

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра: менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему: «Кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я (на матеріалах
комунального некомерційного підприємства «Старосинявський центр
первинної медико-санітарної допомоги»)»

Виконала:

студентка магістратури за спеціальністю
073 Менеджмент за заочною формою
навчання

Надія Олександрівна АНАНЬЄВА

Науковий керівник:

доцент кафедри менеджменту, фінансів,
банківської справи та страхування, к.е.н.,
доцент

Андрій Валерійович КОРЮГІН

Рецензент:

головний лікар КНП «Старосинявська
ЦРЛ», к.мед.н.

Віталій Миколайович МАКОГОНСЬКИЙ

АНОТАЦІЯ

Ананьєва Н.О. - Кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я (на матеріалах комунального некомерційного підприємства «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги»)

Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 073 Менеджмент.

У даній роботі розглядаються теоретичні аспекти кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я, методичні аспекти його оцінки та закордонний досвід. Визначено, що кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я представляє собою інтегральну сукупність можливостей персоналу до трудової активності, під якою розуміється його спроможність до відповідальної, продуктивної праці, до опанування нових знарядь праці, технології та способів трудової діяльності, до вдосконалення своєї професійної майстерності.

Охарактеризовано основні показники діяльності КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги» та визначено, що структура підприємства за типом є лінійно-функціональною, що передбачає наявність двох типів зв'язків: безпосередньо підпорядкування (лінійні зв'язки) та функціональної взаємодії (функціональні зв'язки між лікарським та середнім медичним персоналом, клініко-діагностичним та інформаційно-аналітичним відділом). Дослідження структури та руху персоналу засвідчило недостатньо ефективне використання трудових ресурсів, що підтверджується високими показниками плинності кадрів за останній рік, зокрема звільнення переважної частини вибулих з підприємства за власним бажанням, також варто відзначити незначну кількість працівників, прийнятих на роботу, підтверджують необхідність перегляду умов праці персоналу.

Визначено, що першочерговим завданням керівництва медичного закладу виступає створення середовища, що підтримує незалежний професійний розвиток кожного фахівця (не тільки лікарів) та постійну мотивацію у формі стимулів та процесів стимулювання бажаної з точки зору стратегії підприємства поведінки працівників. Запропоновано запровадити модель управління кадровим забезпеченням, яка передбачає аналіз, вибір цілей та

стратегій кадрового забезпечення, створення умов та реалізацію кадрового забезпечення, його оцінку та контроль.

Ключові слова: кадрове забезпечення, персонал, охорона здоров'я, мотивація, управління кадровим забезпеченням.

SUMMARY

Ananieva N.O. - Human resources of the healthcare institution (on the materials of the municipal non-commercial enterprise "Starosynyavsky center" first of the first)

Master'sDegreeProgramforMaster'sDegreeinspecialty 281
Publicmanagementandadministration.

This paper considers the theoretical aspects of staffing a health care institution, methodological aspects of its evaluation and foreign experience. . The study of the structure and movement of staff showed insufficient use of labor resources, as evidenced by high staff turnover in the last year, including the dismissal of the majority of retirees at will, it is also worth noting a small number of employees confirming the need to review working conditions. It is proposed to introduce a model of personnel management, which provides for the analysis, selection of goals and strategies of staffing, creation of conditions and implementation of staffing, its evaluation and control.

Key words: staffing, staff, health care, motivation, personnel management.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Поняття та роль кадрового забезпечення в розвитку медичних установ.....	8
1.2. Закордонний досвід кадрового забезпечення медичної сфери.....	14
1.3. Методичні аспекти оцінювання кадрового забезпечення.....	20
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КНП «СТАРОСИНЯВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ».....	25
2.1. Загальна характеристика закладу охорони здоров'я	25
2.2. Оцінка кадрового забезпечення КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги».....	35
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КНП «СТАРОСИНЯВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ».....	43
3.1. Розробка нових мотиваційних підходів кадрового забезпечення	43
3.2. Напрями удосконалення кадрового забезпечення КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги».....	51
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ.....	69

ВСТУП

Становлення України як демократичної, правової, соціальної держави з соціально орієнтованою економікою, її європейська та євроатлантична інтеграція передбачають формування та розвиток висококваліфікованого корпусу фахівців у сфері охорони здоров'я як у медичних закладах, так і в органах влади - практиків та науковців, державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування.

В умовах глобалізаційних процесів освіченість, інтелект, творчий потенціал особистості стають основною продуктивною силою, визначальною передумовою розвитку закладів охорони здоров'я. Тільки високоосвічена людина здатна вільно орієнтуватися у реаліях та імперативах сучасного світу та має можливість забезпечити оптимальну віддачу для себе і суспільства. Гостра і нагальна потреба у таких фахівцях диктує необхідність нових підходів підходу до кадрового забезпечення всіх сфер суспільного життя України, у тому числі й сфери охорони здоров'я. Основною лінією у підготовці медичних працівників стає їх подальша професіоналізація і дієздатність, створення системи формування кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я в межах єдиної кадрової політики України з урахуванням викликів, які постають перед галуззю в умовах європейської інтеграції.

Без сумніву, сьогодні проблеми кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я займають провідне місце у дослідженнях таких вітчизняних науковців, як Короленко В.В [27], Носуліч Т.М [35], Ровенська В.В. [48], Савіна Т.В [50], Третяк О.П [56] та багатьох інших.

Проте, незважаючи на широкий спектр зазначених вище й низки інших наукових праць, теоретичні та практичні аспекти кадрового забезпечення медичними працівниками в умовах європейської інтеграції України досліджені недостатньо. Саме відсутність теоретичних розробок із означеної проблеми і спонукала до виконання цього дослідження.

Мета та завдання роботи. Мета магістерської роботи полягає в розробці теоретичних положень та практичних рекомендацій щодо розробки напрямів кадрового забезпечення КНП «Старосинявський центр первинної медико-

санітарної допомоги». Відповідно до зазначеної мети поставлені наступні завдання дослідження:

- розкрити поняття та роль кадрового забезпечення в розвитку медичних установ;
- проаналізувати закордонний досвід кадрового забезпечення медичної сфери;
- розглянути методичні аспекти оцінювання кадрового забезпечення;
- дати характеристику основній діяльності КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги»;
- провести оцінку кадрового забезпечення підприємства;
- обґрунтувати напрями удосконалення управління маркетинговою діяльністю підприємства.

Об'єкт дослідження – кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні основи та практичні аспекти кадрового забезпечення КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Методи дослідження. Теоретичною і методологічною основою магістерської роботи є дослідження вітчизняних вчених та фахівців з питань кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я.

У процесі написання магістерської роботи використано такі методи:

- системного підходу до оцінки операційно-господарської діяльності підприємства;
- аналізу та синтезу – для обґрунтування сутності та складових кадрового забезпечення підприємства;
- структурно-логічного групування для побудови структурно-логічних моделей управління кадровим забезпеченням на підприємстві;
- економіко-статистичні методи при дослідженні сучасного стану кадрового забезпечення КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Інформаційною базою дослідження були підручники, наукові праці вітчизняних вчених, у яких висвітлюються методологічні основи кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я, нормативні документи, дані статистичної та фінансової звітності КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Практична значущість одержаних результатів полягає в тому, що запропоновані заходи щодо удосконалення кадрового забезпечення досліджуваного підприємства можуть бути використані у його практичній діяльності.

Апробація результатів дослідження. Окремі положення роботи були висвітлені на IX Міжнародній науковій та практичній конференції «SCIENCE AND PRACTICE OF TODAY» (Анкара, Турція, 16-19 листопада 2020 р.).

Структура роботи. Відповідно до мети та завдань дослідження робота складається зі вступу, 3 розділів, 7 підрозділів, висновків, списку використаних джерел із 66 найменувань та додатку. Загальний обсяг роботи 59 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ

1.1. Поняття та роль кадрового забезпечення в розвитку медичних установ

Сучасний стан та перспективи розвитку кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні відображають дійсні політичні та соціально-економічні процеси, такі як демократизація суспільства, євроінтеграція України; глобальні структурні процеси в економіці; зниження рівня якості життя населення; негативні тенденції у демографічній політиці; погіршення стану здоров'я населення; низький рівень економічної ефективності використання ресурсів охорони здоров'я, неадекватна система оплати праці лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я; диспропорції в розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги; екологічні проблеми тощо.

Більшість країн світу на сучасному етапі свого розвитку змушені вирішувати актуальні проблеми у сфері охорони здоров'я, обумовлені демографічними і епідеміологічними зрушеннями, продовженням біполярного соціально-економічного розвитку, вичерпністю ресурсів, зростаючими потребами людей та, як наслідок, розвиток технологій. Тому світова громадськість звертає увагу керівників держав на розвиток системи охорони здоров'я, закликає до впровадження державних програм покращення здоров'я населення та доступності медичних послуг [50, С. 94].

Нині одним з головних критеріїв для розвитку підприємств, зокрема у медичній сфері, виступає кадрове забезпечення. Конкурентоспроможність компанії у сфері медичних послуг залежить від кваліфікації та мотивації персоналу, організації роботи команди, саморозвитку за рахунок навчання. Ефективне кадрове забезпечення може дозволити бути лідером на ринку, проте кадрові низької кваліфікації або ініціативи можуть призвести до негативних результатів діяльності підприємства, а в крайніх випадках до припинення роботи.

Персонал підприємства виступає головним його ресурсом, від ефективності використання якого значною мірою залежать результати діяльності підприємства та його конкурентоспроможність. Працівники є джерелом руху матеріально-речових елементів виробництва, створюють продукт, вартість та забезпечують отримання прибутку.

Кадрове забезпечення представляє собою комплекс дій, спрямованих на пошук, оцінювання і встановлення заздалегідь передбачених відносин з робочою силою як у самому закладі охорони здоров'я – для подальшого просування кар'єрними сходами, так і поза його межами – для нового найму тимчасових або постійних працівників.

Метою кадрового забезпечення у глобальному аспекті виступає залучення до роботи на усіх вільних економічних робочих місцях у країні працівників, здатних виконувати свої посадові обов'язки на рівні, що відповідає очікуванням роботодавців, тобто недопущення тимчасової чи довготривалої нестачі кадрів в організаціях або на підприємствах.

До основних складових кадрового забезпечення відносять наступні (рис. 1.1):

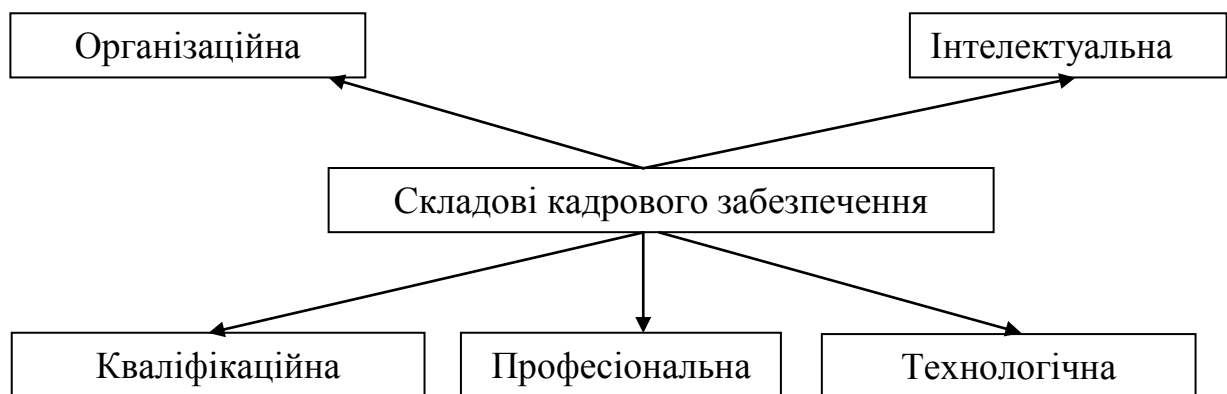


Рис. 1.1. Складові кадрового забезпечення підприємства

Примітка. Складено за [65]

інтелектуальна, кваліфікаційна, професіональна, технологічна та організаційна складова. Організаційна складова кадрового забезпечення підприємства передбачає високий рівень організації та культури праці, відображається у чіткості, ритмічності, погодженості трудових зусиль і високого ступеня задоволеності працівників своєю працею. Організаційна

складова кадрового забезпечення як сукупність факторів визначає ефективність функціонування трудового колективу як системи в цілому та кожного працівника окремо, і це пов'язано з ефективним використанням кадрового потенціалу [47, С. 163].

В свою чергу, вплив технічних і технологічних факторів на чисельність і склад кадрового забезпечення буде відбуватися через зрушення в обсягах та змісті виконуваних функцій. Фактори зовнішнього середовища, зокрема соціальні, політичні і демографічні здійснюють вплив на кількісні і якісні характеристики кадрів. Якісна характеристика кадрового забезпечення відображає розвиток особистого фактору виробництва, який включає в себе здатність і схильність менеджера до праці, його стан здоров'я, тобто є відображенням психологічного і фізичного потенціалу; з сукупністю як загальних, так і спеціальних знань, трудових навичок і умінь, що визначають здатність до праці визначеної кваліфікації; з свідомістю відповідальності, рівнем соціальної зрілості та ідейної переконаності, інтересів і потреб. Кадрове забезпечення можна розглядати в статичі і динаміці, тобто з позиції сучасного рівня розвитку, а також тенденцій або прогнозів його подальшого розвитку й удосконалення. Дослідження потенційного і фактично досягнутого рівня розвитку використання можливостей працівників відображає величину невикористаних резервів. Виходячи з визначення сутності кадрового забезпечення, можна представити його внутрішню структуру і визначити його якісні і кількісні характеристики.

Організація кадрового забезпечення вимагає застосування різних методів, стратегії, забезпечення умов праці, інформаційної підтримки, підбору персоналу, забезпечення його підвищення кваліфікації, аналізу стану кадрового забезпечення. Ефективне кадрове забезпечення сприяє розвитку всього підприємства. Воно є фактором формування більш досконалого стану, появи нової якості, що спричинює зміни системи. Тому правильне кадрове забезпечення сприяє продукуванню нової якості та зміні застарілим елементам системи або її в цілому [40, С. 108].

При цьому застосовують широкий спектр сучасних методів: екстраполяція, експертні оцінки, Делфі, комп'ютерне моделювання, складання балансів, впровадження нормативів, математико-статистичні, номенклатурний (на основі насиченості) та Розенкранца (на основі управлінських норм). Методи та принципи дозволяють організації сформувати гарні умови праці, оскільки присутність чіткого плану дає розуміння, що їй очікувати в майбутньому, а відповідно досягається економія часу та коштів.

Застосування тільки кількісного або якісного підходу не забезпечить ефективного дослідження кадрового потенціалу. Він відображає кількісні як ресурсні та якісні як психофізіологічні, творчі, кваліфікаційні характеристики, тобто має кількісну і якісну структуру.

Тому кадрове забезпечення поєднує в собі кількісно-якісні властивості. Якість будь-якого об'єкта може описуватися за допомогою його кількісних характеристик, тому ключовим для осмислення кадрового потенціалу працівника є поняття «ступінь». Підхід до кадрового забезпечення як ступеня можливостей та певних здатностей особистості, які вона реалізує у трудовій поведінці, дозволяє застосувати моделювання. Модель створює наступні можливості: 1) вимірювання характеристик конкретного працівника; 2) фіксація результатів дослідження кадрового забезпечення (психологічні, соціологічні, статистичні) і опис їх завдяки науковим поняттям, пояснення, розкриття їх сутності; 3) перевірка практичної необхідності наявних знань і вмінь працівника, прогнозування та оцінка його майбутнього стану [65].

