порівняно з медичним персоналом загального профілю. Майже щосекунди вони погоджуються на місячну зарплату до 11000 грн. Загалом можна зробити висновок, що найкраща середньомісячна зарплата для керівників і лікарів становить 25000 – 40000 грн. Для фельдшерів – 16000 – 20000 грн. Початкова - 11000 – 15000 грн. Компенсація на цьому рівні дозволить медичним працівникам присвятити всю свою увагу наданні високоякісної допомоги.

Таблиця 2.10

Аналіз розподілу респондентів за бажаним розміром заробітку (%)

Величина оптимального розміру заробітної плати	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Середнє значення
11000 – 15000 грн.	0,0	0,7	20,8	38,4	14,9
16000 – 20000 грн.	4,5	7,8	28,4	28,6	17,4
21000 – 25000 грн.	17,6	12,8	24,8	18,9	18,5
25000 – 40000 грн.	12,4	60,7	13,5	10,5	24,3
40000 – 50000 грн.	65,5	18,0	12,5	3,6	24,9

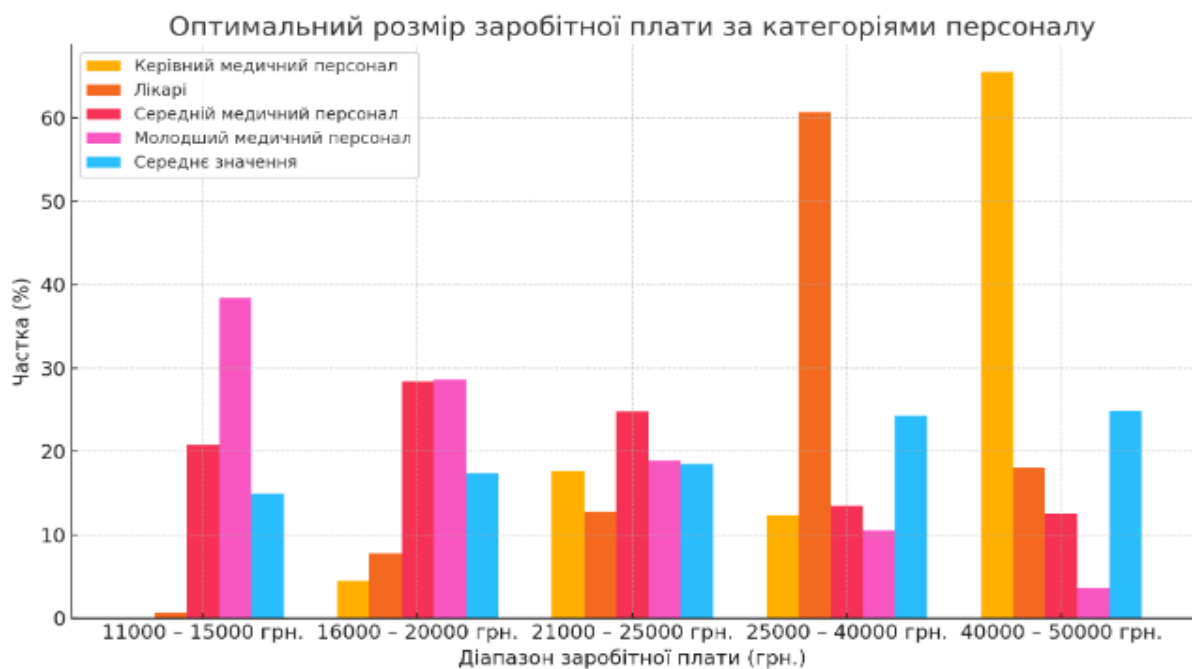


Рис. 2.10. Аналіз розподілу респондентів за бажаним розміром заробітку

Варто також зазначити, що порівняно з іншими галузями економіки медичні працівники сприймають розмір заробітної плати, яку вони отримують, як несправедливий (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Погляди респондентів на міжгалузеву диференціацію в оплаті праці (%)

Категорія медичних працівників	„Чи є справедливим розмір оплати праці у медичній сфері у порівнянні з іншими галузями економіки?“		
	Так	Ні	Важко відповісти
Керівний медичний персонал	0,0	93,3	6,7
Лікарі	0,0	96,7	3,3
Середній медичний персонал	0,6	89,6	9,8
Молодший медичний персонал	1,8	83,3	14,9
Середнє значення	1,2	90,7	8,1

Таблиця. 2.11 показує, що для 90,7% респондентів існуюча різниця в заробітній платі між секторами не враховує складності та відповідальності робочої сили. Ще 8,1% респондентів відчували труднощі з пошуком відповідей на свої запитання, тоді як лише 1,2% медичних працівників інших галузей задоволені співвідношенням доходу та середньої заробітної плати. Ці дані свідчать про порушення різниці в оплаті праці різного рівня складності та відповідальності, що знову призвело до падіння престижу медичної діяльності, поступового відтоку медичних працівників та небажання молоді обирати кар'єру медичного працівника.

Зауважимо, що співвідношення заробітної плати для різних категорій медичного персоналу, на думку респондентів, є несправедливим (табл. 2.12). У результаті лише 26,1% респондентів вважають, що оплата диференційована, щоб об'єктивно відображати витрати на оплату праці. Водночас лише молодший медичний персонал стверджує, що для різних категорій медперсоналу існують справедливі співвідношення заробітної плати. З іншого боку, 60,3% лікарів

вважають, що диференціація посад у виплаті медичного страхування повністю порушена. Думки керівників медичних закладів та керівників медичного персоналу однастайні: 68,9% та 57,2% відповідно наголошують на несправедливому співвідношенні отриманої заробітної плати до заробітної плати інших видів медичного персоналу.

Таблиця 2.12

Погляди респондентів на міжпосадову диференціацію в оплаті праці (%)

Категорія медичних працівників	„Чи вважаєте Ви справедливими відмінності у розмірах отримуваної Вами заробітної плати у порівнянні з іншими категоріями медичного персоналу?“		
	Так	Ні	Важко відповісти
Керівний медичний персонал	31,1	68,9	0,0
Лікарі	11,0	77,8	11,2
Середній медичний персонал	23,1	57,2	19,7
Молодший медичний персонал	39,4	37,1	23,5
Середнє значення	26,1	60,3	13,6

При такому рівні морального та матеріального задоволення від роботи 35,7% медичних працівників у разі звільнення були готові піти з медичної сфери: 25,6% – в інші галузі економіки, 10,1% – виїхати за кордон (табл. 2.13). Ще 31,1% респондентів хочуть трансформувати державний сектор охорони здоров'я в приватний сектор, тоді як лише третина медичних працівників готові шукати роботу в державному закладі охорони здоров'я, якщо їх звільнять.

Таблиця 2.13

Розподіл респондентів за бажаним місцем роботи у разі звільнення (%)

„Якби Вам довелося звільнитися з медичного закладу, в якому Ви працюєте на даний момент, Ви б...“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Середнє значення
перейшли працювати в інший державний медичний заклад	37,8	35,9	35,7	23,6	33,3
спробували знайти роботу у приватному медичному закладі	37,8	42,6	31,3	12,8	31,1
покинули медичну сферу заради іншої галузі економіки	15,6	13,7	25,8	47,1	25,6
виїхали б за кордон	4,5	12,2	11,5	12,1	10,1

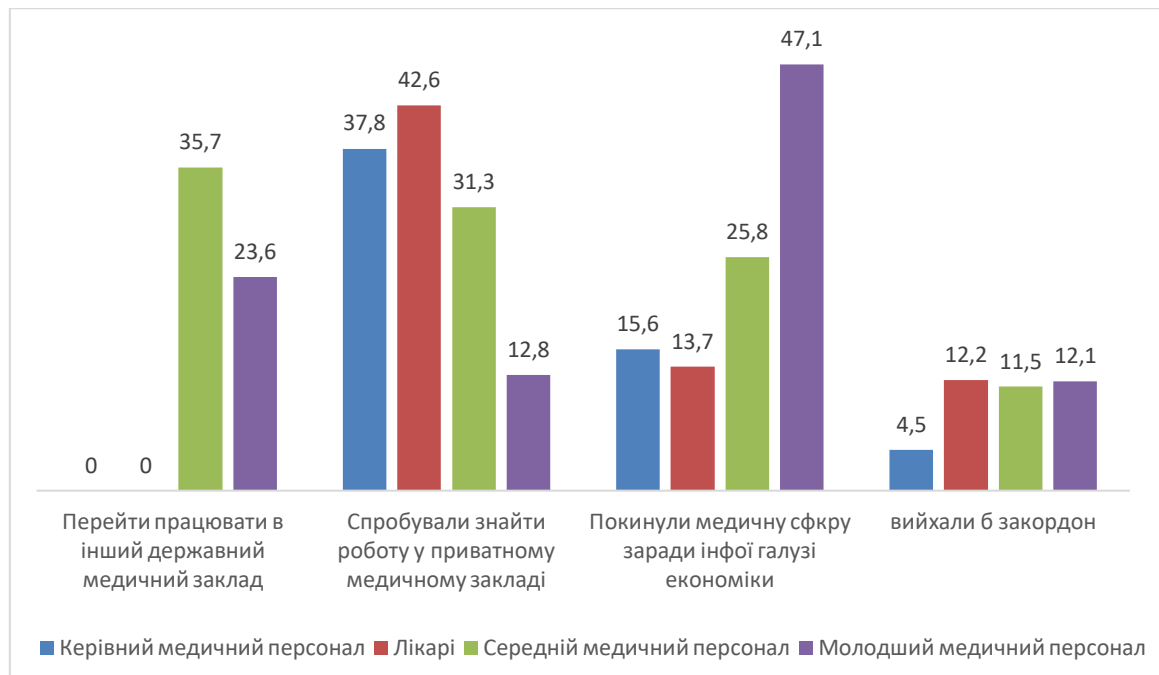


Рис. 2.11. Аналіз розподілу респондентів за бажаним місцем роботи у разі звільнення (%)

Особливий інтерес представляють результати моніторингу важливості стимулів (табл. 2.14, рис. 2.12) та дестимуляторів (табл. 2.15, рис. 2.13) для ефективної роботи в медицині та для різних категорій медичних працівників.

Таблиця 2.14
Стимули до ефективної праці у сфері охорони здоров'я (%)

„Що в найбільшій мірі спонукає Вас добре працювати?“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Сер. значення
Усвідомлення важливості своєї справи	28,8	33,0	33,1	30,2	31,2
Інтерес до праці	24,9	30,2	21,2	26,4	25,7
Можливість реалізувати свої професійні знання та навички	26,7	21,6	16,5	1,7	16,6
Висока моральна оцінка результатів праці керівництвом та колегами	4,5	3,2	1,7	4,3	4,1
Очікування вдячності з боку пацієнтів	10,0	9,8	4,7	14,4	9,7
Наявність перспективи кар'єрного росту	0,0	3,0	2,9	4,9	2,7
Можливість отримання премії	0,0	4,6	7,9	18,2	7,7
Жорсткі вимоги щодо виконання посадових обов'язків	1,4	3,4	3,2	8,7	4,2

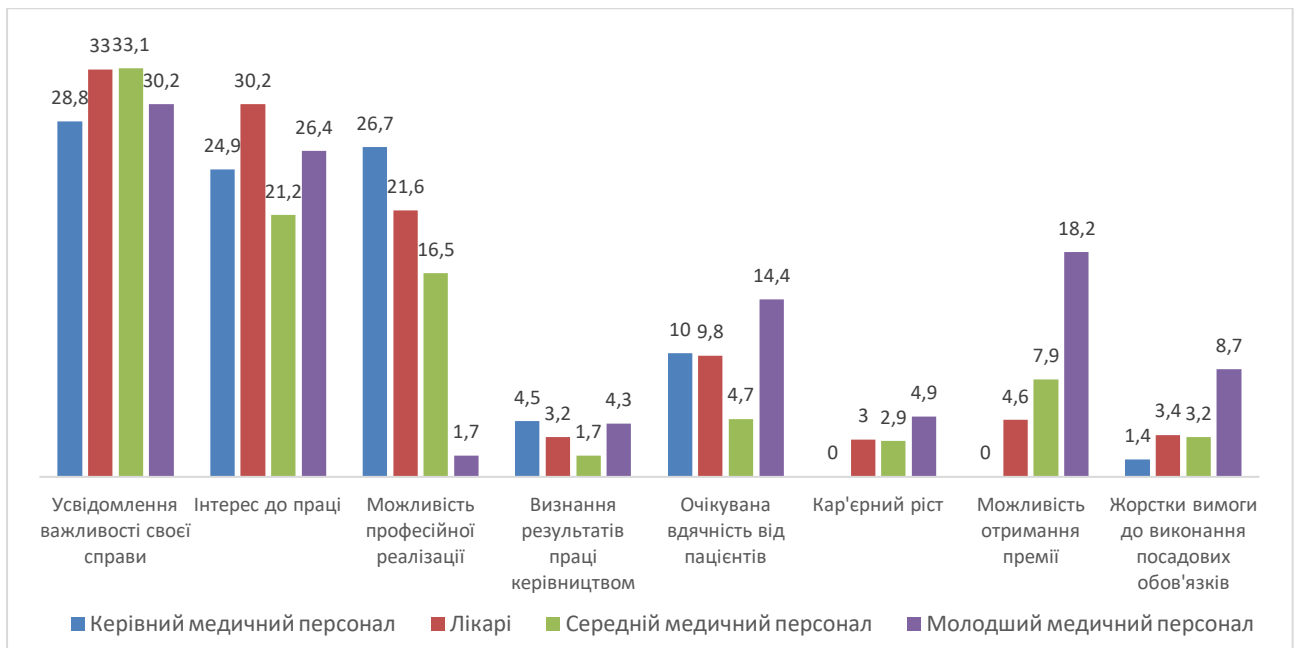


Рис. 2.12. Стимули до ефективної праці у сфері охорони здоров'я (%)

Результати опитування показали, що найефективнішими чинниками мотивації медичних працівників добре виконувати свою роботу є усвідомлення важливості роботи та зацікавленість у роботі – відповідно 31,2% та 25,7% від загальної кількості (табл. 2.14, табл. 2.12).

Таблиця 2.15

Аналіз антистимулів забезпечення ефективної праці в медичній сфері (%)

„Що, на Вашу думку, погіршує результати праці медичних працівників?“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Сер. значення
Вкрай низька оплата праці	23,9	29,6	37,9	50,3	35,4
Слабкий зв'язок між трудовими зусиллями і розміром заробітку	18,3	21,1	10,1	15,4	16,2
Погані умови праці	23,1	21,8	19,2	8,1	18,1
Відсутність справедливої оцінки праці з боку керівництва	6,7	5,9	4,1	2,5	4,8
Низький рівень професійних знань	4,7	2,9	2,3	0,5	2,7
Відсутність чітких перспектив подальшого кар'єрного росту	2,6	2,7	5,3	0,0	2,6
Відсутність дружньої співпраці у колективі	2,6	4,7	5,0	4,1	4,2
Падіння престижу праці у сфері охорони здоров'я	18,1	17,3	16,1	8,3	15

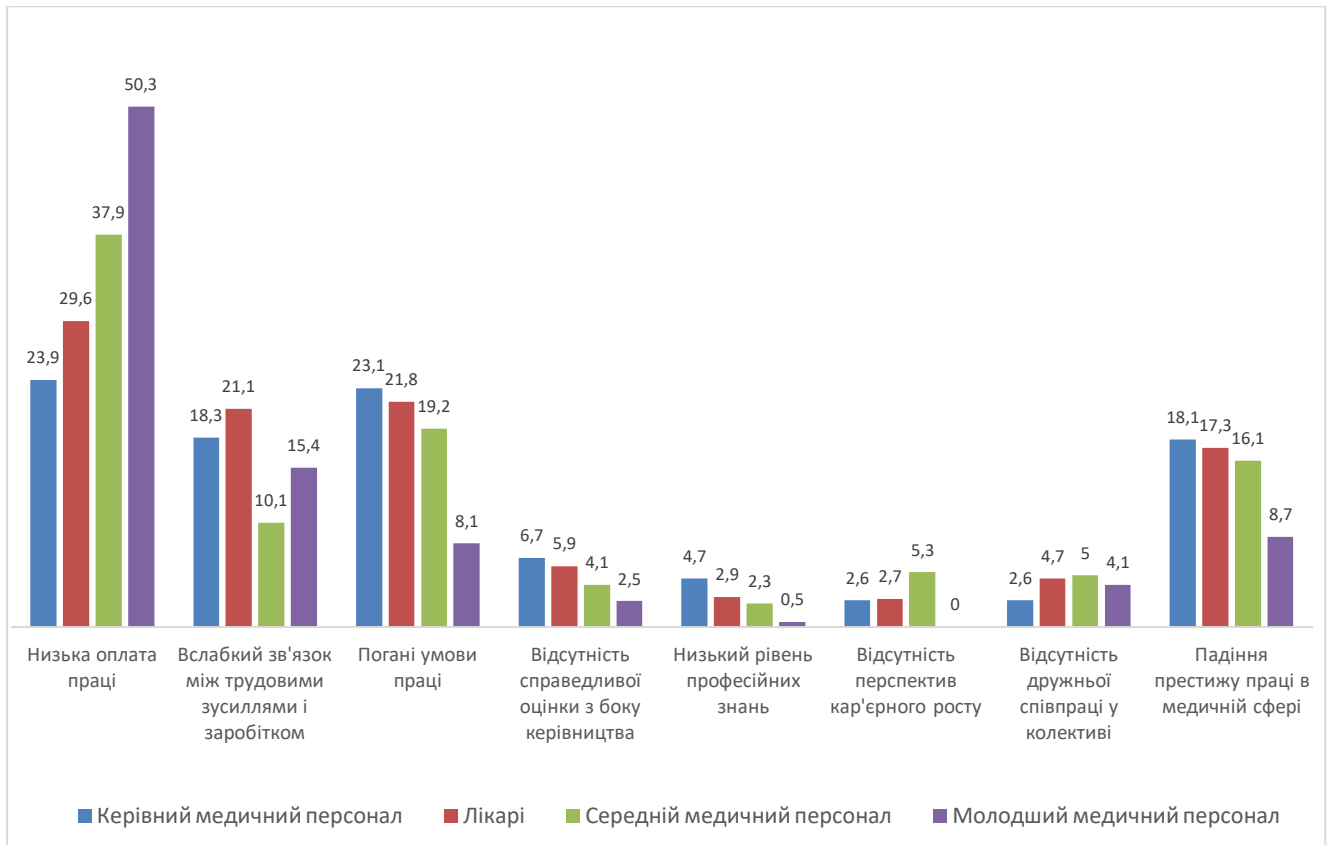


Рис. 2.13. Аналіз антистимулів забезпечення ефективної праці в медичній сфері (%)

Створення широких можливостей для співробітників для реалізації наявних професійних навичок також було дуже мотивуючим (16,6%). Очікування пацієнтом подяки та додаткової матеріальної винагороди роботодавця також є факторами, що впливають на трудову поведінку медичного персоналу. У той же час медичні працівники виявляють певну байдужість до високо етичної оцінки результатів своєї роботи колегами та керівництвом, не вбачаючи жорстких вимог останнього до виконання службових обов'язків як стимулювання ефективної роботи.

