

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Львівський національний університет імені Івана Франка
Економічний факультет
Кафедра менеджменту

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
за освітньо-професійною програмою
«Менеджмент організацій і адміністрування»
спеціальності 073 «Менеджмент»
галузі знань 07 «Управління та адміністрування»

на тему: **«Менеджмент стимулювання ефективної праці медичного персоналу»**

Виконав: студент групи ЕкмМ-21з Дядюшко
Сергій Вікторович

Науковий керівник: кандидат економічних наук, доцент
кафедри менеджменту Виклюк
Мар'яна Іванівна

Рецензент:

Львів – 2022

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА
Економічний факультет
Кафедра менеджменту

ДРУГИЙ (МАГІСТЕРСЬКИЙ) РІВЕНЬ ВИЩОЇ ОСВІТИ
за освітньо-професійною програмою «Менеджмент організацій і адміністрування»
спеціальності 073 «Менеджмент» галузі знань 07 «Управління та адміністрування»

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Завідувач кафедри менеджменту

_____ проф. Кундицький О. О.

« ____ » _____ 202_ р.

З А В Д А Н Н Я
на кваліфікаційну роботу магістра
Дядюшка Сергія Вікторовича

1. Тема роботи: «Менеджмент стимулювання ефективної праці медичного персоналу»
затверджена на Вченій раді факультету від «15» грудня 2021 р., протокол № 5.

2. Термін подання завершеної роботи: 01 грудня 2022 року.

3. Вихідні дані до роботи:

4. Перелік питань для розробки роботи (зміст розрахунково-пояснювальної записки):
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ
РОЗДІЛ 2. КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УКРАЇНІ
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ТА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслень):
- рисунки, таблиці

6. Консультанти з роботи (із зазначенням розділів роботи, до яких вони відносяться):

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	доц. Виклюк М. І.		
Розділ 2	доц. Виклюк М. І.		
Розділ 3	доц. Виклюк М. І.		

7. Дата видачі завдання: 01 березня 2021 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Найменування етапів	Термін виконання	Примітка, підпис
1.	Вибір теми та затвердження попереднього плану роботи	до 15.12.2021 р.	
2.	Підбирання та аналізування теоретичної бази дослідження. Написання першого розділу роботи	до 01.03.2022 р.	
3.	Підбирання та аналізування практичного матеріалу. Написання другого розділу роботи	до 01.07.2022 р.	
4.	Напрацювання та розробка рекомендаційних заходів та пропозицій. Написання третього розділу роботи	до 01.09.2022 р.	
5.	Оформлення вступу та висновків	до 10.09.2022 р.	
6.	Подання роботи на перевірку на ознаки академічного плагіату	до 31.09.2022 р.	
7.	Доопрацювання роботи відповідно до зауважень наукового керівника, рецензента та результатів перевірки на плагіат	до 31.11.2022 р.	
8.	Подання готової переплетеної роботи на кафедру	до 01.12.2022 р.	

Студент Дядюшко С.В.

Науковий керівник Виклюк М.І.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ	6
1.1. Специфіка праці у сфері охорони здоров'я, чинники та критерії її ефективності.....	6
1.2. Теоретико-методологічні підходи до стимулювання ефективної праці медичного персоналу.....	16
1.3. Методи заохочення медичних працівників до ефективної праці у розвинених країнах ринкової економіки.....	24
Висновки до розділу 1.....	33
РОЗДІЛ 2. КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УКРАЇНІ	36
2.1. Оцінка окремих аспектів ефективності праці у сфері охорони здоров'я на макроекономічному рівні.....	36
2.2. Оцінка дієвості стимулювання праці у сфері охорони здоров'я на мікроекономічному рівні	46
2.3. Методологічне забезпечення оцінки ефективності праці на рівні медичного працівника	62
Висновки до розділу 2.....	74
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ТА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ	77
3.1. Методологічні підходи до реформування системи оплати праці у сфері охорони здоров'я України.....	77
3.2. Шляхи вдосконалення механізму стимулювання ефективної праці медичного персоналу.....	85
Висновки до розділу 3.....	98
ВИСНОВКИ	100
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	104
ДОДАТКИ	115

ВСТУП

Актуальність теми. 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 невпинне 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.

Теоретичні й прикладні аспекти стимулювання праці та функціонування сфери охорони здоров'я знайшли відображення у наукових працях таких вітчизняних вчених, як Бандур С.І., Богиня Д.П., Грішнова О.А., Заяць Т.А., Карлін

М.І., Козак В.Є., Колот А.М., Куліков Г.Т., Куценко В.І., Лагутін В.Д., Лібанова Е.М., Макарова О.В., Новіков В.М., Новікова О.Ф., Онікієнко В.В., Петрова І.Л., Семикіна М.В., Стешенко В.І., Чухно А.А. та ін. Окремі питання організації та оплати праці медичних працівників досліджували Вороненко Ю.В., Габцева Л.А., Герасименко О.О., Голяченко О.М., Камінська Т.М., Крамаренко В.І., Лехан В.М., Москаленко В.Ф. та ін.

Мета і завдання дослідження. 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.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг основного змісту дослідження становить 102 сторінок. Список використаних джерел, що включає 127 найменувань, викладено на 10 сторінках. Два додатки розміщено на 3 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

1.1. 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 [25, 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 [32; 70], 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 [32, с.42].

Окрім покращення добробуту домогосподарств та підвищення ефективності бізнесу, охорона здоров'я населення є передумовою підвищення національного рівня життя та соціально-економічного розвитку [32;76;]. Світова практика свідчить, що країни з високою захворюваністю часто стикаються з багатьма

труднощами на шляху економічного розвитку. Натомість найбільше зростання в історії економіки супроводжувалося досягненням у сфері охорони здоров'я. За статистичними оцінками збільшення очікуваної тривалості життя при народженні (TLN) на кожні 10% економічне зростання прискорюється щонайменше на 0,3-0,4% на рік, при цьому всі інші фактори залишаються незмінними. Таким чином, різниця в річному економічному зростанні між країнами з високим рівнем доходу (TJN = 77 років) і НРС (TJN = 49 років), виражена TJN, становить близько 1,6% на рік, накопичуючись з часом і стаючи дуже значною [79], с. 30-38].

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 [16; 28] 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 [16, 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, чії незадовільні характеристики заважають надавати якісну медичну допомогу.

Творчий потенціал медичних працівників є неоціненним 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. Вони є клієнтами. (розмовляючи з пацієнтом). 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 погодитися з науковцями [20; 116; 137], 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 [9; 15; 20; 34].

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 [16, с. 102], окремого медичного закладу [63, с. 120] або пацієнта [156, с. 24]. Рекомендується оцінювати медичну ефективність за рядом критеріїв та показників,

що відображають якість, адекватність та ефективність діагностичних та лікувальних заходів [20;58].

Медична ефективність часто суперечить економічній ефективності, оскільки останню можна підвищити лише за рахунок мінімізації витрат на діагностику та лікування пацієнтів [64, с. 275]. На жаль, така економія не завжди дає позитивні результати. Тому не можна 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 [58, с. 8] . Тому, враховуючи економічну ефективність роботи у сфері охорони здоров'я, доцільно розглядати отримання найвищих діагностичних та лікувальних результатів за найменших витрат [22, с.104].

Соціальна ефективність праці в охороні здоров'я вченими розглядається як ступінь задоволення потреб громадян у охороні здоров'я та здоров'ї [20;58;115;171]. 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.

Вищезазначені нормативно-правові акти сформували стандарт та індексну систему оцінки медичної та 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. А саме медична, соціальна, економічна та функціональна ефективність (табл. 1.1).

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

Аспекти ефективності	Критерії ефективності	Показники ефективності	
<i>Макроекономічний / мезоекономічний рівень</i>			
Соціальний 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
		Кількість вперше зареєстрованих захворювань у розрахунку на 100 000 населення	Загальна кількість захворювань у розрахунку на 100 000 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)
	Смертність населення	Коефіцієнт материнської смертності (кількість вагітних, роділь та породіль, що померли, на 10 000 пологів)	
	Інвалідність населення	Кількість осіб вперше визнаних інвалідами на 10 000 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)
Економічний аспект	Потенційні економічні втрати суспільства у результаті погіршення стану здоров'я населення	Післяопераційна летальність (% осіб, що померли, у загальній кількості прооперованих)	
		Летальність після абортів (кількість осіб, що померли у результаті абортів, в розрахунку на 10 000 абортів)	
		Потенційні втрати суспільства внаслідок передчасної смертності населення	
	Витрати на функціонування сфери охорони здоров'я	Потенційні втрати суспільства внаслідок інвалідизації населення	
Потенційні втрати суспільства внаслідок захворюваності населення			
Функціональний аспект	Трудове навантаження лікарів	Загальний обсяг коштів, що витрачаються на фінансування охорони здоров'я	
		Обсяг витрат на охорону здоров'я на одного жителя	
		Кількість відвідувань за зміну у розрахунку на одного лікаря поліклініки	
	Трудове навантаження середніх медичних працівників	Кількість госпіталізованих протягом року у розрахунку на одного лікаря стаціонару	
		Кількість захворювань у розрахунку на одного середньостатистичного лікаря	
		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 середньостатистичну медичну сестру	
		Кількість госпіталізованих протягом року у розрахунку на одну медичну сестру стаціонару	
<i>Мікроекономічний / особистісний рівень</i>			

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 [9; 15; 20; 34; 63; 64].

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.

При класифікації факторів, що впливають на ефективність роботи медичного персоналу за рівнем дії, ми керуємося дослідженнями О. Грішної, яка вивчала фактори, що впливають на продуктивність праці, поділяючи ціле на побутові (діючі на підприємстві чи організації), галузеві в промисловості. рівні), регіональні (діють на регіональному рівні) та національні (діють на державному рівні) [25, С. 367]. Ми вважаємо, що ці фактори впливають не тільки на продуктивність, але й на її ефективність. Крім того, ми стверджуємо, що в сучасних умовах на ефективність роботи впливають дві групи факторів: глобальні (діють на глобальному рівні) та індивідуальні (через особливості трудового потенціалу працівника).

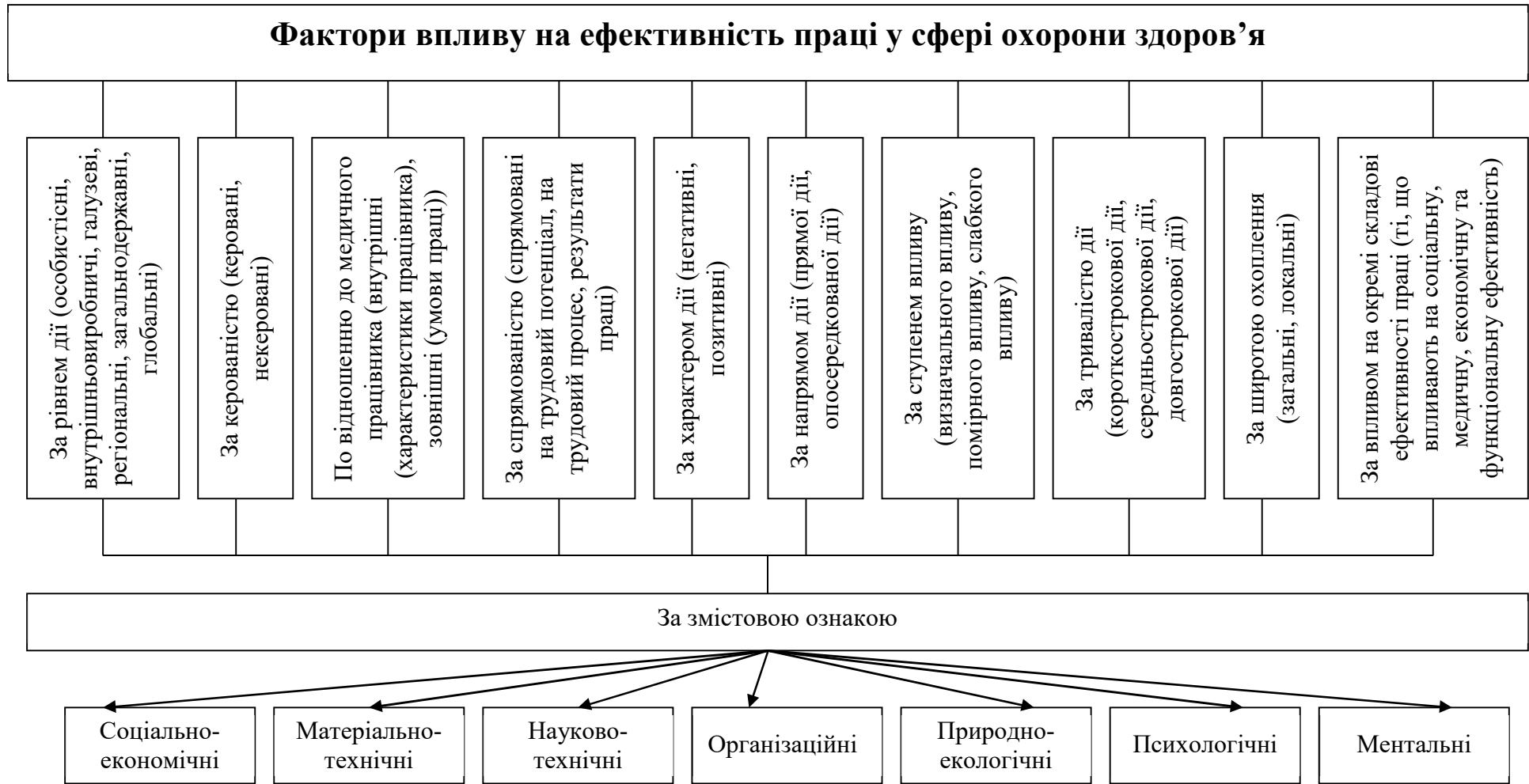


Рис. 1.1. Класифікація факторів впливу на ефективність праці у сфері охорони здоров'я

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 - 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. Серед внутрішніх виробничих факторів слід звернути увагу на матеріально-технічний фундамент, умови праці та безпеки медичних закладів, специфічні умови організаційного управління, оплату 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.