Типовими недоліками кадрового забезпечення системи охорони здоров'я у світі є наступні [50, С. 95]:

- негативні тенденції демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);

- збереження застарілих традиційних підходів щодо підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не відповідають сучасним вимогам системи охорони здоров'я;

- неоднорідність географічного розподілу і професійної структури працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер);

- нерівномірний розподіл фахівців — між загальною практикою і вузькими спеціалістами; забезпечення кадрами у медичній сфері на селі та у місті);

- відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб у кадрових ресурсах охорони здоров'я.

В Україні виділяють такі проблеми кадрового забезпечення охорони здоров'я:

- скорочення чисельності медичних працівників (як лікарів, так і працівників середньої ланки);

- неукомплектованість посад як лікарів, так і середнього медичного персоналу (відсоток укомплектованості лікарями становив 80,6 %, при цьому відсоток укомплектованості лікарями обласних лікарень — 85,1%, міських — 77,8 %, центральних районних лікарень — 76,2 %, дільничних — 71,3 %, селищних лікарських амбулаторій — 69,2%);

- регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями);

- незадовільна ситуація з кадровим забезпеченням управлінської ланки сфери охорони здоров'я, яка характеризується не стільки браком фізичних осіб-управлінців, скільки рівнем їхньої підготовки.

В медичній галузі України дуже малий відсоток підготовлених менеджерів з охорони здоров'я, фахівців з державного управління охороною здоров'я, адже управлінські посади у сфері охорони здоров'я повинні займати особи, які пройшли відповідну підготовку з питань економіки, фінансування, державного управління тощо [53];

- значне зниження якості кадрів системи охорони здоров'я України, яке проявляється у низькій конкурентоспроможності випускників вищих медичних навчальних закладів України та збільшенням числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та

трудової міграції (щорічно з України за кордон виїжджають понад 6 тис. медиків) [56, С. 332].

З урахуванням усього вищезазначеного, варто зауважити, що проблеми кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я містять у собі низку таких ризиків:

- розпорошення і неадекватне використання державного фінансування;
- відхід від соціально орієнтованих принципів державної політики у сфері охорони здоров'я та повна комерціалізація української медицини;
- погіршення медико-демографічної ситуації в країні [58, С. 185].

Таким чином, кадрове забезпечення підприємства - це система складових частин індивідуальних трудових потенціалів окремих працівників. Уже саме об'єднання працівників у єдиний і плановірно організований процес праці породжує ефект колективної праці, що перевершує суму сил працівників, що діють індивідуально. Розвиток персоналу - багатогранне і складне поняття, що охоплює широке коло взаємозалежних психологічних, педагогічних, соціальних і економічних проблем. Виходячи з вищевикладеного можна визначити, що кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я представляє собою інтегральну сукупність можливостей персоналу до трудової активності, під якою розуміється його спроможність до відповідальної, продуктивної праці, до опанування нових знарядь праці, технології та способів трудової діяльності, до вдосконалення своєї професійної майстерності. Таким чином, носієм кадрового забезпечення, враховуючи стадії його формування, розвитку, використання, є персонал підприємства без обмеження його вікових рамок, освітнього рівня розвитку, професіоналізму та кваліфікації.

Як об'єкт управління персоналом, кадрове забезпечення може істотно вплинути на результати діяльності підприємства за умови, що всі складові елементи технології роботи з персоналом – набір, вибір, адаптація, кар'єрне просування, оцінка результатів праці, сучасні форми мотивації і організації праці, поєднані у цілісну програму, яка є невід'ємним елементом стратегії управління персоналом підприємства.

1.2. Закордонний досвід кадрового забезпечення медичної сфери

У світовій практиці виділяють два основні підходи до схем підготовки фахівців для сфери охорони за структурою і тривалістю:

- європейський, який передбачає вступ на медичний факультет університету чи до медичного вишу після школи;
- американський, який передбачає двоступеневу вищу освіту (базовий коледж і професійна медична школа).

У більшості країн світу повний цикл навчання майбутніх лікарів складає 6 років. Випускники після закінчення навчання отримують диплом і їм присвоюють лікарське звання, встановлене у цій країні (лікар, бакалавр медицини, ліценціат медицини, кандидат медицини тощо). Проте, самостійна лікарська практика у більшості країн дозволена після обов'язкового навчання в інтернатурі [27, С.32].

Сучасна інтернатура як форма післядипломної медичної освіти розглядається як широко профільне клінічне стажування випускників медичних шкіл в університетських клініках і навчальних лікарських центрах з метою підготовки їх до майбутньої самостійної лікарської діяльності.

Подальша спеціалізація лікарів у США, Великобританії і Швеції проходить у різній професійній організаційній формі [33]. Ті країни, що дозволяють займатися загальною лікарською практикою після отримання диплому вищої медичної школи, передбачають подальшу професійну підготовку лікарів через їх участь в різних програмах удосконалення крім інтернатури. Іспанія передбачає проходження первинної спеціалізації через інтернатуру за профілем основної спеціальності. Більш вузька спеціалізація у рамках відповідного профілю (повторна спеціалізація) здобувається в резидентурі [64].

Медичну освіту Німеччини вважають класичним зразком європейських країн. Більшість медичних факультетів функціонують у структурі університетів. Державні структури здійснюють контроль за сферою охорони здоров'я.

Мінімальна обов'язкова тривалість медичного навчання у Німеччині - 6 років, у тому числі 2 роки доклінічного навчання і 4 роки клінічного навчання (1 рік - клінічне теоретичне навчання, 2 роки - клінічне практичне навчання, 1 рік - клінічний тренінг). Потім необхідно відпрацювати практику щонайменше 18 міс в акредитованій лікарні. Обов'язковий характер мають змісти доклінічної та клінічної стадій підготовки. Крім обов'язкових дисциплін студентимають систематичну можливість прослуховувати додаткові факультативні лекції [58, С. 187].

Кожна стадія по завершенню передбачає державний іспит - доклінічний іспит, який приймає відповідна федеральна екзаменаційна рада після успішного проходження усіх обов'язкових предметів протягом 4 семестрів. Іспит складається з письмового тесту із завданнями широкого вибору, усної частини і трьох клінічних іспитів.

Університети та медичні школи у Німеччині не здійснюють нагляд за післядипломною медичною освітою, тобто спеціалізацією [60]. Проходження післядипломної медичної освіти визначається власним національним представницьким органом лікарів та організаціями лікарів у федеральних землях відповідно на кожному конкретному рівні. Це сприяє тому, що післядипломна медична освіта не обмежується університетськими клініками, а переважно проходить у лікарнях і багатьох інших місцях роботи лікарів - приватних клініках, дослідницьких інститутах, центрах професійного здоров'я тощо (за умови, що в цих установах є кваліфікований лікар, уповноважений на проведення післядипломної медичної освіти зі своєї спеціальності).

Програм післядипломної медичної освіти не існує і, відповідно, немає чітко визначеної кількості місць для майбутньої спеціалізації. Якщо лікар планує отримати певну спеціальність, він може відпрацювати за цією спеціальністю певний період часу (найкоротший термін складає 3 роки для сімейної медицини). Іноді цей термін може бути присвячений моно-спеціальності, іноді як обов'язкове (або факультативне) може бути навчання за спорідненою спеціальністю (наприклад, рік післядипломної медичної освіти з психіатрії є обов'язковим для спеціалізації з неврології) [35].

Щоб отримати бажану спеціалізацію претендент повинен додатково виконати певний затверджений перелік діагностичних і лікувальних процедур, характерних для вибраної спеціальності, а також прослухати певні теоретичні або практичні курси і скласти іспит за фахом.

Національна система медичної освіти, що склалася у Великій Британії, має свою специфіку і тому є зразком так званої традиційної британської системи професійної лікарської підготовки. В організаційному плані ця система має досить складну багатоступеневу структуру, яка в основному служить для післядипломної професійної підготовки (спеціалізації) лікарів.

Випускнику медичного факультету університету з отриманням диплому лікаря одночасно присвоюється університетський ступінь бакалавра медицини і бакалавра хірургії (MBBS - Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery) [64]. Це виступає підставою для попередньої реєстрації у Генеральній медичній раді і внесення прізвища власника диплома до Державного медичного реєстру з метою отримання тимчасового дозволу на лікарську практику. Право видачі дипломів та ступенів також надано деяким медичним корпораціям, зокрема Лондонській королівській колегії лікарів загальної практики, Англійській королівській колегії хірургів тощо.

Усі лікарі, які закінчили вищі медичні школи Великої Британії проходять обов'язкове річне стажування, як інтерни або резиденти в одній із спеціально виділених з цією метою лікарень. Протягом цього так званого дореєстраційного року лікарі проходять підготовку з внутрішньої медицини і хірургії. Лише після закінчення стажування в інтернатурі лікарі отримують право пройти повну реєстрацію у Генеральній медичній раді і юридичне право на самостійну діяльність лікаря загальної практики. Прізвища всіх фахівців, які пройшли повну реєстрацію, заносяться до медичного реєстру - офіційний список лікарів, які мають юридичне право займатися медичною практикою [33].

В інтернатурі лікар обирає майбутню лікарську спеціальність: або відразу зайнятися загальною лікарською практикою, або продовжити професійну підготовку з метою отримання спеціалізації. Уся загальна лікарська практика у Великобританії є частиною національної системи охорони здоров'я.

Лікар, який пройшов повну реєстрацію, може бути призначений на практику як помічник самостійного лікаря загальної практики або бути прийнятим як лікар загальної практики в групу лікарів, що практикують, у районі, де є вакансія.

У Великій Британії післядипломна професійна підготовка лікарів може проходити по трьох різних напрямках і розрахована мінімум на три роки.

Перший напрямок:

- 1-й рік - підготовка у вигляді стажування протягом 6 місяців у сфері загальної практики і 6 місяців - у сфері внутрішніх хвороб;
- 2-й і 3-й роки - послідовне стажування по 6 місяців з акушерства і гінекології, оториноларингології, педіатрії та психіатрії.

Другий напрямок:

- 1-й рік - стажування протягом 6 місяців у сфері загальної медицини або психіатрії і 6 місяців - загальної практики;
- 2-й і 3-й роки - стажування по 6 місяців з педіатрії, акушерства і гінекології, геріатрії та офтальмології (одночасно), дерматології й фізіотерапії (одночасно).

Третій напрямок:

- 1-й рік - стажування 6 місяців з педіатрії і 6 місяців - з акушерства та гінекології;
- 2-й рік - стажування протягом 1 року у сфері загальної практики;
- 3-й рік - стажування по 6 місяців у двох сферах (за вибором): анестезіології, комунальної медицини, дерматології, внутрішніх хвороб, геріатрії, офтальмології, оториноларингології, психіатрії. За бажанням це стажування може проходити одночасно у двох (але не більше) з перерахованих спеціалізацій.

Загалом професійна підготовка лікаря-фахівця у Великобританії розрахована мінімум на 7 років, не враховуючи навчання на медичному факультеті університету (6 років) і однорічного стажування в інтернатурі.

Післядипломна професійна лікарська підготовка передбачає послідовну роботу на навчальних лікарських посадах. Ці посади фахівець посідає за конкурсом, який проводиться в університетських клініках. Робота на кожній

посаді завершується складанням кваліфікаційного іспиту для отримання кваліфікаційного диплома відповідного рангу. Складання такого іспиту є обов'язковою умовою, щоб претендувати на наступну, вищу, і, зрештою, - на самостійну посаду лікаря-фахівця з відповідної спеціальності [68].

У США відсутня виокремлена національна система вищої медичної освіти. Натомість функціонує триступенева система вищої школи, до якої входять [27, С. 57]:

- дворічні медичні коледжі, у яких водночас із загальноосвітньою підготовкою здійснюється домедична освіта;
- чотирирічні медичні коледжі, які дають середню спеціальну медичну освіту;
- вищі медичні навчальні заклади, які називаються медичними школами і в яких здійснюється додипломна лікарська освіта.

Це дозволяє коригувати подальше навчання студентів у напрямку вирішення проблеми професійної орієнтації, виходячи з їх інтересів, здібностей і можливостей, що відіграє вирішальну роль у поліпшенні якості підготовки фахівців.

Для вступу до медичної школи абітурієнт зобов'язаний успішно скласти вступні екзамени з історії, математики, природничих наук та іноземної мови, а також пройти співбесіду і тестування. Розроблений Американською психолого-педагогічною корпорацією тест для прийому у вищі медичні навчальні заклади (Medical College Admission Test, MCAT) складається з чотирьох частин і повинен визначати:

- чи здатен вступник розуміти та застосовувати спеціальні терміни, визначення і поняття;
- як він оперує кількісними позначеннями;
- знання сучасних наукових відкриттів і досягненнями в окремих дисциплінах;
- рівень знань у галузі природничих наук [24].

Більшість американських медичних шкіл - це медичні факультети університетів, і лише окремі такі школи є самостійними навчальними

зкладами. Курс навчання у медичній школі розрахований на 4 роки, з яких перші два присвячені доклінічній підготовці майбутніх лікарів, а наступні - початковій клінічній підготовці [64]. У період доклінічної підготовки студенти вивчають анатомію, гістологію, біохімію, біофізику, фізіологію і патологію та інші основні неклінічні дисципліни. У період початкової клінічної підготовки студенти вивчають низку клінічних дисциплін - внутрішні хвороби, хірургію, акушерство і гінекологію, радіологію тощо. Значна частина навчального часу відводиться роботі у відповідних клініках. За час навчання студенти повинні відпрацювати в середньому 7 клінічних практик.

Нині в багатьох медичних школах США значно поширений так званий системний метод викладання, який полягає у вивченні не окремих дисциплін (анатомія, гістологія, фізіологія, патологія, біохімія, пропедевтика тощо), а у комплексному вивченні окремих органів і систем у морфофункціональному і семіотичному аспектах за нормальних та патологічних умов. Велика увага в медичній освіті надається проблемному навчанню, цьому сприяє його індивідуалізація та самостійна робота. Практика проведення іспитів також відрізняється як в окремих медичних школах, так і на різних етапах навчання. Під час доклінічної підготовки частіше практикуються письмові іспити, що проводяться іноді у формі тестів за широким вибором. Такі тести спрямовані на виявлення ступеня оволодіння основними професійними навичками [33]. У деяких медичних школах ці іспити доповнюються перевіркою практичного вміння студентів працювати в лабораторіях. У період клінічної підготовки в більшості медичних шкіл разом з проведенням формальних письмових або усних іспитів провідну роль в оцінці оволодіння дисциплінами, що вивчалися, відіграють відгуки викладачів про результати щоденної роботи студентів у клініках безпосередньо біля ліжка хворого.

Студентам, які пройшли повний курс навчання у медичному навчальному закладі та успішно склали всі встановлені в даній медичній школі іспити, видається сертифікат про закінчення медичної школи і присвоюється звання доктора медицини. Сертифікат не дає його власнику права займатися медичною практикою. Для отримання спеціального дозволу (повної ліцензії) на

самостійну медичну практику всі випускники медичних шкіл зобов'язані пройти подальший курс навчання в інтернатурі і резидентурі [59].

Інтернатура в США - перша стадія післядипломної медичної освіти, яка йде безпосередньо після завершення чотирирічної програми навчання у вищій медичній школі. Вона полягає у практичній роботі випускників медичних шкіл у лікарнях та амбулаторіях під керівництвом і наглядом кваліфікованих лікарів. Після закінчення інтернатури випускники зобов'язані скласти ліцензійний іспит, після чого вони одержують ліцензію на право самостійної лікарської практики як сімейний лікар.

Резидентура - це друга фаза післядипломної медичної освіти, мета якої - підготовка кваліфікованих лікарів фахівців за певною медичною спеціальністю. Резидентура організовується в університетських навчальних медичних центрах і на базі лікарень, пов'язаних з медичними школами. Термін навчання - від 3 до 5 років, залежно від вибраної спеціальності.