Основним фактором, що сприяє погіршенню стану здоров'я, є вкрай низька заробітна плата медичного персоналу (35,4%). Серед гальмуючих структур такі фактори, як погані умови праці та слабкий зв'язок між доходами та трудовим внеском (18,1% та 16,2% відповідно) значно перешкоджають покращенню роботи медичного персоналу. Важливо, що зниження престижу роботи також розглядається медичним персоналом як один із основних стимулів для підвищення продуктивності праці. Це переконання доводить, що самі по собі

матеріальні стимули не заохочують медичних працівників до підвищення ефективності, і що використання їх важелів на практиці має супроводжуватися посиленням нематеріальних стимулів.

Отже, можна зробити висновок, що важливість етичної мотивації для співробітників зростає в міру зростання їх навичок і зростання доходів. Низька заробітна плата знижує чутливість працівників до моральних стимулів.

Слід зазначити, що зниження медичної ефективності за останні роки значною мірою пов'язане з недостатньою підтримкою з боку керівництва медичних закладів кар'єрного розвитку працівників. Лише 23,4% медичних працівників оцінили цю підтримку як задовільну (табл. 2.16). При цьому майже 45,7% респондентів вважають, що їх професійний розвиток не отримує достатньої підтримки «згори», а 30,2% загалом відчують труднощі з пошуком відповідей на свої запитання. Викликає занепокоєння те, що самі керівники та лікарі, чия робота потребує постійного збагачення та оновлення знань, особливо незадоволені матеріальним та духовним забезпеченням їхньої професійної підготовки.

Таблиця 2.16

Задоволеність респондентів рівнем підтримки їх професійного розвитку (%)

Категорія медичних працівників	„Як Ви вважаєте, чи на достатньому рівні відбувається матеріальна та моральна підтримка Вашого професійного розвитку з боку керівництва?“		
	Так	Ні	Важко відповісти
Керівний медичний персонал	26,7	49,9	23,4
Лікарі	21,8	52,0	26,2
Середній медичний персонал	32,5	33,1	34,4
Молодший медичний персонал	15,4	47,8	36,8
Середнє значення	24,1	45,7	30,2

Отже, кожен третій медичний працівник у 2024 році не зможе жодним чином підвищити свою професійну кваліфікацію (табл. 2.17).

Таблиця 2.17

Аналіз розподілу респондентів за методами підвищення кваліфікації (%)

„Протягом останніх 12 місяців Ви мали змогу підвищити свій кваліфікаційний рівень шляхом ...”	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Сер. значення
навчання на курсах	30,3	31,7	49,4	3,5	28,7
участі у наукових конференціях	52,8	46,5	19,3	1,1	29,9
стажування в межах України під керівництвом провідного спеціаліста	5,4	3,1	0,3	0,0	2,2
участі у навчальних програмах через електронну мережу Інтернет	5,3	9,3	3,1	0,0	4,4
стажування у зарубіжному медичному закладі	0,0	1,4	0,4	0,0	0,9
не мав змоги підвищити свій кваліфікаційний рівень жодним із перелічених методів	6,2	8,6	27,5	95,4	34,4

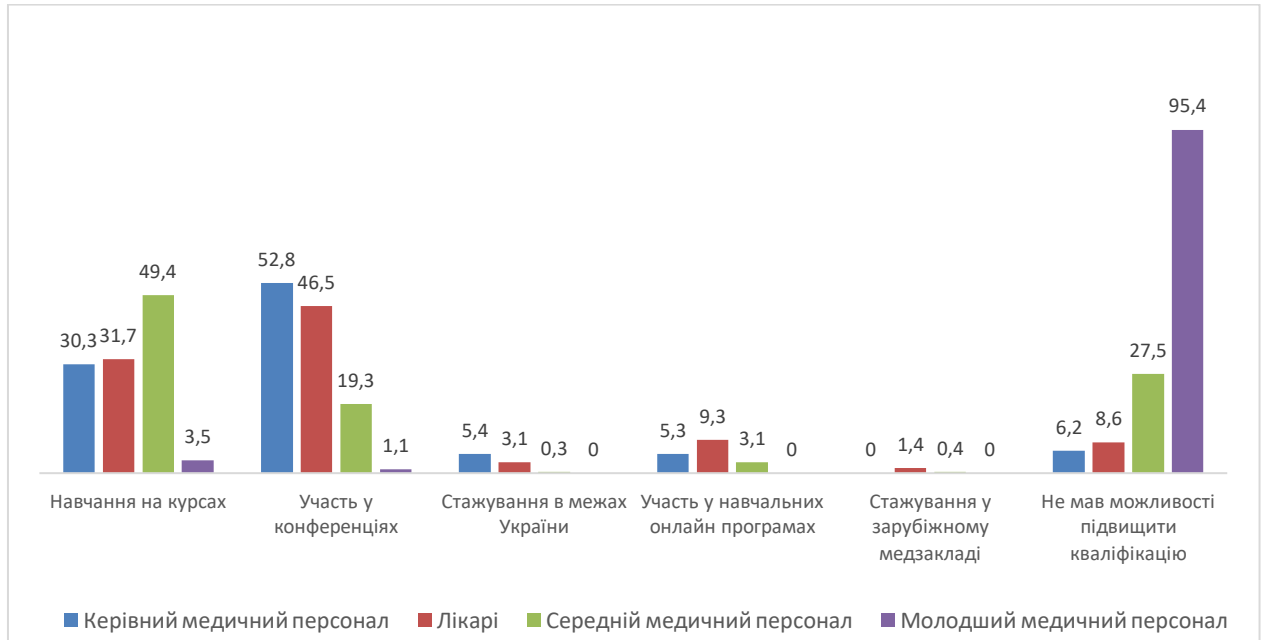


Рис. 2.14. Аналіз розподілу респондентів за методами підвищення кваліфікації (%)

Проблема підвищення кваліфікації є особливо гострою для молодшого медичного персоналу, з якого 95,4% вказали на відсутність можливостей для навчання. Не можна не погодитися з тим, що конкретна ситуація такого

медичного персоналу не вимагає багаторічної професійної підготовки, але саме первинний медичний персонал відповідає за гігієну медичних закладів і є гарантом небезпечних спалахів.

Найпоширенішими способами підвищення кваліфікації медичних працівників залишаються курси підвищення кваліфікації та участь у наукових конференціях: на них припадає відповідно 28,7% і 29,9% від усіх методів збагачення професійних знань. На жаль, ефективні методи навчання (з точки зору зростання знань), такі як стажування під керівництвом провідних спеціалістів та використання електронних Інтернет-ресурсів, поки не набули широкого поширення. Ми вважаємо, що перше найкраще для набуття практичних навичок, а друге – теоретичні знання.

Основною причиною низької мотивації медичного персоналу у розвитку професійних навичок є відсутність прямого зв'язку між зростанням професійних знань і розміром доходу (табл. 2.18, рис. 2.15). Цей фактор позбавляє третину респондентів бажання збагатити свій досвід.

Таблиця 2.18

Перелік перешкод на шляху до підвищення рівня кваліфікації медичними працівниками (%)

„Що найбільше заважає зростанню Вашої професійної майстерності?“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Сер. значення
Недостатнє фінансування витрат на навчання з боку медичної установи	0,0	48,2	28,8	14,2	22,8
Віддаленість місця навчання від місця роботи	44,6	15,9	6,4	1,5	17,1
Відсутність зв'язку між зростанням професійних знань та оплатою праці	22,5	34,6	51,4	17,2	31,4
Не бачу потреби у підвищенні кваліфікації	32,9	1,3	13,4	67,1	28,7

Не менш важливою перешкодою для збагачення знань є низький рівень фінансування витрат на освіту керівництвом закладу охорони здоров'я. Не менш занепокоєним є те, що майже чверть медичних працівників не бачать потреби в підвищенні своїх професійних навичок. Особливо високий рівень байдужості до

неперервної освіти серед медичного персоналу низового рівня та керівників медичних закладів, що вкрай неприпустимо.

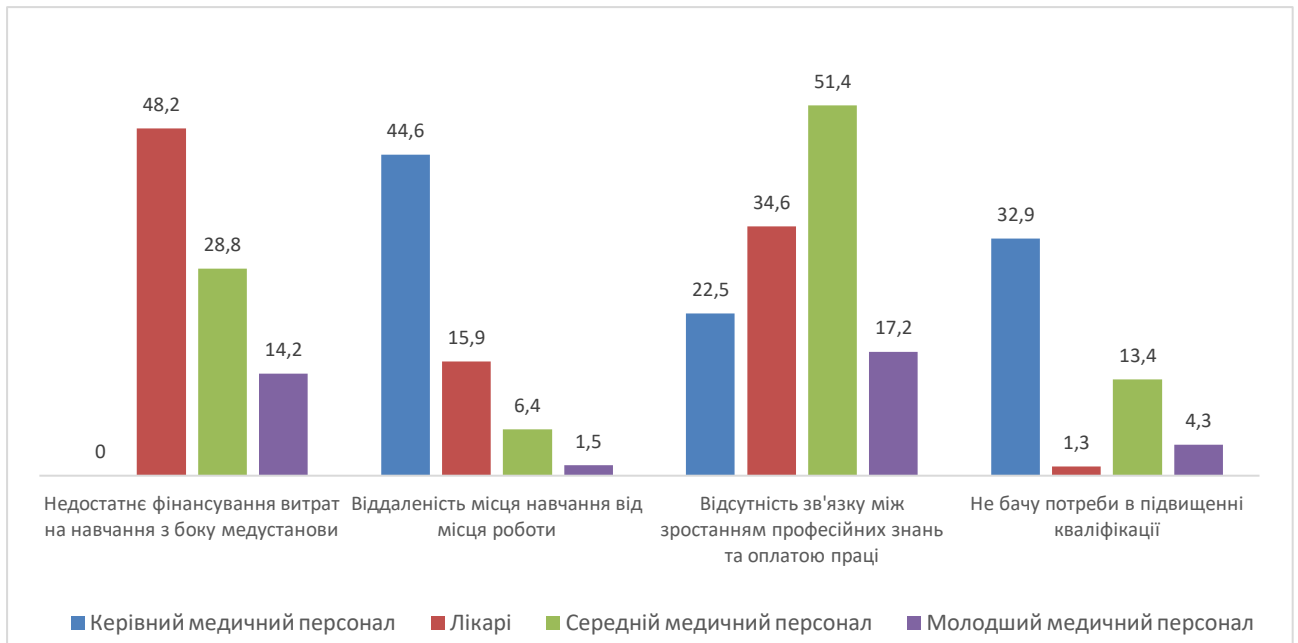


Рис. 2.15. Перелік перешкод на шляху до підвищення рівня кваліфікації медичними працівниками (%)

Вони стверджують, що несправедлива система сертифікації медичного персоналу значно зменшує зацікавленість медичного персоналу у покращенні знань (табл. 2.19). Тому більше 50% респондентів вважають, що це не відображає реальний професійний рівень. Лікарі особливо незадоволені діючою системою сертифікації, і лише чверть із них висловили задоволення.

Таблиця 2.19

Оцінка респондентами діючої системи атестації медичних кадрів (%)

Категорія медичного персоналу	„Чи вважаєте Ви існуючу систему атестації медичних кадрів справедливою?“				
	Так	Скоріше так, ніж ні	Скоріше ні, ніж так	Ні	Важко відповісти
Керівний медичний персонал	0,0	10,2	62,4	27,4	0,0
Лікарі	11,3	12,5	28,6	42,5	5,1
Середній медичний персонал	31,4	15,6	19,5	16,7	16,8
Середнє значення	14,2	12,8	36,8	28,9	7,3

Великий інтерес викликали оцінки респондентів створених для них

можливостей для прояву інноваційної активності (табл. 2.20).

Таблиця 2.20

Оцінка можливостей для прояву креативності у професійній діяльності (%)

„Чи маєте Ви можливість запроваджувати свої новітні підходи до діагностики та лікування хворих?”	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Сер. значення
Можу у повній мірі реалізувати всі свої ідеї щодо лікування хворих	12,2	16,5	8,3	3,1	10,1
Маю можливість запроваджувати лише окремі свої думки щодо надання медичної допомоги	80,4	58,5	14,9	0,9	38,7
Не маю можливості реалізувати в процесі праці будь-які свої ідеї внаслідок жорстких обмежень з боку керівництва	0,0	8,9	13,1	16,1	9,5
Не бачу потреби у розробці будь-яких нововведень із свого боку	7,4	16,1	63,7	79,9	41,8

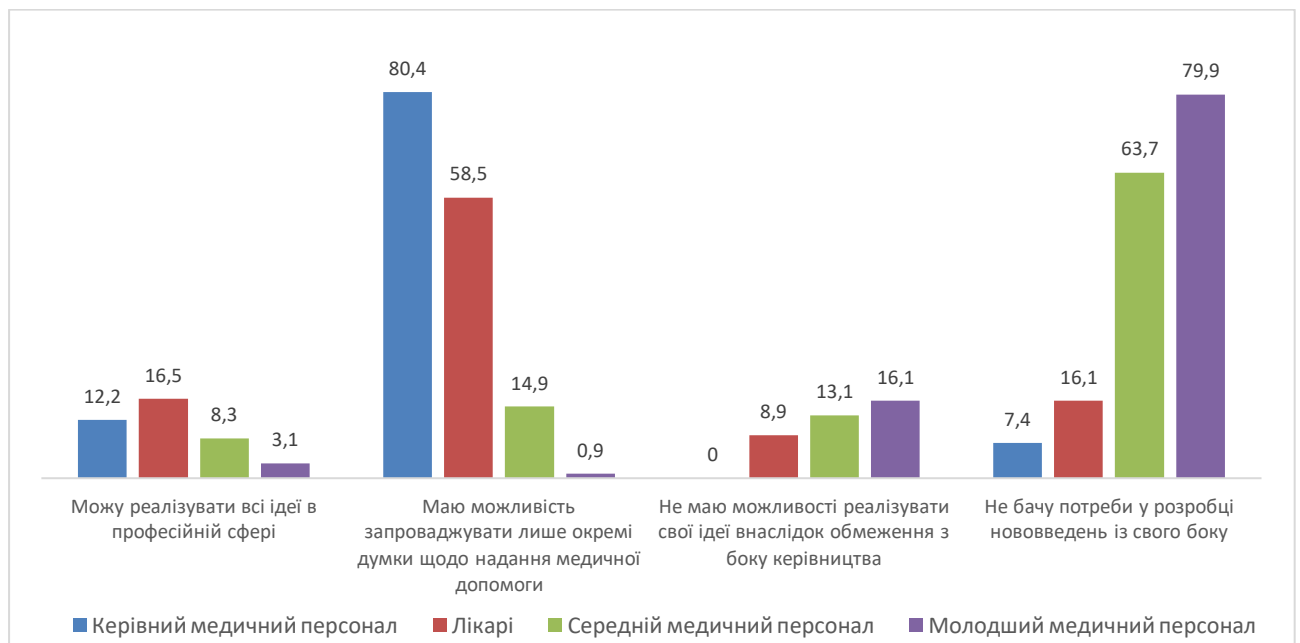


Рис. 2.16. Оцінка можливостей для прояву креативності у професійній діяльності (%)

Дані наведені в таблиці. 2.20 і рис. 2.16, що розкриває тісний зв'язок між

кваліфікаційним рівнем працівника, з одного боку, і потребою у креативності, з іншого. Так, якщо 79,9% спеціалістів первинної ланки медичних закладів байдужі до розвитку інновацій, то цей показник становить лише 7,4% керівників. При цьому переважна більшість менеджерів і лікарів стверджують, що можуть реалізувати всі свої ідеї щодо оптимізації діагностики та лікування пацієнтів певною мірою, а доступність цієї можливості є лише у 16,5% та 8,3% спеціалістів первинної та вторинної медичної допомоги, відповідно.

Як відомо, без об'єктивного вимірювання продуктивності неможливо ефективно просувати ефективну робочу силу в будь-якій галузі економіки. Тому ми включили в анкету запитання, відповіді на яке дозволили б проаналізувати сприйняття медичних працівників щодо критеріїв, за якими оцінюється їхня робота. Результати соціологічного опитування свідчать про те, що медичні працівники часто не знають, за які трудові заслуги вони можуть заробити чи нагородити дипломи (табл. 2.21).

Таблиця 2.21

Обізнаність респондентів щодо критеріїв оцінки їх праці (%)

Категорія медичного персоналу	„Чи відомо Вам, за які саме трудові досягнення Вас можуть преміювати або нагородити грамотою?“	
	Так	Ні
Керівний медичний персонал	56,4	43,6
Лікарі	29,3	70,7
Середній медичний персонал	40,5	59,
Молодший медичний персонал	28,6	71,4
Середнє значення	38,7	61,3

У результаті лише третина респондентів повністю знайомі з принципами та стандартами преміювання (та методами оцінки результатів). Інші не знають, які матеріальні чи духовні винагороди вони можуть отримати.

Цікавими є думки медичних працівників про те, хто повинен мати повноваження оцінювати їх роботу (табл. 2.22). Переважна більшість респондентів (46,5%) вважають, що оцінку результатів роботи має здійснювати

безпосередній керівник, 27,1% вважають, що це право має належати керівництву медичної установи, 26,3% погоджуються, що така оцінка має бути здійснюється спеціально створеною комісією.

Таблиця 2.22

Думка респондентів щодо осіб, відповідальних за функцію контроль

„Як Ви вважаєте, на кого має бути покладене право оцінювати результати Вашої праці?“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Сер. значення
На безпосереднього керівника	16,7	14,8	53,5	67,6	38,2
На керівництво медичної установи	34,1	34,7	29,3	19,3	29,4
На спеціально створену комісію експертів	49,2	50,5	17,2	13,1	32,5

Примітка: розрахунки автора за результатами проведеного соціологічного опитування.