О. Грішнова також пропонує класифікувати фактори, що впливають на продуктивність праці, за керованістю та відповідно класифікувати їх ефективність [25, С. 366]. Зокрема, до керованих факторів можна віднести ті, якими може керувати суб'єкт господарювання (у нашому випадку медичний заклад) — керівництво, організація праці, трудові відносини, кваліфікація та мотивація працівників, умови праці, інноваційність; ті, що не входять до сфери дисциплінарного управління. : політична ситуація країни і світу, рівень розвитку ринкових відносин, конкуренція, технічний прогрес 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.

\

1.2. 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. ВС 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» [45, Стор. Тринадцять]. 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.

Таблиця 1.2

Еволюція наукових уявлень про стимулювання ефективної праці

Періоди розвитку наукової думки	Представники наукових течій	Уявлення про стимулювання ефективної праці	Чинники, що формували відповідні наукові погляди
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 людини	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. Мілль 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
	І. Джевонс	Велика увага приділяється дослідженню різноманітних	

<p>IV-й період: 70-ті рр. XIX ст. – 70-ті рр. XX ст.</p>	<p>М. Туган-Барановський Ф. Тейлор Е. Мейо А. Маслоу К. Альдерфер Ф. Герцберг Л. Портер Е. Лоулер В. Врум С. Струмлін Є. Капустін</p>	<p>потреб людини. Розвивається теза про те, що, задовольнивши матеріальні потреби, людина буде прагнути до задоволення нематеріальних потреб. З'являються перші науково обґрунтовані теорії мотивації, визначаються форми, види та методи заохочення до ефективної праці</p>	<p>Зростання цінності людини в суспільстві, посилення уваги до її потреб, розквіт індустріального виробництва, розвиток конкуренції, загострення проблеми обмеженості ресурсів</p>
<p>V-й період: 80-ті рр. XX ст. – початок XXI ст.</p>	<p>Д. Богиня О. Грішнова М. Карлін А. Колот Г. Куліков Е. Лібанова О. Новікова В. Новіков І. Петрова М. Семікіна</p>	<p>Розвиток вчень про людські потреби (особливо нематеріального характеру), дослідження сутності, форм, методів та видів соціально-економічної мотивації до праці, обґрунтування ролі конкурентоспроможності праці у досягненні ефективності виробництва</p>	<p>Зростання цінності людини у суспільстві, усвідомлення провідної ролі людського фактору в економіці, обрання інноваційного вектору розвитку, загострення конкурентної боротьби</p>

Джерело:[45; 51; 53; 55].

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 [13; 17; 38]. При цьому одні з них [53; 65; 75] чітко розрізняють ці поняття, а інші [13; 17; 38], в яких погоджуються автори, розглядають мотивацію як частину мотивації.

Враховуючи аргументи в параграфі 1.1 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.

Тому, мотивуючи ефективною роботою у сфері охорони здоров'я, ми розглянемо процес впливу зовнішніх впливів (через матеріальні, нематеріальні та адміністративні важелі) на внутрішні установки (потреби, інтереси, цінності) працівників з метою перетворення останніх у спрямування особистих інтересів, в інтересах медичних послуг роботодавців і споживачів. Результатом такого впливу має стати підвищення ефективності праці.

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).

Зазначимо, що перші 10 позицій класифікації є результатами досліджень науковців у сфері мотивації та мотивації праці, а останні п'ять позицій запропоновані самими авторами.

Таблиця 1.3

Класифікація стимулів до ефективної праці у сфері охорони здоров'я

Ознака класифікації	Види стимулів
1. За формою реалізації	<ul style="list-style-type: none"> ◆ матеріальні ◆ моральні ◆ соціальні
2. За суб'єктами стимулювання	<ul style="list-style-type: none"> ◆ державні ◆ суспільні ◆ установчі ◆ внутрішньокolleктивні
3. За характером дії на суб'єкт	<ul style="list-style-type: none"> ◆ позитивні ◆ негативні
4. За формою винагороди	<ul style="list-style-type: none"> ◆ грошові

	◆ негрошові
5. За силою впливу на об'єкт	◆ прями ◆ непрямі
6. За організацією впливу	◆ попереджуючі ◆ підкріплюючі
7. За сферами прикладання	◆ політичні ◆ економічні ◆ соціальні ◆ духовні
8. За ступенем уособлення	◆ колективні ◆ особисті
9. За середовищем дії	◆ зовнішньоустановчі ◆ внутрішньоустановчі
10. За групами потреб	◆ матеріальні ◆ трудові ◆ статусні
11. За об'єктом спрямування	◆ стимули до професійного вдосконалення ◆ стимули до поліпшення результатів праці ◆ стимули до раціоналізації трудового процесу
12. За тривалістю дії	◆ разові ◆ періодичні ◆ перманентні
13. За силою дії на об'єкт	◆ сильної дії ◆ помірної дії ◆ слабкої дії
14. За рівнем дії	◆ загальнодержавні ◆ регіональні ◆ організаційні ◆ особистісні
15. За ступенем впливу на інноваційну активність	◆ стимули-активатори інноваційної діяльності ◆ стимули-антиактиватори інноваційної діяльності

Джерело: [53; 65].

М. 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» [53, с. 25].

Надано М. І. За словами Карліна, таксономія стимулів є дуже загальною і може використовуватися для побудови систем стимулювання в будь-якій галузі економіки. При цьому, на наш погляд, поділ стимулів за спрямованим суб'єктом

набуде дещо іншої форми – весь комплекс стимулів за цією ознакою слід поділити на чотири групи: національні, громадські, складові та внутрішньокolleктивні (М. Карлін як стимулювання, зокрема, трудові колективи, керівництво підприємства та їх власники). Це пояснюється тим, що взаємовідносини між державою як її органом, суспільством (кожне з яких є споживачем медичних послуг), закладами охорони здоров'я як безпосередніми роботодавцями медичних працівників, так і медичними працівниками створює психологічний клімат. У колективах надавати стимули для ефективної роботи в охороні здоров'я.

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 [15, с. 10-23].

Виходячи з основних груп потреб людини в свою чергу, А. Колот поділяє всю сукупність стимулів ефективної праці на матеріальні, трудові та статусні, що відповідають трьом формам стимулів (стимулів) — матеріальним, трудовим і статусним [59, с. 49].

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.

За рівнем дії стимули до ефективної роботи можна поділити на загальнодержавні, регіональні, організаційні та індивідуальні. Перша група діє в масштабах штату і впливає на практику праці (наприклад, систему оплати праці) для всіх медичних працівників. Вплив другого набору стимулів зосереджено на регіональному рівні, орієнтований на медичний персонал, який працює в окремих регіонах (наприклад, активна фінансова підтримка наукових конференцій та симпозіумів лікарів регіональними органами влади). Організаційні стимули — це стимули до діяльності в рамках організації охорони здоров'я (наприклад, практика щорічного нагородження кращих працівників дипломами). Особисті стимули впливають на професіоналів особистої гігієни.

За ступенем впливу на інноваційну діяльність працівників стимули до ефективної праці можна поділити на стимули, що сприяють активізації інноваційної діяльності медичних працівників, і стимули, що гальмують інноваційну діяльність. Наприклад, демократизація управління сприяє розвитку інновацій, тоді як авторитарний стиль управління обмежує творчу діяльність

співробітників (хоча це може призвести до деяких тимчасових покращень продуктивності).

Відповідно до наведених положень процес стимулювання ефективної роботи в медичному закладі можна описати так (рисунок 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. Далі виберіть набір заохочень або для працівників особистої гігієни, або для всіх працівників загалом, залежно від встановленого формату та підходу. Ці стимули мають водночас стимулювати професійне самовдосконалення, впорядковувати трудові процеси та підвищувати результативність. Оцінюючи ефективність роботи в організації охорони здоров'я, можна відстежити ефективність, слабкі та сильні сторони обраної системи стимулювання. За результатами оцінки коригується методика мотивації медичного персоналу 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. Роботодавці та споживачі. Подавати. Все це вимагає комплексної оцінки сучасного етапу розвитку в Україні для сприяння ефективній роботі медичного персоналу та внесення змін до сучасних вимог.

1.3. Методи заохочення медичних працівників до ефективної праці у розвинених країнах ринкової економіки

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 [22; 43; 57]. 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 [17, 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). 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 [205, с. 46-53].

Таблиця 1.4

Витрати на охорону здоров'я в економічно розвинених країнах у 2018 р.

Країна	Витрати на охорону здоров'я (% від ВВП)	Із них		% державних витрат на охорону здоров'я у загальній структурі державних витрат	Витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя (у доларах 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: [19; 205].

Аналіз наукових даних показує, що стимулювання медичного персоналу до ефективної роботи за кордоном ґрунтується на поєднанні матеріальних і нематеріальних стимулів (рис. 1.3). На думку зарубіжних вчених, цей метод дозволяє досягти більш високих результатів [18, 83; 88].



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
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)
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 + місцеві 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: [77; 177].

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 кожен окремо надану медичну послугу (консультацію, огляд, операцію тощо) [77; 101]. Західні вчені виділяють три типи [11, 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. Використання цього методу значно скоротилося з початку 1980-х років, хоча він залишається популярним у США та Канаді. Наприклад, у США лікар сам розраховує вартість наданих ним послуг і виставляє рахунки пацієнту або страховій компанії, в якій вони застраховані [77, 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, оскільки його використання допомагає зменшити витрати на медичне обслуговування. Сьогодні він використовується в Німеччині, Франції та Бельгії. Тому 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, помноженій на їх вартість, визначає ціну роботи лікаря [94, 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.

Примітно, що, 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 ліками: Греції, Ізраїлі, США та Нідерландах (див. таблицю 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) [101, 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. № апеляції. Розмір компенсації визначається на основі оцінки очікуваного навантаження [152, 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 [77, 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 (див. таблицю 1.5). 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. [77].

Важливо зазначити, що кожен із зазначених вище методів компенсації має переваги та недоліки (табл. 1.6). 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. Отже, у 1987 році одна зі страхових компаній США запустила додаткову систему преміювання за якісне обслуговування, яка була поширена на працівників первинної медичної допомоги разом із додаванням імунізації та профілактики захворювань [20, с. 9].

Таблиця 1.6

Переваги та недоліки окремих методів оплати праці у сфері охорони здоров'я

Метод оплати праці	Переваги	Недоліки
Гонорарний	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 зарібок
Подушний	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 зарібку • не містить фінансових ризиків для працівників, адже зарібна плата є гарантованою величиною • стимулює проведення групових консультацій 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

Джерело [29; 52].

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;
- Успішно надавати медичні послуги пацієнтам із хронічними захворюваннями.

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 [20, 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 [17, с 42]. В Австрії передбачені додаткові бонуси за роботу в сільській місцевості [15, 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 [41, с. 215–216]:

$$TC = \frac{СДВП + НВ}{СРН}, \quad (1.1)$$

де TC – тарифна ставка;

СДВП – середній дохід від праці;

НВ – накладні витрати;

СРН – середнє робоче навантаження.

У цій формулі до середнього робочого доходу входять: заробітна плата, внески до пенсійних фондів та інших соціальних фондів, відпустки. Непрямі витрати включають утримання автомобіля, телефонні дзвінки, придбання інструментів, отримання ліцензії на практику у певній галузі тощо. Розміри цих зборів встановлюються індивідуально для кожної професійної групи та щорічно переглядаються на основі рівня цін. Середнє навантаження розраховується різними способами. Наприклад, кількість призначених ліків, кількість проведених операцій,

кількість відвідувань, час, необхідний для процесу лікування (якщо зарплата працівника залежить від конкретної виконуваної роботи).

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.

Наведені вище положення про ефективність роботи медичного персоналу дозволяють зробити висновок, що сприяння ефективній роботі в охороні здоров'я має враховувати зовнішні впливи (через матеріальні, нематеріальні та адміністративні важелі) на внутрішні установки (потреби, інтереси, цінності) працівників з метою трансформувати останній у сприятливий напрямок, у якому його особисті інтереси узгоджуються з інтересами роботодавців та споживачів медичних послуг.

Вивчення наукової літератури дозволяє встановити форми (матеріальні, трудові та статусні) та методи (позитивні/негативні, прямі/непрямі, матеріальні/нематеріальні), які спонукають медичних працівників до роботи, визначити та класифікувати медичні роботи, які мотивують ефективну роботу. працювати. Дослідження показало, що їх спільні та синхронізовані дії повинні стимулювати професійне самовдосконалення, підвищення продуктивності та впорядкований робочий процес серед медичних працівників.