Реальна тривалість підготовки фахівців у резидентурі зазвичай більша. Часто лікарі після закінчення резидентури, перш ніж скласти кваліфікаційний іспит з метою отримання спеціальної ліцензії для самостійної роботи за фахом, змушені ще 1-2 роки присвятити практичній роботі з вибраної спеціальності.

1.3. Методичні аспекти оцінювання кадрового забезпечення

Система показників, що характеризують кадрове забезпечення, допомагають оцінювати його рівень розвитку для прийняття рішень, спрямованих на покращення трудової складової в діяльності підприємства. Результати оцінки кадрового забезпечення суб'єкта господарювання враховуються при прийнятті рішень щодо набору та відбору персоналу (формування кадрового потенціалу), а також збереження кваліфікованих працівників шляхом створення привабливого трудового клімату на підприємстві. Система показників, що характеризують кадрове забезпечення медичної установи, має будуватися за наступними принципами:

1) врахування специфічних особливостей, як галузевого характеру, так і конкретного підприємства;

2) комплексний характер системи показників, тобто відображення як кількісного, так і якісного аспектів кадрового потенціалу;

3) статичність системи показників з одного боку, що забезпечує стабільність її елементів, а з іншого боку — високий ступінь їхньої адаптації до змін зовнішнього та внутрішнього середовища підприємства;

4) взаємозв'язок елементів (показників) системи та можливість прийняття їх формалізовані кількісні значення

Ефективною системою показників, що характеризують кадрове забезпечення підприємства, буде за умови досягнення цілей її діяльності, як складової сукупності цілей діяльності підприємства. Кожен працівник підприємства повинен забезпечувати досягнення поставлених цілей діяльності системи. Тому необхідно забезпечувати сприятливі умови, що активізують діяльність працівника в трудовому процесі з максимально можливою реалізацією його кадрового потенціалу [29]. Проблема розробки методичного підходу до оцінювання кадрового забезпечення є важливою для різних галузей. Сучасний метод визначення кадрового забезпечення за складовими повинен враховувати наступні аспекти:

1) формування переліку компонентів кадрового забезпечення підприємства;

2) обґрунтування вибору зразка та можливості моделювання кадрового забезпечення, який максимально наближався б до потреб підприємства (ідеального кадрового забезпечення) на основі теорії бажаності;

3) орієнтиром повинен виступати бажаний рівень розвитку компонентів;

4) забезпечення аналізу компонентів, які сприятливо впливають на кадровий потенціал підприємства, та компонентів, які знижують його рівень, з метою розробки комплексу заходів по усуненню їх негативного впливу.

Основними принципами методу визначення кадрового забезпечення підприємства виступають:

1. характеристика кадрового забезпечення як комплексу компонентів, які визначають придатність його до використання в конкретних умовах;

2. оцінювання кадрового забезпечення за важливими для керівництва підприємства показниками;

- конкурентні переваги кадрового забезпечення повинні бути орієнтованими на перспективу. Тому, на нашу думку, при оцінці необхідно орієнтуватися на кадрові переваги конкурентів та враховувати приховані можливості кадрового забезпечення підприємства[65].

Первинні показники відносяться до системи трудових показників, які характеризують кількісні та якісні компоненти кадрового потенціалу, визначаються розрахунковим шляхом або є нормативними. Вторинні показники будуються окремо по кожній зі складових якостей кадрового потенціалу з метою отримання групового показника. Вторинні показники є базою для прийняття управлінських рішень та для комплексного оцінювання кадрового потенціалу (визначення інтегрального показника). При подальших дослідженнях кадрового потенціалу більшезначення мають саме вторинні показники. Чим більш гнучкими та змістовними вони будуть, тим більша імовірність на їх основі досягти поставлених цілей.

Інтегральний показник може включати первинні, вторинні і обидва типи показників та відноситися до будь-якої сукупності працівників, структурної одиниці та до всього підприємства. У дослідженні інтегральним показником є значення бажаного та фактичного рівня розвитку кадрового потенціалу. Визначення рівня розвитку кадрового забезпечення підприємства відбувається за складовими: професійно-кваліфікаційними, трудовими, особистісними, психологічними та фізіологічними.

Оцінювання кадрового забезпечення за складовими проводиться за всіма показниками, що характеризують основні компоненти тієї чи іншої складової. При цьому замість натуральних значень показників компонентів можна використовувати відносні одиничні показники, виражені за допомогою коефіцієнтів відповідності.

Оцінювання кадрового забезпечення за всією сукупністю однорідних показників відбувається шляхом розрахунку групового показника за одиничними показниками групи (професійно-кваліфікаційних, трудових, особистісних, психологічних та фізіологічних якостей) за наступною формулою:

$$I^{gp} = \sum_{i=1}^n q_i \times a_i \quad (1.1)$$

де, I^{gp} - груповий показник, що характеризує певну складову кадрового забезпечення підприємства;

q_i - i -й одиничний показник, що характеризує компонент певної групи;

a_i - вагомість i -го показника в загальному наборі певної групи (одержана за допомогою методу аналізу ієрархій);

n - кількість показників у групі. Розраховані таким чином групові показники за складовими кадрового потенціалу є відносними оцінками рівня розвитку, які дають відповідь про той чи інший аспект кадрового потенціалу [63].

Визначення інтегрального показника кадрового забезпечення підприємства з врахуванням його складових за формулою:

$$I^{integ} = \sum_{j=1}^m I^{gp} \times b_j \quad (1.2)$$

де, I^{integ} - інтегральний показник кадрового забезпечення підприємства; b_j - вагомість j -ої групи показників кадрового забезпечення (одержана за допомогою методу аналізу ієрархій);

m - кількість груп показників. Цей показник дає комплексну (інтегральну) характеристику рівня розвитку кадрового потенціалу, в якій враховуються всі складові.

Обов'язковою умовою є наявність методики, завдяки якій можливо проведення аналізу як всіх компонентів, так і певної їх сукупності. У протилежному випадку його практичний аналіз неможливий, а будь-які дослідження, що стосуються кадрового забезпечення, носять теоретичний характер. Практика аналізу виявила, що керівників підприємств цікавлять в

середньому 5-7 компонентів, а при більш детальному аналізі кадрового забезпечення їх кількість збільшується до 10-15. Закінчення аналізу кадрового забезпечення означає отримання величини інтегрального показника або зведеної таблиці, які відображає розрахункові характеристики по кожному компоненту.

Цей метод, по суті, дозволяє оцінити рівень розвитку кадрового забезпечення з точки зору конкурентних переваг підприємства в галузі кадрового забезпечення. Крім того, такі розрахунки дозволяють проводити факторний аналіз та визначати вплив на рівень розвитку кадрового забезпечення як кожної його складової, так і кожного компонента.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КНП «СТАРОСИНЯВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

2.1. Загальна характеристика закладу охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги» (надалі - Підприємство) є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає первинну медичну допомогу та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Старосинявської ОТГ, вживає заходи з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Комунальний заклад «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги» розпочав свою роботу з січня 2013 року та є власністю Старосинявської об'єднаної територіальної громади з січня 2016 року.

Підприємство створене за рішенням сесії Старосинявської селищної ради (надалі- Засновник) від 27 квітня 2018 року № 01/2018р. відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом перетворення Комунального закладу «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги» у комунальне некомерційне підприємство.

Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Повне найменування Підприємства – Комунальне некомерційне підприємство «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги». Основною метою створення Підприємства є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає або перебуває на території Старосинявської об'єднаної громади, але не обмежуючись вказаними населеними пунктами, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я. Підприємство може бути клінічною базою вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

Згідно Наказу МОЗ України від 28.12.2018р., №2494 Підприємство отримало ліцензію на провадження медичної практики та було акредитоване Департаментом охорони здоров'я 11.12.2019 року з присвоєнням I категорії.

Основні види діяльності (за КВЕДами):

86.10 - Діяльність лікарняних закладів;

86.21 - Загальна медична практика;

86.90 - Інша діяльність у сфері охорони здоров'я;

68.20 - Надання в оренду й експлуатацію власного чи орендованого нерухомого майна.

Майно Підприємства є комунальною власністю і закріплюється за ним на праві оперативного управління. Майно Підприємства становлять необоротні та оборотні активи, основні засоби та грошові кошти, а також інші цінності, передані йому Засновником, вартість яких відображається у самотійному балансі Підприємства.

Перетворення ЗОЗ на комунальне некомерційне підприємство сприяло збільшенню господарської та фінансової автономії (самостійності) та управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення і водночас підвищення економічної ефективності використання активів. Крім того, автономізація закладу була обов'язковою умовою підписання договору з Національною службою охорони здоров'я України (січень 2019 року, повторний договір – грудень 2019 року).

КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги» формує мережу закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги Старосинявської об'єднаної територіальної громади. А саме: 5 амбулаторій загальної практики сімейної медицини (надалі – АЗПСМ) в структурі яких

працюють 21 фельдшерський пункт, 1 фельдшерсько-акушерський пункт, 11 медичних пунктів тимчасового базування. Структура Підприємства, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів Підприємства затверджуються Керівником Підприємства.

Найбільшою в структурі є Старосинявська амбулаторія загальної практики сімейної медицини, яка розташована в центрі територіальної громади з чисельністю прикріпленого населення – 12,4 тис. осіб. До неї входить 8 фельдшерських пунктів (ФП сіл Заставці, Щербані, Сьомаки, Лисанівці, Дашківці, Буглаї, Паньківці, Бабине).

Решта амбулаторій загальної практики сімейної медицини обслуговують значно меншу чисельність сільського населення (рис. 2.1.)

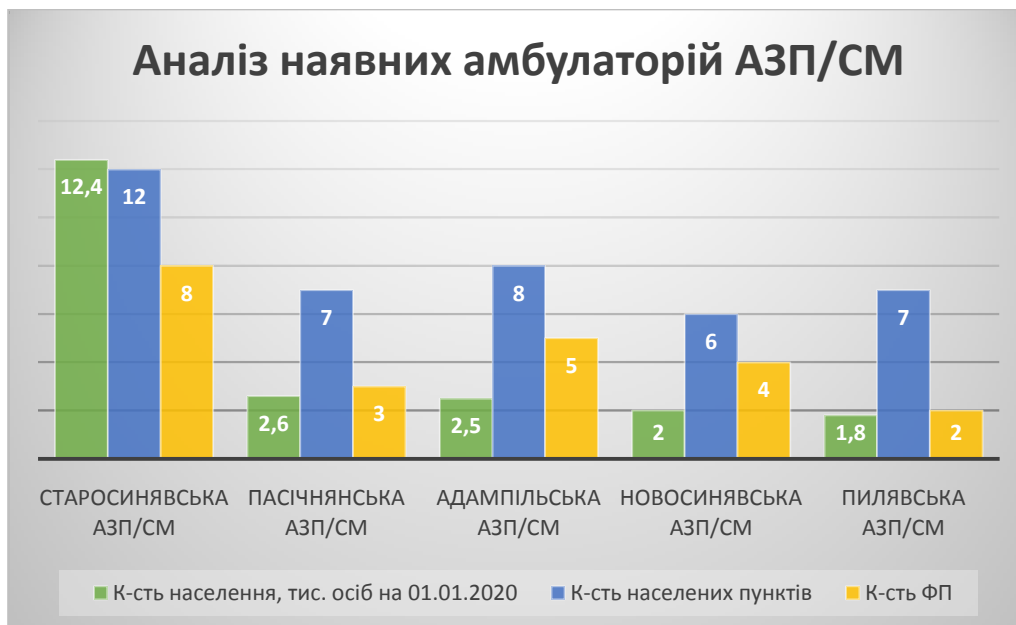


Рис 2.1 Кількість наявних амбулаторій

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Чисельність прикріпленого населення становить: по Адампільській АЗПСМ – 2,4 тис. осіб (5 ФП – Мшанець, Пишки, Липки, Цимбалівка, ФАП с. Паплинці); по Новосинявській АЗПСМ – 2,0 тис. осіб (4 ФП – сіл Йосипівка, Іллятка, Залісся, Чехи); по Пасічнянській АЗПСМ – 2,6 тис. осіб (3 ФП – сіл Гречана, Харківці, Івки); по Пилявській АЗПСМ – 1,8 тис. осіб (2 ФП – сіл Пилявка, Іванківці).

Розглянемо особливості організації процесу надання послуг медичною установою (див. Додаток А, табл. А.1.).

Організаційну діяльність досліджуваного підприємства регулюють положення та постанови підприємства, профспілкового комітету та виконкому селищної ради.

Наведена на рис. 2.3 структура підприємства за типом є лінійно-функціональною, що передбачає наявність двох типів зв'язків: безпосередньо підпорядкування (лінійні зв'язки) та функціональної взаємодії (функціональні зв'язки між лікарським та середнім медичним персоналом, клініко-діагностичним та інформаційно-аналітичним відділом). Лінійно-функціональні структури Підприємства мають як переваги, так і недоліки їх застосування. До переваг можна віднести:

1. Високу компетентність спеціалістів, які відповідають за здійснення конкретних функцій.
2. Чіткість і простоту взаємодії.
3. Оперативність прийняття та виконання управлінських рішень.

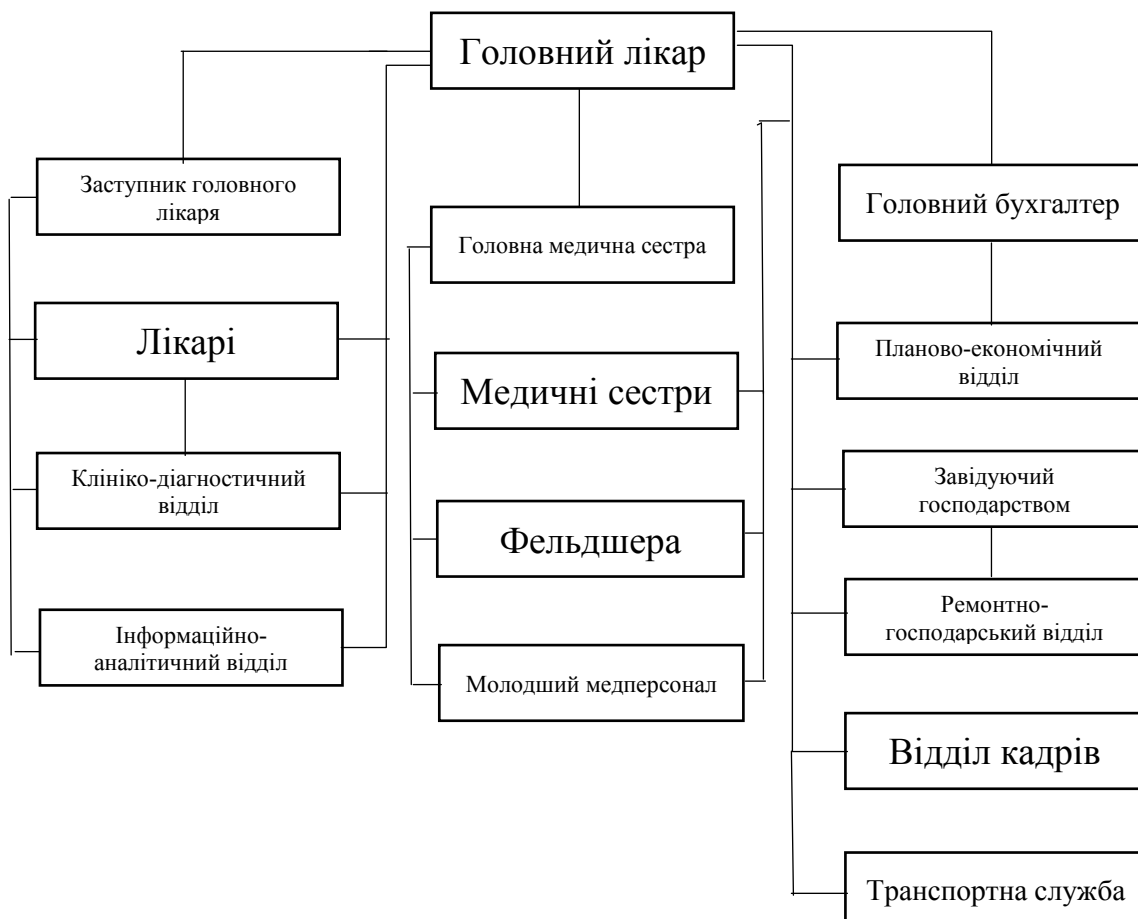


Рис. 2.2. Організаційна структура Підприємства

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД»

Недоліками таких структур є:

1. Недостатня гнучкість при вирішенні нових завдань.
2. Ускладнена координація діяльності функціональних підрозділів з упровадженні нових програм.
3. Перевантаження керівників в умовах реорганізації.