Рис. 2.17. Думка респондентів щодо осіб, відповідальних за функцію контроль

Важливо зазначити, що погляди на це питання дуже різняться між різними категоріями медичних працівників. У результаті керівники та лікарі вважають, що найбільш об'єктивну оцінку результатів їхньої роботи можуть провести спеціально створені комісії експертів, а акушерки та спеціалісти первинної медико-санітарної служби делегують ці повноваження своїм безпосереднім керівникам. При цьому деякі респонденти відзначили доцільність оцінки результатів роботи в охороні здоров'я споживачами медичних послуг (тобто пацієнтами).

2.4 Обґрунтування методології ефективності праці на рівні медичного працівника

Згідно з аналізом у попередньому розділі, лише шляхом відновлення тісного зв'язку між продуктивністю та компенсацією можна досягти високої ефективності медичної допомоги, для чого в першу чергу слід створити систему оцінки ефективності. Індивідуальний медичний персонал (лікарі, медичні сестри, первинний медичний персонал). На думку авторів, така система повинна базуватися на таких принципах:

- ефективності: оцінка ефективності праці повинна базуватися на науковій і обґрунтованій системі індексів;
- складність: оцінюються як позитивні, так і негативні результати роботи;
- об'єктивності: оцінка ефективності повинна проводитися за участю кількох людей, щоб уникнути суб'єктивізму;
- вагових коефіцієнтів: у процесі оцінювання необхідно враховувати вагу окремих показників відносно інших;
- справедливості: оцінка роботи всіх без винятку працівників повинна базуватися на неупередженому підході;
- обізнаності: фахівцям охорони здоров'я слід звернути увагу на принципи та показники, на яких базується оцінка продуктивності;
- простоти: система оцінки ефективності праці повинна бути максимально простою, зручною та практичною;
- адвокації: працівники повинні бути проінформовані про результати оцінки їхньої ефективності роботи в присутності всіх співробітників;
- посилення: результати оцінки ефективності медичного персоналу повинні бути відображені у розмірі їх заробітної плати.

Зауважте, що системи оцінювання ефективності створені для того, щоб не лише враховувати вищезазначені принципи, а й заохочувати медичних працівників до підвищення продуктивності, навчання протягом усього життя та творчості на роботі. Загалом методи оцінки ефективності роботи організації охорони здоров'я можна описати таким чином (рис. 2.18).

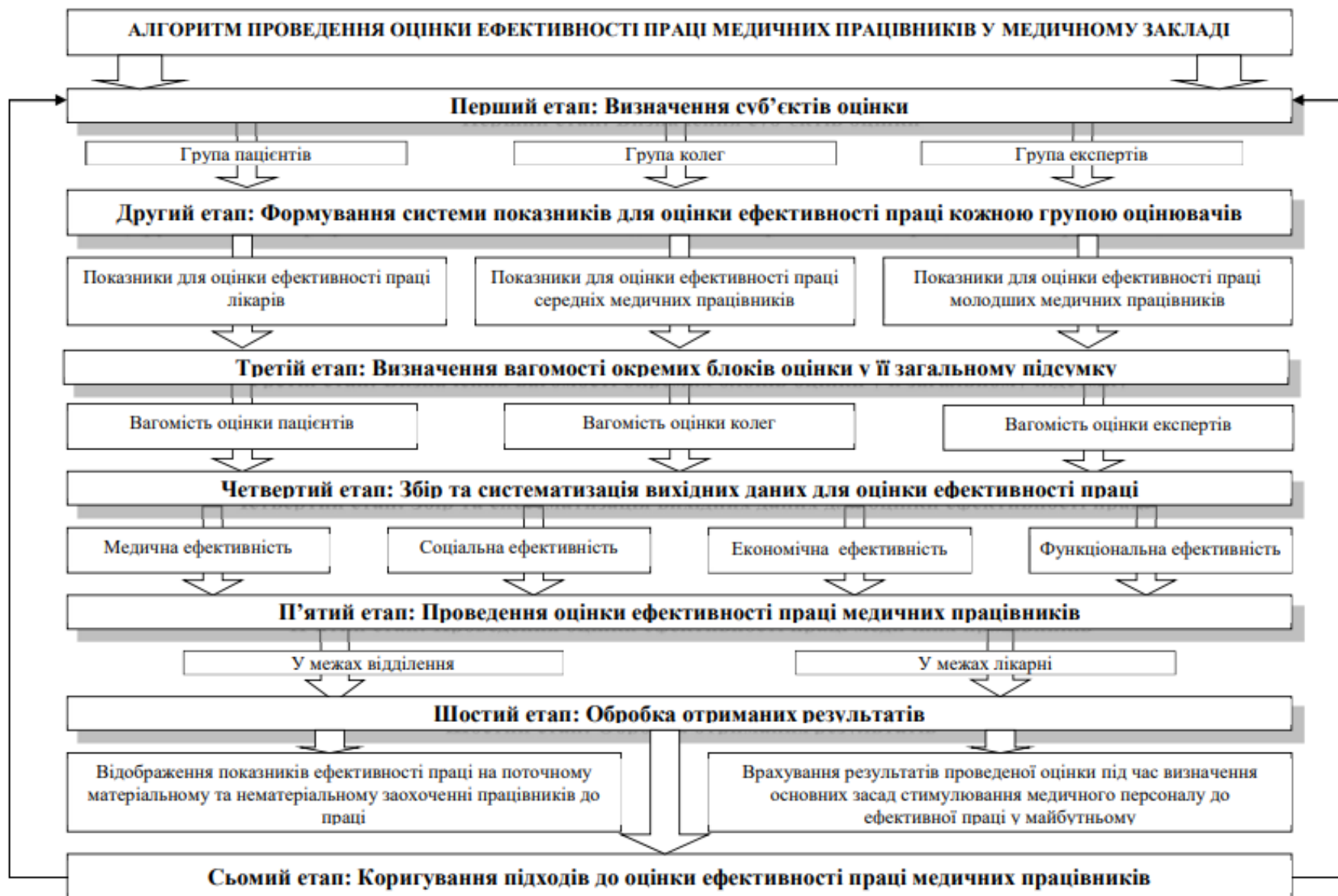


Рис. 2.18. Концептуальні підходи до оцінки ефективності праці медичного працівника

По-перше, оберемо суб'єктів, які будуть оцінювати роботу різних груп працівників (лікарів, акушерок та медичних сестер). Далі розробляється індикаторна система, яка буде використовуватися для таких оцінок. При цьому окремо визначаються показники, за якими оцінюють ефективність роботи експерти, колеги та пацієнти. Трудовий колектив через анкетування висловив важливість окремих одиниць оцінки в їх загальних результатах. Надалі оцінка ефективності роботи медичного персоналу проводиться на основі попередньо зібраних і систематизованих вихідних даних, а результати обробляються для відображення розміру матеріальної та нематеріальної винагороди працівників. Завершальним етапом є коригування методики оцінки ефективності медичних працівників.

Розглянемо більш детально алгоритми оцінки ефективності роботи в межах закладу охорони здоров'я.

Відбір експертів на першому етапі має здійснюватися з практиків медичних установ. При цьому на посади експерта можуть претендувати лише працівники з багатим досвідом та високим професійним рівнем у професійній сфері, а багатий практичний досвід сприяє підвищенню об'єктивності оцінювання. Важливо пам'ятати, що оцінюватимуться результати роботи різних категорій медичного персоналу, тому до спеціалістів слід віднести тих, хто здатний оцінити роботу лікарів та первинного медичного персоналу. При цьому до оцінки роботи кожного працівника мають бути залучені його колеги та пацієнт, який обстежується чи лікується.

На другому етапі формується експертна група, яка визначає, які показники використовуються в кожному підрозділі оцінювання для оцінки трудових досягнень медичних працівників. При цьому обрані показники мають відповідати аспектам, за якими здійснюється оцінка ефективності роботи у сфері охорони здоров'я для забезпечення її комплексності та об'єктивності.

Для перевірки запропонованого методу запропоновано можливий варіант цієї системи показників (табл. 2.23).

Таблиця 2.23

Рекомендовані показники для оцінки ефективності праці медичних кадрів

Оцінка ефективності праці	Показники для оцінки ефективності праці		
	лікарів	медичних сестер	молодших медичних працівників
експертами	- результативність лікування - інтенсивність праці - якість діагностики та лікування - правильність встановлення діагнозу - повнота висвітлення діагнозу в історії хвороби - економічність лікування - інноваційна активність - складність праці - ступінь відповідальності (за матеріально-технічну базу; персонал; пацієнтів) - ступінь використання в роботі новітніх методів лікування - рівень професійної майстерності - активність у збагаченні власних професійних знань та навичок - навчання персоналу - викладацька діяльність - науково-видавнича діяльність	- інтенсивність праці - якість праці - економічність у використанні ресурсів - інноваційна активність - складність праці - ступінь відповідальності (за матеріально-технічну базу; персонал; пацієнтів) - рівень професійної майстерності - активність у збагаченні власних професійних знань та навичок - навчання персоналу - викладацька діяльність - науково-видавнича діяльність	- інтенсивність праці - якість праці - економічність у використанні ресурсів - складність праці - ступінь відповідальності (за матеріально-технічну базу; персонал; пацієнтів) - рівень професійної майстерності - активність у збагаченні власних професійних знань та навичок - навчання персоналу
колегами	- напруженість праці - професійна компетентність - налаштованість на співпрацю - ввічливість по відношенню до хворих - відповідальність - прояв творчості у праці - організаційні якості - схильність до самоосвіти і збагачення знань - культура поведінки	- напруженість праці - професійна компетентність - налаштованість на співпрацю - ввічливість по відношенню до хворих - відповідальність - прояв творчості у праці - організаційні якості - схильність до самоосвіти і збагачення знань - культура поведінки	- напруженість праці - професійна компетентність - налаштованість на співпрацю - ввічливість по відношенню до хворих - відповідальність - прояв творчості у праці - організаційні якості - схильність до самоосвіти і збагачення знань - культура поведінки
пацієнтами	- якість отриманої допомоги - рівень професійної компетентності - рівень уваги до хворих - ввічливість - особисті якості	- якість отриманої допомоги - рівень професійної компетентності - рівень уваги до хворих - ввічливість - особисті якості	- якість отриманої допомоги - рівень професійної компетентності - рівень уваги до хворих - ввічливість - особисті якості

Третій етап оцінки ефективності роботи закладу охорони здоров'я передбачає визначення значення медичного персоналу та значення окремих підрозділів оцінки в їх загальних результатах. З цією метою рекомендуємо мікроопитування всього медичного персоналу з проханням заповнити наступну таблицю (табл. 2.24):

Таблиця 2.24

Визначення вагомості окремих блоків оцінки ефективності праці медичного працівника у її загальному підсумку

Блок оцінки	Вагомість (%)
Оцінка ефективності Вашої праці комісією експертів	...
Оцінка ефективності Вашої праці колегами	...
Оцінка ефективності Вашої праці пацієнтами	...
Загальна оцінка ефективності Вашої праці	100 %

Оскільки важливість різних одиниць оцінки ефективності часто може відрізнятися для лікарів, акушерок та спеціалістів первинної медико-санітарної служби, рекомендується опитування кожної категорії медичних працівників.

Для того, щоб врахувати рівень фаховості персоналу застосуємо зважування кожної з таких одиниць для оцінки ефективності роботи медичного персоналу (табл. 2.25):

Таблиця 2.25

Вагові коефіцієнти складових оцінки ефективності праці медичних працівників

Блок оцінки	Коефіцієнт вагомості в розрізі посад		
	лікар	медична сестра	санітарка
Оцінка комісією експертів	0,67	0,38	0,49
Оцінка колегами	0,14	0,28	0,24
Оцінка пацієнтами	0,19	0,34	0,27
Загальна оцінка	100	100	100

На четвертому етапі збираються та систематизуються вихідні дані для подальшої оцінки ефективності роботи медичного персоналу.

Наступним етапом є безпосередня оцінка ефективності медичних працівників на основі визначених раніше показників. Така оцінка рекомендована

за шкалою від «-5» до «5» балів. При цьому за нейтральне значення рекомендується приймати «0» (роботи, які не приносять ні явно позитивних, ні негативних результатів). Негативні результати роботи (наприклад, грубе ставлення до пацієнтів) слід оцінювати за діапазоном $[-5; 0]$, а позитивні – за діапазоном $[0; 5]$. Такий підхід реалізує вищезгаданий принцип комплексності, за яким обов’язково повинні оцінюватися всі результати роботи.

Проілюструємо застосування запропонованої методики на прикладі роботи трьох експертів, які оцінюють травматологів КНП «Здолбунівська ЦМЛ» (табл. 2.27).

Таблиця 2.27

Експертна оцінка ефективності праці лікаря-травматолога

Показники оцінки	Оцінка експертів			Узагальнена експертна оцінка
	Експерт 1	Експерт 2	Експерт 3	
Результативність лікування	3	4	3	10
Інтенсивність праці	3	3	3	9
Якість діагностики та лікування	4	5	3	12
Правильність встановлення діагнозу	4	5	5	14
Повнота висвітлення стану здоров’я пацієнтів та процесу їх лікування в історіях хвороб	3	3	3	9
Економічність лікування	3	2	3	8
Інноваційна активність	0	0	1	1
Навчання персоналу	0	0	0	0
Викладацька діяльність	0	0	0	0
Науково-видавнича діяльність	0	0	0	0
Складність праці	4	4	4	12
Ступінь відповідальності за:	—	—	—	—
- матеріально-технічну базу	5	5	4	14
- персонал	1	1	2	4
- пацієнтів	5	5	5	15
Ступінь використання у роботі новітніх методів діагностики та лікування	3	2	2	7
Рівень професійної майстерності	4	2	2	8
Активність у збагаченні власних професійних знань та навичок	3	3	4	10
Узагальнена оцінка ефективності праці групою експертів	—	—	—	133

Наступним кроком у визначенні ефективності медичних працівників є оцінка трудових досягнень колег (табл. 2.28). Цю оцінку мають проводити ті, хто безпосередньо з ним працює у відділі, оскільки саме вони мають можливість контролювати повсякденне виконання службових обов'язків.

Таблиця 2.28

Оцінка ефективності праці лікаря- травматолога колегами

Показники оцінки	Оцінка колег			Узагальнена оцінка колег
	Колега 1	Колега 2	Колега 3	
Напруженість праці	2	4	4	10
Професійна компетентність	4	5	5	14
Налаштованість на співпрацю	3	3	3	9
Ввічливість по відношенню до хворих	4	3	3	10
Відповідальність	4	4	4	12
Прояв творчості у праці	2	2	1	5
Організаційні якості	3	3	4	10
Схильність до самоосвіти і збагачення знань	4	4	5	13
Культура поведінки	5	4	5	14
Узагальнена оцінка ефективності праці колегами	—	—	—	97

Оцінку роботи медичних працівників пацієнтами слід проводити при виписці у формі анонімного соціологічного опитування, після чого дані опитування заносять у форму (табл. 2.30).

Таблиця 2.31

Оцінка ефективності праці лікаря- травматолога пацієнтами

Показники оцінки	Оцінка пацієнтами			Узагальнена оцінка пацієнтів
	Пацієнт 1	Пацієнт 2	Пацієнт 3	
Якість отриманої допомоги	5	2	3	10
Рівень професійної компетентності	5	3	3	11
Рівень уваги до хворих	4	2	4	10
Ввічливість	4	2	4	10
Особисті якості	4	3	4	11
Узагальнена оцінка ефективності праці пацієнтами	—	—	—	52

Наступним кроком в оцінці діяльності працівника особистої гігієни є підсумовування його балів у трьох блоках. З урахуванням визначених вище вагових показників загальний бал працівника в процесі оцінки ефективності його роботи можна розрахувати за такою формулою:

$$T_g = a \times P_g + b \times D_g + c \times H_g \quad (2.1)$$

T_g – загальна кількість балів, отриманих g -м працівником у процесі оцінки ефективності його праці; P_g – кількість балів, отриманих g -м працівником у результаті оцінки ефективності його праці комісією експертів; D_g – кількість балів, отриманих g -м працівником у результаті оцінки ефективності його праці колегами; H_g – кількість балів, отриманих g -м працівником у результаті оцінки ефективності його праці пацієнтами; a, b, c Вага для кожної одиниці оцінки.

На завершальному етапі результати оцінки продуктивності праці обробляються для подальшого відображення розміру матеріальної та нематеріальної компенсації медичним працівникам. Для цього спочатку порівнювали ефективність окремих груп медичних працівників (лікарів, медсестер та первинних медсестер) у кожному відділенні, а потім у лікарні. Як приклад наведемо результати оцінки ефективності роботи лікаря-травматолога КНП «Здолбунівська ЦМЛ» (табл. 2.32):

Таблиця 2.32

Зведена таблиця оцінки ефективності праці лікарів Обласного центру бойових травм та кістково-гнійної хірургії

Блок оцінки	Присяжнюк В.В.	Герєга І.Я.	Кожедуб О.	Печніков С.О.	Захарчук Б.О.	Паламарчук С.О.
Оцінка експертів	133	151	92	214	84	124
Оцінка колег	97	112	54	123	42	109
Оцінка пацієнтів	52	71	47	70	38	56
Загальна оцінка ефективності праці	113	130	78	174	69	109

Відхилення ефективності праці окремого працівника від максимально та

мінімально досягнутого у колективі рівня можна розрахувати за такою формулою:

$$R_g = \frac{T_g - T_{\min}}{T_{\max} - T_{\min}} \quad (2.2)$$

де R_g – рівень досягнутої g -м працівником ефективності праці у порівнянні з колегами по роботі; T_g – ефективність праці g -го працівника; $T_{\max}$ і $T_{\min}$ – відповідно максимальний і мінімальний рівень ефективності праці, досягнутий у трудовому колективі.

Вважаємо доцільним проводити щорічну оцінку ефективності медичного персоналу в медичних закладах, а результати доводити до персоналу на зборах персоналу. Крім того, це також слід враховувати при складанні та затвердженні колективного договору на наступний рік, особливо щодо оплати праці. Такий підхід допоможе розвинути змагальний дух у команді та спонукати медичних працівників покращити свої результати.