Систематизація зарубіжного досвіду сприяння ефективній роботі охорони здоров'я виявляє найбільш поширені у високорозвинених країнах методи стимулювання медичних працівників до ефективної роботи (оплата праці, надання різноманітних пільг і компенсацій, створення сприятливих умов для отримання додаткового доходу для приватної практики в загробне життя, колективні переговори, надання можливостей для продовження освіти, статусні заохочення) та аналіз можливості впровадження цього у вітчизняну практику. Отримані результати демонструють необхідність поєднання матеріальних і нематеріальних стимулів для мотивації медичних працівників до ефективної роботи. У той же час порівняльний аналіз найпоширеніших у світі методів компенсації медичного персоналу (гонорар, на душу населення та фіксований) показує, що жоден з них не

є ідеальним, тому гібридна модель компенсації в охороні здоров'я є бажаною. Вивчення теоретичних аспектів та зарубіжного досвіду сприяння ефективній роботі у сфері охорони здоров'я наголошує на необхідності комплексної оцінки на всіх економічних рівнях України.

РОЗДІЛ 2

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УКРАЇНІ

2.1. 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 2020 р. в українській сфері охорони здоров'я працює 9,6% зайнятого населення [121, с. 31]. Медсестри (38,7%) та інші практикуючі лікарі (44,7%) становлять найбільшу частку серед практиків галузі, за ними йдуть лікарі (16,6%). При цьому переважна більшість медичних працівників – жінки (82%). Тенденція зростання пенсіонерів знаходиться під загрозою: у 2020 році 11,5% медперсоналу мають передпенсійний вік, а 19,2% – пенсіонери, з часом досягаючи майже 31% [121, с.31, 393]. 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 2020 роки кількість лікарів серед населення України зменшилася (рис. 2.1). За цей період їх кількість скоротилася більш ніж на 20%.

Таблиця 2.1.

Мережа та кадри закладів охорони здоров'я

	Кількість лікарів усіх спеціальностей ²	Кількість середнього медичного персоналу	Кількість лікарняних закладів	Кількість лікарняних ліжок	Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів
1913	8	12	1,4	48	...
1940	36	102	2,5	161	8
1960	86	276	5,0	344	7
1965	111	332	4,9	428	6
1970	131	412	4,7	511	6
1975	157	484	4,1	578	6
1980	183	516	3,8	627	6
1985	211	567	3,8	669	6
1990	227	607	3,9	700	7
1995	230	595	3,9	639	7
2000	226	541	3,3	466	7
2020	224	496	2,9	445	8
2010	225	467	2,8	429	9
2015	186	372	1,8	333	10
2016	187	367	1,7	315	10
2017	186	360	1,7	309	10
2018	186	345	1,7	302	10
2019	185	330	1,6	295	11
2020	180	309	1,6	275	11

Джерело: ukrstat.gov.ua

У зв'язку зі скороченням населення з лікарями, аналіз укомплектованості медичних закладів показав тенденцію до зростання кадрового дефіциту в період з 1990 по 2020 роки (табл. 2.2). Якщо в 1990 році 6% лікарів були безробітними, то в 2020 році цей показник становитиме близько 6,3%. При цьому навіть ця низька повна зайнятість лікаря значною мірою досягається за рахунок неповної зайнятості: станом на 2020 рік 12,5% її загальної зайнятості припадає на неповний робочий день. Дуже занепокоєння викликає постійне збільшення неповного робочого часу, яке лише за останні кілька років зросло на 18%.

Аналіз чисельності населення з середнім медичним персоналом (табл. 2.2) показує постійне зниження між 2000 і 2020 роками. Отже, якщо в 1990 році на 10 000 населення припадало 541 фельдшер, то в 2020 році буде 303,8 (тобто скорочення майже на 44%).

Таблиця 2.2.

Забезпеченість населення України середніми медичними працівниками

	2000	2020	2010	2015	2017	2018	2019	2020
Україна	541,0	496,3	466,8	371,7	360,4	345,4	330,3	308,8
Автономна Республіка Крим	23,1	21,9	20,1	...	...	...	...	...
області								
Вінницька	20,5	18,9	17,6	16,6	15,3	14,1	13,5	12,9
Волинська	11,8	11,3	11,3	10,8	10,4	10,0	9,4	8,7
Дніпропетровська	39,3	35,3	32,2	28,8	28,1	26,4	24,9	23,1
Донецька	55,1	48,4	41,6	13,3	14,5	14,0	13,3	12,7
Житомирська	16,5	15,3	14,4	13,4	12,7	12,0	11,3	10,7
Закарпатська	13,1	12,9	11,5	10,8	10,4	10,0	9,6	8,8
Запорізька	22,0	19,2	18,1	16,3	15,5	15,2	14,6	13,2
Івано-Франківська	15,5	14,2	15,1	15,0	14,5	13,7	13,2	12,3
Київська	18,5	16,3	16,0	15,1	14,7	14,4	13,5	12,4
Кіровоградська	12,9	11,4	10,6	9,6	9,0	8,7	8,2	7,7
Луганська	26,6	24,8	22,6	5,3	5,5	5,3	5,1	4,8
Львівська	30,5	30,1	28,5	26,4	25,4	24,3	23,2	21,7
Миколаївська	12,3	11,1	10,1	9,2	8,7	8,2	7,7	7,2
Одеська	24,9	21,8	22,4	20,2	19,8	19,0	18,5	17,5
Полтавська	19,4	16,8	15,2	13,9	13,4	12,8	12,4	11,8
Рівненська	13,2	13,5	13,3	12,5	12,1	11,8	11,3	10,3
Сумська	14,5	13,0	12,7	11,7	11,4	10,8	10,0	9,2
Тернопільська	12,5	12,2	12,1	11,6	10,8	10,3	9,8	9,2
Харківська	32,3	28,7	26,4	24,0	23,3	22,1	20,9	19,8
Херсонська	12,2	11,3	10,4	9,6	8,8	8,5	8,1	7,2
Хмельницька	14,7	13,8	14,2	13,5	12,7	12,2	11,7	10,8
Черкаська	16,2	14,6	13,5	12,4	11,8	11,3	10,8	9,9
Чернівецька	9,4	9,0	9,5	9,2	8,9	8,4	8,1	7,5
Чернігівська	15,1	13,3	12,3	11,0	10,5	10,1	9,6	8,7
міста								
Київ	34,6	33,4	31,3	31,5	32,2	31,8	31,6	30,7
Севастополь	4,3	3,8	3,8	...	...	...	...	...

Джерело: ukrstat.gov.ua

Результати аналізу укомплектованості медичних сестер показали, що кількість медсестер перевищує штатний штат, який укомплектований менше 100%. Це пов'язано з тим, що багато фельдшерів у цей період працюють неповний робочий день, тож на повний робочий день може зайняти кілька осіб. Кількість

фельдшерів скорочується з 2001 року, але рівень укомплектованості персоналом залишається стабільним на рівні 97%, що свідчить про скорочення неповної зайнятості таких працівників.

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. 2.5).

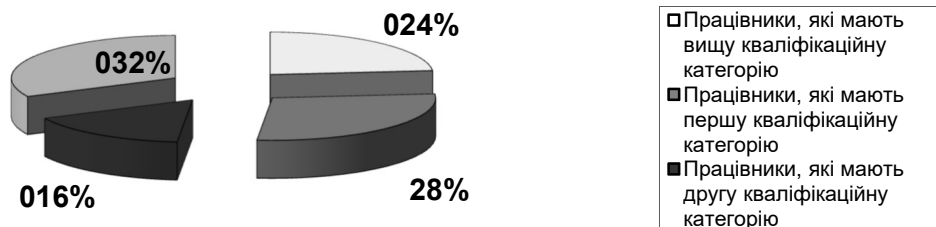


Рис. 2.5. Рівень кваліфікації лікарів в Україні у 2020 р. Джерело: [13, с. 40]

Зазначимо, що переважна більшість медичних працівників мають високу освіту – 63,3%. В економіці, навпаки, цей показник становить у середньому лише 51% [43, 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 [121, с.11]. 31, 395], 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 (див. п. 1.1 магістерської роботи). 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 2020 р. кількість вперше зареєстрованих захворювань на 100 тис. жителів зросла на 10 %, а загальна захворюваність – на 31 % [109, с. 20; 113 с. 12].

Швидке зростання захворюваності не може підтримувати інвалідність і смертність на постійному рівні. Зокрема, з 1995 р. кількість інвалідів на 1000 населення зросла на 36%. У свою чергу, за період 1990-2020 рр. загальна смертність зросла на 37% (16,6 на 1000 осіб у 2020 р. проти 12,2 у 1990 р.). При цьому найшвидше зросла смертність у 25-49 років: серед 25-29 років зросла на 59%, у 30-34 роки - на 82%, у 35-39 років - на 83%, у 40-44 роки. - скорочення 74%; 45 - 49 років - зниження 49%. Варто зазначити, що за час незалежності України дитяча смертність та материнська смертність знизилися відповідно на 22% та в 3,4 рази [43, с.35].

Захворюваність, інвалідність та загальна смертність населення України неухильно зростали між 1990 і 2020 роками, що призвело до скорочення тривалості життя при народженні на 2,5 роки. При цьому середня тривалість життя при народженні скоротилася на 1,3% у жінок і на 5,6% у чоловіків [143, С. 360].

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 50-52% залежить від способу життя, на 20-22% від генетики, на 18-20% від навколишнього середовища і на 10% від охорони здоров'я [137, с. 3]. Проте, як зазначає В. Маргунов, не можна недооцінювати діяльність системи охорони здоров'я [80, 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 [158, с. 100]. Результати соціологічного опитування, проведеного Центром соціального моніторингу, яскраво продемонстрували низьку якість роботи медперсоналу. За їх словами, лише 10% наших громадян оцінюють якість медичних послуг як високу, аніж низьку (табл. 2.3). При цьому 52% респондентів вказали, що якість медичної допомоги була радше низькою, аніж високою, а ще 37% загалом вказали на дуже низьку якість допомоги [158, с.120]. Варто зазначити, що за результатами опитування жителі Києва, Автономної Республіки Крим 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	АРК	м. Київ
Дуже висока	0	0	0	0	1	0	2	1
Скоріше висока, ніж низька	10	15	5	12	6	14	15	17
Скоріше низька, ніж висока	52	55	51	48	53	53	48	51
Дуже низька	37	29	43	37	40	32	34	30
Важко відповісти	1	1	1	3	0	1	1	1

Джерело: [158, с. 120].

За оцінкою громадян якості послуг, які надаються медичними працівниками, лише 40,3% (за даними Всеукраїнського опитування домогосподарств 2020 року) можуть назвати своє здоров'я хорошим. Решта оцінили його як задовільно в кращому випадку (47,4%), а в гіршому – зазвичай погано (12,3%) [140, С. 52]. Для порівняння: у США лише 9,2% населення оцінили своє здоров'я як задовільний або поганий [187, с.248].

Оцінки медичних аспектів ефективності здоров'я в охороні здоров'я показують, що в період з 2001 по 2020 роки майже всі показники, які її характеризують, також дещо змінилися. Зокрема, частка населення, охопленого

регулярними опитуваннями, за цей період зросла майже на 1% (96,7% у 2020 році проти 95,9% у 2001 році). Післяопераційна смертність знизилася на 12,7%. І навпаки, госпітальна смертність та смертність від абортів зросла: у першому – на 5,7%, у другому – майже втричі [113, с.417, 492, 597].

Аналіз показників, що характеризують економічні аспекти ефективності медичного персоналу, показує, що обсяги видатків бюджету на охорону здоров'я у гривневому еквіваленті зросли щонайменше за 2000–2020 рр. у багато разів (додаток А). Згідно з проектом держбюджету України на 2022 рік, видатки на охорону здоров'я визначені з урахуванням продовження медичних реформ на загальну суму 224 мільярди гривень (4,2% ВВП) у зведеному бюджеті (державному та місцевому).

Витрати державного бюджету на охорону здоров'я (з урахуванням трансфертів) досягли 192,5 млрд грн (31,1 млрд грн до 2021 року). У структурі загальних видатків державного бюджету він становить 13,1%.

Нам дуже важливо, щоб усі були оплачені державою, а тому оплачували медичні послуги. З огляду на це, частка фінансування охорони здоров'я, що надається за планами медичного страхування, також зростає.

У проекті державного бюджету на 2022 рік передбачено 157,5 млрд грн на програму охорони здоров'я, яка включає перелік гарантованих державою медичних послуг та ліків. У цю суму також враховуються витрати на підвищення зарплати лікарям не менше ніж до 20 тис. грн і фельдшерам – не менше 13,5 тис. грн. Це стосується понад 90 000 лікарів і понад 200 000 медсестер.

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 2022 рік також передбачено 6 мільярдів доларів на розвиток системи охорони здоров'я та закупівлю вакцин від COVID-19.

Крім того, закуплені у 2021 році вакцину та кредитні кошти будуть доставлені наступного року. У 2022 році планується спрямувати 2,7 млрд грн на закупівлю професійного медичного обладнання, що покращить якість та доступність медичних послуг.

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.

Перше завдання Мінфіну – ефективне використання бюджетних коштів. У сфері охорони здоров'я, зокрема, це означає забезпечення якості та доступності громадянам по всій країні, як у великих містах, так і в найменших селах та містечках.