Далі проведемо аналіз динаміки надання основних послуг КНП «Старосинявський ЦПМСД» (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 Динаміка надання основних послуг медичним закладом/ установою

Назва послуги (одиниця виміру)	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2015 у відсотках
1 Прийом амбулаторних хворих	42878	40338	38808	35335	31440	-26,7%
1.2 з них дітей 0-17	14517	12681	13548	12682	10361	-28,6%
2 Виклики на дім	6903	59939	5283	4339	2878	-81,4%
2.1 з них до дітей 0-17	1265	1324	1372	1407	1287	+228%
3 Проліковано в денному стаціонарі	1212	1124	1115	1178	1244	+2%
3.1 з них дітей віком 0-17	260	248	337	338	327	+28%
4 Стаціонар на дому	916	844	766	919	922	+ 9%
4.1 з них дітей 0-17	262	285	293	397	385	+14,7%
5 ЕКГ	2794	2843	2897	2684	3504	+79%
6 Лабораторні послуги	14042	14016	14072	19091	20085	+70%
6.1 з них загально-клінічні	8604	8502	8638	11337	11375	+75,6%
6.2 гематологічні	4281	4296	4390	6083	6840	+61,41%
6.3 біохімічні	1157	1218	1044	1671	1870	+61,8%

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

З даних таблиці 1.2. можемо спостерігати, що відбувається скорочення прийому амбулаторних хворих на 26,7 % або на 11438 чоловік. При цьому зменшилась кількість прийому дітей віком від 0 до 17 років на 2320 осіб або на 28,6%. Зменшилась кількість викликів на дім, проте для категорії діти віком від 0 до 17 років кількість викликів зросла на 22, що свідчить про найбільшу уразливість даної категорії пацієнтів до хвороб та лікування в домашніх

умовах. При загальній стійкій тенденції лікування в стаціонарі, кількість пролікованих дітей збільшилась на 36 осіб, що свідчить про зменшення імунітету даної категорії пацієнтів. Збільшилась кількість осіб, що лікуються стаціонарно на дому за досліджуваний період на 6 осіб, але кількість дітей зросла на 120 осіб. Суттєво зросла кількість пацієнтів, які зверталися за лабораторними послугами на 6069, особливо загально-клінічними лабораторними послугами на 2771 особу та гематологічними на 2559 осіб.

Проведемо аналіз структури надходжень КНП «Старосинявський ЦПМСД» (табл. 1.3).

Таблиця 1.3 Аналіз структури надходжень КНП «Старосинявський ЦПМСД»

№ з/п	Вид надходження грошових коштів	2015		2016		2017		2018		2019		Відхилення 2019 р. від 2015 р. (+/-)	
		сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Бюджетні асигнування	4473640	99,4	4809607	96,7	6812103	93,9	7496708	96,3	675864	7,31	-3797776	-84,9
2	Доходи спеціального фонду	-		136593	2,74	410802	5,66	214998	2,7	8540723	92,4	+8404130	+ 652,3
2.1	У т.ч. доходи за коштами, отриманими як плата за послуги	-		-		-		-		8540723		+8540723	
2.2	Доходи за іншими джерелами власних надходжень	22965	0,6	27748	0,55	25219	0,03	19375	0,2	23358	0,25	+393	+1,71
	Усього	4496605		4973948		7248124		7731081		9239945		+4743340	+48,66

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

За період 2015-2019 років в цілому обсяг бюджетних асигнувань зменшився на 3797776 грн., але за рахунок суттєвого зменшення саме у 2019 році. Натомість за вказаний період зросли доходи спеціального фонду на 8540723 грн. за рахунок суттєвого збільшення доходів за коштами, отриманими як плата за послуги та незначному збільшенню доходів за іншим джерелами власних надходжень на 393 грн. В цілому обсяги надходжень до КНП

«Старосинявський ЦПМСД» за період 2015-2019 років зросли на 4743340 грн. за рахунок доходів від власної діяльності.

Аналіз видатків КНП «Старосинявський ЦПМСД» показав, що за період 2015-2019 років загальний обсяг видатків зріс на 3703924 грн., при цьому у загальній структурі несуттєво зменшилась частка поточних видатків зі 100 до 94,8% та зросла частка капітальних видатків з 2,76% у 2015 році до 5,1% у 2019 році. У структурі поточних видатків зросла частка оплати праці працівників установи з 58,4% у 2015 році до 65,1 % у 2019 році, натомість зменшились частки нарахувань на заробітну плату з 21,5% до 14%, використання товарів та послуг з 11,37% до 10,6 %, та оплата комунальних послуг та енергоносіїв з 8,66% до 4,9% у 2019 році.

Таблиця 1.4 Видатки КНП «Старосинявський ЦПМСД»

№ з/п	Показники грн.	2015		2016		2017		2018		2019		Відхилення 2019 р. від 2017 р. (+/-)	
		сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %	сума, грн	питома вага, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Поточні видатки, у т.ч.	4473640	100	4809607	97,2	6812103	94,3	7496708	97,2	7755329	94,8	3281689	-5,2
1.1	Оплата праці працівників установи	2614855	58,4	3030400	61,2	4313600	59,7	4913300	63,7	5326979	65,1	2712124	6,7
1.2	Нарахування на заробітну плату	961945	21,5	666700	13,4	971700	13,4	1071100	13,8	1151241	14	189256	-7,5
1.3	Використання товарів і послуг	509050	11,37	738712	14,9	1099473	16,1	1141663	14,8	873027	10,6	363977	-0,77
1.4	Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	387790	8,66	373795	7,5	427330	5,9	370646	4,8	404082	4,9	16292	-3,76
1.5	Субсидії і поточні трансферти	-		-		-		-		-			
2	Капітальні видатки	-		136593	2,76	410802	5,6	214998	2,7	422235	5,1	422235	5,1
	Усього	4473640	100	4946200	100	7222905	100	7711706	100	8177564	100	3703924	

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Далі проаналізуємо балансові показники КНП «Старосинявський ЦПМСД» за 2015-2019 роки (табл. 1.5). Зокрема по активам зросла вартість

основних засобів на 1470 тис. грн., запасів на 262, 9 тис. грн., натомість зменшився обсяг грошових коштів на 2256,3 тис. грн. В цілому за період 2015-

Таблиця 1.5 Балансові показники КНП «Старосинявський ЦПМСД»

№ з/п	Показники	2015	2016	2017	2018	2019	Відхилення 2019 р. від 2015 р. (+/-)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Основні засоби	482,0	333,8	574,2	795,7	1952,0	+1470
2	Нематеріальні активи	-	-	-	-	-	-
2	Незавершені капітальні інвестиції	-	-	-	-	-	-
3	Запаси	371,5	460,6	514,5	476,5	634,4	+262,9
4	Поточна дебіторська заборгованість	-	-	-	-	-	-
5	Грошові кошти та їх еквіваленти, у т.ч.	3400,4	7748,3	4487,0	-	1144,1	-2256,3
5.1	Рахунки в казначействі	3400,4	7748,3	4487,0	-	-	-3400,4
5.2	Рахунки в банках	-	-	-	-	1144,1	+1144,1
6	Інші фінансові активи	-	-	-	-	-	-
	Разом активів	853,5	794,4	1093,1	1272,1	3730,5	+2877
7	Внесений капітал	688,0	572,9	2267,3	2580,4	2813,1	+2125,1
8	Фінансовий результат	165,5	221,4	-1174,2	-1308,3	404,2	+238,7
9	Цільове фінансування	-	-	-	-	513,2	+513,2
10	Довгострокові зобов'язання	-	-	-	-	-	-
11	Поточні зобов'язання, у т.ч.	-	-	-	-	-	-
11.1	за платежами до бюджету	-	-	-	-	-	-
11.2	за розрахунками за товари, роботи, послуги	-	-	-	-	-	-
11.3	за одержаними авансами	-	-	-	-	-	-
11.4	за розрахунками з оплати праці	-	-	-	-	-	-
11.5	за розрахунками із соціального страхування	-	-	-	-	-	-
	Разом пасивів	853,5	794,4	1093,1	1272,1	3730,5	+2877

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

2019 років вартість активів зросла на 2877 тис. грн. Щодо пасиву, то загальне його зростання за досліджуваний період склало 2877 тис. грн. Найбільше зросли обсяги власного капіталу на 2125,1 тис. грн. та фінансового результату на 238,7 тис. грн., хоча його показники по роках були і негативні. У 2019 році відбулося цільове фінансування в обсязі 513,2 тис. грн.

Аналіз стану розрахунків з бюджетом КНП «Старосинявський ЦПМСД» за 2015-2019 рік (табл. 1. 6) показав, що основним платежем за період 2015-

2017 років був єдиний соціальний внесок на оплату праці працівників, який підприємство сплачувало у повному обсязі. У 2019 роках також КНП

Таблиця 1.6 Розрахунки з бюджетом

Розрахунки з бюджетом/ Назва податків	2015 р.			2016 р.			2017 р.			2018 р.			2019 р.		
	Нараховано, тис. грн	сплачено, тис. грн.	у % до нарахованої суми	Нараховано, тис. грн	сплачено, тис. грн.	у % до нарахованої суми	Нараховано, тис. грн	сплачено, тис. грн.	у % до нарахованої суми	Нараховано, тис. грн	сплачено, тис. грн.	у % до нарахованої суми	Нараховано, тис. грн	сплачено, тис. грн.	у % до нарахованої суми
Оплата праці і нарахування на заробітну плату (ЄСВ)	2614,8	961,9	21,5	3967,1	936,7	23,7	4313,6	971,1	22,5	4913,3	1071,1	21,8	5327,0	1151,2	21,6
Податок на землю	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,0	6,0	100
Разом	2614,8	961,9	21,5	3967,1	936,7	23,7	4313,6	971,1	22,5	4913,3	1071,1	21,8	5333,0	1157,2	121,6

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

«Старосинявський ЦПМСД» сплатило у повному нарахованому обсязі податок на землю у розмірі 6 тисяч гривень.

Проаналізуємо фінансові показники підприємства (табл. 1.7). Зокрема позитивними тенденціями для підприємства є зменшення коефіцієнту зносу основних засобів на 26,2 та збільшення коефіцієнту оновлення основних засобів на 25,78, що свідчить про оновлення основної бази надання медичних послуг. Аналіз ділової активності показав, що суттєво зменшився коефіцієнт ділової активності на 2,9, несуттєво збільшився коефіцієнт оборотності на 0,2, зменшився коефіцієнт оборотності основних засобів на 5,4 та коефіцієнт оборотності власного капіталу на 2,8.

В цілому слід зазначити, що Комунальне некомерційне підприємство «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги» (надалі - Підприємство) є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає первинну медичну допомогу та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Старосинявської ОТГ, вживає заходи з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

За період 2015-2019 років відбувається скорочення прийому амбулаторних хворих на 26,7 % або на 11438 чоловік. Зменшилась кількість викликів на дім, проте для категорії діти віком від 0 до 17 років кількість

Таблиця 1.7 Фінансові показники закладу

№ з/п	Показник	Нормативне значення	На кінець року					Відхилення 2019 р. від 2015 р. (+/-)
			2015	2016	2017	2018	2019	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Аналіз майнового стану підприємства							
1.1.	Коефіцієнт зносу основних засобів	зменшення	76,45	79,65	74,91	62,02	50,25	-26,2
1.2.	Коефіцієнт оновлення основних засобів	збільшення	-	2,65	9,78	20,46	25,78	+25,78
1.3.	Коефіцієнт вибуття основних засобів	повинен бути менше, ніж коефіцієнт оновлення основних засобів	-	-	-	0,07	-	-
2.	Аналіз ділової активності підприємства							
2.1.	Коефіцієнт оборотності активів	збільшення	5,3	6,2	6,6	6,0	2,4	-2,9
2.2.	Коефіцієнт оборотності дебіторської заборгованості	збільшення	-	-	-	-	-	-
2.3.	Коефіцієнт оборотності кредиторської заборгованості	збільшення	-	-	-	-	-	-
2.4.	Строк погашення дебіторської заборгованості, днів	зменшення	-	-	-	-	-	-
2.5.	Строк погашення кредиторської заборгованості, днів	зменшення	-	-	-	-	-	-
2.6.	Коефіцієнт оборотності матеріальних запасів	збільшення	1,2	1,0	1,2	1,6	1,4	+0,2
2.7.	Коефіцієнт оборотності основних засобів (фондовіддача)	збільшення	9,3	1,4	1,2	9,7	4,7	-5,4

2.8.	Коефіцієнт оборотності власного капіталу	збільшення	5,2	6,2	6,6	6,0	2,4	-2,8
------	--	------------	-----	-----	-----	-----	-----	------

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

викликів зросла на 22, що свідчить про найбільшу уразливість даної категорії пацієнтів до хвороб та лікування в домашніх умовах. При загальній стійкій тенденції лікування в стаціонарі, кількість пролікованих дітей збільшилась на 36 осіб, що свідчить про зменшення імунітету даної категорії пацієнтів.

За період 2015-2019 років в цілому обсяги надходжень до КНП «Старосинявський ЦПМСД» за період 2015-2019 років зросли на 4743340 грн. за рахунок доходів від власної діяльності. Аналіз видатків КНП «Старосинявський ЦПМСД» показав, що за період 2015-2019 років загальний обсяг видатків зріс на 3703924 грн., при цьому у загальній структурі несуттєво зменшилась частка поточних видатків зі 100 до 94,8% та зросла частка капітальних видатків з 2,76% у 2015 році до 5,1% у 2019 році. Щодо фінансових показників, то позитивними тенденціями для підприємства є зменшення коефіцієнту зносу основних засобів на 26,2 та збільшення коефіцієнту оновлення основних засобів на 25,78, що свідчить про оновлення основної бази надання медичних послуг. Аналіз ділової активності показав, що суттєво зменшився коефіцієнт ділової активності на 2,9, несуттєво збільшився коефіцієнт оборотності на 0,2, зменшився коефіцієнт оборотності основних засобів на 5,4 та коефіцієнт оборотності власного капіталу на 2,8.

2.2. Оцінка кадрового забезпечення КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Трудовий колектив Підприємства складається з усіх працівників, які своєю працею беруть участь у його діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди) або інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з Підприємством.



Рис.3.1 Чисельність працюючого персоналу

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Склад працюючого персоналу:

- I. Адміністративно — управлінський відділ
- II. Допоміжний персонал, у тому числі господарський.
- III. Лікувально — профілактичні підрозділи (амбулаторії, фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерські пункти, медичні пункти тимчасового базування).