Запропонований метод оцінки продуктивності праці на рівні працівника особистої гігієни має такі переваги перед існуючими методами:

- дозволяють комплексно оцінити ефективність кожного медичного працівника з урахуванням усіх аспектів його роботи, що впливають на результативність;
- забезпечити високий ступінь об'єктивності оцінки, оскільки вона проводиться великою кількістю людей, які працюють безпосередньо з медичними працівниками. крім того, запросіть експертів, колег і пацієнтів, щоб точно оцінити, які аспекти роботи медичного працівника вони можуть найкраще забезпечити;
- включати стимули для медичних працівників до постійного підвищення кваліфікації, прояву творчості у своїй роботі, покращення кількісних та якісних результатів роботи, більш ввічливого ставлення до пацієнтів;
- дозволяє встановити міцний зв'язок між продуктивністю праці та її компенсацією, що, у свою чергу, є одним із найефективніших стимулів підвищення продуктивності.

Висновок розділу 2

Результати аналізу стимулів та ефективних умов праці в галузі охорони здоров'я України виявляють деякі недоліки та суперечності в системі оплати праці медичного персоналу, встановлюють стимули та контрстимули для ефективної роботи в медичних закладах, визначають ступінь духовної та матеріальної задоволення від процесу трудової діяльності.

Дослідження показали, що в українській сфері охорони здоров'я діє Гармонізована тарифна мережа з оплати праці, заснована на застарілих принципах, які не відповідають сучасним вимогам. Відповідно до чинного законодавства присвоєння посадових категорій медичним працівникам здійснюється залежно від складності роботи та рівня їх кваліфікації, ігноруючи взагалі ефективність роботи. Елемент додаткової заробітної плати також не забезпечує тісного зв'язку між працездатністю та заробітною платою: премії в структурі фонду оплати праці становлять лише 3%, тоді як у надбавках чітко присутній стимул, лише надбавки за високі досягнення на роботі, особливо важливо трудомісткість, напруженість роботи.

Ще одним серйозним недоліком єдиної тарифної мережі в українській сфері охорони здоров'я є повне порушення міжпосадової та міжкваліфікаційної диференціації заробітної плати. Результати аналізу показують, що замість 1:6 - 1:6,5 рекомендоване співвідношення між крайніми показниками тарифної сітки вдвічі менше - 1:3,35. Тому при переході з однієї категорії в іншу 10-відсотковий «поріг чутливості» не дотримується повністю, що відбиває медичних працівників від продовження професійної освіти.

Отримані результати переконливо свідчать про те, що середньомісячної заробітної плати середнього медичного працівника недостатньо навіть для простого відтворення праці, не кажучи вже про утримання членів сім'ї. Порівняно з іншими галузями економіки доходи в галузі охорони здоров'я незначні, що призводить до зниження престижу медичних робіт і поступового відтоку людей із сектору матеріального виробництва.

Результати соціологічного опитування персоналу та пацієнтів КНП

«Здолбунівська ЦМЛ» можуть служити рекомендаціями для моделювання загального профілю загального медичного персоналу. Вона 25-45-річна жінка з 11-15-річним стажем роботи, яка отримує як духовне, так і матеріальне задоволення від своєї роботи. Мінімально достатньою для себе така людина вважає середньомісячну заробітну плату 26000 – 50000 грн. Усвідомлення важливості роботи, інтерес до роботи, а також доступ до досвіду та навичок є найбільшими рушійними силами її роботи; принаймні, надзвичайно низька заробітна плата, слабкий зв'язок із внесками робочої сили та погані умови праці. Така людина за останній рік жодним чином не підвищив свій рівень кваліфікації, тому що не думає, що зростання її професійних навичок вплине на заробіток.

Недостатнє стимулювання праці в українській сфері охорони здоров'я призводить до неефективності роботи медичного персоналу. Аналіз показав постійне зростання захворюваності, інвалідності та смертності під час незалежності України, що призвело до скорочення тривалості життя при народженні на 2,5 роки. Ці негативні зміни призвели до триразового збільшення потенційних економічних втрат, які зазнає Україна від передчасної смертності та захворюваності.

Оцінки ефективності медичного персоналу в регіональному масштабі показують, що надмірне навантаження лікарів часто супроводжується зниженням якості медичної допомоги. Водночас у деяких регіонах спостерігається диспропорція між рівнями захворюваності та смертності, з одного боку, та кількістю медичних працівників – з іншого. Все це вказує на необхідність врахування соціально-економічних особливостей кожного регіону при формулюванні заходів, спрямованих на підвищення ефективності медичних працівників.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ТА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

3.5. Методологічні підходи до реформування системи оплати праці у сфері охорони здоров'я України

Враховуючи значні регіональні відмінності у структурах вартості життя та споживання в Україні, доцільною є регіональна шкала розрахунку рівня життя, яка не повинна бути нижчою за значення, затверджене на загальнодержавному рівні. Водночас необхідно також коригувати регіональний рівень виживання окремих галузей для об'єктивного врахування відтворювальної вартості робочої сили, яка різна для працівників різних професій. Для підтримки прожиткового мінімуму купівельної спроможності в періоди зростання цін доцільно було б затвердити на законодавчому рівні процедуру внесення змін до неї відповідно до рівня інфляції. Ми вважаємо, що це соціальне забезпечення необхідно перераховувати щоразу, коли місячний індекс інфляції досягне 101%. Визначення мінімальної заробітної плати також має відбуватися на декількох рівнях – державному, регіональному та галузевому (рис. 3.1).

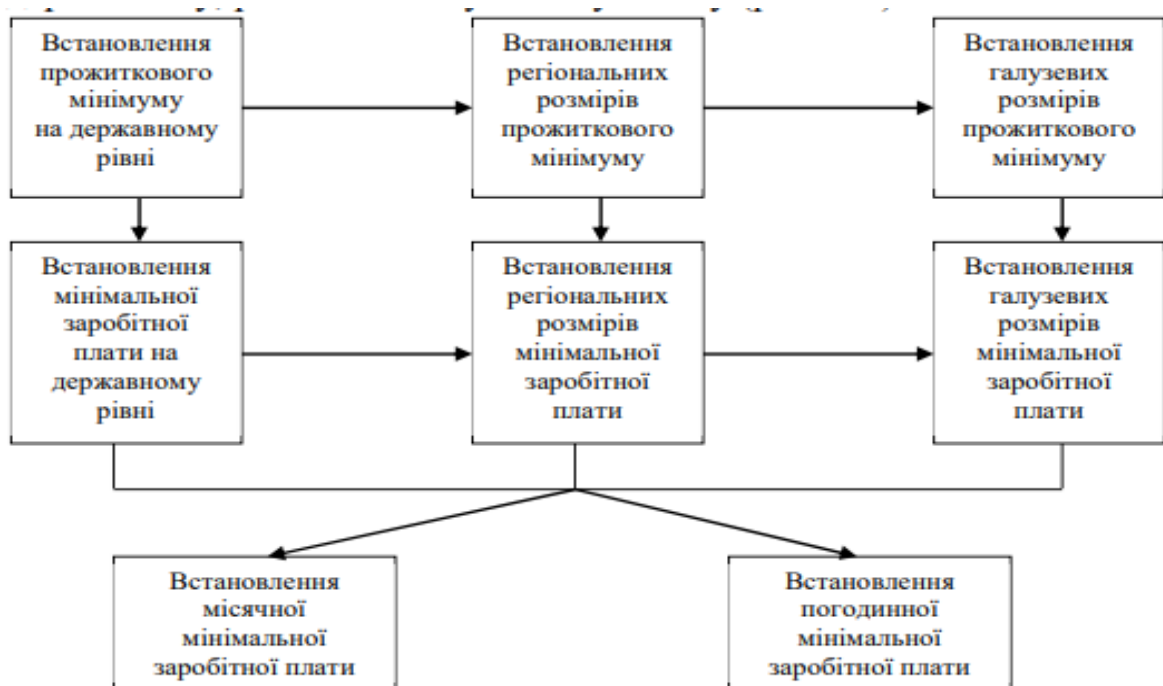


Рис. 3.1. Встановлення мінімальної заробітної плати в Україні

Ми пропонуємо гнучку тарифну сітку на заробітну плату в галузі охорони здоров'я у порівнянні з існуючими, яка:

- дозволяє встановити тісний зв'язок між ефективністю праці та рівнем оплати;
- забезпечує оптимізацію міжгалузевих, міжпосадових та міжкваліфікаційних відмінностей в оплаті праці для робіт різної складності та відповідальності;
- має високу стимулюючу дію – спонукає медичних працівників удосконалювати всі елементи своєї роботи, від професійного самовдосконалення до надання якісної медичної допомоги;
- передбачає підвищення рівня оплати висококваліфікованої праці;
- дозволяє врахувати специфічні особливості кожного регіону та медичного закладу;
- сприяє розширенню повноважень органів місцевої влади та керівників медичних закладів щодо політики оплати праці.

Зауважимо, що впровадження описаної вище гнучкої тарифної мережі має супроводжуватися деякими організаційними заходами на національному, регіональному та композиційному рівнях. Зокрема, на державному рівні необхідно:

- переглядати законодавство про заробітну плату в галузі охорони здоров'я, а також порядок визначення мінімального рівня життя та мінімальної заробітної плати;
 - створити механізм атестації медичного персоналу, який може об'єктивно відображати професійні знання та практичні навички медичного персоналу;
 - забезпечити додаткове джерело фінансування витрат на охорону здоров'я;
 - вивчити задоволеність медичного персоналу системою компенсацій у сфері охорони здоров'я.
- у свою чергу, на регіональному рівні необхідно:

- розширити положення щодо визначення принципів оплати праці медичного персоналу з урахуванням особливостей соціально-економічного розвитку регіону;
- здійснювати контроль за дотриманням основних нормативно-правових актів щодо оплати праці медичних закладів, що діють на території області;
- забезпечення дотримання принципів об'єктивності в процесі атестації медичного персоналу;
- постійний моніторинг компенсацій у сфері охорони здоров'я з метою вивчення його впливу на ефективність роботи медичних працівників.

Запровадження нових умов оплати праці в охороні здоров'я передбачає впровадження деяких організаційних заходів на мікроекономічному рівні. Зокрема, в межах кожного медичного закладу необхідно забезпечити:

- формування експертної комісії для оцінки ефективності роботи медичного персоналу;
- розроблення спеціальних правил внутрішнього розпорядку, що визначають принципи та критерії оцінки ефективності роботи медичного персоналу та особливості їх результатів, що відображаються у розмірі заробітної плати;
- оцінювання продуктивності праці співробітників наприкінці кожного року та переглядати за результатами розмір заробітної плати медичного персоналу;
- ознайомлення персоналу із принципами, критеріями та показниками оцінки ефективності роботи в медичних закладах, та характеристиками їх результатів, відображених у шкалі заробітної плати.

Елементи доплат – доплати, надбавки та премії – відіграють дуже важливу роль у матеріальному стимулюванні медичного персоналу до праці і тому потребують модифікації для посилення впливу на трудову поведінку працівників. Зокрема, ми згодні з деякими науковцями, що доплати за поєднання спеціальностей та розширення сфери обслуговування мають бути пропорційними внескам співробітників і не обмежуватися 50% максимальної

заробітної плати. Крім того, вважаємо за доцільне затвердити доплату за навчання протягом усього життя (до 15% від окладу залежно від діяльності). Такий підхід має компенсаційно-стимулюючий характер, оскільки частково відшкодовує витрати медичного працівника на навчання (витрачений час, витрати на підручники, передплату на журнали, придбання інших навчальних матеріалів тощо) та стимулює його до підвищення кваліфікації.

Ми переконані, що запровадження доплати за роботу до 50% від заробітної плати у сільській місцевості (залежно від місця проживання та рівня кваліфікації медичного працівника) може значно подолати дефіцит медичних кадрів у сільській місцевості. Як і в попередньому випадку, ця доплата є компенсаційним стимулом через свою економічну природу. З одного боку, це компенсує незручності, з якими стикаються медичні працівники при виконанні своїх обов'язків у далеких від ідеальних умовах праці (матеріально-технологічна база на селі вкрай відстала й потребує повного оновлення). З іншого боку, такі надбавки стимулюватимуть медичних працівників працювати у сільській місцевості.

Також необхідно вдосконалити систему Medicaid. Зокрема, необхідно уточнити принципи та нормативи надбавок за високі досягнення в роботі, виконання особливо важливої роботи, складність та напруженість роботи. Працівники повинні розуміти, за які трудові досягнення вони можуть отримати цю надбавку і в якому розмірі. Тільки тоді буде стимулюючий ефект.

Ми вважаємо, що пропозиції включають надбавки за креативність та інновації (до 20% окладу). Такі надбавки можуть спонукати медичний персонал постійно оптимізувати процес надання медичних послуг, продовжувати знаходити найбільш ефективні методи лікування пацієнтів, брати участь у різноманітних науково-дослідних проектах.

Звертаємо Вашу увагу, що для запровадження встановленої системи доплат та надбавок кожному медзакладу необхідно:

- встановити внутрішні правила щодо доплат і надбавок. положення повинно чітко визначити принципи та критерії призначення кожної надбавки та

надбавки, а також терміни виплати;

- довести зміст цих умов до відома всього персоналу;
- встановлювати доплати та надбавки працівникам на громадських засадах та надавати детальні пояснення зацікавленим особам;
- періодично переглядати доцільність виділення певних доплат і надбавок кожному працівнику, щоб зберегти їх заохочувальний ефект та уникнути необґрунтованих виплат.

Крім надбавок і доплат, важливим фактором матеріального стимулювання медичних працівників є виплата премій, оскільки, пов'язуючи їх розмір з результатами роботи, працівники зацікавлені в ефективності своєї роботи, як і в будь-якому іншому. Результати аналізу теорії та практики організації преміювання в охороні здоров'я обґрунтовують необхідність перегляду та вдосконалення, для чого ми надаємо:

1. Бонуси слід виплачувати лише за високу продуктивність та виняткові досягнення. При цьому розмір премії має бути значним порівняно із середньомісячною заробітною платою працівника;

2. Встановити та запровадити чіткі критерії премії та показники ефективності в кожному закладі. Зокрема, слід додатково інформувати працівників, інакше стимулююча дія премій буде обмежена;

3. На законодавчому рівні виділити медичним працівникам з бюджету премію в розмірі 10% річного фонду оплати праці.

Вважаємо, що запровадження практики преміювання за навчання наприкінці року сприяє покращенню матеріального стимулювання медичних працівників до праці. Такі нагороди можуть бути за якісну роботу, інноваційність, здатність задовольняти потреби пацієнтів тощо. Їх слід розподіляти на дуже обмежену кількість найкращих виконавців, і їх розмір має становити 5-10% річного доходу працівника. Такі стимули сприятимуть створенню конкурентної атмосфери в робочій силі, стимулюючи тим самим працівників до підвищення ефективності.

Водночас вважаємо, що медичним закладам необхідно надати ширші

повноваження щодо використання коштів, які вони отримують у вигляді різноманітних пожертв та добровільних внесків. Обмежене право керівництва закладу визначати використання отриманих коштів є обмеженням щодо найбільш ефективної вартості. Тому для підвищення ефективності діяльності медичних закладів необхідно надати їх керівникам право розпоряджатися позабюджетними доходами на власний розсуд, з однією умовою – при такому використанні якість медичної допомоги буде погіршуватися. покращений.

Сьогодні ні для кого не секрет, що переважна більшість медичних закладів сплачує офіційні збори за надання певних видів медичних послуг, тим самим розвіюючи поширений в Україні міф про безкоштовну медичну допомогу. Такі виплати має коригуватися економічним відділом лікарні відповідно до законодавства, яке наразі забороняє державним лікарням надавати платні медичні послуги. У результаті вони часто надходять у формі добровільних пожертв і пожертв, що значно обмежує їх корисність. Вважаємо, що сформовану ситуацію можна подолати шляхом переосмислення чинного законодавства та відновлення права медичних закладів на надання платної допомоги. Очевидно, що наділяючи медичні заклади повноваженнями, необхідно також чітко визначити умови надання платних послуг та запровадити певні обмеження, щоб усі без винятку громадяни мали доступ до медичних послуг.

Медичне страхування може стати важливим джерелом фінансування охорони здоров'я, особливо в майбутньому. Чимало сучасних вчених і практиків обговорюють доцільність його впровадження в Україну на обов'язкових умовах. Автор особисто погоджується з точкою зору Хіаомі, Карлін вважає, що запровадження обов'язкового національного медичного страхування є дещо ускладненим на перехідній стадії економічного ринку моєї країни, що може призвести до непередбачених негативних наслідків [21, с.128]. Сьогодні переважна більшість підприємств та фізичних осіб не можуть сплачувати додаткові внески на медичне страхування. При цьому нормативна база для прийняття такого законодавства взагалі не сформована. Тому ми вважаємо, що на даному етапі розвитку України, з поступовим формуванням соціально-

економічних умов, вигідніше запровадити обов'язкове медичне страхування та посилити добровільне медичне страхування.

Зауважимо, що таку систему оплати праці медичного персоналу, яка б відповідала очікуванням працівників (у вигляді матеріальної винагороди за працю) та суспільства (у вигляді якісної медичної допомоги), неможливо встановити без докорінного перегляду. Поліпшити соціальні та виробничі відносини в охороні здоров'я. Сьогодні першочерговим завданням у цьому напрямку має стати посилення впливу профспілок та організацій роботодавців у вирішенні питань праці. Причина такої необхідності полягає в тому, що політика оплати праці в охороні здоров'я визначається державою, на яку профспілки та об'єднання роботодавців практично не мають впливу.

Для подолання ситуації, що склалася, рекомендуємо спочатку сформувати ефективну організацію роботодавців у сфері охорони здоров'я. Для того, щоб вони створювалися і мали значний вплив на питання праці, їм необхідно надати певні права та обов'язки. Першим кроком у цьому напрямку має бути розширення повноважень керівників охорони здоров'я щодо встановлення внутрішньої політики. Керівник вітчизняного медичного закладу повинен певним чином відчувати себе «господарем», який має необхідні повноваження, щоб знайти найкраще рішення для його організації роботи. Окрім надання керівникам повноважень, вони також повинні нести відповідальність за результати діяльності організацій охорони здоров'я, якими вони керують. Організація роботи підвідомчих медичних закладів має високе почуття відповідальності перед державою та суспільством, спонукає керівників раціонально використовувати свої повноваження та робити все можливе для підвищення якості медичних послуг. Тобто необхідно створити такі умови, щоб керівник медичного закладу дійсно міг виконувати роль роботодавця, безпосередньо дбати про постійне покращення ефекту діагностики та лікування.

Вважаємо, що реалізація наведених вище рекомендацій щодо створення ефективних організацій роботодавців у сфері охорони здоров'я сприятиме поширенню практики укладення індивідуальних трудових договорів між

керівниками закладів охорони здоров'я та місцевою владою. У таких трудових договорах мають бути визначені повноваження керівника, а також рівень покладеної на нього відповідальності. Водночас вигідно чітко вказати, чого очікує місцева влада від керівництва та чого очікувати в разі успіху чи невдачі (конкретні розміри винагород чи пені).