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. При цьому слід зазначити. Написання цієї частини магістерського дослідження відбувалося під час війни, що почалася два місяці тому, і говорити про подальше планування державних витрат у цьому напрямку нереально.

Щоб краще зрозуміти економічну ефективність медичних працівників, ми розрахували суму потенційних економічних збитків для суспільства через передчасну смерть, інвалідність та захворюваність. Для цього скористайтесь роботою російського вченого В. Корчагіна в «Індикаторах розвитку людини: аспекти населення» [61, с. 115] та розробленій Є.В. Ковзарова [56, с. 84-92] у розділі, що відповідає розрахунку непрямих економічних втрат до ВВП через передчасну смерть, стійку або тимчасову втрату працездатності:

$$ЗВ = ВС + ВІ + ВЗ, \quad (2.1)$$

де ЗВ – загальні потенційні економічні втрати суспільства внаслідок захворюваності, смертності та інвалідності населення;

ВС – втрати ВВП внаслідок передчасної смертності населення у відповідному році;

ВІ – втрати ВВП внаслідок виходу на інвалідність частини населення у відповідному році;

ВЗ – втрати ВВП внаслідок тимчасової втрати працездатності працюючим населенням у відповідному році.

Ми вважаємо, що цей метод потребує модифікації, щоб підвищити об'єктивність розрахунків базових показників. Зокрема, ми надаємо:

- взяти верхню межу працездатного віку не 60 (як пропонує Є. Ковжарова), а 56,5, оскільки це значення є середнім між 54 і 59 - верхнім працездатним віком для жінок і чоловіків відповідно;

- При розрахунку потенційних економічних втрат суспільства через смерть та інвалідність громадян необхідно враховувати, скільки людей зможуть працевлаштуватися в майбутньому;

- Під час розрахунку потенційних економічних втрат через інвалідність доцільно скласти кількість осіб працездатного віку, які вперше визнані інвалідами, та кількість дітей віком до 16 років, які вперше визнані інвалідами.

Україна втратить у майбутньому понад 46,496 млрд грн через передчасну смерть населення у період 2000-2020 років. За нашими оцінками, це еквівалентно 17% ВВП, що виробляється Україною в середньому за рік. Найбільше занепокоєння викликає збільшення кількості втрачених людино-років у 2004-2020 роках: порівняно з 2000 роком кількість зросла на 7%.

Враховуючи викладене, можна зробити наступні висновки щодо ефективності медичного персоналу України:

- 1) Продовження зростання захворюваності, смертності та інвалідності, зниження очікуваної тривалості життя при народженні, невдоволення громадян якістю медичних послуг та станом їх здоров'я, що свідчить про соціальну неефективність медичної допомоги, в основному через особливості низька якість медичного персоналу;

2) Зростання госпітальної смертності та смертності від абортів з 2000 по 2020 рік також є яскравою ознакою погіршення якості роботи медичного персоналу, що свідчить про зниження медичної ефективності у сфері охорони здоров'я;

3) Погіршення соціального здоров'я, інвалідності та смертності призвело до триразового збільшення загальних потенційних економічних втрат в Україні через смертність, інвалідність та захворюваність громадян. Тому те, що ми отримуємо від надання медичної допомоги, це не позитивний, а негативний економічний вплив;

4) Результати динамічного аналізу показників, що характеризують функціональні аспекти ефективності роботи в галузі охорони здоров'я, показують, що навантаження на медичних працівників надмірно збільшується.

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.

2.2 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 В). Співробітники обласних медичних закладів «Кіллоуолард» та «Кілловалард», зокрема: обласної дитячої лікарні «Кіллоуоллар», обласної кардіологічної клініки «Кіллоуоллар», обласного пологового будинку «Кіллоуоллард» Св. Анни, Знам'янської, Бобринецької та Олександрійської обласних лікарень.

Під час моніторингу було опитано 472 медичних працівника та оброблено відповіді 86 427 респондентів. Слід зазначити, що хоча така вибірка не є репрезентативною, результати, отримані під час дослідження, характеризуються

високим ступенем достовірності. Спочатку респондентів обирали випадковим чином. По-друге, дослідження проводилося в міських та сільських лікарнях. При цьому співвідношення кількості респондентів міських та сільських лікарень пропорційне співвідношенням кількості міських та сільських медичних працівників. По-третє, дослідження виявило, що розширення вибірки не вплинуло на її результати. Зокрема, додаткове опитування 272 медичних працівників підтвердило висновки 200 найкращих респондентів. За методикою соціологічного дослідження [107, с.79], основним емпіричним критерієм достовірності результатів є їх стабільність, яка була виявлена в додаткових опитуваннях тієї ж анкети, приблизно в той же час, на схожій (принцип, процедура та розмір) вибірці.

Серед респондентів керівники становили 3,8%, лікарі 28,6%, працівники вторинної та первинної ланки 38,6% і 29%.

За віковим розподілом респондентів наймолодшими в структурі респондентів були медсестри та молодші медичні сестри, а найстаршими – лікарі та адміністратори (табл. 2.4). 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.

Таблиця 2.4

Вікова структура респондентів (%)

Категорія працівників	Вік					
	До 25	26-35	36-45	46-55	56-60	> 60
Керівний медичний персонал	0	5,6	27,8	27,8	22,2	16,6
Лікарі	1,5	14,1	32,6	27,4	11,1	13,3
Середній медичний персонал	19,8	40,1	19,8	10,4	5,5	4,4
Молодший медичний персонал	4,4	26,3	32,1	27,0	5,8	4,4
Разом	9,3	27,3	27,3	20,8	7,8	7,5

Джерело [77, с.89]

Розподіл респондентів за статтю показує, що жінки складають дуже високу частку в структурі медичного персоналу – 87,1% (табл. 2.5). Слід зазначити, що кількість жінок у всіх категоріях медичних працівників переважала серед чоловіків – найменша серед лікарів (60,7%) 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 він становить 77% [187, С. 341].

Таблиця 2.5

Розподіл респондентів за гендерними ознаками (%)

Категорія медичних працівників	Стать	
	Жіноча	Чоловіча
Керівний медичний персонал	61,1	38,9
Лікарі	60,7	39,3
Середній медичний персонал	99,5	0,5
Молодший медичний персонал	100,0	0,0
Разом	87,1	12,9

Джерело [77, с.100]

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	5,6	5,6	22,2	66,6
Лікарі	3,7	8,9	18,5	20,7	48,2
Середній медичний персонал	21,4	13,7	24,2	12,1	28,6
Молодший медичний персонал	24,1	35,0	25,5	8,8	6,6
Разом	16,3	18,2	22,2	14,0	29,3

Джерело [87, с.107]

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).

Таблиця 2.7

Розподіл респондентів за кваліфікаційною категорією (%)

Категорія медичних працівників	Кваліфікаційна категорія			
	Вища	Перша	Друга	Немає
Керівний медичний персонал	77,8	22,2	0,0	0,0
Лікарі	36,3	40,7	14,1	8,9
Середній медичний персонал	32,4	20,9	18,1	28,6
Разом	25,8	20,6	11,0	42,6

Джерело [77, с.112]

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. . догляд.

Результати моніторингу показують, що лише одна третина медичних працівників отримують повне моральне задоволення від своєї роботи. Ще 29,9% респондентів були задоволені своєю роботою, а 15,9% не змогли знайти відповіді

на свої запитання (табл. 2.8). На жаль, 20,7% медичних працівників певною мірою не отримали морального задоволення від своєї роботи, що свідчить про низьку мотивацію до праці.

Таблиця 2.8

Моральне задоволення від праці у сфері охорони здоров'я (%)

Категорія медичних працівників	„Чи отримуєте Ви моральне задоволення від роботи?“				
	Так	Скоріше так, ніж ні	Скоріше ні, ніж так	Ні	Важко відповісти
Керівний медичний персонал	38,9	50,0	5,6	0,0	5,5
Лікарі	43,7	36,3	7,4	5,2	7,4
Середній медичний персонал	31,9	32,4	9,9	6,6	19,2
Молодший медичний персонал	24,8	17,5	19,7	16,7	21,3
Разом	33,5	29,9	11,8	8,9	15,9

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 низькою причин, головною серед яких є низька заробітна плата. На запитання «Чи задоволені Ви розміром матеріальної винагороди, яку отримуєте за свою роботу?» Тільки 1,1% респондентів відповіли ствердно (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Задоволеність респондентів розмірами матеріальної винагороди (%)

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	22,2	66,7	11,1
Лікарі	0,0	3,7	23,0	68,9	4,4
Середній медичний персонал	2,2	2,2	14,8	73,1	7,7
Молодший медичний персонал	0,7	3,6	13,9	71,5	10,3
Разом	1,1	3,0	17,2	71,2	7,5

Важливо відзначити, що лише 3% респондентів також були більш-менш задоволені розміром доходу. При цьому понад 85,4% медичних працівників заявили, що отримана ними матеріальна компенсація є неприпустимо низькою (71,5% повністю незадоволені розміром заробітної плати, а 13,9% 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. 2.1). 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% лише купують 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.

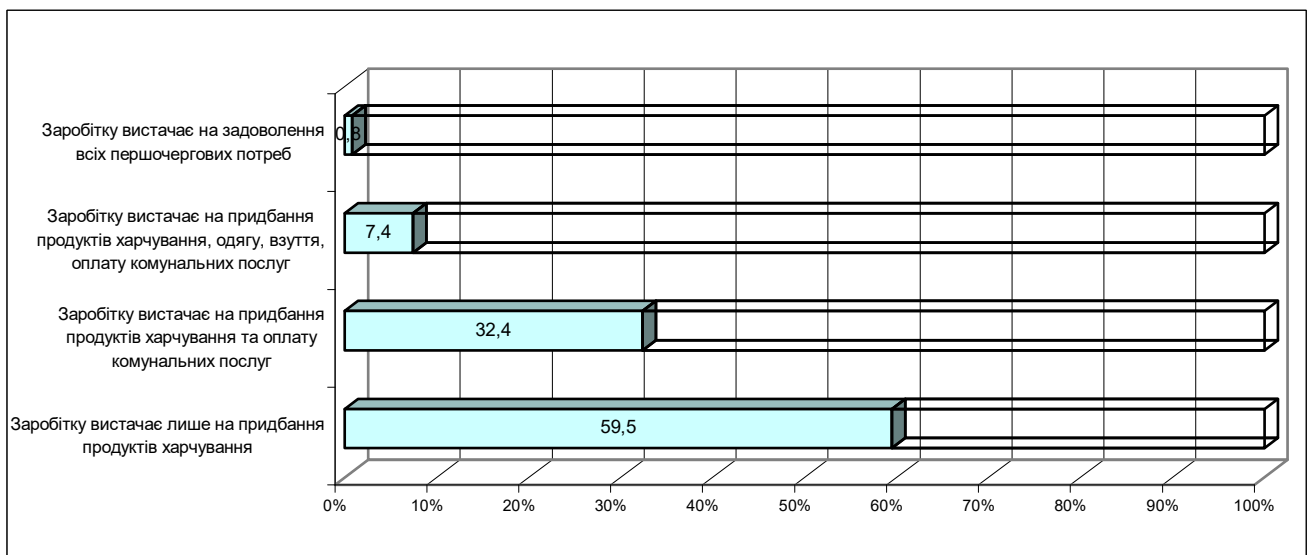


Рис. 2.1. Оцінка респондентами купівельної спроможності своєї заробітної плати (у % до кількості опитаних)

За словами чотирьох із п'яти опитаних медичних працівників, їхня середня заробітна плата повинна становити не менше 1000 грн, щоб повністю займатися охороною здоров'я. (табл. 2.10). При цьому найбільш прийнятною для керівників і лікарів є середньомісячна зарплата 2500 - 5000 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 800 до 2000 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 1000 грн. Загалом можна зробити висновок, що найкраща середньомісячна зарплата для керівників і лікарів становить 2100 - 5000 грн. Для фельдшерів - 1100 - 2000 грн. Початкова - 500 - 1000 грн. Компенсація на цьому рівні дозволить медичним працівникам присвятити всю свою увагу наданні високоякісної допомоги.

Таблиця 2.10

Розподіл респондентів за бажаним розміром заробітку (%)

Оптимальний, на думку медичних фахівців, розмір їх заробітної плати	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Разом
500 – 700 грн.	0,0	0,7	2,7	9,5	4,0
800 – 1000 грн.	5,6	1,5	20,9	35,0	18,9
1100 – 1500 грн.	0,0	6,7	23,1	25,5	18,2
1600 – 2000 грн.	16,7	11,9	21,4	13,9	16,3
2100 – 2500 грн.	11,1	17,0	18,7	4,4	13,8
2500 – 5000 грн.	66,6	62,2	13,2	11,7	28,8

Примітка: авторський розрахунок за результатами проведеного соціологічного опитування.

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 вважаєте Ви справедливими розміри оплати праці у сфері охорони здоров'я по відношенню до інших галузей економіки?“		
	Так	Ні	Важко відповісти
Керівний медичний персонал	0,0	94,4	5,6
Лікарі	0,0	95,6	4,4
Середній медичний персонал	0,5	89,6	9,9
Молодший медичний персонал	2,9	83,2	13,9
Разом	1,1	89,6	9,3

Примітка: авторський розрахунок за результатами проведеного соціологічного опитування.