Надання медичних послуг (первинної медичної допомоги) здійснюється безпосередньо лікарями та медичними сестрами (що разом утворюють команди з надання первинної медичної допомоги, далі ПМД), фельдшерами та клініко-діагностичним відділом, що включає лабораторію та маніпуляційні кабінети з ліжками денного стаціонару). Допоміжні підрозділи, зокрема, інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики забезпечує організацію внутрішніх процесів на Підприємстві, взаємодію служб та відділень, аналізує їх роботу; ремонтно-господарський відділ, діяльність якого спрямована на виконання комплексу необхідних ремонтно-профілактичних робіт з підтримки і часткового відновлення будівель, приміщень структурних підрозділів Підприємства, обладнання. Транспортна служба має право контролювати технічний стан автотранспорту Підприємства, знімати його з експлуатації, планувати і

проводити профілактичні та ремонтні роботи, лімітувати паливно-мастильні витрати.

Проаналізуємо кількісний та якісний склад працівників КНП «Старосинявський ЦПМСД» за 2015-2019 роки (табл. 3.1.).

Таблиця 3.1 Аналіз показників кількісного та якісного складу працівників КНП «Старосинявський ЦПМСД» (осіб)

№ з/п	Категорія працівника	2015	2016	2017	2018	2019
1	Керівник (головний лікар, генеральний директор, директор, головний державний санітарний лікар, начальник, завідувач)	1	1	1	1	1
2	Головна медична сестра, головний фельдшер	1	1	1	1	1
3.	Лікарі	12	12	12	12	9
4.	Медичні сестри	30	30	25	25	20
5.	Завідувач фельдшерського пункту, фельдшер	29	29	28	26	19
6.	Акушерки	1	1	1	1	1
7.	Інший персонал	16	16	14	16	16
8.	Молодший медперсонал	6	6	6	7	7
Всього		96	96	88	89	74

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Зокрема, за досліджуваний період загальна кількість працівників зменшилась на 22 особи, найбільш суттєво у 2019 році на 15 осіб. За період 2015-2019 років найбільше скоротилась чисельність медичних сестер та завідувачів фельдшерськими пунктами по 10 осіб, також кількість лікарів на 3 особи. Натомість у 2018 році збільшилась кількість молодшого медперсоналу на 1 особу.

Рух робочої сили на підприємстві зможемо проаналізувати за допомогою таких показників, як коефіцієнт обороту по прийому, коефіцієнт обороту по звільненню та коефіцієнт плинності кадрів відображених у табл. 3.2

Протягом досліджуваного періоду відбувалися наступні зміни в чисельності персоналу підприємства: в 2015 році було прийнято на роботу найбільше працівників -15 осіб проте і звільнено також найбільше 26

Таблиця 3.2 Дані про рух персоналу на підприємстві

№ з/п	Показники	2015	2016	2017	2018	2019	Відхилення 2019 р. від 2017 р., (+/-)
1.	Прийнято працівників, осіб	12	8	5	3	6	-6
2.	Вибуло працівників, всього, осіб	26	11	8	6	20	-6
	з них						
	– за власним бажанням	26	11	8	6	4	-22
	– з причин скорочення штатів	0	0	0	0	3	+3
	– за порушення трудової дисципліни	0	0	0	0	0	0
3.	Коефіцієнт обороту по прийому	0,125	0,083	0,05	0,033	0,08	-0,045
4.	Коефіцієнт обороту по вивільненню	0,27	0,11	0,09	0,067	0,081	-0,189
5.	Коефіцієнт плинності кадрів	0,27	0,11	0,09	0,067	0,27	-0,03

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД». працівників, в 2017, 2018, 2019 роках було прийнято найменшу кількість працівників 5,3 та 6 відповідно.

Коефіцієнт обороту по прийому у 2015 р. становив 0,125, в 2018 р. він зменшився до 0,033, а у 2019 р. збільшився до 0,08. Коефіцієнт обороту по вивільненню дорівнював коефіцієнту плинності кадрів крім 2019 року, коли звільнялися не лише за власним бажанням і які звільнені за прогули та інші порушення дисципліни та іншим причинам, що не викликані виробничою або загальнодержавною потребою, але й з причин скорочення штату У 2015 р. він становив 0,27, у 2016 році 0,11, в 2017 р. – 0,09, в 2018 році 0,067 і збільшився у 2019 році до 0,27.

Аналіз робочого часу на підприємстві (табл. 3.3.) показав, що за період

Таблиця 3.3 Використання робочого часу

Показник	2015	2016	2017	2018	2019
Фонд робочого часу, всього	177403	167131	164330	160924	140473
Відпрацьовано, всього	156809	146470	144625	142785	121006
з них надурочно	-	-	-	-	-
Невідпрацьовано, всього	20594	20661	19705	18139	19467
У тому числі: щорічні відпустки	16098	14748	14208	14312	11386
тимчасова непрацездатність	550	1294	3977	1817	1324
навчальні відпустки та інші неявки, передбачені законодавством	3946	4619	1520	2010	6757
неявки з дозволу адміністрації	-	-	-	-	-
відпустки з ініціативи адміністрації	-	-	-	-	-
прогули	-	-	-	-	-

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

2015-2019 років загальний фонд робочого часу зменшився на 36930 годин. Проте у 2019 році зменшилась кількість невідпрацьованого часу на 1127. Зросли такі показники невідпрацьованого часу як тимчасова непрацездатність та навчальні відпустки та інші неявки, передбачені законодавством на 774 та 2811 годин відповідно.

Проведемо гендерний аналіз працівників КНП «Старосинявський ЦПМСД» (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 Гендерний аналіз працівників КНП «Старосинявський ЦПМСД» (осіб.)

№ з/п	Стать	2015	2016	2017	2018	2019
1	Жінки	81	77	72	74	61
2	Чоловіки	15	19	16	15	13
	Всього	96	96	88	89	74

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Впродовж досліджуваного періоду 2015-2019 років у гендерній структурі переважали жінки, у 2015 році у 5,4 рази, у 2019 році у 4,7 рази. При цьому кількість чоловіків за період 2015-2019 років зменшилась на дві особи, а кількість жінок на 20 осіб.

Проаналізуємо розподіл працівників КНП «Старосинявський ЦПМСД» за стажем (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 Аналіз стажу працівників КНП «Старосинявський ЦПМСД»(осіб)

№ з/п	Робочий стаж	Кількість				
		2015	2016	2017	2018	2019
1	До 3 років	6	5	4	7	6
2	3-5 років	4	4	4	8	7
3	5-8 років	16	16	16	18	14
4	8-10 років	33	32	29	31	27
5	понад 10 років	37	39	35	25	20
	Разом	96	96	88	89	74

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

У 2019 році найбільшу групу складають працівники зі стажем 8-10 років, причому їх кількість за 2015-2019 роки зменшилась на 6 осіб, далі працівники зі стажем понад 10 років, але їх кількість за досліджуваний період

зменшилась найбільше на 17 осіб. Незмінною залишилась кількість працівників зі стажем до 3 років та збільшилась на 3 особи кількість працівників зі стажем 3-5 років. Тобто, з одного боку більшість працівників мають великий практичний досвід, з іншого малий відсоток молодих спеціалістів, які повинні складати основу майбутнього кадрового потенціалу підприємства.

Аналіз динаміки фонду оплати праці поданий у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 Динаміка фонду оплати праці за 2017-2019 рр.

№ п\п	Показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.	Відхилення 2019р. до 2017 р.	
					в абс. вираж.	%
1	2	3	4	5	6	7
1.	Фонд оплати праці, всього, тис.грн.	4313,6	4913,3	5327,0	1013,4	123,4
2.	Фонд основної заробітної праці, тис.грн.,3	2400,9	2625,9	3211,5	810,6	133,8
	у % до фонду оплати праці	55,7	53,4	60,3	4,6	108,25
3.	Фонд додаткової заробітної плати, всього, тис.грн. у тому числі:	1315,4	1615,5	1429,9	114,5	91,99
	–надбавки та доплати	803,4	918,3	179,6	-623,8	447,32
	–премії та винагороди	54,6	55,0	494,6	440	11,03
	–виплати внаслідок зростання споживчих цін	42,5	11,4	19,8	-22,7	214,64
	у % до фонду оплати праці	30,5	32,9	26,8	-3,7	113,80
4.	Заохочувальні та компенсаційні виплати, всього, тис.грн.	196,4	212,0	-	-196,4	
	у тому числі:					
	–матеріальна допомога	196,4	212,0	-	-196,4	
	–соціальні пільги					
	у % до фонду оплати праці	4,5	4,3	-	-4,5	
5.	Оплата за невідпрацьований час, тис.грн.	400,9	459,9	685,6	284,7	58,47
	у % до фонду оплати праці	9,3	9,4	12,9	3,6	72,09
6.	Нарахування на заробітну плату (ЄСВ), тис.грн.	971,7	1071,1	1151,2	179,5	84,40

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Загальний фонд оплати праці за 2017-2019 роки зріс на 1013,4 грн. або на 123,4%. При цьому найбільше відбулося зростання фонду основної заробітної плати на 810,6 тис. грн. У структурі фонду оплати праці зросла частка основної заробітної плати з 55,7% до 60,3%, натомість зменшилась частка додаткової заробітної плати з 30,5% до 26,8% за рахунок переважного скорочення виплат надбавок та доплат.

Охарактеризуємо процес нарахування заробітної плати за допомогою табл. 3.7 та табл. 3.8.

Таблиця 3.7 Міжкваліфікаційні співвідношення для встановлення тарифних ставок робітникам (тарифна сітка)

Розряд робітника	1	2	3	4	5	6
Міжрозрядний коефіцієнт	1,0	1,09	1,18	1,27	1,36	1,45

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Розрахуємо розміри посадових окладів для базових посад окремих категорій працівників КНП «Старосинявський ЦПМСД» (табл. 3.8)

Таблиця 3.8 Розрахунок місячних посадових окладів окремих категорій працівників

Найменування посад	Міжрозрядний коефіцієнт	Сума місячного посадового окладу, грн.	
		Базис для розрахунку	Розрахунок
Заступник директора (начальника)	2,42	1762	4264
Головний бухгалтер	2,27	1762	4000
Головний економіст	1,82	1762	3207
Сімейний лікар	2,12	1762	3735
Сімейна медсестра	1,73	1762	3048
Інженер з охорони праці	1,64	1762	2890
Завідувач господарства	1,54	1762	2713
Робітник 4 розряду	1,27	1762	2238
Водій	1,18	1762	2079

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Обрахуємо нарахування, утримання та виплату заробітної плати сімейному лікарю за 2017-2019 роки (табл. 3.9).

Таблиця 3.9 Приклад нарахування, утримання та виплата заробітної плати працівника, грн.

Посада	2017 р.				2018 р.				2019 р.			
	Нарахована заробітна плата	Утримано ПДФО	Утримано військовий збір	Заробітна плата до видачі	Нарахована заробітна плата	Утримано ПДФО	Утримано військовий збір	Заробітна плата до видачі	Нарахована заробітна плата	Утримано ПДФО	Утримано військовий збір	Заробітна плата до видачі

Продовження таблиці на ст.42												
Сімейний лікар	81621	14692	1224	65705	117964	21234	1769	94961	131150	23607	1967	105576

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Таким чином, дослідження структури та руху персоналу засвідчило недостатньо ефективне використання трудових ресурсів, що підтверджується високими показниками плинності кадрів в останній рік, зокрема звільнення переважної частини вибулих з підприємства за власним бажанням, також варто відзначити незначну кількість працівників з що підтверджує необхідність перегляду умов праці персоналу.

РОЗДІЛ 3
УДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕПЕЧЕННЯ
КНП «СТАРОСИНЯВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-
САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

3.1. Розробка нових мотиваційних підходів кадрового забезпечення

Охорона здоров'я виступає важливим елементом розвитку суспільства незалежно від змін суспільно-політичного ладу, економічної ситуації в країні та світі, зміни потреб населення, а відповідно і підходів до менеджменту персоналу медичних установ. Процес кадрового забезпечення у медичній сфері має свою специфіку, що обумовлено певними обов'язками лікарів та медичного персоналу перед суспільством, водночас і специфіка роботи лікарів формує їх певні особливості характеру.

Сукупність багатьох чинників впливає на специфіку кадрового забезпечення у медичній сфері. Зокрема, гострою була ситуація в період економічної кризи початку 90-х років 20 сторіччя і наслідки та проблеми цієї кризи ще повністю не вирішено та не подолано. Тому кадрове забезпечення є складним процесом, але в сфері охорони здоров'я ще і більш відповідальним, адже дана сфера має свої специфічні особливості і несе в собі величезне соціальне значення.

З усього вищевикладеного можна зробити висновок про те, що в умовах таких глобальних змін, як реформа охорони здоров'я, просто необхідно змінювати підходи до кадрового забезпечення роботи медичних установ. Вітчизняна система охорони здоров'я знаходиться в динамічному трансформаційному стані, у зв'язку з впровадженням низки нововведень в контексті реформи охорони здоров'я.

Розглянуті проблеми в сфері реалізації основних елементів системи управління персоналом показали, що формування і впровадження концепції кадрової політики муніципальної установи охорони здоров'я є важливим елементом у формуванні кадрового потенціалу всієї галузі.

Відповідно до характеру і змісту праці медичного персоналу, а також на основі проведеної аналітичної роботи по кадровому забезпеченню КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги»: визначено, що на Підприємстві наявна складна організаційна структура, спостерігається тенденція до зменшення чисельності працівників Підприємства, переважання кадрів передпенсійного і пенсійного віку, при цьому на території обслуговування щорічно зменшується кількість населення, зростає старіючий контингент пацієнтів, знижується народжуваність. Тому, основна мета Підприємства – зберегти баланс між наявною потребою пацієнтів в послугі первинної медичної допомоги і кількістю надавачів цієї допомоги. Крім того, медична реформа первинної ланки надання медичної допомоги кидає нові виклики для медичних закладів з надання ПМД. Право пацієнта на вільний вибір лікаря, принцип «гроші ходять за пацієнтом» та суттєві особливості «сільської медицини» гостро підкреслили проблему нестачі молодих фахівців на Підприємстві. Відсутність місцевих програм підтримки молодих спеціалістів та відсутність службового житла, мала перспективність району, крім того, не в останню чергу, менші можливості професійного розвитку відіграють велику роль в демотивації молодих лікарів до роботи в віддалених регіонах. Першочергове завдання керівника – створити в медичному закладі середовище, що підтримує незалежний професійний розвиток кожного фахівця (не тільки лікарів) та в постійній мотивації – системі стимулів та процесі стимулювання бажаної (з точки зору стратегії Підприємства) поведінки працівників із залученням органів місцевого самоврядування та їх фінансової підтримки.

Визначення перспектив розвитку медичного закладу вимагає приділення великої уваги її колективу, так як він є основою функціонування будь-якої установи. Адже саме від колективу залежить надання якісної та своєчасної медичної допомоги населенню і формування позитивної громадської думки про медичний заклад. Але щоб сформувати згуртований та кваліфікований колектив необхідно починати з залучення до роботи молодих фахівців і створення сприятливих умов праці для медичного персоналу. Тому, особливого значення

для ефективного кадрового забезпечення набувають мотиваційні аспекти, які можуть максимально наблизити особисті і соціальні потреби в процесі роботи.

Мотиваційні фактори є компонентами механізму зацікавленості у досягненні максимальних економічних та соціальних результатів діяльності. Під мотиваційними факторами розуміємо фактори різної природи, під впливом яких формується мотиваційна дія. Структура мотиваційних факторів є складною. Мотиваційні фактори розрізняються відповідно до потреб, які людина намагається задовольнити через трудову діяльність, до тих благ, які потрібні людині для задоволення своїх потреб, за тією ціною, яку працівник готовий заплатити за отримання необхідних йому благ.

