МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ САДІВНИЦТВА
(УНУС)

Факультет менеджменту

Кафедра менеджменту

«Допущено до захисту»
«____» _____20___ р.

Завідувач кафедри, к.е.н., доцент

_____ **Наталія ВЕРНЮК**

КВАЛІФІКАЦІЙНА (ДИПЛОМНА) РОБОТА

МАГІСТРА

«УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «ВІННИЦЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1»

Виконав: студент 2 курсу, 22м-м групи
спеціальності 073 «Менеджмент»
(освітня програма «Менеджмент організацій та адміністрування»)
МАНЖУЛОВСЬКИЙ Богдан Олександрович
Керівник: к.е.н., доцент **Наталія ВЕРНЮК**

Умань – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП 7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 9
1.1. Сутнісно-змістова характеристика менеджменту закладів охорони здоров'я 9
1.2. Особливості удосконалення управління закладом сфери охорони здоров'я 13
1.3. Основні методи управління закладами охорони здоров'я 19
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «ВІННИЦЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1» 28
2.1. Загальна характеристика лікарні 28
2.2. Аналіз системи управління медичним закладом 35
2.3. Оцінка управління персоналом за операційними процесами лікарні 45
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «ВІННИЦЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1» 55
3.1. Впровадження програмного методу в управління медичним закладом 55
3.2. Розробка заходів з удосконалення управління маркетинговою діяльністю лікарні 63
3.3. Удосконалення механізмів управління кадровим потенціалом медичного закладу 68
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ 78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 82
ДОДАТКИ

ВСТУП

Актуальність теми. Розвиток медицини є одним з основних показників сталого розвитку країни. Інші сфери діяльності не можуть повноцінно розвиватися, якщо система охорони здоров’я знаходиться на низькому рівні. Без ефективної боротьби з епідеміями і захисту населення від хвороб люди не зможуть бути особливо зацікавленими в другорядних потребах, якщо на першому місці стоятиме потреба у збереженні здоров’я. З поширенням ринкових механізмів у пострадянських системах господарювання все більшої актуальності набуває впровадження ефективних інструментів управління закладами соціальної сфери. Дуже чутливим це питання є саме в медицині.

Управління закладом охорони здоров'я – це складний процес, заснований на виборі оптимальних рішень, з постійним урахуванням, як внутрішніх проблем організації, так і мінливої економічної та політичної ситуації. Підходити до цього процесу необхідно з позиції побажання трудового колективу та особистих інтересів.

Обрана тема є актуальною, тому що відсутність якісного управління створює передумови зниження якості медичних послуг, що надаються населенню, що негативно позначиться на заробітній платі та соціальній атмосфері в колективі, а також імідж медичного закладу.

Питання управління закладом охорони здоров'я досліджувалося багатьма вченими, зокрема такими науковцями: О.В.Баєва, Бикова В.Г., Борщ В. І., Брич В.Я., Василенко В.А. Вороненко Ю.В., Дмитрук О. В., Журавель В.І., Дейкун Н.П. , Мельник Л.А., Радиш Я.Ф., Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Свінцицька О. М., Смирнов С.О., Стефанишин Л.С., Третьяк О. П., І.М.Солоненка, Юринець З.В. та іншими. Так як медичні послуги та управління розвивається з високою швидкістю, написані наукові праці можна вважати базовими, але застарілими.

Мета і задачі дослідження. Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та розробка організаційно-економічного механізму якісних перетворень у системі управління охороною здоров'я на регіональному рівні з урахуванням загальних тенденцій функціонування й реальних можливостей фінансування цієї сфери за трансформаційних умов.

Відповідно до мети визначено основні *завдання* дослідження:

– розкрити сутність, особливості та економіко-правові основи управління закладом сфери охорони здоров'я;

– розглянути методи управління закладами охорони здоров'я

– визначити місце медичного закладу в системі охорони здоров'я регіону;

– розглянути методи управління закладами охорони здоров'я;

– зробити загальну характеристику КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» та показники його фінансово-господарської діяльності;

– провести аналіз забезпеченості, динаміки та структури персоналу;

– розробити рекомендації щодо впровадження програмного методу в управління медичним закладом;

– обґрунтувати напрямки удосконалення маркетингової діяльності;

– обґрунтувати пропозиції щодо удосконалення управління формуванням та розвитком кадрового потенціалу.

Об'єкт дослідження є процес управління закладом сфери охорони здоров’я.

Предмет дослідження є теоретико-методологічні основи та практичні аспекти управління КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1».