Таблиця. 2.11 показує, що для 89,6% респондентів існуюча різниця в заробітній платі між секторами не враховує складності та відповідальності робочої сили. Ще 9,3% респондентів відчували труднощі з пошуком відповідей на свої запитання, тоді як лише 1% 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 25% 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, 77,8% лікарів вважають, що диференціація посад у виплаті медичного страхування повністю порушена. Думки керівників медичних закладів та керівників медичного персоналу

одностайні: 66,7% та 57,1% 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	33,3	66,7	0,0
Лікарі	11,9	77,8	10,4
Середній медичний персонал	23,1	57,1	19,8
Молодший медичний персонал	39,4	37,2	23,4
Разом	25,0	57,6	17,4

При такому рівні морального та матеріального задоволення від роботи 39% медичних працівників у разі звільнення були готові піти з охорони здоров'я: 27,8% – в інші галузі економіки, 11,2% – виїхати за кордон (табл. 2.13). Ще 29% 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	Разом
перейшли працювати в інший державний медичний заклад	38,9	34,8	34,6	24,8	32,0
спробували знайти роботу у приватному медичному закладі	38,9	41,5	30,2	13,9	29,0
покинули сферу охорони здоров'я заради іншої галузі економіки	16,7	12,6	24,7	48,2	27,8
виїхали б за кордон	5,6	11,1	10,4	13,1	11,2

Особливий інтерес представляють результати моніторингу важливості стимулів (табл. 2.14) та дестимуляторів (табл. 2.26) для ефективної роботи в охороні здоров'я 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	Разом
Усвідомлення важливості своєї справи	27,9	31,9	34,2	29,1	32,0
Інтерес до праці	25,0	29,1	22,3	25,3	25,5
Можливість реалізувати свої професійні знання та навички	27,8	20,5	17,6	0,6	15,4
Висока моральна оцінка результатів праці керівництвом та колегами	5,6	2,1	2,8	3,2	2,8
Очікування вдячності з боку пацієнтів	11,1	8,7	5,8	13,3	8,7
Наявність перспективи кар'єрного росту	0,0	1,9	4,0	3,8	3,0
Можливість отримання премії	0,0	3,5	9,0	17,1	8,4
Жорсткі вимоги щодо виконання посадових обов'язків	2,6	2,3	4,3	7,6	4,2

Результати опитування показали, що найефективнішими чинниками мотивації медичних працівників добре виконувати свою роботу є усвідомлення важливості роботи та зацікавленість у роботі – відповідно 32% та 25,5% від загальної кількості (див. таблицю 2.14). Створення широких можливостей для співробітників для реалізації наявних професійних навичок також було дуже мотивуючим (15,4%). 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 високоетичної оцінки результатів своєї роботи колегами та керівництвом, не вбачаючи жорстких вимог останнього до виконання службових обов'язків як стимулювання ефективної роботи.

Антистимули до ефективної праці у сфері охорони здоров'я (%)

„Що, на Вашу думку, погіршує результати праці медичних працівників?“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Разом
Вкрай низька оплата праці	25,0	31,5	40,8	56,4	40,1
Слабкий зв'язок між трудовими зусиллями і розміром заробітку	15,4	20,5	13,0	16,9	16,6
Погані умови праці	21,2	19,8	18,1	9,2	16,9
Відсутність справедливої оцінки праці з боку керівництва	7,8	3,9	3,0	3,6	3,7
Низький рівень професійних знань	3,8	2,9	1,2	0,5	1,8
Відсутність чітких перспектив подальшого кар'єрного росту	3,8	1,6	4,2	0,0	2,4
Відсутність дружньої співпраці у колективі	3,8	3,6	3,9	5,1	4,1
Падіння престижу праці у сфері охорони здоров'я	19,2	16,2	15,8	8,3	14,4

Основним фактором, що сприяє погіршенню стану здоров'я, є вкрай низька заробітна плата медичного персоналу (див. табл. 2.15). У нього було 40,1% перешкод ефективно працювати. Серед гальмуючих структур такі фактори, як погані умови праці та слабкий зв'язок між доходами та трудовим внеском (16,9% та 16,6% 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.

дані наведені в таблиці. 2.26, що демонструє міцний зв'язок між рівнем кваліфікації працівників та їх уявленням про фактори, які погіршують результати роботи в галузі охорони здоров'я. Так, низькооплачуваний медичний персонал створив 25% дестимуляції до ефективної роботи, лікарі – 31,5%, а середнього та молодшого медичного персоналу – 40,8% та 56,4% відповідно. Натомість, за даними старшого медичного персоналу, престиж роботи знизився на 19,2%, лікарів на 16,2%, а середній і молодший медичний персонал – на 15,4% і 8,2% відповідно.

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 25,2% медичних працівників оцінили цю підтримку як задовільну (табл. 2.16). При цьому майже 44% респондентів вважають, що їх професійний розвиток не отримує достатньої підтримки «згори», а 31% загалом відчувають 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 2.167

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	27,8	50,0	22,2
Лікарі	20,7	53,3	26,0
Середній медичний персонал	34,1	35,2	30,7
Молодший медичний персонал	17,5	45,2	37,3
Разом	25,2	43,9	30,9

Отже, кожен третій медичний працівник у 2020 році не зможе жодним чином підвищити свою професійну кваліфікацію (табл. 2.17).

Таблиця 2.17

Розподіл 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	Разом
навчання на курсах	29,2	34,2	49,5	4,4	32,1
участі у наукових конференціях	58,3	45,7	21,7	1,5	26,6
стажування в межах України під керівництвом провідного спеціаліста	4,2	4,2	0,5	0,0	1,8

участі у навчальних програмах через електронну мережу Інтернет	4,2	8,4	2,5	0,0	4,0
стажування у зарубіжному медичному закладі	0,0	1,1	0,5	0,0	0,5
не мав змоги підвищити свій кваліфікаційний рівень жодним із перелічених методів	4,1	6,4	25,3	94,1	35,0

Проблема підвищення кваліфікації є особливо гострою для молодшого медичного персоналу, з якого 94,2% 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 32,1% і 26,6% 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). Цей фактор позбавляє третину респондентів бажання збагатити свій досвід.

Таблиця 2.18

Перешкоди на шляху до збагачення знань медичними працівниками (%)

„Що найбільше заважає зростанню Вашої професійної майстерності?“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Разом
Недостатнє фінансування витрат на навчання з боку медичної установи	0,0	47,1	29,5	15,3	30,2
Віддаленість місця навчання від місця роботи	43,5	17,6	7,3	0,7	10,5

Відсутність зв'язку між зростанням професійних знань та оплатою праці	21,7	32,9	50,2	16,1	34,4
Не бачу потреби у підвищенні кваліфікації	34,8	2,4	13,0	67,9	24,8

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.

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	11,1	61,1	27,8	0,0
Лікарі	10,4	14,1	25,9	45,2	4,4
Середній медичний персонал	35,7	13,2	18,1	14,8	18,2
Разом	23,6	13,4	23,6	27,8	11,6

Великий інтерес викликали оцінки респондентів створених для них можливостей для прояву інноваційної активності (табл. 2.20).

Таблиця 2.20

Оцінка респондентами можливостей для прояву творчості у праці (%)

„Чи маєте Ви можливість запроваджувати свої новітні підходи до діагностики та лікування хворих?“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Разом
Можу у повній мірі реалізувати всі свої ідеї щодо лікування хворих	11,1	17,0	7,7	2,9	9,1

Маю можливість запроваджувати лише окремі свої думки щодо надання медичної допомоги	83,3	57,8	15,4	0,7	25,8
Не маю можливості реалізувати в процесі праці будь-які свої ідеї внаслідок жорстких обмежень з боку керівництва	0,0	9,6	12,6	15,3	12,1
Не бачу потреби у розробці будь-яких нововведень із свого боку	5,6	15,6	64,3	81,0	53,0

Дані наведені в таблиці. 2.20, що розкриває тісний зв'язок між кваліфікаційним рівнем працівника, з одного боку, і потребою у творчості, з іншого. Так, якщо 81% спеціалістів первинної ланки медичних закладів байдужі до розвитку інновацій, то цей показник становить лише 5,6% 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 23,1% та 3,6% 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). 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.

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	55,6	44,4
Лікарі	30,4	69,6
Середній медичний персонал	39,6	60,4

Молодший медичний персонал	27,7	72,3
Разом	34,1	65,9

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. 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).

Таблиця 2.22

Уявлення респондентів щодо осіб, відповідальних за оцінку їх праці

„Як Ви вважаєте, на кого має бути покладене право оцінювати результати Вашої праці?“	Керівний медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Разом
На безпосереднього керівника	16,7	15,4	56,6	65,0	46,5
На керівництво медичної установи	33,3	33,3	27,5	20,4	27,1
На спеціально створену комісію експертів	50,0	51,3	15,9	14,6	26,4

Примітка: розрахунки автора за результатами проведеного соціологічного опитування.

2.3 Методологічне забезпечення оцінки 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:

- Ефективність (оцінка ефективності праці повинна базуватися на науковій і обґрунтованій системі індексів);
- складність (оцінюються як позитивні, так і негативні результати роботи);
- Об'єктивність (оцінка ефективності повинна проводитися за участю кількох людей, щоб уникнути суб'єктивізму);
- вагові коефіцієнти (у процесі оцінювання необхідно враховувати вагу окремих показників відносно інших);
- справедливість (оцінка роботи всіх без винятку працівників повинна базуватися на неупередженому підході);
- Обізнаність (фахівцям охорони здоров'я слід звернути увагу на принципи та показники, на яких базується оцінка продуктивності);
- Проста (система оцінки ефективності праці повинна бути максимально простою, зручною та практичною);
- Адвокація (працівники повинні бути проінформовані про результати оцінки їхньої ефективності роботи в присутності всіх співробітників. Такий підхід дозволить кожному працівнику порівняти свої трудові досягнення з досягненнями своїх колег);
- Посилання (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. Тому автори пропонують трикомпонентну систему, яка включає оцінку ефективності медичних працівників з одночасною оцінкою експертів, колег і пацієнтів. Останні мають оцінювати роботу медичних працівників, для якої вони можуть найбільш об'єктивно оцінити. Наприклад, експерти, наприклад, з великим досвідом і високим рівнем знань, повинні оцінювати ефективність медичних працівників за показниками, які вимагають розгорнутої статистики (кількість, якість наданої допомоги, діяльність персоналу щодо збагачення їхньої допомоги), знання та навчання інших.) або висловити думку старших спеціалістів (складність роботи, відповідальність за матеріально-технічну базу, персонал, пацієнтів). Як найближчій до працівника людині, колезі пропонується оцінити його інтенсивність роботи, організаторські здібності, культуру поведінки тощо. У свою чергу, пацієнт повинен оцінити якість отриманої допомоги, рівень уваги медичного працівника, його особистісні якості.

Загалом методи оцінки ефективності роботи організації охорони здоров'я можна описати таким чином (рис. 2).

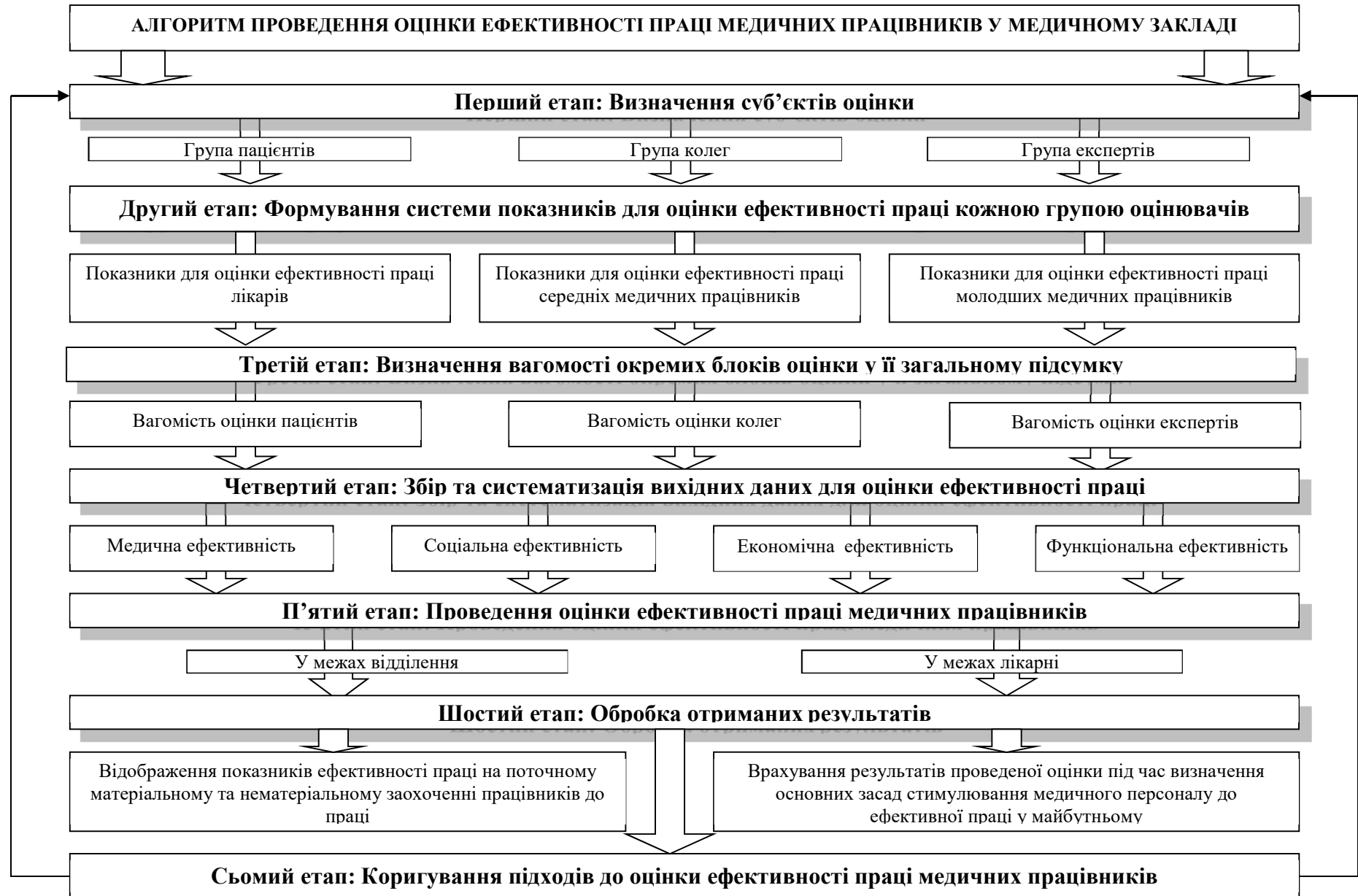


Рис. 2.2. Концептуальні підходи до оцінки ефективності праці на рівні окремого медичного працівника

По-перше, існують суб'єкти, 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 (див. п. 1.1 магістерської роботи).