Мотиваційна поведінка працівника формується під впливом таких факторів: зміст праці, визнання її іншими, усвідомлення своїх досягнень, об'єктивна оцінка керівництвом, прагнення до службового зростання, почуття відповідальності, самореалізація у праці [48, С.57]. Групова мотивація працівників перебуває під впливом дещо іншого комплексу факторів: політики підприємства, методів кадрового менеджменту, стилю керівництва, компетентності керівників, умов праці та психологічного клімату у колективі, соціальної та матеріальної винагороди, гарантованості збереження робочого місця [75, С.77].

Ставлення людини до трудових процесів визначається багатьма мотивами та стимулами у різному їх поєднанні, які у сукупності впливають на трудову поведінку працівників та складають систему мотивації праці (рис. 3.1) .

Запропоновано виділити дві великі групи мотивів:

- позитивні стимули та мотиви;
- негативні стимули та мотиви, які виражаються у формі дисциплінарних стягнень.

На нашу думку, застосування негативних мотивів часто призводить до позитивного результату. Тому їх краще визначити як стимули (мотиви) протидії. Насправді ж, існують і дійсно негативні мотиви та стимули, що знижують зацікавленість людини у праці, дія яких є інколи настільки сильною, що перешкоджає дії позитивних мотивів.

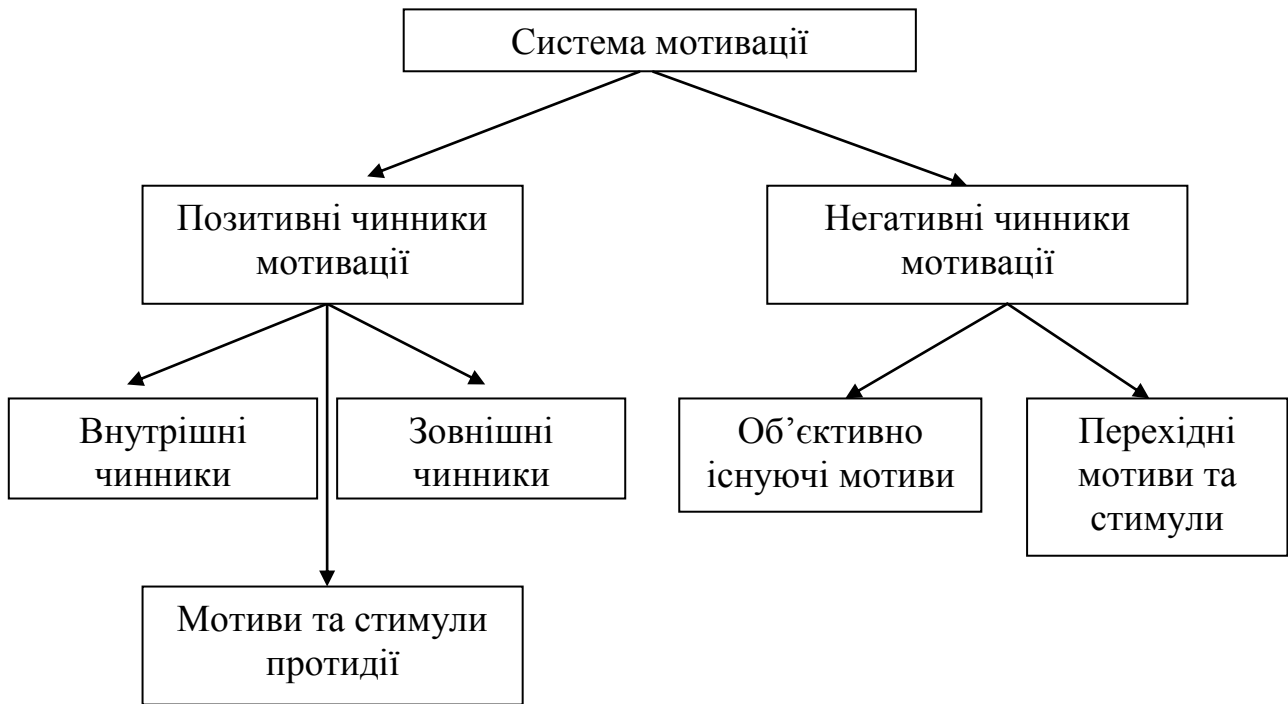


Рис. 3.1. Система мотивації праці у медичній установі

Примітка. Розроблено автором

Тому сукупність мотиваційних факторів підприємства складають наступні групи, які утворюють систему мотивації:

1. Позитивні мотиваційні фактори (ПМФ):

- внутрішні мотиви, які визначаються схильністю особи до праці (ВМ);
- зовнішні стимули, які викликають позитивну реакцію та прагнення до праці (ЗС);
- мотиви та стимули протидії, які викликають негативну реакцію, примушують до праці та дають бажаний результат (МСП).

2. Негативні мотиваційні фактори (НМФ):

- об'єктивно існуючі мотиви, які зменшують мотивацію людини до праці, але ми не можемо впливати на них (ОІМ);
- перехідні мотиви та стимули, які з категорії позитивних на якомусь етапі можуть перейти в категорію негативних (ПМС).

Своєрідність персоналу як ресурсу проявляється в складності і неоднозначності людських потенціалів, постійне зростання їх потреб, зміна цінностей – все це підвищує увагу до психологічних аспектів управління персоналом, що найбільш відповідає поняттю «мотивація». Можливість своєчасної адаптації підприємств до зовнішніх умов підвищують важливість

мотивації управлінського персоналу, яка повинна бути системною для досягнення стратегічного успіху підприємства.

Важливе значення у формуванні мотивації персоналу мають управлінські рішення. Керівникам медичних закладів необхідно організувати програми підвищення психологічної компетентності працівників, що включають розвиток навичок саморегуляції, пізнавального мислення. Велике значення у формуванні має підготовка медичного персоналу. Саме в професійних навчальних закладах необхідно формувати мотивацію трудової діяльності.

Також необхідно проводити заходи щодо підвищення мотивації серед вже працюючих співробітників. Для цього можна влаштовувати різні «балінтовські групи», на яких будуть обговорюватися досягнення співробітників, шляхи виходу з різних складних професійних ситуацій, проводитися заходи по згуртуванню колективу.

Відсутня широка пропаганда суспільної значимості професії медичного персоналу на всіх рівнях. Недостатня увага в закладах охорони здоров'я приділяється розвитку і підтримці культури організації, зокрема, популяризації місії установи, формування лояльності і прихильності організації персоналу та іншим специфічним аспектам формування організаційної культури.

Таким чином, можна визначити основні напрямки діяльності керівників охорони здоров'я на різних рівнях управління, спрямовані на підтримку і підвищення трудової мотивації медичного персоналу.

1) Підвищення престижу і широка пропаганда суспільної значимості професії. Надання визнання працівникам і ветеранам професії. (Цей пункт характерний і для двох інших рівнів - місцевого рівня і рівня керівника медичного закладу).

2) Встановлення гідного рівня оплати праці працівників медичної сфери.

3) Оснащення сучасним обладнанням і впровадження сучасних технологій.

4) Популяризація підвищеного рівня середньої і вищої освіти.

5) Розширення ієрархічної структури закладів охорони здоров'я, створення можливості кар'єрного росту і більш диференційованої оплати праці медперсоналу.

6) Розробка нормативів навантаження і стандартів надання медичної допомоги. Введення в штат посади менеджера по кадрам і психолога.

7) Введення в програми підвищення кваліфікації середніх медичних працівників.

На підставі всього вищесказаного, можна скласти ряд рекомендацій для підвищення рівня мотивації медичного персоналу конкретно для КНП «Старосинявський ЦПМСД».

Для вирішення проблеми нематеріальної мотивації, про яку говорилося раніше, можна порекомендувати відкрити при медичному закладі музей слави, в якому відзначалися б заслуги персоналу КНП «Старосинявський ЦПМСД». Загальний трудовий стаж або тривала робота водному з структурних підрозділів, листи подяки, нагороди за участь в яких-небудь конкурсах - все це може бути предметом гордості і могло б бути відзначено в залі слави лікувальної установи. Знання і розуміння того, що заслуги будуть помічені і залишаться в пам'яті, повинно позитивно позначитися на психології співробітників. Крім того, відкриття залу слави нагадає сучасному поколінню медичних працівників про історію закладу та умови, в яких раніше працювали люди. Сам процес створення такого музею буде захоплюючою подією, яке може об'єднати персонал і трохи відволікти від напруженої роботи, попутно надавши медичному персоналу можливість в самовираженні.

Необхідно формувати вищий рівень довіри між медичним закладом і медичними навчальними закладами. Це забезпечить студентам зв'язок з майбутнім місцем роботи. Для того, щоб наставництво зі студентами не сприймалося для персоналу як зайве навантаження, потрібно презентувати цю роботу як свідчення високого професіоналізму.

Ситуація з організаційною культурою теж потребує корекції. Підприємству слід практикувати такий спосіб організаційної культури, як створення внутрішніх традицій, а саме святкувати День Медичного працівника

з виїздом на природу, відзначати Новий рік, 8-е березня і інші свята. При цьому не слід забувати про колишніх співробітників і запрошувати їх на День Медичного працівника. Звичайно, що всю вартість таких заходів роботодавець оплатити не може, тому працівники також беруть участь в їх фінансуванні. Але в цілому ці заходи сприяють згуртуванню персоналу, посилюють його прихильність до колективу. Крім того, такі заходи знімають конфлікти і психологічну напруженість.

З боку керівництва слід також розглянути практику мотивації персоналу за допомогою подарунків. Ця практика давно набула широкого поширення у багатьох організаціях і установах. За допомогою подарунка можна висловити повагу, вдячність і схвалення будь-кому. Важливою лише є наявність умови, що подарунки відповідають своєму призначенню і є виправданими. Велику радість викликає подарунок в День Народження або ювілей співробітника, річницю його роботи, або ж вихід на пенсію. Такі знаки уваги, незалежно від займаної посади співробітника, свідчать, що він потрібен установі та його цінують.

Окремим важливим стимулом для медичних працівників є соціальний пакет, який повинен мати широкий набір компонентів. Він формується на основі стратегії розвитку підприємства, діагностики трудової мотивації, виявлення ціннісних орієнтирів персоналу. Соціальний пакет має бути розроблений так, щоб на підприємстві продовжували працювати кращі працівники, і водночас зростала продуктивність праці всіх працівників.

Структура соціального пакету повинна пропонуватись роботодавцем з огляду на обсяг фінансових ресурсів, які можна спрямувати на фінансування соціального пакету, та ефективність діяльності підприємства.

Формування групової мотивації реалізується в обговоренні складових опцій соціального пакету між працівниками та адміністрацією підприємства, встановленні гнучкої структури соціального пакету, постійній комунікації щодо ефективності соціального пакету. Індивідуальний підхід до формування мотивації проявляється в самостійному виборі працівником опцій соціального пакету, а також у можливості, у разі потреби, зміни опцій в особистому

соціальному пакеті. Індивідуальний соціальний пакет працівника є повністю безкоштовним для працівника, який отримує благо, витрати на виконання опцій соціального пакету пропонується на 99% виконувати за рахунок бюджету підприємства та на 1% за рахунок бюджету профспілкової організації працівників.

Соціальний проект призначений для створення мотивуючого ефекту, цільового направлення праці на досягнення необхідного ефекту. Без цього преміювання не має сенсу: премії сплачуються, результати роботи не покращуються. При наданні соціального пакету працівнику повинні враховуватись якісні показники їхньої праці. За рівнем їх виконання коригується розмір соціального проекту за виконання або перевиконання норм виробітку, виробничих завдань, нормованих завдань тощо.

Для підвищення ефективності використання персоналу адміністрація підприємства повинна орієнтуватися також на внутрішні спонукальні чинники – потреби й ціннісні орієнтації працівника. Як правило, керівники недооцінюють внутрішні потреби працівників щодо праці. Більш диференційований аналіз мотивів до праці виявив, що існують принципові відмінності у працівників чоловіків і жінок, а також у різних вікових груп працівників підприємств: для чоловіків найбільш значущими мотивами є зміст і характер праці; для молодих фахівців – можливість поєднувати навчання та роботу; для жінок, що мають сім'ю, – можливість проводити організовано родинне дозвілля, відпочинок спільно з дітьми.

В цілому, першочергове завдання керівництва медичного закладу – створення середовища, що підтримує незалежний професійний розвиток кожного фахівця (не тільки лікарів) та в постійній мотивації – системі стимулів та процесі стимулювання бажаної з точки зору стратегії підприємства поведінки працівників із залученням органів місцевого самоврядування та їх фінансової підтримки [3, С. 92].

Впровадження зазначених рекомендацій може підвищити рівень мотивації персоналу підприємства і тим самим поліпшити ефективність кадрового забезпечення.

3.2. Напрями удосконалення кадрового забезпечення

Розвиток ринкових відносин у медичній сфері з впровадженням досягнень науково-технічного прогресу, що визначає потреби кожного, підводить до необхідності узагальнення досвіду управління кадровим забезпеченням та формування нової концепції управління кадровим забезпеченням медичних закладів. Сучасна концепція управління розглядається багатьма науковцями за критеріями оцінювання ефективності (використання потенціалу співробітників, а не мінімізація витрат); за ознакою контролю (самоконтроль з боку самих працівників, а не зовнішній контроль); за формою організації (креативна та динамічна форма організації, а не централізована, бюрократична) тощо. При цьому, вони відзначають наявність тенденції до підвищення ролі аналітичних функцій кадрових служб. Сучасна політика щодо персоналу повинна прагнути інтегрувати всі аспекти кадрової роботи на всіх стадіях її життєвого циклу з моменту прийому на роботу до виплати пенсійної допомоги.

Тому концепція управління формуванням кадрового забезпечення діяльності підприємства розглядається нами як систематеоетико-методологічних поглядів на розуміння та визначення суті, змісту, цілей, задач, критеріїв, принципів та методів управління персоналом, а також організаційно-практичних підходів до формування механізму її реалізації в умовах здійснення інноваційної діяльності підприємств. В умовах, що постійно змінюються, постійно змінюється і концепція управління кадровим забезпеченням підприємства, а отже її особливості потребують дослідження.

Об'єктом концепції, що досліджується, є кадрове забезпечення підприємства, яке необхідно розглядати, на нашу думку, як відкриту систему, тому що воно знаходиться під постійним впливом факторів зовнішнього середовища: ринок праці, соціально-демографічні фактори, доходи та рівень життя населення, рівень освіти населення. Концептуальна модель кадрового забезпечення як відкритої системи, представлена на рис. 3.2.