Методи дослідження. Методологічною та теоретичною основою магістерської роботи стали дослідження сучасної економічної теорії, менеджменту, маркетингу, поведінки споживачів, розробки вітчизняних та українських вчених. Для досягнення поставленої мети використано систему загальнонаукових і спеціальних методів дослідження: історичний, діалектичний, логічного сходження від абстрактного до конкретного – при вивченні теоретичних основ функціонування закладів охорони здоров'я; системно-структурний аналіз економічних процесів та явищ, методи кількісних та якісних порівнянь – при проведенні аналізу фінансово-господарської діяльності медичного закладу, метод системного аналізу, методи індукції та дедукції – при обґрунтуванні рекомендацій щодо удосконалення системи управління закладом у сфері охорони здоров’я.

Практичне значення результатів роботи полягає в тому, що наукові результати, які були отримані в роботі, доведені до рівня практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління закладом у сфері охорони здоров’я.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутнісно-змістова характеристика менеджменту закладів охорони здоров'я

Управління сферою охорони здоров'я – це область, яка напряму пов'язана з лідерськими якостями менеджерів, управлянням та адмініструванням систем громадської охорони здоров'я, лікарень та лікарняних мереж. Управління лікарнею – це в першу чергу ресурс для тих, хто має обов'язки керівника лікарні, для того щоб забезпечити максимально ефективне лікування пацієнтів. Менеджмент охорони здоров'я, або його ще називають медичний менеджмент – це загальний термін, який включає в себе використання людських, економічних, господарських, матеріальних та комп'ютерних ресурсів для ведення та лікування пацієнтів. Стратегії медичного управління створені для зміни поведінки споживачів та постачальників медичних послуг з метою покращення якості надання медичної допомоги. Тому особливої уваги в умовах ринкової економіки заслуговує фінансово-господарська діяльність медичних закладів [6].

Медичне керівництво складається з дипломованих фахівців в сфері охорони здоров'я та великим клінічним досвідом, що дозволяє контролювати тактику ведення пацієнта, його лікування та реабілітацію. Існують технології відбору ефективних проектів, програм (експертні, конкурсні і ін.) [1, 2] Проте, коли постає питання кваліфікованого управління сферою охорони здоров'я – дипломованих менеджерів, як правило, недостатньо для раціонального управління адміністративною одиницею. В результаті змальовується комплекс функціонально виражених підцілей програми з оцінками відносної важливості кожної підцілі і кількісно вираженими цільовими нормативами, розробляються варіанти комплексів об'єктивно виражених цілей, при цьому цілі оформляються у вигляді функціонального або об'єктивно виражених потреб, які

задовольняються у разі досягнення основної мети [3]. Це переважно стосується сектору державної медицини.

Вирішення питання раціонального менеджменту в сфері охорони здоров’я стало надзвичайно важливим в наш час. Якісна медична послуга та коректний менеджмент – ключ к створенню якісних та привабливих для користувача медичної послуги закладів. Науковий прогрес сьогоденняпов'язаний з медичними проблемами також направлений на підтримку думки про те, що раціональний кваліфікований менеджмент у сфері охорони здоров’я – новий крок до удосконалення галузі. Для виконання цієї роботи створюються спеціальні інформаційні центри, оснащені ЕОМ, набором периферійної і термінальної техніки і обслуговувані кваліфікованим персоналом [4]. Таким чином, управління реалізацією програми можна вести в автоматизованому режимі, що дозволяє керівництву, позбавившись від дрібних поточних справ, вести творчу роботу [4, 2].

Здоров’я людини – це ресурс від якого залежить її благополуччя. Коли здоров’я людини порушується це приводить до прагнення виправити ситуацію в найбільш короткий термін та на найбільш комфортних умовах. Така людина і є пацієнтом. Інтерес пацієнта – за найбільш короткий проміжок часу повернути втрачене. Інтерес лікаря – задовольнити потребу пацієнта якомога швидше таким чином, щоб пацієнт, у разі необхідності, повернувся саме до цього лікаря. Інтерес лікарні витратити на лікуваннякожного пацієнта якомога менше ресурсу. І звідси випливає головна мета менеджера – скоординувати роботу закладу таким чином, щоб інтереси пацієнта, лікаря та лікарні були задовільнені в повній мірі без утиску інтересів жодної зі сторін.