Для перевірки запропонованого методу автори розробили можливий варіант цієї системи показників (табл. 2.23). Ці показники рекомендовані, і кожен медичний заклад може відрізнитися залежно від конкретних обставин його роботи.

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - якість отриманої допомоги - рівень професійної компетентності - рівень уваги до хворих - ввічливість - особисті якості 	<ul style="list-style-type: none"> - якість отриманої допомоги - рівень професійної компетентності - рівень уваги до хворих - ввічливість - особисті якості 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

Затвердження методики Кіроволадською обласною кардіологічною аптекою дозволяє проводити 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	Вагомість для		
	лікарів	медичних сестер	санітарок
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. По-перше, це статистика, яка характеризує індивідуальні результати медичних працівників, оскільки, як зазначалося вище, багато показників (ефективність лікування,

інтенсивність роботи, якість діагностики та лікування, правильний діагноз, повний охоплення пацієнтів) «здоров'я з історичними захворюваннями, економічна ефективність лікування», інноваційна, навчально-методична, науково-дослідна та видавнича діяльність), оцінка ефективності роботи експертів із залученням статистичної інформації.

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.

Експерти оцінювали результати роботи таким чином: спочатку у спеціальній таблиці (Таблиця 2.26) кожен експерт оцінював досягнення конкретного медичного працівника, потім визначав загальний бал, отриманий за кожним показником, а потім підсумовував загальний бал, отриманий за показником Співробітника. оцінка агрегату.

Таблиця 2.26

Оцінка ефективності праці g -го медичного працівника комісією експертів

Показники оцінки	Оцінка експертів			Узагальнена експертна оцінка
	Експерт 1	...	Експерт z	
Результативність лікування	P_{11}	...	P_{1z}	P_1
Інтенсивність праці	P_{21}	...	P_{2z}	P_2
Якість діагностики та лікування	P_{31}	...	P_{3z}	P_3
Правильність встановлення діагнозу	P_{41}	...	P_{4z}	P_4
Повнота висвітлення стану здоров'я пацієнтів та процесу їх лікування в історіях хвороб	P_{51}	...	P_{5z}	P_5
Економічність лікування	P_{61}	...	P_{6z}	P_6
Інноваційна активність	P_{71}	...	P_{7z}	P_7
Навчання персоналу	P_{81}	...	P_{8z}	P_8
Викладацька діяльність	P_{91}	...	P_{9z}	P_9
Науково-видавнича діяльність	P_{101}	...	P_{10z}	P_{10}

Складність праці	P_{111}	...	P_{11Z}	P_{11}
Ступінь відповідальності за:	P_{121}	...	P_{12Z}	P_{12}
- матеріально-технічну базу	–	–	–	–
- персонал	P_{131}	...	P_{13Z}	P_{13}
- пацієнтів	P_{141}	...	P_{14Z}	P_{14}
Ступінь використання у роботі новітніх методів діагностики та лікування	P_{151}	...	P_{15Z}	P_{15}
Рівень професійної майстерності	P_{161}	...	P_{16Z}	P_{16}
Активність у збагаченні власних професійних знань та навичок	P_{171}	...	P_{17Z}	P_{17}
Узагальнена оцінка ефективності праці g -го працівника групою експертів				P

Проілюструємо застосування запропонованої методики на прикладі роботи трьох експертів, які оцінюють кардіологів Кардіологічної аптеки Іванова І.І. Кіровоградської області (табл. 2.27).

Таблиця 2.27

Приклад експертної оцінки ефективності праці лікаря-кардіолога

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 g -го медичного працівника колегами

Показники оцінки	Оцінка колег			Узагальнена оцінка колег
	Колега 1	...	Колега x	
Напруженість праці	d_{11}	...	d_{1x}	D_1
Професійна компетентність	d_{21}	...	d_{2x}	D_2
Налаштованість на співпрацю	d_{31}	...	d_{3x}	D_3
Ввічливість по відношенню до хворих	d_{41}	...	d_{4x}	D_4
Відповідальність	d_{51}	...	d_{5x}	D_5
Прояв творчості у праці	d_{61}	...	d_{6x}	D_6
Організаційні якості	d_{71}	...	d_{7x}	D_7
Схильність до самоосвіти і загачення знань	d_{81}	...	d_{8x}	D_8
Культура поведінки	d_{91}	...	d_{9x}	D_9
Узагальнена оцінка ефективності праці g -го працівника колегами	–	–	–	D

Проілюструємо оцінку його колегами ефективності вищезгаданого кардіолога Іванова І.І. (табл. 2.29).

Таблиця 2.29

Приклад оцінки ефективності праці лікаря-кардіолога 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 загачення 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 2.30

Оцінка ефективності праці g -го медичного працівника пацієнтами

Показники оцінки	Оцінка пацієнтами			Узагальнена оцінка пацієнтів
	Пацієнт 1	...	Пацієнт w	
Якість отриманої допомоги	h_{11}	...	h_{1w}	H_1
Рівень професійної компетентності	h_{21}	...	h_{2w}	H_2
Рівень уваги до хворих	h_{31}	...	h_{3w}	H_3
Ввічливість	h_{41}	...	h_{4w}	H_4
Особисті якості	h_{51}	...	h_{5w}	H_5
Узагальнена оцінка ефективності праці g -го працівника пацієнтами	–	–	–	H

У практиці оцінки ефективності лікаря Кардіологічної аптеки Кіровоградської області Іванової І.І. пацієнт буде таким:

Таблиця 2.31

Приклад оцінки ефективності праці лікаря-кардіолога 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:

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

T_g - загальний бал, отриманий працівником у процесі оцінки ефективності своєї роботи;

де 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-кардіолога Кіровоградської районної кардіологічної аптеки (табл. 2.32):

Таблиця 2.32

Зведена таблиця оцінки ефективності праці лікарів кардіологічного відділення

Блок оцінки	Іванов І.І.	Тешенко І.В.	Кожин Р.М.	Федько І.В.	Коваль К.С.	Бабич С.І.
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 трудовіткість, 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.

Нерозвиненість соціального партнерства та формалізм колективних переговорів значною мірою завадили ефективності медичних працівників. Наразі не існує налагодженої організації роботодавців у сфері охорони здоров'я, роль якої фактично взяла на себе держава. У цьому випадку профспілки не мають великого впливу на вирішення трудових питань, а тому не можуть відстоювати інтереси медичних працівників.

Результати авторського соціологічного опитування медичних закладів Кіроволадської області можуть моделювати загальний профіль 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 2600-5000 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.

Окреслена методика оцінки ефективності роботи окремих медичних працівників є основою для розробки нами мережі гнучких тарифів на заробітну плату в галузі охорони здоров'я. В якості такої гнучкої тарифної сітки автори пропонують 18-розрядну тарифну сітку із співвідношенням між екстремальними цифрами значень 1:6,56 із збільшенням коефіцієнта регресії, що відповідає порогу чутливості 10%. При цьому в кожному тарифному розряді має бути сформований розмір заробітної плати, а конкретна сума повинна бути визначена відповідно до ефективності праці працівників і розрахована за вищевказаною методикою.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ТА СТИМУЛЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

3.1. 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).

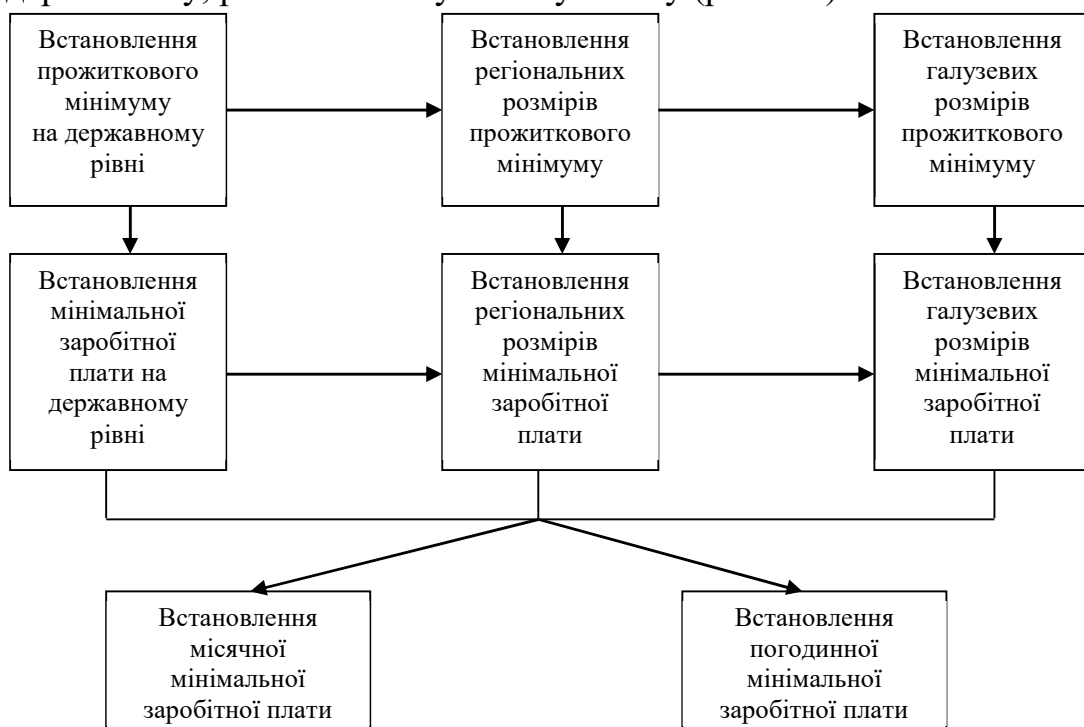


Рис. 3.1. Авторське бачення процесу встановлення мінімальної заробітної плати в Україні

Ми пропонуємо гнучку тарифну сітку на заробітну плату в галузі охорони здоров'я порівняно з існуючими:

- дозволяє встановити тісний зв'язок між ефективністю праці та рівнем оплати;
- Оптимізація 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;
- 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:

- перегляд законодавства про заробітну плату в галузі охорони здоров'я, а також порядку визначення мінімального рівня життя та мінімальної заробітної плати;
- організовані державними та територіальними органами влади та медичними установами повноваження щодо визначення оплати праці медичного персоналу;
- Створення механізму атестації медичного персоналу, який може об'єктивно відобразити 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:

- 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;
- Оцінювати продуктивність співробітників наприкінці кожного року та переглядати за результатами Розмір заробітної плати медичного персоналу;
- Ознайомити персонал 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). Він 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. Сільське місце. 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:

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

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

- 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.

Реалізація вищезазначених рекомендацій щодо вдосконалення системи оплати медичної допомоги потребуватиме пошуку додаткових джерел фінансування. По-перше, варто зробити акцент на мистецтві. У статті 12 Основних засад законодавства про охорону здоров'я зазначено, що на фінансування цієї галузі має спрямовуватися не менше 10% ВВП. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, мінімальний розмір витрат на охорону здоров'я має становити не менше 6,5% ВВП. Для реалізації вищезазначених положень необхідно переглянути політику на національному рівні Фінансування охорони здоров'я надає їй пріоритет перед іншими секторами економіки.

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 [53, 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).

Зі створенням об'єднань роботодавців у сфері охорони здоров'я виникає потреба посилити діяльність профспілок, які зараз надзвичайно пасивно вирішують питання праці. З цією метою ми рекомендуємо забезпечити рівність для всіх сторін і надати профспілкам належні права Відстоювання інтересів медичних працівників. Останнє вважається можливим на основі збільшення активності діючих членів профспілки та залучення нових членів.

Слід зазначити, що лише опора на колективні переговори для забезпечення рівності між усіма сторонами не може повністю вирішити соціальні та виробничі відносини в медичній та медичній сферах. Сьогодні зміст колективних договорів, які підписують медичні заклади, потребує капітального перегляду. Тому ми вважаємо необхідним при розробці та укладанні колективних договорів, деталізуючи права та обов'язки працівників та роботодавців, приділяти більше уваги питанням оцінки та компенсацій.