Ми переконані, що реалізація вищезазначених рекомендацій щодо вдосконалення системи оплати праці та соціально-трудових відносин у сфері охорони здоров'я призведе до суттєвих позитивних змін у продуктивності медичного персоналу, що покращить стан здоров'я в Україні.

3.6. Шляхи вдосконалення механізму стимулювання ефективної праці медичного персоналу

Для досягнення значного позитивного зрушення в ефективності медичного персоналу недостатньо вдосконалити систему компенсацій. Натомість весь механізм стимулювання роботи в охороні здоров'я потребує принципового переосмислення. В якості такого механізму автори розглядають сукупність політичних, фінансових, соціально-економічних, організаційних, етичних і психологічних важелів, інструментів і підходів, які впливають на макро-, мезо-, мікроекономічному та індивідуальному рівнях, а також стимулюють медичних працівників до роботи. ефективно Узгоджуючи свої особисті інтереси з інтересами роботодавців та споживачів медичних послуг.

Отримані результати дозволяють сформулювати систему принципів, на основі яких мають бути створені механізми стимулювання ефективної роботи в охороні здоров'я. Вони включають:

- 1) принцип збалансованості – передбачає, що сприяння ефективній роботі медичних працівників має базуватися на узгодженні особистих інтересів з інтересами пацієнтів та роботодавців;
- 2) принцип комплексності – необхідність активізації якомога більшої кількості важелів, які можуть впливати на трудову поведінку медичних працівників з метою підвищення їх продуктивності;

3) принцип безперервності – передбачає, що сприяння ефективній праці медичних працівників має тривати протягом усього їх трудового стажу, з моменту вступу до професійного навчального закладу до закінчення виходу на пенсію;

4) Принцип ефективності – вимагає активізації лише науково обґрунтованих важелів впливу на трудову поведінку медичних працівників;

5) Принцип орієнтації – дії, що визначають механізм стимулювання, повинні бути спрямовані на генерацію певних дій і підвищення внутрішньої мотивації працівників;

6) Принципи доступності – вимагає розуміння принципів і принципів, які сприяють ефективній роботі кожного співробітника;

7) Принцип гнучкості – означає, що деякі компоненти стимулів для ефективної роботи потребують модифікації у відповідь на зміни навколишнього середовища.

Загалом механізми, які сприяють ефективній роботі в охороні здоров'я, показані на рисунку 3.2.

Як бачите, він охоплює чотири рівні (макро, мезо, мікро та індивідуальний) і активує ряд стимулів, які впливають на ефективність медичних працівників. Зокрема, на макроекономічному рівні встановлено місце охорони здоров'я в інших галузях економіки, сформульовано основні принципи її функціонування, затверджено обсяги фінансування. На національному рівні встановлюються основні принципи оплати праці медичного персоналу, пенсійного забезпечення, вимоги до систем безперервної освіти та механізмів атестації медичних працівників.

На регіональному рівні місцева влада певною мірою уточнила принципи охорони здоров'я, визначені державою, а також внесла часткові корективи в запропонований макроекономічний підхід до оплати праці медичного персоналу, активізувавши додаткові важелі впливу.

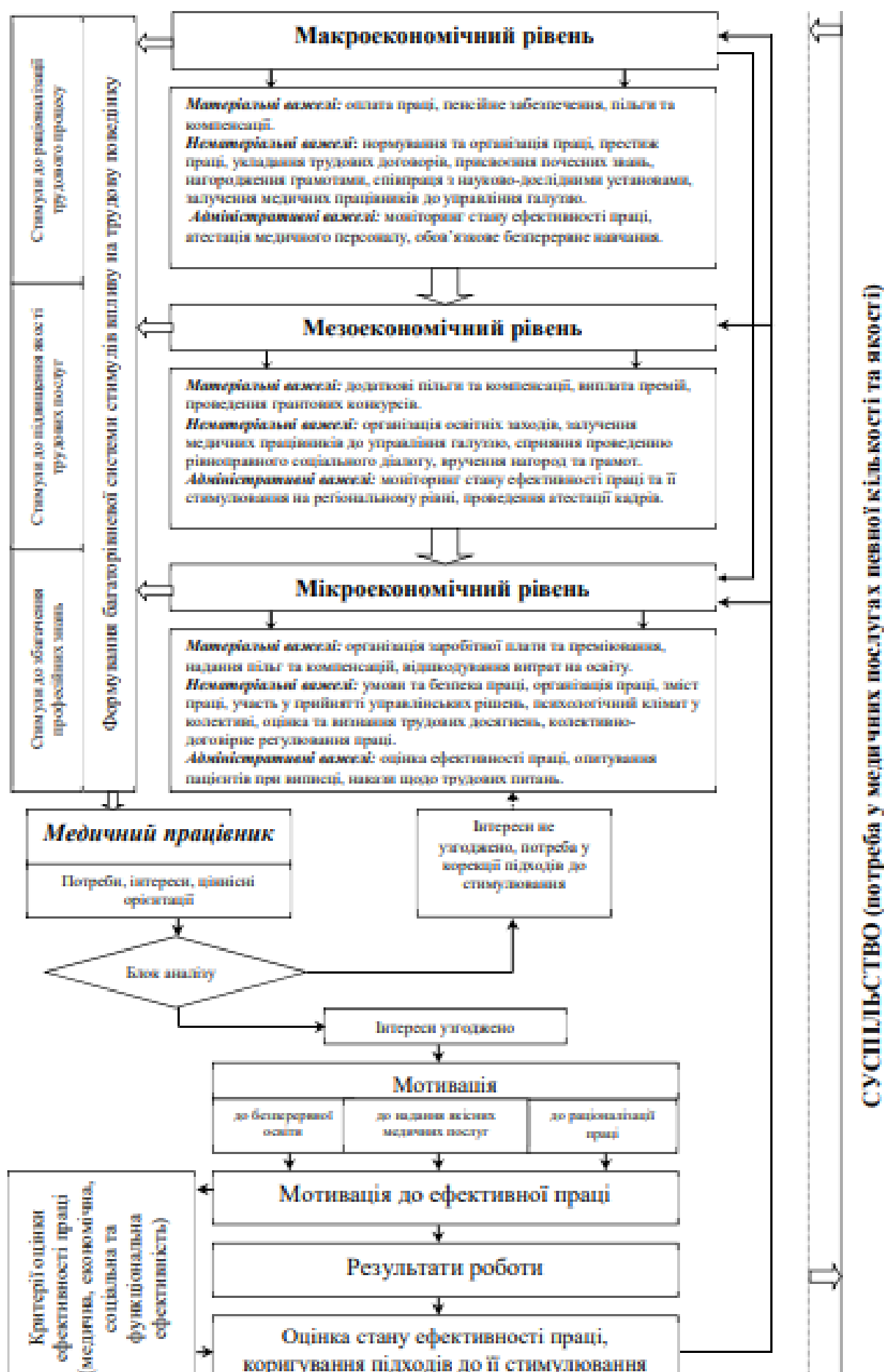


Рис.3.2. Механізм стимулювання ефективності праці медперсоналу

Впливати на трудову поведінку медичного персоналу для підвищення рівня його роботи.

На мікроекономічному рівні удосконалюються підходи, які пропонують національні та регіональні органи влади щодо мотивації медичного персоналу до ефективної роботи та адаптації до специфіки медичного закладу: встановлення заробітної плати конкретним працівникам, встановлення доплат.

У той же час, аналізуючи ефективність роботи підлеглих працівників, керівники медичних закладів визначають, які стимули необхідно посилити, а які послабити, щоб досягти бажаних змін у трудовій поведінці медичних працівників, а отже, і в результатах їхньої роботи.

Спонування до зайнятості на індивідуальному рівні означає, що стимули, призначені для заохочення медичних працівників до ефективної роботи, повинні визначатися потребами, інтересами та цінностями кожного працівника. Тільки так можна узгодити інтереси працівників з інтересами керівництва медичного закладу та споживачів медичних послуг.

Зауважте, що стимули, спрямовані на заохочення медичних працівників до ефективної роботи, мають бути не тільки багаторівневими, але й різноманітними. Як уже зазначалося в п. 1.2 магістерської роботи, ці стимули водночас повинні стимулювати збагачення професійних знань, підвищення якості медичних послуг та спрощення трудових процесів.

Коли поточні стимули для працевлаштування відповідають інтересам медичних працівників, останні мають стимули до ефективної роботи, включаючи навчання протягом усього життя, якісні медичні послуги та раціоналізацію робочих місць. Надалі сила цієї мотивації визначає ефективність медичних працівників, а оцінюючи її за рядом критеріїв, можна зробити висновки про доцільність даного методу мотивації праці та окреслити напрямки для коригування.

Отримані результати свідчать, що для створення ефективних механізмів ефективної роботи в охороні здоров'я необхідно активізувати декілька важелів на макроекономічному рівні, зокрема:

1) Політика:

- зробити охорону здоров'я пріоритетною галуззю національної економіки;
- забезпечення широкого представництва медичного персоналу в органах державної влади, які займаються питаннями організації охорони здоров'я;

2) Фінанси:

- диверсифікувати джерела фінансування охорони здоров'я;
- збільшення обсягу бюджетних коштів для галузі;
- збільшення обсягу позабюджетних коштів;

3) Соціально-економічні:

- перегляд системи оплати праці в напрямі підвищення заробітної плати, відновлення диференціації заробітної плати за галузями, посадами та кваліфікаціями, встановлення зв'язку між ефективністю праці та заробітком;
- реформування системи пенсійного забезпечення медичних працівників;
- розширення практики надання різноманітних пільг і компенсацій медичного персоналу;
- удосконалення системи соціального партнерства та перегляд змісту трудових договорів, укладених у сфері охорони здоров'я;
- підвищити соціальний статус медичних працівників;

4) Організація:

- розширення повноважень керівників медичних закладів щодо управління їх матеріальними та нематеріальними ресурсами;
- створення ефективної системи безперервної освіти у сфері охорони здоров'я;
- удосконалити механізм атестації медичного персоналу;
- покращення умов праці в медичних закладах та підвищення їх безпеки;
- огляд методів організації роботи у сфері охорони здоров'я;
- удосконалити систему нормування праці медичного персоналу;
- посилення співпраці між науково-дослідними установами, що

займаються дослідженнями в медичній сфері, та медичними установами;

5) Морально-психологічні:

- пропагувати практику нагородження медичного персоналу державними нагородами, грамотами, подяками за особливі досягнення в роботі;
- підвищення престижу робочих місць у сфері охорони здоров'я.

Ми вважаємо, що першим кроком до вдосконалення системи, яка мотивує медичний персонал до ефективної роботи, має стати визнання державними органами пріоритету охорони здоров'я порівняно з іншими галузями економіки. Оскільки здоров'я є найвищою соціальною цінністю, його збереження та зміцнення мають бути національним пріоритетом, а успішне його впровадження залежить від успіху його подальшого соціально-економічного розвитку. На практиці частка охорони здоров'я в системі державної політики наочно демонструється часткою ВВП, для громадського здоров'я. В Україні останній є неприпустимо низьким. Щоб подолати це, витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП мають зрости у 2– 2,5 рази.

Зробив значний внесок у покращення ситуації, залучивши до управління галуззю українських медичних кадрів, стимулюючи їх ефективну роботу. Йдеться про створення необхідних умов для представництва медичних працівників з великим досвідом роботи в органах державної влади, які вирішують ключові питання, пов'язані з функціонуванням охорони здоров'я. Таке представництво може відбуватися на умовах неповного робочого дня (на добровільних засадах) і на основі тісної співпраці між державною владою та профспілками медичних працівників, у поєднанні з ефективним вирішенням галузевих питань, неминуче посилить профспілки в галузі охорони здоров'я.

Проблему мотивації медичного персоналу до ефективної роботи неможливо вирішити без диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я. Останнє відбувається за рахунок не лише бюджету, а й позабюджетних коштів. Водночас надання медичним закладам більших повноважень щодо залучення позабюджетних коштів сприятиме проникненню конкуренції у сфері охорони здоров'я, що також є одним із основних факторів підвищення ефективності

роботи.

Запровадження в майбутньому обов'язкового медичного страхування позитивно вплине на розвиток конкурентних відносин у сфері охорони здоров'я. Для цього є численні перешкоди, тому стратегію поступового впровадження страхової медицини в Україні необхідно визначити на національному рівні. По-перше, необхідно зрозуміти механізм внесків роботодавців, яким доведеться нести основний фінансовий тягар такого страхування в разі катастрофічної бідності населення. Тому, щоб запобігти посиленню податкового тиску на підприємства та організації, запровадження обов'язкового медичного страхування має супроводжуватися зменшенням інших внесків до фонду оплати праці.

Слід зазначити, що зі збільшенням бюджету медичних закладів необхідно переглянути нормативи їх виконання. Фінансування медичних закладів, зокрема, базується на кількості ліжок чи персоналу, змушуючи їх керівників утримувати якомога більше ліжок та персоналу, що часто не потрібно. Водночас рушійною силою збереження заощаджень є надзвичайно жорсткі централізаційні обмеження щодо використання заощаджень. Тому медичним закладам слід надати ширше право використовувати фіскальні надходження.

В умовах економічної ринково-орієнтованої трансформації соціально-економічні важелі посідають чільне місце в структурі механізму, що мотивує медичний персонал до ефективної роботи. Додамо, що для зміцнення системи соціального захисту медичних працівників також пропонується та приймається законопроект про їх пенсійне забезпечення. Медичні працівники повинні отримувати вищі пенсії, ніж у середньому по країні, і гідне соціальне забезпечення, щоб такі висококваліфіковані спеціалісти працювали сумлінно та відповідально.

Підвищити зацікавленість медичного персоналу в ефективній роботі допоможуть різноманітні пільги та компенсації. Перший – це часткове покриття витрат на проїзд, харчування, телефонні дзвінки та робочий одяг. Ми вважаємо, що медичний персонал та їхні сім'ї також мають користуватися безкоштовним

одужанням та пільговим лікуванням. Це означає, що витрати на закупівлю ліків, обстеження, консультації провідних спеціалістів тощо повністю оплачує держава. Все це дозволить підвищити соціальний статус медичних працівників у суспільстві, тим самим запобігти відтоку кадрів з галузі.

Робота в галузі охорони здоров'я вимагає постійного підвищення кваліфікації самого медичного персоналу, що вимагає створення ефективної системи безперервної освіти. Зокрема, рекомендуємо запроваджувати практику не одного обов'язкового курсу кожні п'ять років, морально та матеріально заохочуючи медичних працівників не рідше двох разів на рік відвідувати різноманітні науково-практичні конференції. Рекомендується медичним закладам проводити внутрішнє навчання персоналу, проводячи інструктажі та організовуючи семінари на різні теми (як власні, так і за запрошенням зовнішніх експертів), направляючи їх на стажування в інші медичні заклади. Ми вважаємо, що, проводячи навчання для кожного медичний заклад Постійному оновленню знань медичного персоналу сприятиме розробка щорічного плану навчання, який міститиме прізвища всього персоналу та перелік планових та фактичних методів навчання.

Серйозною проблемою сучасної сфери охорони здоров'я є неприпустимо низькі фінансові ресурси для підвищення професійного та освітнього рівня медичних працівників. В умовах постійної нестачі коштів медичні заклади мають труднощі з проведенням навчальних семінарів, оплатою внеску за організацію конференцій, запрошенням провідних експертів для обміну досвідом. Окреслені проблеми дуже турбують і самих медичних працівників, які, навіть бажаючи збагатити свої знання, через брак необхідних коштів не мають можливості відвідувати курси підвищення кваліфікації чи науково-практичні заняття. Подоланню ситуації, що склалася, має сприяти збільшення державного фінансування на підвищення кваліфікації медичних працівників.

Вважаємо, що підвищити інтерес медичного персоналу до професійної підготовки можна шляхом модифікації системи атестації персоналу у сфері охорони здоров'я. По-перше, необхідно чітко визначити, яким рівнем знань і

практичних навичок повинен володіти медичний працівник, щоб отримати відповідну кваліфікаційну категорію. При цьому необхідно враховувати ефективність його роботи, безперервність оновлення знань, рівень інноваційної діяльності і, насамперед, задоволеність пацієнтів якістю наданих ним медичних послуг.

Зазначимо, що для подолання дефіциту медичних кадрів, який особливо загострився останнім часом, необхідно буде запровадити більш ефективну систему планування попиту на медичні кадри на загальнодержавному рівні, що додатково стимулюватиме (дестимулювати) інші спеціальності.

Одним із основних факторів досягнення високої ефективності охорони здоров'я є створення сприятливих умов праці та підвищення їх безпеки. Останнє сьогодні як ніколи цінне, оскільки стрімке поширення серед населення небезпечних інфекційних захворювань, особливо СНІДу та туберкульозу. Тому з метою покращення умов праці та підвищення їх безпеки в галузі охорони здоров'я рекомендується на загальнодержавному рівні поступово підвищувати витрати на модернізацію старого медичного обладнання та придбання нового медичного обладнання. Цьому також сприятиме залучення коштів від різних міжнародних організацій, для чого Україні необхідно брати активну участь у міжнародних грантових конкурсах.

Окрім покращення умов праці в галузі охорони здоров'я, рекомендується переглянути її організацію. Перш за все, необхідно забезпечити розумний географічний розподіл медичного персоналу для забезпечення реальних потреб медичного персоналу. Для цього необхідно забезпечити не тільки тісний зв'язок населення з чисельністю медпрацівників, а й прив'язати останній до рівня захворюваності. Разом з тим, існує потреба в корінному перегляді принципів регулювання праці в охороні здоров'я, які були розроблені ще за радянських часів і з тих пір практично не змінилися. Автори стверджують, що останній має враховувати зміни в логістиці галузі, структурі захворювань та складності захворювання за останні десятиліття.

Посилення співпраці між медичними науково-дослідними закладами та

медичними закладами значно підвищить ефективність роботи у сфері охорони здоров'я. Така співпраця вигідна обом сторонам. Зокрема, науково-дослідні установи отримають можливість проводити критичні дослідження в медичних установах, які не лише дізнаватимуться про нові науково-технічні досягнення в галузі медицини, а й матимуть можливість використовувати їх на практиці. Крім того, залучення медичних працівників до науково-дослідницької діяльності сприятиме розширенню їхнього творчого потенціалу та збагаченню їхньої роботи. Для створення механізмів, які ефективно мотивують медичний персонал до ефективної роботи на макроекономічному рівні, необхідно задіяти декілька морально-психологічних важелів. Перший – вручення національних нагород, грамот та подяк передовим медичним працівникам, які досягли особливих досягнень у галузі праці, та присвоєння їм почесних звань. Ці нагороди вручаються публічно та супроводжуються відповідними публікаціями в ЗМІ.