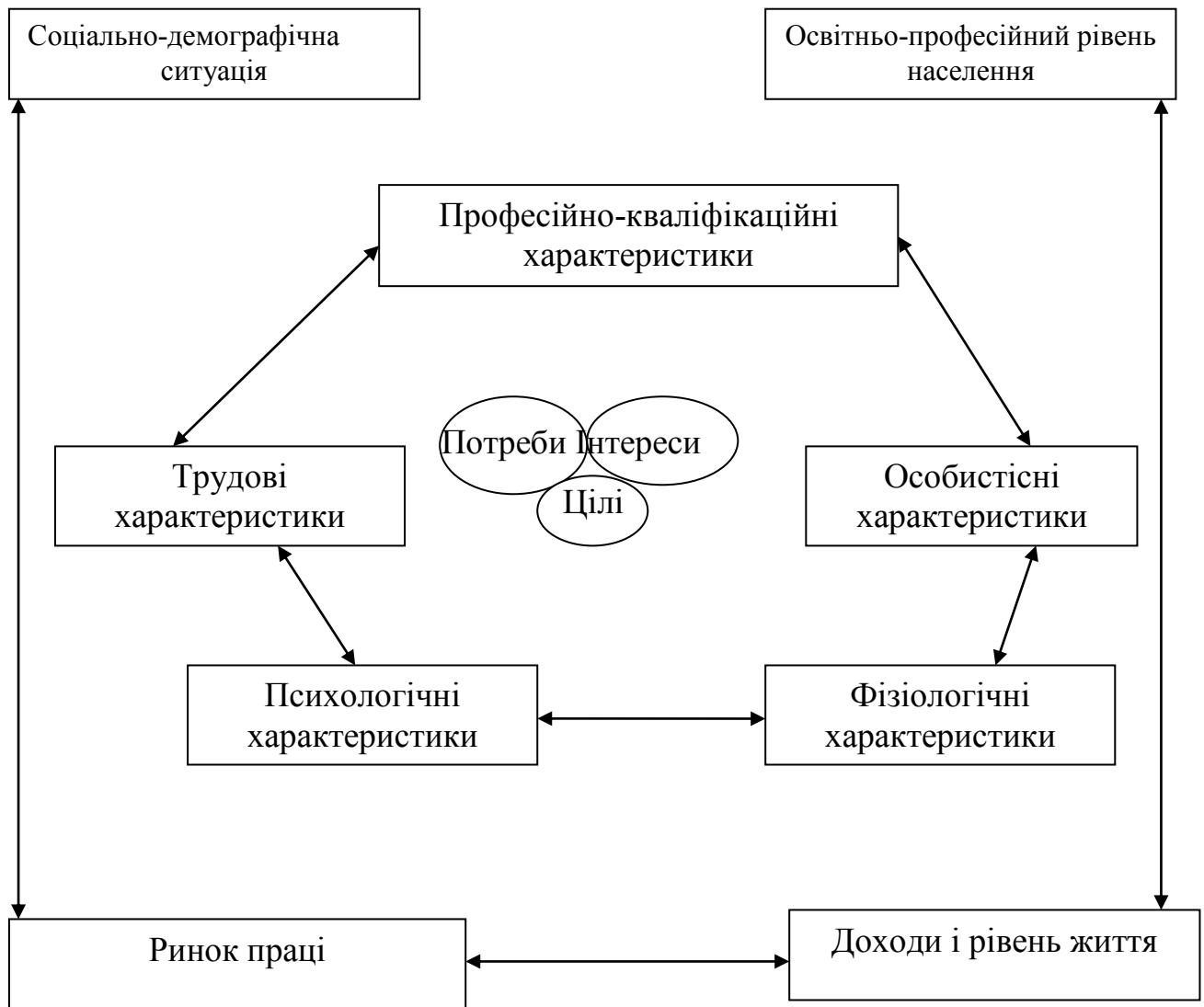


Рис. 3.2. Властивості кадрового забезпечення підприємства як відкритої системи

Управління формуванням та розвитком кадрового забезпечення підприємства у сфері охорони здоров'я потребує побудови принципової моделі, якими запропонована на рис. 3.3. Основними етапами процесу формування кадрового потенціалу у відповідності до моделі є: 1) аналіз кадрового забезпечення діяльності підприємства; 2) вибір цілей управління кадровим забезпеченням підприємства; 3) визначення стратегії управління кадровим забезпеченням у відповідності до пріоритетів діяльності підприємства; 4) створення умов для кадрового забезпечення діяльності підприємства; 5) реалізація розвитку кадрового забезпечення; 6) контроль та оцінка кадрового забезпечення діяльності підприємства.

Формування механізму досягнення цілей в соціоорієнтованій системі, якою є підприємство, є особливо складним в силу того, що його

формування враховує соціальні процеси, що протікають в середині підприємства. Суб'єкти соціально-трудових відносин по-різному уявляють собі цілі діяльності



Рис. 3.3. Структурна модель управління кадровим забезпеченням діяльності КНП «Старосинявський ЦПМСД»

Примітка. Розроблено автором

підприємства та їх переваги. Якщо зводяться до мінімуму негативні соціальні

проявина всіх ступенях ієрархічної структури підприємства, це призводить до покращення загальної атмосфери соціальних відносин, як наслідок - позитивний вплив на загальний економічний стан підприємства, що сприяє досягненню його головної мети. Принципова схема взаємодії процесів управління кадровим забезпеченням та досягнення цілей підприємства представлена рис. 3.4.

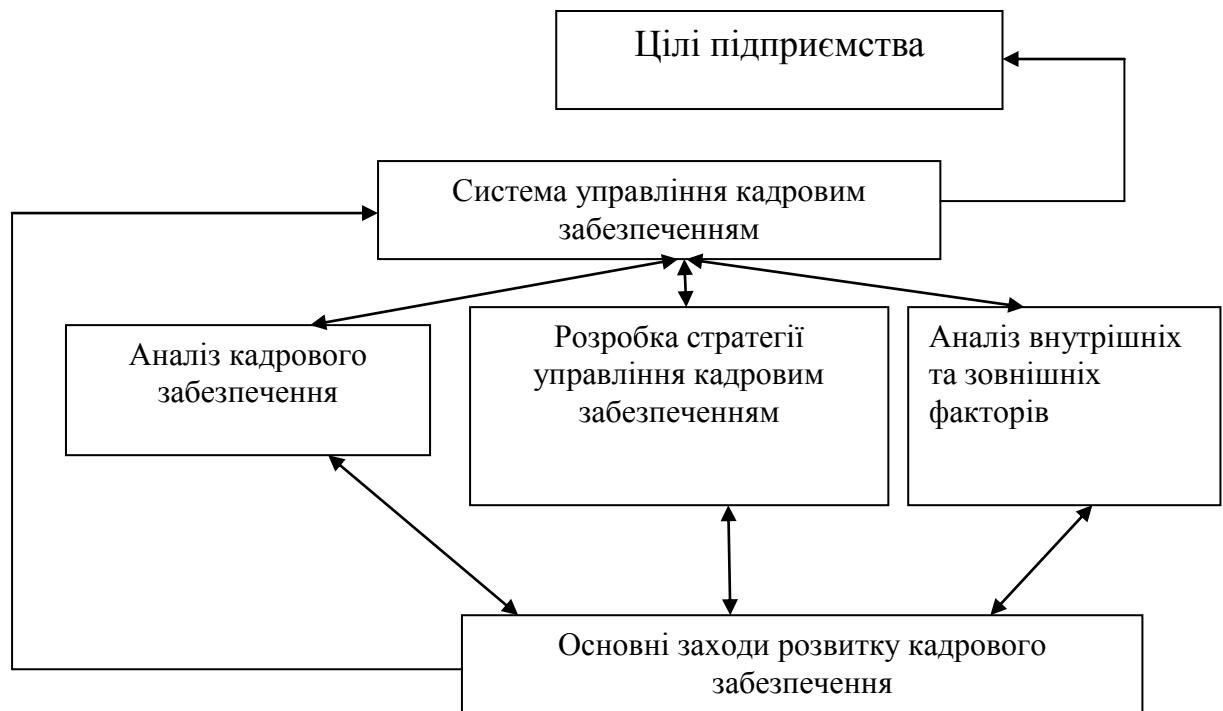


Рис. 3.4. Схема взаємодії цілей підприємства та кадрового забезпечення

У зв'язку з цим, на нашу думку, керівництву підприємств необхідно здійснювати спеціальні заходи із залученням всіх учасників соціально-трудових відносин в процес досягнення головної мети підприємства. Такими заходами можуть виступати планування, контроль за кількістю та якістю праці, надання працівникам можливостей для підвищення кваліфікації, а для тих, хто відзначився - службового зростання, участь в прийнятті рішень, різні системи стимулювання, починаючи від збільшення тарифних ставок та завершуючи внутрішньо-виробничим соціальним страхуванням, покращення соціальних, виробничих та інших взаємозв'язків в трудових колективах. За своїм змістом ці заходи відображають різні задачі розвитку кадрового забезпечення, що виникають при управлінні виробничими та соціально-трудовими процесами на підприємстві.

Проте, кадрове забезпечення підприємства як відкрита система характеризується рядом особливостей, до яких відносяться: унікальність та непередбачуваність; наявність граничних можливостей; властивість змінювати структуру та формувати варіанти поведінки; здатність до адаптації, мобільність тощо.

Інформаційне забезпечення системи управління кадровим забезпеченням розглядається як сукупність реалізованих рішень щодо обсягу, розміщення та форм організації інформації, яка циркулює в системі управління при її функціонуванні. Воно включає оперативну інформацію, нормативно-довідкову інформацію, класифікатори техніко-економічної інформації та системи документів (уніфікованих та спеціальних).

Процеси отримання та переробки інформації мають велике значення для аналізу трудових відносин всередині підприємства. Відсутність інформаційної бази стану кадрового забезпечення як складної соціально-економічної системи ставить під загрозу завершення процесу створення ефективної системи формування та управління кадровим потенціалом.

Складним завданням виступає визначення типу інформації, яку необхідно зібрати та опрацювати в процесі аналізу кадрового забезпечення. Існуючі джерела обмежуються розробками загальнометодологічного характеру. Проблема інформації витікає з ключової проблеми відсутності методів оцінки кадрового потенціалу. Інформація про стан кадрового забезпечення стане базою для прийняття рішень стосовно управління ним та його аналізу на підприємстві.

Тому слід розглядати питання про створення інформаційної бази кадрового забезпечення як обсягу інформації, що відноситься до кадрового забезпечення, яке є на підприємстві та обробляється на ньому протягом визначеного періоду часу. При цьому вищі якісні та кількісні характеристики інформації, що обробляється, реально спряють досягненню цілей.

При прийнятті рішень рекомендується використовувати нові комп'ютерні та інформаційні технології, які включають: нові технології комунікацій на основі локальних та розподілених мереж ЕОМ; нові технології обробки

інформації на основі персональних комп'ютерів і спеціалізованих робочих місць; нові технології прийняття рішень на основі засобів штучного інтелекту; засоби зберігання інформації (машинна пам'ять, бази даних).

Нами запропоновано виділити такі основні етапи збору та обробки інформації, яка необхідна для аналізу кадрового забезпечення як:

Перший етап - збір необхідної інформації про стан компонентів кадрового забезпечення.

Другий етап - аналіз отриманих даних з точки зору їх інформативності.

Третій етап - виділення інформації, яка є пріоритетною з точки зору узгодженості зі стратегіями управління кадровим забезпеченням, цілями підприємства та їх досяжністю.

Четвертий етап - аналіз кадрового забезпечення та співвідношення можливостей управління ним у відповідності до цілей підприємства.

П'ятий етап - оцінка та співвіднесення отриманої інформації з кінцевими цілями.

Тому така інформаційна система забезпечить:

1. високий рівень автоматизації процесів збирання, зберігання та обробки текстової інформації для потреб кадрової служби підприємства;
2. скорочення кількості форм первинної документації, яка використовується для реєстрації первинної інформації;
3. поєднання роботи користувача та оператора; підвищення якості прийняття управлінських рішень;
4. зниження трудомісткості виконання розрахунків в межах техніко-економічних завдань.

На нашу думку, створення подібної системи може стати одним із стимулюючих чинників впровадження у кадрову роботу підприємства сучасних методів та засобів кадрового менеджменту.

Отже, основними напрямками вирішення проблеми удосконалення управління кадровим забезпеченням є: пошук методів формування необхідного кадрового забезпечення; аналіз та використання можливостей вже існуючого кадрового забезпечення, розвиток кадрового забезпечення під впливом змін

зовнішнього середовища та його інформаційної підтримки.

ВИСНОВКИ

Одержані в ході магістерського дослідження результати в сукупності вирішують важливе науково-практичне завдання з подальшого розвитку теоретичних засад, розроблення практичних рекомендацій, спрямованих на удосконалення кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я.

За результатами аналізу кадрового забезпечення КНП «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги», можна зробити наступні висновки:

1. На підстав теоретичних досліджень науковців визначено, що кадрове забезпечення представляє собою комплекс дій, спрямованих на пошук, оцінювання і встановлення заздалегідь передбачених відносин з робочою силою як у самому закладі охорони здоров'я – для подальшого просування кар'єрними сходами, так і поза його межами – для нового найму тимчасових або постійних працівників. До основних складових кадрового забезпечення відносять наступні: інтелектуальна, кваліфікаційна, професійна, технологічна та організаційна складова. Організаційна складова кадрового забезпечення підприємства передбачає високий рівень організації та культури праці, відображається у чіткості, ритмічності, погодженості трудових зусиль і високого ступеня задоволеності працівників своєю працею. Вплив технічних і технологічних факторів на чисельність і склад кадрового забезпечення проявляється через зрушення в обсягах та змісті виконуваних функцій. Якісна характеристика кадрового забезпечення відображає розвиток особистого фактору виробництва, який включає в себе здатність і схильність менеджера до праці, його стан здоров'я, тобто є відображенням психологічного і фізичного потенціалу; з сукупністю як загальних, так і спеціальних знань, трудових навичок і умінь, що визначають здатність до праці визначеної кваліфікації; з свідомістю й відповідальністю, рівнем соціальної зрілості та ідейної переконаності, інтересів і потреб. Кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я представляє собою інтегральну сукупність можливостей персоналу до трудової активності, під якою розуміється його спроможність до відповідальної, продуктивної праці, до опанування нових знарядь праці,

технології та способів трудової діяльності, до вдосконалення своєї професійної майстерності.

2. У світовій практиці виділяють два основні підходи до схем підготовки фахівців для сфери охорони за структурою і тривалістю: 1) європейський, який передбачає вступ на медичний факультет університету чи до медичного вишу після школи; 2) американський, який передбачає двоступеневу вищу освіту (базовий коледж і професійна медична школа). У більшості країн світу повний цикл навчання майбутніх лікарів складає 6 років. Випускники після закінчення навчання отримують диплом і їм присвоюють лікарське звання, встановлене у цій країні (лікар, бакалавр медицини, ліценціат медицини, кандидат медицини тощо). Проте, самостійна лікарська практика у більшості країн дозволена після обов'язкового навчання в інтернатурі. Розглянуто особливості кадрового забезпечення у Німеччині, США та Великій Британії.

3. Система показників, що характеризують кадрове забезпечення, допомагають оцінювати його рівень розвитку для прийняття рішень, спрямованих на покращення трудової складової в діяльності підприємства. Первинні показники відносяться до системи трудових показників, які характеризують кількісні та якісні компоненти кадрового потенціалу, визначаються розрахунковим шляхом або є нормативними. Вторинні показники будуються окремо по кожній зі складових якостей кадрового потенціалу з метою отримання групового показника.

4. Комунальне некомерційне підприємство «Старосинявський центр первинної медико-санітарної допомоги» (надалі - Підприємство) є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає первинну медичну допомогу та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Старосинявської ОТГ. За період 2015-2019 років відбувається скорочення прийому амбулаторних хворих на 26,7 % або на 11438 чоловік. Зменшилась кількість викликів на дім, проте для категорії дітей віком від 0 до 17 років, кількість викликів зросла на 22, що свідчить про найбільшу вразливість даної категорії пацієнтів до хвороб та лікування в домашніх умовах.

5. За період 2015-2019 років, в цілому, обсяги надходжень до КНП «Старосинявський ЦПМСД» зросли на 4743340 грн. за рахунок доходів від власної діяльності. Аналіз видатків КНП «Старосинявський ЦПМСД» показав, що за період 2015-2019 років загальний обсяг видатків зріс на 3703924 грн., при цьому у загальній структурі несуттєво зменшилась частка поточних видатків зі 100 до 94,8% та зросла частка капітальних видатків з 2,76% у 2015 році до 5,1% у 2019 році. Позитивними тенденціями для підприємства є зменшення коефіцієнту зносу основних засобів на 26,2 та збільшення коефіцієнту оновлення основних засобів на 25,78, що свідчить про оновлення основної бази надання медичних послуг. Аналіз ділової активності показав, що суттєво зменшився коефіцієнт ділової активності на 2,9, несуттєво збільшився коефіцієнт оборотності на 0,2, зменшився коефіцієнт оборотності основних засобів на 5,4 та коефіцієнт оборотності власного капіталу на 2,8.