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

3.2. 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 1. 3.2.

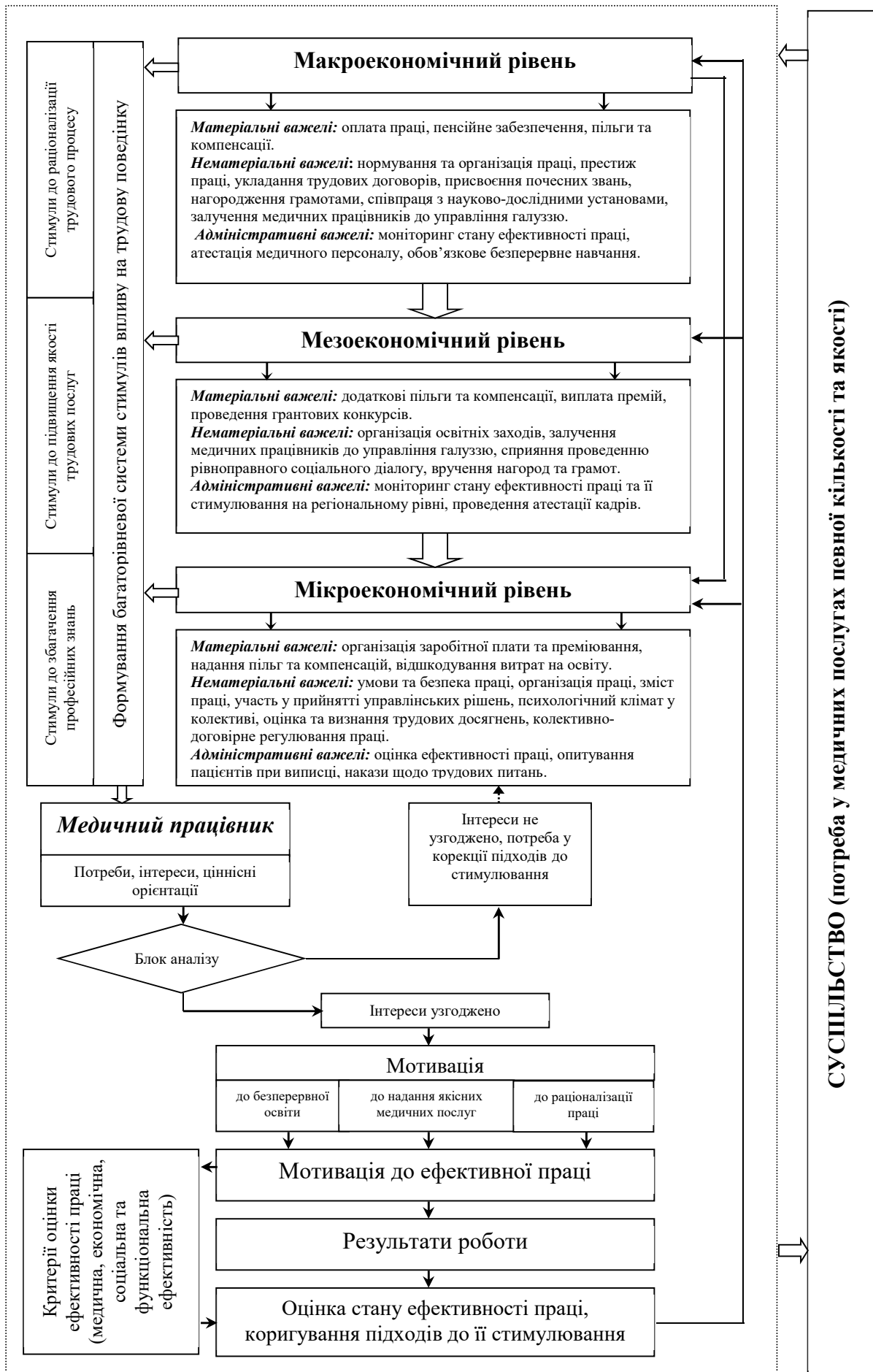


Рис. 3.2. Схема механізму стимулювання ефективної праці медичного персоналу

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, виходячи з соціально-економічного розвитку регіону, а також внесла часткові корективи в запропонований макроекономічний підхід до оплати праці медичного персоналу, активізувавши додаткові важелі впливу. . 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 самого медичного закладу: встановлення заробітної плати конкретним працівникам, встановлення доплат та надбавок тощо. 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 (див. рисунок 3.4). 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 (див. п. 3.2 магістерської роботи). 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 (див. п. 3.2 магістерської роботи), 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. Декілька рекомендацій щодо покращення заробітної плати та соціально-виробничих відносин у сфері охорони здоров'я Мені було дано в розділі 3.2 нашої магістерської 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 подяок 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 (див. п. 2.4 магістерської роботи), 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.

На думку авторів, виконання вищезазначених рекомендацій щодо вдосконалення механізмів, які мотивують медичний персонал до ефективної роботи, підвищить їх продуктивність та покращить здоров'я українського народу.

Висновок розділу 3

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; доплата за роботу на селі; 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.

Вивчення наукових праць вітчизняних та зарубіжних вчених дозволило розробити систему критеріїв та показників, на основі якої можна здійснювати багатоаспектну оцінку ефективності праці медичного персоналу одразу на чотирьох рівнях – макро-, мезо-, мікроекономічному та особистісному. Водночас, сформовано класифікацію факторів визначального впливу на ефективність праці у сфері охорони здоров'я, яка, на відміну від існуючих, враховує специфіку праці в медицині та дозволяє виявляти невикористані резерви підвищення ефективності праці медичних працівників.

5. Під стимулюванням ефективної праці медичного персоналу треба розглядати процес зовнішнього впливу (за допомогою матеріальних, нематеріальних та адміністративних важелів) на внутрішні установки персоналу (потреби, інтереси, ціннісні орієнтації) з метою трансформації останніх у напрямку узгодження особистих інтересів працівників з інтересами роботодавця та споживачів медичних послуг.

6. 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.

7. 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-договірного регулювання праці, слабкість соціального партнерства, відсутність дієвих стимулів нематеріального характеру.

8. Моніторинг стимулів до ефективної праці у сфері охорони здоров'я, проведений шляхом соціологічного опитування медичних працівників

Кіровоградської 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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. Волгин Н.А. Оплата труда: производство, социальная сфера, государственная служба (анализ, проблемы, решения). – М.: Изд-во «Экзамен», 2003. – 224 с.
2. Волгин Н. Современные модели оплаты труда: методика и рекомендации по внедрению. – М.: Юстицинформ, 1992. – 96 с.
3. Габцева Л.А. Экономика ЛПУ: экономическая эффективность и бизнес-планирование. – М.: Грантъ, 2001. – 184 с.
4. Гендлер Г.Х. Стимулирующая роль оплаты труда в социально-культурных отраслях. – М.: Экономика, 1988. – 208 с.
5. Генкин Б.М. Экономика и социология труда: Уч. – М.: Норма-Инфра, 1998. – 384 с.
6. Герасименко О.О. Вдосконалення структури заробітної плати як фактор мотивації творчої діяльності науковців // Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. науч. тр. – Донецк: ИЭП НАН Украины, 2001. – Т. 2. – С. 151–159.
7. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
8. Головтеев В.В., Калью П.И., Пустовой И.В. Основы экономики советского здравоохранения. – М.: «Медицина», 1974. – 199 с.
9. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української здоровоохорони. – Вінниця, 1996. – 100 с.
10. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ – Вінниця, 1997. – 328 с.
11. Государственное регулирование рыночной экономики / под ред. Абалкина Л., Грязнова А. и др. – М.: Изд. дом «Путь России», 2002. – 590 с.

12. Гриненко А.М. Соціальна справедливість як принцип і мотиваційна складова соціальної політики // Вісник Технологічного університету Поділля. – Хмельницький, 2003. – № 4. – Ч. 1. – Т. 1(52). – С. 95–99.
13. Грішнова О.А. Економіка праці та соціально-трудова відносина: Підручник. – К.: Знання, 2004. – 535 с.
14. Грішнова О.А. Людський капітал: формування в системі освіти і професійної підготовки. – К.: Знання, 2001. – 254 с.
15. Грішнова О.А. Людський розвиток: Навч. пос. – К.: КНЕУ, 2006. – 308 с.
16. 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, 2002. – 456 с.
17. Демографічна криза в Україні: причини та наслідки: Дослідження / Е.М. Лібанова, С.І. Пирожков, Н.С. Власенко та ін.; Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, Державний комітет статистики. – К., 2003. – 230 с.
18. Демографічна криза в Україні: Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / В. Стешенко (ред.); НАН України. Ін-т економіки. – К., 2001. – 560 с.
19. Деякі показники здоров'я та діяльності лікувально-профілактичних закладів Кіровоградської області за 2020 р. / Управління охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації. Обласний центр медичної статистики. – Кіровоград, 2006. – 180 с.
20. Дишловий І. Фактор здоров'я людей у відтворенні людського капіталу України // Економіка України. – 2004. – № 2. – С. 83–89.
21. Доклад о состоянии здоровья в мире 2000. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – Женева: ВООЗ, 2000. – 232 с.
22. Евсеев В.И. Некоторые аспекты методологии и методики измерения эффективности системы здравоохранения // Непроизводственная сфера в экономике развитого социализма: Тематич. сборник. – К.: Ин-т экономики АН УССР, 1980. – С. 42–50.

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, 2000. – 422 с.
24. Задорожный Г.В., Карпенко В.В., Тютюнникова С.В. Труд: проблемы управления и оплаты в транзитивной экономике. – Х.: ХИБМ, 1998. – 178 с.
25. Законодавство України про охорону здоров'я: Зб. нормативних актів / Відп. ред. В.Ф. Москаленко. – К.: Юрінком Інтер, 2000. – 526 с.
26. Занюк С.С. Психологія мотивації: Навч. пос. – К.: Либідь, 2002. – 304 с.
27. Заяць Т.А. Відтворення робочої сили України: регіональні проблеми / РВПС України НАН України. – Київ, 1996. – 100 с.
28. Здоровье–21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген, 1999. – 310 с.
29. Здоровье и здравоохранение в Нидерландах / Под ред. А.Й.П. Шрийверса. – К.: Сфера, 1998. – 324 с.
30. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990–1999 роках (статистично-аналітичний довідник) / Міністерство охорони здоров'я України. Центр медичної статистики. – К., 2000. – 205 с.
31. Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент: Уч. пос. / под ред. Чухно А.А. – Симферополь: Таврида, 2001. – 340 с.
32. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2006. – 512 с.
33. История экономических учений: Уч. пособие. / Под ред. В. Автономова, О. Ананьина, Н. Макашевой. – М.: ИНФРА–М, 2002. – 784 с.
34. Кадыров Ф.Н. Методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений – М.: «ГРАНТЪ», 2020. – 448 с.
35. Кадыров Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении (Материальное стимулирование специалистов различных подразделений и учреждений здравоохранения). – изд. 2-е, перераб., доп. – М.: «ГРАНТЪ», 2003. – 336 с.

36. Калина А.В. Организация и оплата труда в условиях рынка (аспект эффективности): Уч. пос. – 3-е изд., перераб. и доп. – К.: МАУП, 2001. – 312 с.
37. Каминская Т.М. Рынок медицинских услуг: опыт теоретико-институционального анализа. – Х.: ИПП «Контраст», 2006. – 296 с.
38. Камінська Т. Якість медичної освіти як фактор конкурентноздатності українських лікарів // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 6. – С. 41–44.
39. Капустин Е.И. Качество труда и заработная плата. – М.: «Мысль», 1964. – 333 с.
40. Карамисhev Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): Монографія. – Х.: Вид-во ХарPI НАДУ „Магістр”, 2004. – 304 с.
41. Карлін М.І. Стимулювання праці в перехідній економіці. – Луцьк: Редакційно-видавничий відділ ВДУ ім. Л. Українки, 1997. – 170 с.
42. Ким М.Н. Трудовой потенциал: формирование, использование, управление: Уч. пос. – Х, 2003. – 250 с.
43. Классика экономической мысли / В. Петти, А. Смит, Д. Риккардо, Д. Кейнс, М. Фридмен. – М.: Экмо-Пресс, 2000. – 896 с.
44. Ковжарова Е.В. Організаційно-економічні основи системи охорони здоров'я України: Дис. ... канд.. ек. наук: 08.09.01. – К., 2004. – 213 с.
45. Ковжарова Е. Особливості застосування найбільш поширених моделей фінансування системи охорони здоров'я. Практичні висновки для України // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 7. – С. 31–38.
46. Козак В.Е., Данилюк З.З. К вопросу о применении категории „эффективность” в непроеизводственной сфере // Непроизводственная сфера в экономике развитого социализма: Тематич. сборник. – К.: Ин-т экономики АН УССР, 1980. – С. 3–10.
47. Колот А.М. Мотивація персоналу: Підручник. – К.: КНЕУ, 2002. – 337 с.
48. Колот А.М. Соціально-трудоу відносини: теорія і практика регулювання: Монографія. – К.: КНЕУ, 2004. – 230 с.