За результатами проведеного авторами соціологічного опитування, престижність охорони здоров'я відіграє важливу роль у стимулюванні медичних працівників до ефективної роботи. У міру впровадження вищезазначених заходів складність і підзвітність роботи охорони здоров'я, а також рівень необхідних знань будуть підвищуватися за рахунок публікації статей і телевізійних програм.

Для забезпечення ефективності механізмів, що сприяють ефективній роботі в охороні здоров'я, рекомендується постійний моніторинг ефективності медичних працівників на макроекономічному рівні з подальшим переглядом поведінки важелів, що впливає на їх роботу.

На регіональному рівні потрібні більші важелі впливу, а дії мають бути спрямовані на підвищення ефективності медичного персоналу регіону. Зокрема, найважливішими з них є:

- забезпечити додаткові пільги та компенсації медичним працівникам регіону;
- виплата регіональних премій;
- видача обласних грамот, подяк, нагород;
- проводити конкурси фінансування серед медичних закладів;

- організація освітніх заходів для медичних працівників;
- організація та проведення атестації медичного персоналу;
- контролювати ведення рівноправного соціального діалогу під час укладення трудових договорів;
- сприяти покращенню умов праці в медичних закладах області та контролювати їх безпеку;
- моніторинг ефективності роботи медичного персоналу;
- соціологічні опитування серед медичних працівників з метою визначення їх мотивації та перешкод у роботі;
- участь медичного персоналу в аналізі ефективності роботи в галузі охорони здоров'я та розробці планів удосконалення.

Вважаємо, що на регіональному рівні було б вигідно запровадити якісь додаткові пільги та компенсації для медичного персоналу. Йдеться про (принаймні частково) відшкодування витрат на харчування, житлово-комунальні послуги, розваги, придбання фахової літератури для збагачення експертів. При цьому рекомендуємо практику регіональних нагород, грамот, подяк та премій за особливі досягнення медичного персоналу області.

Ці заходи стимулюватимуть медичних працівників підвищувати свої професійні навички, покращувати якість медичної допомоги та спростити процес надання допомоги. Водночас висока матеріальна та моральна оцінка роботи медичного персоналу місцевою владою підвищить престиж роботи у сфері охорони здоров'я.

Підвищенню кваліфікаційного рівня медичного персоналу сприятиме проведення різноманітних науково-практичних конференцій та семінарів за участю провідних українських та світових експертів. На нашу думку, такий вид навчальної діяльності є дуже ефективним, оскільки в цьому випадку місце навчання знаходиться поблизу місця роботи, що дозволяє брати активну участь у ньому без зайвих витрат.

Оскільки право на сертифікацію медичного персоналу належить місцевим органам охорони здоров'я, дотримання урядами штатів їхніх вимог необхідно

постійно контролювати на регіональному рівні. По-перше, класифікація кваліфікаційних категорій медичного персоналу є проблемою для запобігання суб'єктивності, необхідно відбирати найбільш кваліфікованих експертів до складу атестаційної комісії, а також дотримуватися принципу рівності та справедливості в процесі атестації.

Для підвищення ефективності роботи медичного персоналу місцевій владі необхідно докласти максимум зусиль для покращення умов праці та охорони праці. У цьому напрямку було б ефективним проведення конкурсів між різними медичними закладами для отримання фінансування на ремонт, закупівлю обладнання, організацію навчальних закладів тощо. Очікується, що ці заходи спонукатимуть керівників охорони здоров'я проводити політику, спрямовану на підвищення ефективності підлеглих їм установ. Останнє було б неможливим без підвищення ефективності медичного персоналу.

Зауважимо, що ефективну роботу в охороні здоров'я можна ефективно стимулювати лише за умови постійного моніторингу ефективності медичного персоналу на регіональному рівні. Результати цього моніторингу дозволять виявити фактори, що сприяють та перешкоджають ефективності медичної допомоги, та дадуть змогу дати рекомендації щодо усунення цих факторів. Ми вважаємо, що найефективнішу консультацію можна отримати лише в тому випадку, якщо в обробці результатів нагляду буде задіяний провідний медичний персонал регіону. Водночас важливо регулярно проводити опитування серед медичних працівників, щоб визначити їх мотивацію до ефективної роботи. Такі опитування можуть визначити та вчасно скерувати медичних працівників щодо найефективніших стимулів для їх ефективної роботи.

На мікроекономічному рівні рекомендується:

- постійний моніторинг працездатності медичного персоналу;
- нараховувати та виплачувати заробітну плату з урахуванням складності, відповідальності та ефективності медичного персоналу;
- виплачувати премії за особливі трудові досягнення;
- нагородити кращих працівників грамотами та подяками;

- надавати працівникам додаткові пільги та компенсації;
- створювати хороші умови праці та забезпечувати їх безпеку;
- постійно збагачувати зміст роботи медичних працівників;
- розробити гнучкий графік роботи;
- стимулювати творчість у роботі та надавати медичному персоналу можливість самостійно приймати рішення щодо діагностики та лікування пацієнтів;
- залучення працівників до керівництва медичними закладами;
- укладати колективні та індивідуальні трудові договори та забезпечувати їх виконання;
- організація різноманітних освітніх заходів у медичних закладах;
- надати медичним працівникам можливість займатися приватним медичним обслуговуванням у неробочий час шляхом оренди приміщень та обладнання;
- вивчити задоволеність пацієнтів якістю одержуваних медичних послуг (за допомогою анкети при виписці).

Зауважимо, що при розробці комплексу стимулів конкретний працівник повинен враховувати його потреби, інтереси, цінності, потенціал роботи, якісні характеристики ефективності праці.

3.7. Рекомендації щодо впровадження ефективної системи оплати та мотивації праці медичних працівників

Результати численних досліджень свідчать, що тільки застосування економічних методів управління, зокрема, матеріального стимулювання, здатне в даний час ефективно впливати на мотивацію медичних працівників, від якої, у свою чергу, залежать якість та ефективність медичної допомоги, яку вони надають.

Розробки у сфері наукового обґрунтування стимулюючих систем оплати праці медичних працівників робилися неодноразово, проте вони призначалися виключно для використання в умовах застосовуваної Єдиної тарифної сітки

(ЄТС), яка спочатку відповідала умовам перехідного періоду від планової економіки до ринкових відносин, у зв'язку з чим забезпечувала стабільність та гарантований характер виплат, проте не передбачала використання методів матеріального стимулювання працівників. Крім того, її застосування важко поєднується з появою в охороні здоров'я нових джерел фінансування, включаючи кошти районного та державного бюджету, доходи від реалізації цільових програм та надання платних послуг. ЄТС також мало сприяла створенню стимулів для підвищення продуктивності праці.

Враховуючи, що в даний час проводиться поетапний перехід державних та комунальних закладів охорони здоров'я на нові системи оплати праці (НСОП), однією з найактуальніших проблем у сфері оплати праці медичних працівників стає необхідність широкого висвітлення порівняльних особливостей НСОП у рамках удосконалення системи управління персоналом підприємства охорони здоров'я (КНП «Здолбунівська ЦМЛ»).

При цьому поряд з основними особливостями НСОП найбільш актуальними питаннями, що вимагають розгляду, є: розробка та впровадження механізмів матеріального стимулювання медичних працівників за високу напруженість праці та якість медичної допомоги, яку вони надають; вивчення відповідних організаційних технологій впровадження НСОП для закладів охорони здоров'я різного підпорядкування; оцінка впливу впровадження НСОП на якість та ефективність медичної допомоги.

Система оплати праці, побудована на основі Єдиної тарифної сітки з оплати праці працівників державних установ (ЄТС) і яка застосовувалася у вітчизняній охороні здоров'я, відповідає простій погодинній системі, в якій розмір матеріальної винагороди за працю не залежить від її обсягу та якості. ЄТС з самого спочатку не призначалася для повноцінного використання методів матеріального стимулювання. Одним із основних недоліків системи оплати праці на основі ЄТС, можна вказати низький розмір окладу, що відповідає першому розряду тарифної сітки, та в цілому низький рівень оплати праці працівників бюджетної сфери, в т.ч. медичних працівників. За час використання ЄТС розмір

заробітної плати не лише у молодшого та середнього медичного персоналу, а й навіть у лікарів часто не дотягував до прожиткового мінімуму для працездатного населення. Ця ситуація призвела до низької конкурентоспроможності заробітної плати установ бюджетної сфери на ринку праці. У результаті найму персоналу основним критерієм став не професіоналізм працівника, а його згода на працевлаштування.

У ситуації, що склалася, стало необхідним створення такої моделі охорони здоров'я, яка мала б відносно стабільне джерело фінансування та забезпечувала гарантований обсяг медичної допомоги. Таким вимогам відповідала система надання медичної допомоги в рамках базової програми медичних гарантій (ПМГ) та на підставі договорів додаткового медичного страхування та платних медичних послуг (ПМП), запровадження якої стало наступним етапом проведення реформ у вітчизняній охороні здоров'я. З впровадженням ПМГ та ПМП збіглися за часом зміни в законодавстві, які дозволили керівництву медичного закладу КНП розробляти та впроваджувати різні методи економічного управління, у тому числі матеріальне стимулювання з урахуванням обсягу та якості медичної допомоги, що надається. За таких умов забезпечення стимулювання праці медичних працівників здійснюється у вигляді його диференційованої оплати.

Найважливішою відмінністю НСОП від системи, що існувала раніше, заснованої на використанні ЄТС, є той факт, що в даний час розмір всіх компонентів заробітної плати визначається фактично на рівні самої установи. Розмір заробітної плати тепер залежить від таких факторів, як обсяг роботи, діапазон професійних обов'язків та посадових вимог, рівень освіти та кваліфікації конкретного працівника. Обсяг коштів на оплату праці, закладений у тарифі, безпосередньо залежатиме не тільки від вимог до кваліфікації фахівців, а й від трудомісткості медичної послуги. Відповідно, підвищення заробітної плати працівника буде зумовлено не тільки підвищенням кваліфікації, а й участю працівника у наданні більш складних послуг, що оплачуються за вищим тарифом.

На початковому етапі розробки системи стимулюючих виплат для медичного персоналу КНП «Здолбунівська ЦМЛ» розглянемо нормативні документи, які регулюють питання оплати праці лікарів в Україні. Питання нарахування зарплати лікарю в Україні врегульовують нормативні документи, які визначають умови залежно від форми організації медичного закладу, в якому працює лікар.

Слід відмітити, що максимальний розмір зарплати медпрацівників в Україні в нормативних документах не визначений. Розмір заробітної плати лікаря (наприклад, сімейного) реорганізованого медичного закладу не може бути нижчим від встановленого мінімального розміру зарплати по державі загалом. В 2020 році рівень середньої заробітної плати працівників КНП «Здолбунівська ЦМЛ» складав (в цілому по районній лікарні і лікувально-профілактичним підрозділах): лікарі – 19 589 грн; середній медичний персонал – 15 588 грн; молодший медичний персонал – 9 352 грн; спеціалісти – 14 000 грн; інші – 7 711 грн. Для порівняння, до реорганізації в 2017 році середньомісячна заробітна плата у лікарів склала – 5 659 грн., середнього медперсоналу – 4 112 грн., молодшого медперсоналу – 3 272 грн.

Зростання зарплати значне, її розмір у декілька разів перевищує рівень 2017 року. Однак залишаються невирішеними питання справедливої оцінки праці окремих категорій медперсоналу, врахування її інтенсивності, особливо це стосується середнього та молодшого медперсоналу, який несе на собі основне навантаження надання медичної допомоги важкохворим на Covid-19.

При переході до нової системи оплати праці (НСОП) на зміну розрядам ЄТС прийшли професійно-кваліфікаційні групи (ПКГ), кожній з яких законодавчо встановлюється мінімальний розмір базового окладу, величина якого, проте, носить рекомендаційний характер (окремі умови – для сімейних лікарів). Основу для формування заробітної плати медичних працівників за умов НСОП становить, як і раніше, посадовий оклад. Градації за рівнем оплати праці всередині професійних груп дозволяє застосування спеціальних підвищуючих коефіцієнтів до базового окладу. Остаточні розміри посадових окладів та доплат

встановлюються керівником установи на основі вимог до професійної підготовки та рівня кваліфікації, які необхідні для здійснення відповідної професійної діяльності, а також з урахуванням складності та обсягу виконуваної роботи.

Величина іншого компонента заробітної плати медичних працівників – виплат компенсаційного характеру, порівняно з системою оплати праці, що існувала раніше, заснованої на ЄТС, тепер також цілком почала повинна визначатись на внутрішньо установчому рівні.

Важливою відмінністю виплат стимулюючого характеру став обов'язковий характер їх наявності у структурі зарплати медичного персоналу. При цьому їхня величина повинна становити не менше 30% від усіх бюджетних коштів, що спрямовуються на оплату праці. Зазначені виплати мають нараховуватись з урахуванням об'єктивних критеріїв. При їх доборі за основу можуть бути прийняті показники, що дозволяють оцінювати ефективність діяльності лікарів та середніх медичних працівників різних спеціальностей, які містяться у наказах органів управління охорони здоров'я відповідного рівня.

Розподіляючи ці кошти, керівник зможе матеріально стимулювати найцінніших працівників. Поява цієї можливості визначає актуальність інноваційних підходів до розробки критеріїв нарахування стимулюючих виплат у межах НСОП. При цьому найбільш важливо забезпечити чітку та зрозумілу працівникам залежність розміру матеріальної винагороди від якості виконуваних робіт. Крім стимулювання якості роботи, завдання НСОП також включає формування зацікавленості працівників у професійному зростанні, а найголовніше, у практичному застосуванні наявних у нього знань і навичок.

При використанні НСОП система оплати праці повинна забезпечити, перш за все, мотивацію до виконання більш складних та якісних медичних послуг, ніж оплату надлишкової для конкретної послуги кваліфікації.

Цілями застосування підходів та порядку здійснення грошових виплат на підставі пропонованої методики є:

- підвищення якості та доступності надання медичної допомоги за

рахунок посилення мотивації медичних працівників;

- поліпшення показників здоров'я населення;
- підвищення ефективності бюджетних та інших витрат на охорону здоров'я;

- поліпшення рівня матеріальної забезпеченості медичних працівників КНП «Вінницький районний медичний центр ПМСД».

Структуру заробітної плати медичних працівників за умови впровадження НСОП можна представити у вигляді схеми, що на рисунку 3.3.

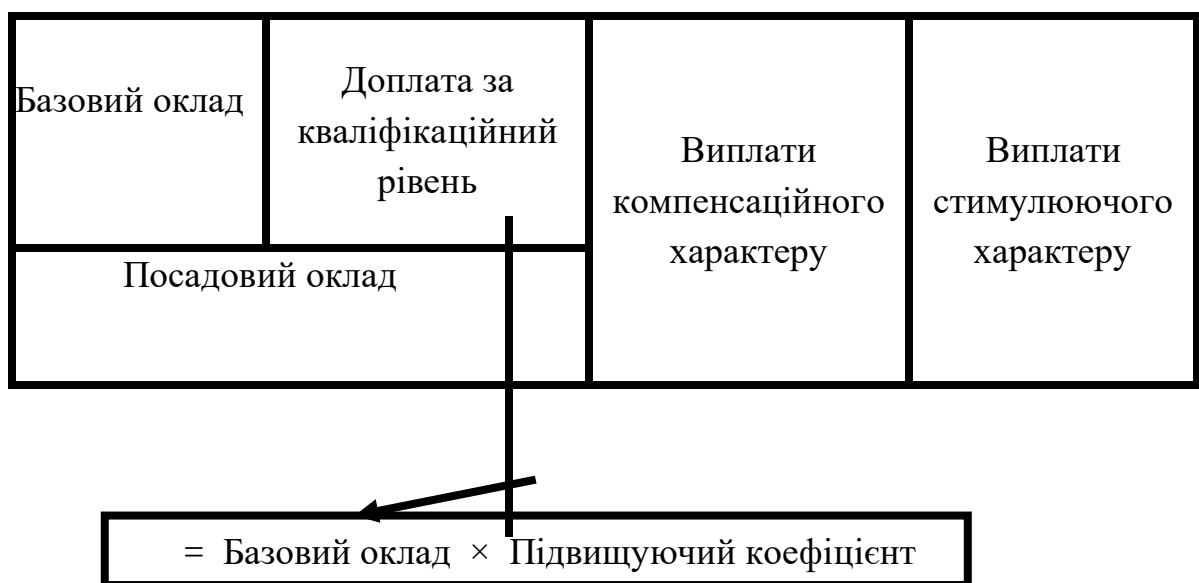


Рис. 3.3. Структура заробітної плати медичних працівників за умов використання нових систем оплати праці

1. Базовий оклад (за конкретною посадою) – це мінімальна посадова ставка заробітної плати співробітника установи комунальної власності чи державної установи, включеної до певної кваліфікаційної групи. Розподіл медперсоналу за кваліфікаційними групами відбувається відповідно до актуальних методичних рекомендацій МОЗ.

Основу при формуванні заробітної плати медичних працівників в умовах НСОП становить посадовий оклад, який складається з двох частин – базового окладу та доплати за рівень, розмір якої визначається шляхом множення розміру окладу на підвищувачий коефіцієнт. Використання підвищувачих коефіцієнтів до

окладу дозволяє забезпечити диференціацію оплати праці всередині окремих професійних груп з урахуванням складності роботи та її кваліфікації.

При використанні підвищуючого коефіцієнта розмір оплати праці збільшується лише за рахунок самої доплати за кваліфікаційний рівень.

Для визначення величини базового окладу та підвищувальних коефіцієнтів закладу охорони здоров'я можна взяти за основу рекомендовані розміри базових елементів заробітної плати медичних працівників (таблиця 3.1):

Таблиця 3.1

Рекомендовані розміри основних елементів заробітної плати медичних працівників

Посади	Базовий оклад, грн	Діапазон підвищувальних коефіцієнтів	Посадовий оклад, грн
Медичний персонал першого рівня	13000	0 – 0,02	13000-13206
Середній медичний персонал	13 830	0 – 0,09	13830-15074
Лікарі	17400	0 – 0,19	17400-20706
Керівники структурних підрозділів установ з вищою медичною освітою (лікар-спеціаліст)	22 500	0 – 0,09	22500-24525
Заступник головного лікаря, головна медсестра	—	—	на 10 – 30% нижче посадового окладу керівника

2. Крім окладу та доплати за рівень в структуру заробітної плати при використанні НСОП входять виплати компенсаційного характеру: надбавки та доплати за особливий характер праці чи роботу в умовах, що відхиляються від нормальних, наприклад, у нічний час.