6. За досліджуваний період загальна кількість працівників зменшилась на 22 особи, найбільш суттєво у 2019 році на 15 осіб. За період 2015-2019 років найбільше скоротилась чисельність медичних сестер та завідувачів фельдшерськими пунктами по 10 осіб, також кількість лікарів на 3 особи. Натомість, у 2018 році збільшилась кількість молодшого медперсоналу на 1 особу.

У 2019 році найбільшу групу складають працівники зі стажем 8-10 років, причому їх кількість за 2015-2019 роки зменшилась на 6 осіб, далі працівники зі стажем понад 10 років, але їх кількість за досліджуваний період зменшилась найбільше на 17 осіб. Незмінною залишилась кількість працівників зі стажем до 3 років та збільшилась на 3 особи кількість працівників зі стажем 3-5 років. Тобто, з одного боку більшість працівників мають великий практичний досвід, з іншого малий відсоток молодих спеціалістів, які повинні складати основу майбутнього кадрового потенціалу підприємства.

Це свідчить про недостатньо ефективне використання трудових ресурсів, що підтверджується високими показниками плинності кадрів в останній рік, зокрема звільнення переважної частини вибулих з підприємства за власним бажанням, також варто відзначити незначну кількість працівників, що

прийняті на роботу, підтверджують необхідність перегляду умов праці персоналу.

7. Визначено нові мотиваційні підходи до кадрового забезпечення з виділенням позитивних та негативних стимулів та мотивів, які виражаються у формі дисциплінарних стягнень. Для ефективного кадрового забезпечення запропоновано заходи для працівників, підвищення престижу і широку пропаганду суспільної значимості професії, визнання досягнень персоналу, шляхом створення музею слави КНП «Старосинявський ЦПМСД», поширення наставництва для студентів медичних навчальних закладів, впровадження внутрішніх традицій в організаційній культурі, групового та індивідуального соціального пакету.

8. Запропоновано структурну модель управління кадровим забезпеченням, основними етапами процесу формування кадрового потенціалу у відповідності до якої є: 1) аналіз кадрового забезпечення діяльності підприємства; 2) вибір цілей управління кадровим забезпеченням підприємства; 3) визначення стратегії управління кадровим забезпеченням у відповідності до пріоритетів діяльності підприємства; 4) створення умов для кадрового забезпечення діяльності підприємства; 5) реалізація розвитку кадрового потенціалу; 6) контроль та оцінка кадрового забезпечення діяльності підприємства.

Необхідно здійснювати спеціальні заходи із залученням всіх учасників соціально-трудових відносин в процес досягнення головної мети підприємства, зокрема, планування, контролю за кількістю та якістю праці, надання працівникам можливостей для підвищення кваліфікації, а для тих, хто відзначився - службового зростання, участь в прийнятті рішень.

Отже, основними напрямками вирішення проблеми удосконалення управління кадровим забезпеченням є: пошук методів формування необхідного кадрового забезпечення; аналіз та використання можливостей вже існуючого кадрового забезпечення, розвиток кадрового забезпечення під впливом змін зовнішнього середовища та його інформаційної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я. URL : <http://healthreform.in.ua/autonomization> (дата звернення: 05.02.2019).
2. Азріліан А.Н. Великий економічний словник. К.: Інститут нової економіки, 1999. 1248 с.
3. Ананьєва Н.О. Особливості кадрового забезпечення медичного закладу. Abstracts of IX International Scientific and Practical Conference. Ankara, Turkey 2020. 88-92 pp.
4. Антонов С. В. Особливості трудових відносин у закладі охорони здоров'я. URL: <http://www.medlawcenter.com.ua/ru/publications/77.html> (дата звернення 01.04.2020 р.)
5. Антощина Н.І. Сучасний погляд на систему управління персоналом в аспекті забезпечення конкурентоспроможності підприємства. *Ефективна економіка*. 2014. № 9. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3350> (дата звернення: 12.04.2020).
6. Банчук М. В. Марценюк В.П. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf.
7. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарством*. 2019. № 1(69). 73-79
8. Вардинець І.С. Никитюк О.Я., Бойко В.П. Розподіл хірургічної патології згідно рівнів медициної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2003. С.32-34.
9. Василенко В.О., Шматько В.Г. Інноваційний менеджмент: Навчальний посібник. За редакцією В.О. Василенко. К.: ЦУЛ, Фенікс. 2003. 440 с.
10. Введено в дію закон щодо автономізації закладів охорони здоров'я. Аптека. online.ua. URL: <https://www.apтека.ua/article/433045> (дата звернення: 15.04.2020).

11. Веснин У. Р. Управління персоналом: навчальних посібників. М.: вид. Проспекта, 2006. 239с.
12. Вороненко Ю. В., Бригинець Д. Д. Напрями формування і реалізації кадрової політики в НМАПО імені П. Л. Шупика. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2016. Вип. 25. С. 13-23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2016_25_4
13. Горлачук В.В., Яненко І.Г. Економіка підприємства. Навчальний посібник. - Миколаїв: Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2010. С.218.
14. Гримак О.Я., Бурда І.Я.. Кадровий потенціал – запорука кадрової безпеки підприємства. Науковий вісник ЛНУВМБТ імені С.З. Гжицького, 2016, т 18. № 2 (69). С.44
15. Гунчак І. С. Дорожня карта розвитку ділової кар'єри працівника медичного закладу. *Теоретичні та практичні аспекти соціально-економічних наукових досліджень* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 30 жовтня 2020 р). Київ, Східноєвропейський центр наукових досліджень, 2020. С. 115 – 117.
16. Дайджест змін в охороні здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/14312-moz_digest_17_2019_1.pdf (дата звернення: 12.12. 2019).
17. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг.ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
18. Дмитрук О. В., Свінцицька О. М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 5 (10). 182-186.
19. Жаліло Л.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні / Л.І. Жаліло, М.І. Мартинюк. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>
20. Завадський Й.С., Осовська Т.В., Юшкевич О.О. Економічний словник. Київ. Кондор. 2006.

21. Зінченко О.А., Пономаренко Л.Р. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2018. № 18. С. 123–126.
22. Знаменская, Т. К. Приоритетные направления развития перинатальной службы в Украине. *Неонатология, хірургія та перинатальна медицина*. 2011. Т. 1, № 2. С. 6–10.
23. Карлаш В. В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2019. № 1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_1/17.pdf
24. Карлаш В. В. Цілі та проблеми реформування системи охорони здоров'я України. *Сучасний стан та перспективи розвитку економіки, фінансів, обліку, менеджменту та права* : збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (м. Полтава, 11 травня 2019 р.) : у 7 ч. – Полтава: ЦФЕНД, 2019. Ч.4. С. 55–56.
25. Ковжарова Е. Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров'я: Практичні висновки для України. *Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні*: матеріали наук.-практ. семінару (11-12 берез. 2002 р.) / за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. К. : Вид-во УАДУ, 2002. С. 64–67.
26. Корнійчук О. Стратегія побудови сучасної української системи охорони здоров'я. URL: <https://vilneslovo.com>.
27. Короленко В. В., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. монографія. К., 2018. 96 с.
28. Лепський В.В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. *Вісник НТУ «ХПІ»*. 2016. № 2(1174). С. 101–112.
29. Литвинова О. Інновації в управлінні охороною здоров'я – боротьба чи єдність протиріч? URL: <https://www.vz.kiev.ua/innovatsiyi-v-upravlinni-ohoronoyu-zdorov-ya-borotba-chy-yednist-protyrich/> (дата звернення: 26.01.2018).

30. Міністерство охорони здоров'я: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.
31. Могилевкина, И. А. Аудит перинатальных потерь в усовершенствовании перинатальной помощи в Украине. К.: "Поліграф плюс", 2012. С. 298–302.
32. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf (дата звернення: 05.05.2020).
33. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdor-ov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/> (дата звернення: 02.05.2020).
34. Надточій А. О. Причини зовнішньої трудової міграції та оцінка її наслідків для економіки України. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 1. С. 106-113. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2015_1_19.
35. Носуліч Т. М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/11652/15Nosylich.pdf?sequence=1> (дата звернення 31.03.2020 р.)
36. Олійник Т.І. Місце персоналу в системі категорій працевзабезпеченості підприємства. *Вісник ХНАУ ім. В.В. Докучаєва*. № 3. Серія „Економічні науки”. 2015. С. 185
37. Павловський А.В. Чи можлива в Україні гідна оплата праці? Хвиля. URL: <http://hvylyya.net/analytics/economics/chi-mozhliva-v-ukrayini-gidna-oplata-pratsi.html> (дата звернення: 05.02.2019).
38. Панфілова Г. Л. Фармацевтична допомога як історична, нормативно-правова та соціально-економічна категорія в системі охорони здоров'я і фармацевтичному забезпеченні населення. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2014. №2 (15). С.89-97.
39. Петрух О. А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. Наук.-практ. жури.: Чорномор. держ. ун-т ім. Петра Могили, ТОВ «ДКС Центр». Київ : Центр, 2018. Вип. 10. С. 107-110.

40. Петрух О.А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 11. С. 107–111.

41. Постоян Т.Г. Дуальна система навчання в умовах галузевої кластеризації. Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2015. № 2 (46) С. 374.

42. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення: спільний наказ МОЗ та Мінпраці України від 05.10.2005 № 308/519.

43. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення: наказ Мінпраці України, МОЗ України від 05.10.2005 № 308/519.
URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-05>.

44. Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»: наказ МОЗ України від 02.04.2013 № 259.

45. Про затвердження Переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю: наказ МОЗ від 25.12.1992 р. № 195.

46. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР.
URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>

47. Редько С. Применение коэффициента трудового участия в оплате труда работников строительных организаций. М., 2006.

48. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. № 3 (57). 162-168.

49. Россоха В.В. Методологічні аспекти формування та розвитку потенціалу підприємств аграрної сфери АПК. *Економіка АПК*. 2005. №8. С. 36-42.
50. Савіна Т.В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 15. С. 94–98
51. Севастьянов Р.В., Ткаченко С.А. Кадрова політика підприємства та напрями її вдосконалення. *«Економічний вісник Запорізької інженерної академії»*. 2016. С.177-187.
52. Семенов В.Ф. Нєчева Н.В. Дослідження процесів управління персоналом підприємств курортно-рекреаційної сфери: термінологічні уточнення. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2015. №3 (58). С. 214–220.
53. Скрипник О. А. Структурно-функціональна перебудова як інструмент удосконалення системи державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Сер. : Державне управління*. 2013. № 1. С. 179-182. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu_2013_1_35.
54. Статут комунального некомерційного підприємства «СТАРОСИНЯВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ» Старосинявської селищної ради: затверджено рішенням сесії Старосинявської селищної ради від 10 серпня 2018 року № 35/2018.
55. Стратегічний менеджмент. навч. посіб. / За заг. ред. Бутка М. П. К. : «Центр учбової літератури», 2016. 376 с.
56. Третьяк О. П. Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. *Бізнес інформ*. 2014. № 11. С. 331-336.
57. Фінансовий аналіз: навчальний посібник / За заг. ред. Т.Д. Косової, І.В. Сіменко. К.: ЦУЛ, 2015. 440 с.
58. Харченко Т.О., Сиза О.Д. Особливості формування кадрового потенціалу в організаціях медичної сфери обслуговування України. *Економіка та управління підприємствами*. №6 (11), 2017. С.185-188.

59. Худоба О. В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2010-4/doc/4/06.pdf> (дата звернення 01.04.2020 р.)
60. Чеканова Т.Д. Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Т.Д. Чеканова ; Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. О., 2008. 20 с.
61. Шавшин О.С. Стратегія інноваційного розвитку підприємства. *Інтернаука*. 2017. № 3(25). С. 167–171.
62. Шаповал О. Кадрова політика та шляхи її покращення. *Економіка і суспільство*, 2017. Вип. 9. С. 712-715.
63. Шаповал С. С., Каташинська М. О. Інновації в системі оплати, стимулювання та мотивації праці працівників сфери охорони здоров'я в Україні. URL: <http://intkonf.org/ken-shapoval>
64. Шевченко В.А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я. Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy : матеріали міжнар. наук-прак. конф., Kielce, Poland, January 27. 2017. Р. 28–31.
65. Шехлович А. М. Дослідження та удосконалення кадрового забезпечення інноваційної діяльності підприємства в умовах впровадження ІТ-технологій. [Електронний ресурс] / А. М. Шехлович. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: https://iierlviv.files.wordpress.com/2014/12/a_1.pdf.
66. Шостак Л.В. Зарубіжний досвід управління персоналом. *Приазовський економічний вісник*. 2018. №3 (08). С. 94-99.

Виконала: здобувачка магістратури за спеціальністю 073 Менеджмент зі спеціалізацією Організація і управління охороною здоров'я (заочної форми навчання)		_____ Н.О. Ананьєва
Науковий керівник: доцент кафедри менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування, к.е.н., доцент	_____ _____	_____ А.В. Корюгін
Робота допущена до захисту: завідувач кафедри менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування, д.е.н., професор	_____ _____	_____ В.П. Синчак

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1. Особливості організації процесу надання послуг

Основні аспекти організації виробництва	Характеристика
Тип послуг	Медичні послуги.
Вид організаційної структури	Заклад охорони здоров'я – центр первинної медико-санітарної допомоги.
Основні процеси/ послуги	Надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
Допоміжні процеси/ послуги	Надання в оренду й експлуатацію власного чи орендованого нерухомого майна.
Основні операції (назва, зміст, тривалість)	1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. 2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів. 3. Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами. 4. Надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. 5. Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. 6. Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта. 7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо

	пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань. 8. Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб. 9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя. 10. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги. 11. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною. 12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта. 13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД. 14. Призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства. 15. Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть. 16. Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я. 17. Взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я. Перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД: 1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою. 2. Загальний аналіз сечі. 3. Глюкоза крові. 4. Загальний холестерин.
--	--

	5. Вимірювання артеріального тиску. 6. Електрокардіограма. 7. Вимірювання ваги, зросту, окружності талії. 8. Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити.
Провідні структурні підрозділи/провідне устаткування	Амбулаторії загальної практики сімейної медицини. Устаткування згідно табеля оснащення: Ваги для дітей, ваги для дорослих, ростомір, медична вимірювальна стрічка (рулетка), стетофонендоскоп, термометр (для вимірювання температури тіла), в тому числі цифровий або інфрачервоний, тонометр з малими, середніми і великими манжетами, пульсоксиметр портативний, отоофтальмоскоп, медичний ліхтарик, електрокардіограф, пікфлуометр, молоточок неврологічний, таблиці для перевірки гостроти зору, апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (глюкометр, смужки, одноразові ланцети, одноразові рукавички), центрифуга. Набір лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах, одноразові малі хірургічні набори та одноразові інструменти для огляду, відповідно до розрахованих потреб, розхідні матеріали одноразового використання: шпателі, оглядові рукавички, рушники паперові, серветки (в тому числі вологі), одноразові простирадла для кушетки, шприці, катетери, вакуумні пробірки (вакутайнери), стерильний перев'язувальний матеріал тощо. Відповідно до розрахованих потреб швидкі тести: вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити тощо Відповідно до розрахованих потреб сумка лікаря/медсестри, сумка-холодильник з набором акумуляторів холоду, холодильник для зберігання лікарських засобів. Кушетка, в тому числі кушетка-трансформер (гінекологічне крісло), шафа для зберігання лікарських засобів та медичних виробів, сповивальний столик (для зали очікування). Комп'ютерне обладнання: комп'ютер з операційною системою та доступом до мережі Інтернет, багатофункціональний пристрій (або принтер + сканер). Автомобіль легковий.

Примітка. Складено автором на основі даних КНП «Старосинявський ЦПМСД».