49. Корчагин В. Индикаторы человеческого развития: демографический аспект // Проблемы прогнозирования. – 1996. – Вып. 5. – С. 115–119.
50. Костин Л.А. Повышение эффективности труда в новых условиях хозяйствования. – М.: «Мысль», 1971. – 287 с.
51. Крамаренко В.І. Механізм функціонування економічних відносин в здравоохрані. – Сімферополь: Таврида, 1997. – 153 с.
52. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994. – 304 с.
53. Куликов Г.Т. Мотивация труда наемных работников: Монография / Отв. ред. Д.П. Богиня. – К.: Институт экономики НАН Украины, 2002. – 339 с.
54. Куліков Г.Т. Реформа заробітної плати і мотивація праці // Формування ринку праці і реформа заробітної плати в Україні: Зб. наук. пр. – К.: Ін-т економіки НАН Укр., 1995. – С. 25–29.
55. Кунельский Л.Э. Заработная плата и стимулирование труда (социально-экономический аспект). – М.: Экономика, 1981. – 248 с.
56. Куценко В.И. Сфера воспроизводства здоровья населения: социально-экономический и региональный аспект. – К.: Наукова думка, 1994. – 224 с.
57. Куценко В.І., Удовиченко В.П., Остафійчук Я.В. Соціальна держава (проблеми теорії, методології, практики): Монографія / За ред. В.І. Куценко. – К.: „Заповіт”, 2003. – 228 с.
58. Куценко В.І., Трілленберг Г.І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: Монографія. – К, 2020. – 366 с.
59. Лагутін В.Д. Політика заробітної плати у стратегії економічної стабілізації: Монографія. – Луцьк: „Вежа”, 2000. – 109 с.
60. Лагутін В.Д. Реформа оплати праці стимулюючого типу в Україні: теорія, концепція, практичні рекомендації і пропозиції: Монографія. – Луцьк: „Вежа”, 2000. – 241 с.
61. Лич В.М. Трудовой потенциал: теория і практика відтворення: Монографія. – К.: Науковий світ, 2003. – 313 с.

62. Лібанова Е.М. Перспективи трансформації соціальної сфери України // Демографія та соціальна економіка. – 2004. – № 1–2. – С. 45–51.
63. Лукашевич Н.П. Социология труда: Уч. пособие. – К.: МАУП, 2001. – 320 с.
64. Людський розвиток в Україні: 2003 рік. Щорічна науково-аналітична доповідь / За ред. Е.М. Лібанової. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2004. – 290 с.
65. Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров'я. – Київ: Основи, 1998. – 320 с.
66. Макарова О.В. Державні соціальні програми: теоретичні аспекти, методика розробки та оцінки: Монографія. – К.: Ліра-К, 2004. – 328 с.
67. Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития: Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. – Минск, 2001. – 224 с.
68. Маргунова В.И. Здравоохранение в системе народнохозяйственных отношений региона // Вісник Технологічного університету Поділля. – Хмельницький, 2001. – № 2. – Ч. 3 (32). – С.202–203.
69. Маркс К. Капітал: Критика політичної економії. – К., 1982. – 932 с.
70. Менеджмент в охороні здоров'я // за ред. С.М. Шортела, А.Д. Калюжного; Пер. з англ. Л. Тараруха. – К.: Основи, 1998. – 560 с.
71. Методические рекомендации по организации оплаты и стимулирования труда на предприятиях с разными формами собственности / под ред. В.Ф. Андриенко. – К.: «Праця», 1997. – 144 с.
72. Народне господарство України у 1992 р.: Стат. збірник / Міністерство статистики України; Відп. за випуск В.В. Савченко. – К., 1993. – 464 с.
73. Народне господарство Української РСР у 1987 році: Стат. щорічник / відп. за вип. В.В. Савченко. – К.: Техніка, 1988. – 463 с.
74. Народне господарство УРСР (статистичний довідник) / за ред. Асаткіна. – К.: Державне видавництво „Народне господарство і облік”, 1935. – 664 с.
75. Немова Л.А. Экономика и социальная сфера Канады в начале XXI века // США. Канада: экономика, политика, культура. – 2004. – № 7. – С. 113–127.

76. Непроизводственная сфера в условиях перехода к рыночной экономике / Отв. ред. В.Н. Новиков. – К.: Наукова думка, 1993. – 198 с.
77. Новиков В.Н. Об экономической природе отношений непроизводственной сферы // Непроизводственная сфера в экономике развитого социализма: Тематич. сборник. – К.: Ин-т экономики АН УССР, 1980. – С. 10–16.
78. Новиков В.Н. Совершенствование экономического механизма в непроизводственной сфере (вопросы теории и практики). – К.: Наукова думка, 1986. – 198 с.
79. Новіков В.М. Мінімальна заробітна плата: проблеми вирішення // Трансформаційні процеси у соціальній сфері: Зб. н. пр. – К.: Ін-т економіки НАН України, 2003. – С. 4–12.
80. Новіков В.М. Оплата праці в бюджетних організаціях потребує вдосконалення // Праця і зарплата. – 2003. – № 1 (341). – С. 2–3.
81. Новіков В.М. Оплата праці у бюджетній сфері: сучасний стан і перспективи // Механізми регулювання соціальної сфери: Зб. н. пр. – К.: Інститут економіки НАН України, 2002. – С. 4–7.
82. Новіков В.М. Організація і розвиток соціальної сфери (зарубіжний і вітчизняний досвід). – К.: Інститут економіки НАН України, 2000. – 246 с.
83. Новожилов В.В. Измерение затрат и результатов. – М.: Экономика, 1967. – 376 с.
84. Онікієнко В.В. Удосконалення соціально-трудоких відносин як важлива умова забезпечення людського розвитку // Демографія та соціальна економіка. – 2004. – № 1–2. – С. 102–109.
85. Оплата труда в бюджетной сфере: Уч. пособие // под ред. Н.А. Горелова, Г.Х. Гендлера. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2001. – 86 с.
86. Оплата труда в учреждениях бюджетной сферы / Гендлер Г.Х., Ведерникова Н.И. – СПб.: Питер, 2003. – 416 с.
87. Оплата труда работников бюджетной сферы // О. Фролов. – М., 1998. – 144 с.

88. Организация, нормирование и оплата труда: Уч. пос. / А.С. Головачев, Н.С. Березина, Н.Ч. Бокун и др.; Под общ. ред. А.С. Головачева. – М.: Новое знание, 2004. – 496 с.
89. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / під ред. В.М. Лехан. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2002. – 248 с.
90. Орлов С.В. Человек и его потребности: Уч. пособие. – СПб.: Питер, 2006. – 160 с.
91. Осовий Г. Питання реформи оплати праці в Україні в контексті реалізації Плану дій щодо євроінтеграції // Україна: аспекти праці. – 2020. – № 3. – С. 3–11.
92. Охорона здоров'я в Україні: Стат. зб. – Київ: Держкомстат України, 2001. – 271 с.
93. Охорона здоров'я України: результати діяльності (щорічна доповідь, 1999 рік). – К., 2000. – 512 с.
94. Паламарчук В.О., Філатов В.М. Соціально-економічні проблеми охорони здоров'я: Монографія. – Х.: Вид-во НФАУ, 2001. – 192 с.
95. Панина Н.В. Технология социологического исследования. – К., 1998. – 270 с.
96. Петрова І. Оплата праці в мотиваційній системі сучасного підприємства // Україна: аспекти праці. – 2001. – № 7. – С. 22–27.
97. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я – <http://medstat.gov.ua>
98. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Монографія. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.
99. Ракоти В. Дифференциация в оплате труда: ее меры и пределы // Человек и труд. – 2002. – № 1. – С. 77–83.
100. Регіональні проблеми формування трудового потенціалу і шляхи їх вирішення: Монографія / Н.Д. Лук'янченко, В.П. Антонюк, Л.В. Шаульська та ін. / МОН України. Донецький національний ун-т; НАН України. Ін-т економіки промисловості. – Донецьк, 2004. – 340 с.

101. Ржаницына Л.С. Повышение оплаты труда бюджетников объективно необходимо // Человек и труд. – 2002. – № 5. – С. 78–81.
102. Роль непроизводственной сферы в социалистическом расширенном воспроизводстве / В.Е. Козак, В.Н. Новиков, Л.Т. Верховодова и др. – К.: Наукова думка, 1982. – 287 с.
103. Рудень В.В. Страхова медицина і медичне страхування: Навч. пос. – Львів: Обл. книжкова друкарня, 1999. – 304 с.
104. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: Уч. пос. – М.: МЦФЭР, 2004. – 656 с.
105. Семикіна М.В. Індикатори економічної та соціальної ефективності мотивації праці // Актуальні проблеми економіки. – 2004. – С. 180–189.
106. Семикіна М.В. Мотивація конкурентоспроможної праці: теорія та практика регулювання. – Кіровоград: Пік, 2003. – 426 с.
107. Слезингер Г.Э. Труд в условиях рыночной экономики: Уч. пособие. – М.: ИНФРА-М, 1996. – 336 с.
108. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. – М.: Изд-во Социально-экономической литературы, 1962. – 682 с.
109. Соколик М.П. Мотивації до підвищення оплати праці в Україні в макроекономічних тенденціях і пропорціях // Вісник Технологічного університету Поділля. – Хмельницький, 2003. – № 4. – Ч. 1 (52). – С. 76–82.
110. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
111. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Вардинець І.С., Тарасюк В.С., Семків М.П., Козаков Г.К. – Тернопіль: Лілея, 2002. – 152 с.
112. Соціальні наслідки економічних трансформацій в Україні (регіональний аспект) / В.І. Куценко, Л.Г. Богущ, І.В. Опалова. – Київ, 1998. – 49 с.
113. Державна служба статистики України - ukrstat.gov.ua
114. Тейлор Ф.У. Научная организация труда. – М.: Транспечать, 1925. – 179 с.

115. Тимофеев 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, 1999. – С. 114–119.
116. Трушкина Л.Ю., Гленцеришев Р.А., Трушкин А.Г., Дем'янова Л.М. Экономика и управление здравоохранением: Уч. пособие. – Ростов-на-Дону: Феликс, 2003. – 384 с.
117. Туган-Барановский М.И. Социальные основы кооперации. – М.: Экономика, 1989. – 496 с.
118. Україна: Звіт з людського розвитку 2003. – К., 2004. – 136 с.
119. Україна у цифрах у 2003 році: Короткий статистичний довідник / Державний комітет статистики України; За ред. О.Г. Осауленка. – К., 2004. – 262 с.
120. Управление людскими ресурсами здравоохранения: Доклад Комитета экспертов ВООЗ. – Женева, 1991. – 65 с.
121. Филатов В.И., Гаврилов В.А. Доплаты и надбавки к должностным окладам работников учреждений здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 3. – С. 32–34.
122. Червінька Л.П. Оплата праці в системі мотиваційного механізму. – Київ, 2000. – 80 с.
123. Чухно А.А. Постіндустріальна економіка: теорія, практика та їх значення для України. – К.: Логос, 2003. – 631 с.
124. Шамшурина Н.Г. Экономика лечебно-профилактического учреждения. – М.: МЦФЭР, 2001. – 278 с.
125. Швец И.Б., Чумаченко Е.В. Экономические основы формирования средств на оплату, стимулирование труда и социальную компенсацию / НАН Украины. Институт экономики промышленности. – Донецк, 2001. – 240 с.
126. Шевченко А.Ф. Ефективність праці та фактори її підвищення при переході до ринкової економіки. – Кам'янськ-Шахтинськ: „Станіца”, 1994. – 110 с.
127. Шипова В.М., Дзукаев О.А., Антонова О.А. Экономическая оценка стандартов объема медицинской помощи / под ред. О.П. Щепина. – М.: «ГРАНТЪ», 2002. – 224 с.

128. Шутов М.І. Актуальні проблеми реформування економіки України: Навч. пос. – Одеса: Юридична література, 2004. – 392 с.
129. Шутов М.М. Экономические основы рыночного здравоохранения / НАН Украины. Ин-т экономико-правовых исследований. – Донецк: ВИК, 2002. – 294 с.
130. Щербаков А. Совершенствование форм мотивации труда – необходимое условие роста его производительности // Человек и труд. – 2004. – № 12. – С. 50–55.
131. Экономика здравоохранения: Уч. пособие / Под общ. ред. А.В. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 272 с.
132. Экономика труда: социально-трудовые отношения / Под ред. Н.А. Волгина, Ю.Г. Одегова. – М.: „Екзамен”, 2003. – 736 с.
133. Экономия труда: Формы осуществления и пути ускорения / В.Ф. Андриенко, В.К. Врублевский, М.И. Долишний, Ю.Н. Пахомов, В.П. Фокин и др. – К.: Наукова думка, 1984. – 343 с.
134. Юхименко П.І., Леоненко П.М. Історія економічних учень: Підручник. – К.: Знання, 2020. – 583 с.
135. Яковлев Р.А. Оплата труда в организации. – М.: МЦФЭР, 2003. – 448 с.
136. Adam O.B., Hirschfeld M. Human resources for health – challenges for the 21st century // World Health Statistics Quarterly. – 1998. – № 1 (vol. 51). – P. 28–32.
137. Allin S., Mossialos E., McKee M., Holland W. Making decisions on public health: a review of eight countries. – Geneva: WHO, 2004. – 242 p.

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 Б

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 щирю вдячність за участь в анкетуванні!