3. Стимулюючі виплати – це премії та інші заохочувальні надбавки за хороші результати та високу якість роботи, стаж роботи за спеціальністю, вислугу років тощо. Оскільки йдеться про роботу у сфері охорони здоров'я, одним із невід'ємних критеріїв, які враховуються при призначенні виплат даного

типу, стає якісне надання медичної допомоги.

Застосовуються такі виплати стимулюючого характеру: виплати за інтенсивність та високі результати роботи; виплати за якість виконуваних робіт; виплати за стаж безперервної роботи, вислугу років; преміальні виплати за підсумками роботи; інші виплати (виплати найбільш дефіцитним спеціальностям).

Співвідношення гарантованої та стимулюючої частин оплати праці визначається характером професійної діяльності, з урахуванням складності та обсягу виконуваної роботи, часткою прямих надбавок до посадових окладів, не пов'язаних з результатами та якістю праці (наприклад, виплати за стаж, категорію, науковий ступінь). Рекомендоване оптимальне співвідношення гарантованої не більше 70% і стимулюючої частин оплати праці щонайменше 30%. До того ж щонайменше 50% фонду виплат стимулюючого характеру необхідно витрачати на виплати, пов'язані з досягненнями показників, які характеризують результати праці.

Основну роль в матеріальному стимулюванні виконує система індивідуального нарахування виплати стимулюючого характеру залежно від дотримання критеріїв, що характеризують напруженість (інтенсивність) праці медичних працівників і якість медичної допомоги, яку вони надають. Для цього вона працює в тісному зв'язку із системою контролю надання медичної допомоги та медичних послуг, при цьому планово-економічна служба взаємодіє з організаційно-методичним відділом, який щомісяця надає необхідні показники, які виконують роль відповідних критеріїв.

Далі розглянемо методичний підхід до розподілу коштів, що спрямовуються на виплату стимулюючої надбавки медпрацівникам, які надають спеціалізовану та високотехнологічну медичну допомогу.

КНП «Здолбунівська ЦМЛ» забезпечує населення первинною, медико-санітарною та спеціалізованою медичною допомогою в амбулаторних умовах, а також екстреною, спеціалізованою та високотехнологічною допомогою в умовах стаціонару відповідно до порядків надання та стандартів медичної допомоги.

Надання медичної допомоги прикріпленому контингенту здійснюється в рамках базової програми медичних гарантій відповідно до законодавства України. Крім того, КНП «Здолбунівська ЦМЛ» надає медичну допомогу на підставі договорів додаткового медичного страхування та платних медичних послуг.

Оскільки сучасна нормативна база не містить методичних вказівок щодо розподілу коштів, спрямованих на заробітну плату співробітників, завдання щодо створення положення має бути реалізована на рівні організації.

При формуванні положення про розподіл грошових коштів серед співробітників, що беруть участь в наданні екстреної, спеціалізованої та високотехнологічної медичної допомоги, були виділені на чотири групи: персонал клінічних відділень, операційного блоку, відділення реанімації та діагностичних служб. У кожній групі були визначені лікарі та середній медичний персонал, які безпосередньо беруть участь у наданні цього виду медичної допомоги.

Розглянемо методику розрахунку з використанням наступних коефіцієнтів: p – тривалість надання медичної допомоги (годинник); i – інтенсивність трудового процесу; c – рівень кваліфікації працівника.

Середній бал (M) для кожної групи медичних працівників розраховувався за формулою 3.1:

$$M = p \times i^2 \times c, \quad (3.1)$$

Оцінка кожного коефіцієнта проводиться за десятибальною шкалою.

При визначенні рівня кваліфікації працівників враховували рівень освіти (від 7 до 10 балів – лікарі та від 4 до 6 – середній медичний персонал), наявність кваліфікаційної категорії, стаж роботи, характеристики керівників.

На підставі даних статистичної звітності та медичних звітів за місяць (результатів лікування 120 пацієнтів) було здійснено розрахунок середнього балу для кожної групи фахівців, які брали участь у наданні медичної допомоги. Отримані значення середнього бала стали основою визначення структури розподілу коштів серед персоналу. Згідно з отриманим розподілом, найбільша частина коштів, 56,5%, припадає на частку медичних працівників клінічних

відділень (40,0% – лікарському персоналу, 16,5% – середнім медичним працівникам).

Серед співробітників операційного блоку у наданні високотехнологічної медичної допомоги беруть участь завідувач відділення, розмір стимулюючої надбавки якого становить 2,0 % від загальної суми, операційна сестра (5,0 %) та старша медична сестра (1,3 %). Частка коштів, виділена на виплату стимулюючої надбавки медичним працівникам відділень діагностики, становить 12,0 %: на оплату праці рентгенологів, лікарів ультразвукової діагностики, ендоскопістів та патологоанатомів – по 1,3 %, середніх медичних працівників даних підрозділів – по 0,8 %. Лікарю клінічної лабораторії виплачується 1,2 % загальної суми, лаборанту – 0,8 %, лікарю відділення функціональної діагностики – 1,1 %, медичній сестрі – 0,5%. На оплату праці співробітників відділення анестезіології та реаніматології спрямовується 23,2 % коштів (15,0 % – лікарському та 8,2 % – середньому медичному персоналу).

Виплата здійснюється у вигляді надбавки до заробітної плати щомісяця у міру надходження коштів та виконання високотехнологічних видів медичної допомоги. Надбавка до заробітної плати медичного персоналу параклінічних відділень розподіляється згідно з службовими записками керівників структурних підрозділів із візою заступника директора з медичної частини за результатами роботи. Усі документи надаються до бухгалтерії на формування зведеної таблиці за певний період, виходячи з яких видається наказ, підписується директором центру і передається для нарахування. Ми вважаємо, що застосування системи оплати праці щодо розподілу коштів, які спрямовуються на виплату стимулюючої надбавки до заробітної плати медичним працівникам, які беруть участь у наданні ВМП дозволило суттєво підвищити зацікавленість персоналу у кількості та якості високотехнологічної медичної допомоги, що надається, і дозволило уникнути виникнення соціальної напруженості в колективі.

Розрахунок заробітної плати лікарів за умов використання нових систем оплати праці.

Розглянемо порядок розрахунку заробітної плати для завідувача хірургічного відділення, що працює на 1,0 ставку. Він має найвищу кваліфікаційну категорію, стаж роботи в закладах охорони здоров'я 11 років. Базовий оклад – 22500 грн, підвищуючий коефіцієнт 0,08. Виплата компенсаційного характеру за шкідливі умови праці становить 25%, виплата за стаж безперервної роботи – 30% (у цьому КНП). Виплата стимулюючого характеру за інтенсивність та високі результати роботи становила цього місяця 16,5% від базового окладу.

Розрахунок заробітної плати:

1. Необхідно визначити величину доплати за рівень, що у цьому прикладі складе:

$$22\,500 \text{ грн} \times 0,08 = 1\,800 \text{ грн.}$$

Використовуються величини базового окладу та підвищуючого коефіцієнта, що рекомендуються для керівників структурних підрозділів (зав. відділенням) районної лікарні.

2. Виплата компенсаційного характеру за шкідливі умови праці: $22\,500 \text{ грн} \times 25\% = 5\,625 \text{ грн.}$

3. Виплата за стаж безперервної роботи:

$$22\,500 \text{ грн} \times 30\% = 6\,750 \text{ грн.}$$

4. Заробітна плата без урахування стимулюючої виплати: $22\,500 \text{ грн} + 1\,800 \text{ грн} + 5\,625 \text{ грн} + 6\,750 \text{ грн} = 36\,675 \text{ грн.}$

5. Враховуючи, що лікарю за цей місяць належить виплата стимулюючого характеру за інтенсивність та високі результати роботи у розмірі 165 % від базового окладу, визначимо її величину:

$$22\,500 \text{ грн} \times 16,5\% = 3\,712,5 \text{ грн.}$$

6. Заробітна плата лікаря загалом за цей місяць:

$$36\,675 \text{ грн} + 3\,712,5 = 40\,387,5 \text{ грн.}$$

7. На руки лікар отримає:

$$\text{Зарплата після відрахування ПДВ} = 40\,387,5 \times 0,78 = 31\,502,25 \text{ грн.}$$

Таким чином, перехід закладу охорони здоров'я на нові системи оплати

праці, крім того, що забезпечить дотримання вимог законодавства в даній сфері, також надасть можливість повноцінної реалізації стимулюючої функції заробітної плати, що дозволить підвищити мотивацію медичних працівників КНП «Здолбунівська» до якісної праці, забезпечуючи високі показники якості та ефективності медичної допомоги, що надається населенню.

Доплати до 300% заробітної плати за допомогу пацієнтам із COVID-19 передбачає й Постанова № 331.Перелік посад із правом на «коронавірусну» доплату затвердило МОЗ. Затвердження персональних переліків працівників, яким доплачуватимуть, МОЗ делегувало керівникам медзакладів (п. 2 наказу МОЗ від 02.04.2020 № 768).

Незважаючи на об'єктивні складнощі (дефіцит фінансового забезпечення районних та місцевих бюджетів; запізнення розробки нормативно-правового забезпечення для впровадження НСОП на регіональному рівні та рівні органів місцевого самоврядування; складність розробки НСОП на рівні окремо взятої установи, включаючи визначення величини базових окладів, підвищуючи коефіцієнтів, різних виплат і особливо – виплат стимулюючого характеру) при визначенні розміру окремих складових заробітної плати замість використання їх готових значень, впровадження НСОП дозволяє адміністрації закладів охорони здоров'я більш гнучко, ніж при використанні ЄТС, забезпечувати відповідність рівня оплати праці, що витрачається медичними працівниками, його обсягу та якості, застосовувати матеріальне стимулювання.

3.8. Пропозиції щодо підвищення професійного рівня та забезпечення високої якості складу медичного персоналу КНП «Здолбунівська міська лікарня»

Рациональне використання трудових ресурсів одна із основних умов ефективного функціонування закладу охорони здоров'я, що сприяє максимальній забезпеченості населення якісною та доступною медичною допомогою. При цьому в процесі управління трудовими ресурсами необхідним інструментом виступає їх мотивація підвищення рівня професійних навичок, як

запорука зростання якості медичних послуг, що надаються ними.

Основним критерієм роботи лікаря є його компетентність, яка включає кваліфікацію, широкий кругозір та правомочність у здійсненні прийнятих рішень. Тому одним із головних завдань удосконалення кадрової політики в КНП «Здолбунівська міська лікарня» є проведення заходів щодо підвищення професійного рівня, збереження стабільності та забезпечення високої якості складу медичного персоналу.

В даний час в установі необхідно активізувати роботу у сфері становлення системи управління персоналом; формування управлінської команди; навчання лінійних керівників основ управлінських знань, управлінню персоналом; а також аудиту кадрових процесів, формування організаційної культури, провести низку соціологічних досліджень щодо визначення соціального портрета персоналу, в тому числі, мотивації персоналу, задоволеності працею, відданості організації, інноваційному потенціалу тощо.

Пропонуємо ввести посаду заступника головного лікаря з управління персоналом, поступово вдосконалювати організаційну структуру установи, враховуючі розпочату роботу з розробки і формалізації перших кадрових технологій. Навчання управлінської команди, яке розпочато в КНП у 2017 р., за спеціально розробленою програмою передбачає навчання двох груп управлінців: зав. відділеннями, склад кадрового резерву (загалом 50 чол.), готується донавчання третя група (25 чол.). Оскільки в медичних організаціях спостерігається гострий дефіцит управлінських, економічних знань управлінського персоналу, а ці знання затребувані найновішими умовами господарювання, до програми навчання увійшли заняття зі стратегічного менеджменту, мотиваційного менеджменту, розробки управлінських рішень, основ маркетингу, організаційної культури мотивації та стимулювання праці персоналу, трудової адаптації, конфліктології, психології та етики ділового спілкування, управління змінами, менеджменту організацій, управління комунікаціями, лідерства та управління командою.

У ході навчання передбачено проведення ділових ігор, тренінгів, «мозкові

штурми» щодо вироблення стратегічних рішень, розробки місії та філософії організації, розробки концепції кадрової політики, моделювання системи управління персоналом. Крім того, глибшою метою навчання є формування «критичної маси» керівного складу, найбільш активних співробітників, які мають лідерський потенціал, аналітичні здібності, креативність і активність, зацікавленість у розвитку організації, згуртування їх навколо цілей розвитку організації, вироблення ідей, формування духу співробітництва.

Пропонується, по-перше, створення проектних груп зі стратегічних напрямів розвитку установи, у т.ч. формування кадрової політики та управління персоналом; на другому етапі планується формування групи зі створення Корпоративного кодексу тощо.

Крім навчання значну роль у підвищення кваліфікаційного рівня відіграє атестація, результати якої впливають на розмір зарплати лікаря.

Розмір зарплати лікаря в Україні залежить від наявності у нього кваліфікаційної категорії. Атестація допомагає визначити рівень знань та практичних навичок лікаря за конкретною спеціальністю, оцінити їх трудову діяльність. Її алгоритм визначає Порядок проведення атестації лікарів, затверджений наказом МОЗ № 446 від 22.02.2019 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів».

За результатами атестації фахівець може: отримати (підтвердити) звання лікаря-спеціаліста, отримати сертифікат про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії, отримати відмову в присвоєнні (підтвердженні) відповідної кваліфікаційної категорії.

В перших двох випадках заклад освіти видає сертифікат встановленого зразка. Ті ж фахівці, яким атестаційна комісія відмовила, отримують витяг з протоколу засідання комісії, завірений закладом вищої або післядипломної освіти, що здійснює підготовку фахівців у галузі знань «Охорона здоров'я», не пізніше, ніж за три робочі дні з моменту його затвердження. Рівень зарплати лікаря має прямий зв'язок з рішенням атестаційної комісії.

В ситуації, коли атестаційна комісія не підтвердила звання «лікар-

спеціаліст», він має пройти стажування відповідно до Положення про порядок направлення на стажування лікарів, які не працювали за спеціальністю більше трьох років, і про порядок їх наступного допуску до лікарської діяльності, затвердженого наказом МОЗ № 48 від 17.03.1993. Після завершення стажування фахівець повинен пройти атестацію на визначення рівня знань та практичних навичок для підтвердження звання «лікар-спеціаліст».

Враховуючи той факт, що наявність певної кваліфікаційної категорії, напряму вплине на рівень зарплати, лікар повинен бути зацікавлений в тому, щоб вчасно підготувати та подати необхідні для атестації документи. Якщо ж він не забажав проходити атестацію на підтвердження чи підвищення категорії та не подав до атестаційної комісії відповідні документи в обумовлений термін, проте хоче продовжувати працювати на посаді лікаря, він повинен буде пройти стажування, після чого атестуватись на підтвердження звання «лікар-спеціаліст».

Висновки до розділу 3

Виявлені в ході дослідження особливості формування системи управління персоналом та тенденції її розвитку в умовах постійних змін функціонування підприємства охорони здоров'я можуть бути безпосередньо використані в процесі організації ефективної системи управління персоналом в КНП «Здолбунівська міська лікарня». Для реалізації поставлених завдань в роботі представлено такі практичні рекомендації.

1. Обґрунтування напрямків підвищення ефективності управління персоналом підприємства охорони здоров'я: визначені напрямки підвищення ефективності функціонування системи управління персоналом підприємства; сформовано основні блоки реалізації ефективної кадрової політики КНП «Здолбунівська міська лікарня»; для ефективної організації системи управління персоналом закладу охорони здоров'я запропоновано організаційно-економічну модель у вигляді організаційно-функціональних блоків, що впливають на ефективне функціонування системи управління персоналом в цілому.

2. Рекомендації щодо впровадження ефективної системи оплати та мотивації праці медичних працівників: з врахуванням поетапного переходу державних та комунальних закладів охорони здоров'я на нові системи оплати праці (НСОП) медичних працівників розглянуто особливості НСОП у рамках удосконалення системи управління персоналом підприємства охорони здоров'я; представлено структуру заробітної плати медичних працівників та порядок формування заробітної плати медичних працівників за умови впровадження нової системи оплати праці (НСОП), а також базові показники ефективності та критерії оцінки, які можуть використовуватись для призначення виплат стимулюючого характеру основним категоріям працівників КНП; розглянуто методичний підхід до розподілу коштів, що спрямовуються на виплату стимулюючої надбавки медпрацівникам, які надають спеціалізовану та високотехнологічною медичну допомогу; представлено розрахунок заробітної плати лікарів за умов використання нових систем оплати праці (для завідувача хірургічного відділення).

3. Пропозиції щодо використання у діяльності КНП «Здолбунівська міська лікарня» автоматизованої інформаційної системи, що дозволяє здійснювати планування, облік та аналіз робочого дня персоналу.

4. Розробка комплексу пропозицій щодо підвищення професійного рівня та забезпечення високої якості складу медичного персоналу КНП «Здолбунівська міська лікарня».

Результати досліджень теоретичних і прикладних аспектів стимулювання ефективної роботи медичного персоналу України дозволяють сформулювати ряд науково-практичних рекомендацій, спрямованих на усунення виявлених під час аналізу недоліків і протиріч.

Зокрема, рекомендовано вдосконалення методик оцінки ефективності роботи працівників особистої гігієни. Показано, що ефективність медичних працівників повинні оцінювати одночасно їх колеги, пацієнт, який лікується, і група спеціалістів (три одиниці оцінки). Тих, хто проводив такі оцінки, попросили описати ефективність лікарів (проміжних або первинних медичних працівників) за низкою показників, кожен із яких варіюється від «-5» до «5». Далі

визначте загальну кількість балів, яку набрав працівник за кожен одиницю оцінки. Рекомендується врахувати важливість кожного модуля оцінки в його загальному балі під час обчислення загального балу для всіх трьох модулів, який повинен визначити медичний працівник самостійно, заповнивши відповідну анкету. Використання цих методів на практиці спонукатиме медичних працівників підвищити ефективність, Підвищити професійні навички та спростити трудові процеси.

Запровадження нової тарифної мережі також має супроводжуватися розширенням повноважень місцевої влади та керівників медичних закладів щодо вирішення питань, пов'язаних з оплатою праці медичного персоналу. Такий підхід буде враховувати особливості соціально-економічного розвитку кожного регіону та специфічні обставини функціонування медичних закладів.

Для підвищення зацікавленості медичного персоналу в ефективній роботі пропонується запровадити такі доплати та надбавки: доплата за безперервне навчання; можливість творчості в роботі та інноваційній діяльності. Крім того, слід переглянути систему преміювання медичних працівників у бік збільшення розміру премії, встановлення чітких критеріїв та періодичності виплат. Особливу увагу слід приділити виплаті щорічних премій (наприклад, якісна робота), які характеризуються найвищим стимулюючим ефектом.

При реформуванні системи оплати медичної допомоги необхідно також покращити колективні переговори. З цією метою ми пропонуємо докорінно переглянути зміст колективного договору, щоб більш детально відобразити питання соціального розвитку медичних працівників.

Дослідження показують, що значних позитивних змін в ефективності медичних працівників можна досягти лише шляхом перегляду їхніх поточних стимулів. У рамках цього механізму рекомендується розглянути набір важелів, інструментів і підходів, які впливають на макро-, мезо-, мікроекономічному та індивідуальному рівнях, а також стимулюють медичних працівників до ефективної роботи шляхом узгодження особистих інтересів роботодавців і споживачів медичних послуг.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено комплексне дослідження, спрямоване на розв'язання важливої проблеми науково-прикладного значення – визначення теоретико-методологічних засад стимулювання ефективної праці медичного персоналу та окреслення шляхів його вдосконалення в умовах ринкової трансформації економіки України. Результати проведеного дослідження дозволили зробити такі теоретичні та практичні висновки.

1. Праця у сфері охорони здоров'я характеризується специфічними особливостями (висока змістовність, творчий характер, підвищена складність та відповідальність, надмірна розумова та нервова напруга, наявність ризику втрати здоров'я під час виконання посадових обов'язків), які позначаються на її ефективності і обов'язково повинні бути враховані під час розробки системи заходів, спрямованих на заохочення медичних працівників до праці.

2. Стимулювання праці медичного персоналу має ґрунтуватися на результатах аналізу її ефективності, що об'єктивно вимагає з'ясування сутності економічної категорії „ефективність праці у сфері охорони здоров'я”, встановлення критеріїв та показників її оцінки.

3. Між ефективністю праці медичного працівника, з одного боку, і ступенем узгодженості його особистих інтересів з інтересами роботодавця та споживачів медичних послуг, з іншого, існує тісний зв'язок. Тому, під ефективною працею у сфері охорони здоров'я треба розглядати працю, яка за умови найбільш раціонального використання працівником наявної матеріально-технічної бази та власної професійної майстерності дозволяє отримати в кожному окремому випадку найкращі результати лікування, що відповідають потребам споживачів медичних послуг, цілям діяльності медичного закладу, а також особистим моральним та матеріальним трудовим очікуванням працівника.

4. Ефективність праці у сфері охорони здоров'я вимагає багатоаспектного розгляду. Поряд із такими традиційними її аспектами, як медична, соціальна та економічна ефективність, обґрунтовано доцільність аналізу функціональної ефективності, що покликана характеризувати результати

праці медичного персоналу з кількісної сторони.

5. Стимулювання ефективної праці медичного персоналу має здійснюватися шляхом вибору його адекватних форм та методів з урахуванням необхідності одночасного заохочення медичних працівників до професійного самовдосконалення, покращення результатів лікування та раціоналізації трудового процесу.

6. Головною причиною низької ефективності праці у сфері охорони здоров'я України є недосконала система оплати праці, яка не забезпечує гідного заробітку, не встановлює справедливих співвідношень в оплаті праці, не створює прямого зв'язку між ефективністю праці та розміром заробітної плати. Крім того, загостренню ситуації значною мірою сприяють недоліки і формалізм колективно- договірної регулювання праці, слабкість соціального партнерства, відсутність дієвих стимулів нематеріального характеру.

7. Моніторинг стимулів до ефективної праці у сфері охорони здоров'я, проведений шляхом соціологічного опитування медичних працівників Рівненської області, засвідчив: по-перше, низький рівень морального та повну відсутність матеріального задоволення від праці у сфері охорони здоров'я; по-друге, неспроможність середньомісячної заробітної плати задовольняти навіть першочергові потреби медичних працівників; по-третє, їх слабку мотивацію до безперервної професійної освіти; по-четверте, готовність третини працівників покинути сферу охорони здоров'я заради іншої галузі економіки.

8. На сьогодні найбільше спонукають медичних працівників до ефективної праці усвідомлення важливості своєї справи, інтерес до праці, наявність можливостей для реалізації професійних знань та навичок; найменше – вкрай низькі розміри заробітної плати, їх слабкий зв'язок з трудовим внеском, погані умови праці.

9. З огляду на назрілу необхідність поновлення тісного зв'язку між результатами праці та розмірами заробітної плати у сфері охорони здоров'я обґрунтовано нові методологічні підходи до оцінювання ефективності праці на рівні окремого медичного працівника, використання яких дозволяє здійснювати

багатоаспектний аналіз ефективності праці лікарів (медичних сестер, молодших медичних працівників) та індивідуалізувати підходи до стимулювання їх праці.

10. Позитивні зрушення в ефективності праці медичного персоналу можуть бути досягнуті виключно на основі комплексного перегляду механізму її стимулювання. У якості такого механізму слід розглядати сукупність політичних, фінансових, соціально-економічних, організаційних та морально-психологічних важелів, інструментів та методів впливу на трудову поведінку медичних працівників на макро-, мезо-, мікроекономічному та особистісному рівнях, покликаних спонукати медичних працівників до ефективної праці шляхом узгодження їх особистих інтересів з інтересами роботодавців та споживачів медичних послуг.

11. У період ринкової трансформації економіки основними напрямками державної політики щодо стимулювання ефективної праці медичного персоналу повинні стати: зростання обсягів та диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я, реформування системи оплати праці медичного персоналу та його пенсійного забезпечення, вдосконалення соціально-трудових відносин у сфері охорони здоров'я, створення дієвої системи безперервної освіти та атестації медичних кадрів, покращення умов праці у медичних закладах та підвищення її безпеки, вдосконалення нормування та організації праці, підвищення престижу праці у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Законодавство України про охорону здоров'я: Зб. нормативних актів / Відп. ред. В.Ф. Москаленко. К.: Юрінком Інтер, 2000. 526 с.
2. Менеджмент в охороні здоров'я // за ред. С.М. Шортела, А.Д. Калюжного; Пер. з англ. Л. Тараруха. К.: Основи, 1998. 560 с.
3. Непроизводственная сфера в условиях перехода к рыночной экономике / Отв. ред. В.Н. Новиков. К.: Наукова думка, 1993. 198 с.
4. Гуманітарна сфера: питання теорії та практики: Монографія / В.І. Куценко, Л.Г. Богуш, О.А. Комарова, Я.Ф. Остафійчук; За ред. В.І. Куценко. К.: Науковий Світ, 2022. 456 с.
5. Здоровье–21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, 2010. 310 с.
6. Allin S., Mossialos E., McKee M., Holland W. Making decisions on public health: a review of eight countries. Geneva: WHO, 2014. 242 p.
7. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української здравоохрані. Вінниця, 2016. 100 с.
8. Грішнова О.А. Людський розвиток: Навч. пос. К.: КНЕУ, 2016. 308 с.
9. Лукашевич Н.П. Социология труда: Уч. пособие. К.: МАУП, 2021. 320 с.
10. Куценко В.И. Сфера воспроизводства здоровья населения: социально-экономический и региональный аспект. – К.: Наукова думка, 1994. 224 с
11. Деякі показники здоров'я та діяльності лікувально-профілактичних закладів Кіровоградської області за 2023 р. / Управління охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації. Обласний центр медичної статистики. Кіровоград, 2023. 180 с.
12. Людський розвиток в Україні: 2023 рік. Щорічна науково-аналітична доповідь / За ред. Е.М. Лібанової. К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2023. 290 с.
13. Козак В.Е., Данилюк З.З. К вопросу о применении категории „эффективность” в непроизводственной сфере // Непроизводственная сфера в экономике развитого социализма: Тематич. сборник. – К.: Ин-т экономики АН

УСССР, 1980. С. 3–10.

14. Куценко В.І., Трілленберг Г.І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: Монографія. К, 2023. 366 с.

15. Тімофєєв В.О. Соціально-економічні проблеми запровадження медичного страхування в Україні // Регулювання зайнятості та оплати праці в перехідній економіці: Зб. н. пр. К.: Ін-т економіки НАН України, 2010. С. 114–119.

16. Ковжарова Е. Особливості застосування найбільш поширених моделей фінансування системи охорони здоров'я. Практичні висновки для України // *Україна: аспекти праці*. 2022. № 7. С. 31–38.

17. Грішнова О.А. Економіка праці та соціально-трудова відносини: Підручник. К.: Знання, 2014. 535 с

18. Камінська Т. Якість медичної освіти як фактор конкурентноздатності українських лікарів // *Україна: аспекти праці*. 2012. № 6. С. 41–44

19. Куликов Г.Т. Мотивация труда наемных работников: Монография / Отв. ред. Д.П. Богиня. К.: Институт экономики НАН Украины, 2012. 339 с.

20. Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров'я. Київ: Основи, 1998. 320 с.

21. Карлін М.І. Стимулювання праці в перехідній економіці. Луцьк: Редакційно-видавничий відділ ВДУ ім. Л. Українки, 1997. 170 с.

22. Шве́ц И.Б., Чумаченко Е.В. Экономические основы формирования средств на оплату, стимулирование труда и социальную компенсацию / НАН Украины. Институт экономики промышленности. Донецк, 2021. 240 с.

23. Економіка України: підсумки перетворень та перспективи зростання / В.М. Геєць, В.П. Александрова, О.І. Барановський та ін.; В.М. Геєць (ред.); Ін-т економічного прогнозування НАН України. К.: ФОРТ, 2020. 422 с

24. Ковжарова Е.В. Організаційно-економічні основи системи охорони здоров'я України: Дис канд. ек. наук: 08.09.01. К., 2021. 213 с.

25. Карамишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські

аспекти): Монографія. Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ „Магістр”, 2014. 304 с.

26. Лагутін В.Д. Реформа оплати праці стимулюючого типу в Україні: теорія, концепція, практичні рекомендації і пропозиції: Монографія. Луцьк: „Вежа”, 2020. 241 с.

27. Паламарчук В.О., Філатов В.М. Соціально-економічні проблеми охорони здоров'я: Монографія. Х.: Вид-во НФАУ, 2011. 192 с.

28. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я – <http://medstat.gov.ua>

29. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Монографія. К.: Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.

30. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Вардинець І.С., Тарасюк В.С., Семків М.П., Козаков Г.К. Тернопіль: Лілея, 2022. 152 с.

31. Державна служба статистики України. Режим доступу: ukrstat.gov.ua

32. Червінька Л.П. Оплата праці в системі мотиваційного механізму. Київ, 2020. 80 с.

ДОДАТКИ

АНКЕТА

Просимо Вас взяти участь у соціологічному опитуванні на тему „Стимули до ефективної праці у сфері охорони здоров'я”, яке проводиться з метою виявлення найбільш дієвих чинників морального та матеріального характеру, покликаних спонукати медичних працівників до покращення результатів праці.

Будемо щиро вдячні, якщо Ви відмітите ті відповіді, з якими погоджуєтесь, „+” або „✓”. Деякі питання надають можливість висловити свій варіант відповіді. Нагадуємо, що опитування є анонімним!

1. Ваш вік:

- ☐ – до 25 років ☐ – 26-35 років ☐ – 36-45 років ☐ – 46-55 років ☐ – 56-60 років ☐ – більше 60 років

2. Ваша стать:

- ☐ – жін. ☐ – чол.

3. До якої категорії медичного персоналу Ви належите?

- ☐ – молодший медичний персонал
☐ – середній медичний персонал
☐ – лікарський персонал
☐ – керівний медичний персонал

4. Тривалість роботи у сфері охорони здоров'я:

- ☐ – до 5 років ☐ – 6-10 років ☐ – 11-15 років ☐ – 16-20 років ☐ – більше 20 років

5. Ваша кваліфікаційна категорія:

- ☐ – вища ☐ – перша ☐ – друга ☐ – не маю категорії

6. Чи отримуєте Ви моральне задоволення від роботи ?

- ☐ – так ☐ – скоріше так, ніж ні ☐ – скоріше ні, ніж так ☐ – ні ☐ – важко відповісти

7. Чи задоволені Ви розмірами матеріальної винагороди, яку отримуєте за працю?

- ☐ – так ☐ – скоріше так, ніж ні ☐ – скоріше ні, ніж так ☐ – ні ☐ – важко відповісти

8. Якби Вам довелося звільнитися із медичного закладу, в якому Ви працюєте на даний момент, Ви б

- ☐ – перейшли працювати в інший державний заклад охорони здоров'я
☐ – спробували знайти роботу у приватному секторі охорони здоров'я
☐ – покинули сферу охорони здоров'я заради роботи в іншій галузі економіки (промисловість, бізнес тощо)
☐ – виїхали за кордон

9. Що в найбільшій мірі спонукає Вас добре працювати? (можливі декілька варіантів відповідей)

- ☐ – усвідомлення важливості своєї справи
☐ – інтерес до праці
☐ – можливість реалізувати свої професійні знання та навички
☐ – висока моральна оцінка досягнутих результатів праці керівництвом та колегами
☐ – очікування вдячності з боку пацієнта
☐ – наявність перспективи подальшого кар'єрного росту
☐ – можливість отримання додаткової матеріальної винагороди у вигляді премії
☐ – жорсткі вимоги щодо якості виконання посадових обов'язків з боку керівництва
☐ – свій варіант

10. Що, на Вашу думку, погіршує результати роботи медичних працівників? (можливі декілька варіантів відповідей)

- ☐ – вкрай низька оплата праці
☐ – слабкий зв'язок між трудовими зусиллями і розміром отриманого заробітку
☐ – погані умови праці (відсутність сучасного медичного обладнання, високоефективних медикаментів, інших засобів, необхідних для отримання якісних результатів праці)
☐ – відсутність справедливої оцінки праці з боку керівництва
☐ – низький рівень професійних знань
☐ – відсутність чітких перспектив подальшого кар'єрного росту
☐ – відсутність дружньої співпраці у колективі
☐ – падіння престижу праці у сфері охорони здоров'я
☐ – свій варіант

Продовження додатку А

11. Як Ви вважаєте, чи на достатньому рівні відбувається матеріальна та моральна підтримка з боку керівництва Вашого професійного розвитку (створення можливостей для підвищення кваліфікації)?

– так ☐ – ні ☐ – важко відповісти ☐

12. Протягом останніх 12 місяців Ви мали змогу підвищити свій кваліфікаційний рівень шляхом (можливі декілька варіантів відповідей):

- ☐ – навчання на курсах (в межах медичного закладу і поза ним)
- ☐ – участі у наукових конференціях, семінарах, з'їздах лікарів
- ☐ – стажування в межах України під керівництвом спеціаліста з великим досвідом практичної роботи
- ☐ – участі у навчальних програмах через ресурси електронної мережі Інтернет
- ☐ – стажування у зарубіжному медичному закладі
- ☐ – не мав змоги підвищити свій кваліфікаційний рівень жодним із перелічених методів
- ☐ – свій варіант

13. Що найбільше заважає зростанню рівня Вашої професійної майстерності? (можливі декілька варіантів відповідей)

- ☐ – недостатнє фінансування витрат на навчання з боку медичної установи
- ☐ – віддаленість місця навчання від місця роботи
- ☐ – зростання професійних знань майже не підкріплюється підвищенням оплати праці
- ☐ – не бачу потреби у підвищенні кваліфікації
- ☐ – свій варіант

14. Чи маєте Ви можливість запроваджувати свої новітні підходи до діагностики та лікування хворих?

- ☐ – можу у повній мірі реалізувати всі свої ідеї щодо покращення процесу надання медичної допомоги
- ☐ – маю змогу впроваджувати лише окремі свої думки щодо оптимізації процесів діагностики та лікування

– не маю можливості реалізувати в процесі праці будь-які свої ідеї внаслідок жорстких обмежень з боку керівництва

☐ – не бачу потреби у розробці будь-яких нововведень із свого боку; ними має займатись керівництво та фахівці наукових установ

15. Чи вважаєте Ви існуючу систему атестації медичних кадрів справедливою (такою, що відображає дійсний рівень кваліфікації)?

☐ – так ☐ – скоріше так, ніж ні ☐ – скоріше ні, ніж так ☐ – ні ☐ – важко відповісти

16. Чи вважаєте Ви справедливими розміри оплати праці у сфері охорони здоров'я по відношенню до інших галузей економіки (на прикладі промисловості)?

☐ – так ☐ – ні ☐ – важко відповісти

17. Чи вважаєте Ви справедливими відмінності у розмірах отримуваної Вами заробітної плати у порівнянні з іншими категоріями медичного персоналу?

☐ – так ☐ – ні ☐ – важко відповісти

18. Як Ви можете охарактеризувати купівельну спроможність отримуваної Вами заробітної плати?

- ☐ – грошей вистачає лише на більш-менш прийнятне харчування
- ☐ – маю змогу купувати продукти харчування і сплачувати комунальні послуги
- ☐ – маю змогу купувати їжу, сплачувати комунальні послуги, придбавати одяг та взуття
- ☐ – не відчуваю труднощів з оплатою комунальних послуг, купівлею продуктів харчування, одягу та взуття; коштів вистачає на відпочинок, лікування, придбання побутової техніки та нерухомості

19. Яким, на Вашу думку, має бути мінімально достатній розмір заробітної плати для того, щоб Ви повністю присвятили себе роботі (на своєму робочому місці)?

☐ – 500-700 грн. ☐ – 800-1000 грн. ☐ – 1100-1500 грн. ☐ – 1600-2000 грн. ☐ – 2100-2500 грн. ☐ – 2500-5000 грн.

20. Чи відомо Вам, за які саме трудові досягнення Вас можуть преміювати або нагородити грамотою?

☐ – так ☐ – ні

21. Як Ви вважаєте, на кого має бути покладено право оцінювати результати Вашої праці?

- ☐ – на Вашого безпосереднього керівника
- ☐ – на керівництво медичної установи
- ☐ – на спеціально створену в межах лікарні незалежну комісію експертів, членами якої мають бути найбільш досвідчені і кваліфіковані медичні працівники
- ☐ – свій варіант

Висловлюємо щирі вдячність за участь в анкетуванні!