Мірою колапсу української системи охорони здоров'я є епідеміологічна ситуація населення країни, а також зміни, що відбулися в його стані здоров'я з кінця радянської епохи [5, 7, 8]. База даних «Здоров'я для всіх» [9] показує, що смертність від серцево-судинних захворювань в 1990 р склала 589,03 смертей на 100000 жителів України. У більш пізній період він збільшився, склавши 634,59 смертей на 100000 жителів у 2021 році. Для порівняння, в посткомуністичних

країнах, які стали державами-членами Європейського Союзу (Болгарія, Хорватія, Чеська Республіка, Естонія, Угорщина, Латвія, Литва, Польща, Румунія, Словаччина, Словенія) середнє значення цього показника в 1990 р становило 625,73 смертей на 100000 населення, а до 2021 р знизилося до рівня 362,5 смертей на 100000 населення. Так, в цій групі країн ми спостерігали поліпшення на 42%, а в Україні за той же період смертність збільшилася майже на 8%. Що важливо, в початковий період смертність в Україні була нижчою, ніж в більшості інших країн, включених вгрупу порівняння. Крім того, в деяких з них в першій половині 90-х років, а в деяких - в другій половині першого десятиліття трансформації, спостерігалося зростання смертності. Це приклади Румунії, Латвії, Болгарії та Естонії. Проте, всі вони зазнали явне і в цілому регулярне падіння в наступні роки, в той час як у випадку України спостерігається зростання до 2005 року, і тільки в останні роки країна відмічає деяке покращання, хоча і має результат гірше, ніж будь-який з порівняння країн індивідуально. Негативна тенденція ще більш очевидна в разі даних щодо ішемічної хвороби серця, де в Україні за розглянутий період смертність збільшилася більш ніж на 36%, хоча в групі «нових» країн-членів ЄС в той же час за аналогічним показником спостерігалося зниження середнього значення смертності.

Україна має понад 2200 лікарень і більше 400 000 лікарняних ліжок (5,22 лікарень і 890,7 ліжок на 100000 населення) в державному секторі. У перерахунку на душу населення це більше, ніж в країнах ЄС. Але в установах застаріле обладнання, і далеко не всі з них можуть забезпечити комплексний догляд [10].

Останні результати національних обстежень домогосподарств Health Index. Україна доводить, що доступ до ліків залишається серйозною проблемою для населення України. Домогосподарства витратили майже 11% середніх загальних витрат на покупку ліків. Відповідно до іншого опитування домогосподарств, 92% населення побоюються фінансових труднощів і катастрофічних витрат в разі хвороби [14]. Є дані про обмежений доступ до різних категорій медичних послуг. Дослідження показали, що до 75% людей зі звичайними психічними розладами і розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, в Україні не мають доступу до

медичної допомоги. Перешкоди на шляху до надання допомоги включають стигму та сором, страх перед психіатрією і відсутність довіри до системи охорони здоров'я, але також вони є наслідком системних недоліків, таких як відсутність інформації та обізнаності, висока вартість лікування, боязнь публічної записи діагнозу психічне захворювання ігеографічна віддаленість [15].

Агреговані дані про результати системи охорони здоров'я також показують відносно низький прогрес за останні три десятиліття, а також значно гірші результати в порівнянні з середніми показниками для всієї групи посткомуністичних країн [16, 17].

Функціонування сучасної системи охорони здоров’я України в умовах ринкових відносин та досить обмежених у закладах охорони здоров’я первинної ланки наявних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів вимагає розроблення заходів для зростання ефективності їх використання. У зв’язку із цим виникають проблеми організаційно-економічного характеру, одними з яких є планування й управління процесами розроблення та впровадження медичних інновацій, спрямованих на задоволення споживачів якістю нових технологій медичної допомоги та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров’я.

Безумовно, орієнтуючись на максимально оптимальні якісні кінцеві результати, увага при цьому повинна також акцентуватися на раціоналізації використання наявних ресурсів. Якість має ставати метою управління даним процесом під час розроблення та впровадження будь-якої нової медичної технології в рамках комплексного інтегрованого інноваційного циклу. Для реалізації цих завдань необхідне розроблення практичних рекомендацій для керівництва закладів охорони здоров’я з чітким і науково обґрунтованим алгоритмом дій щодо управління впровадженням сучасних інноваційних технологій у діяльність медичних організацій. Складність розроблення таких заходів зумовлена недостатністю рекомендацій загального характеру щодо конкретних технологій управління даним процесом у закладах охорони здоров’я в умовах ринкового середовища, тому нами запропоновано механізм розроблення

та реалізації конкурентних стратегій у системі управління закладами охорони здоров’я. Він передбачає вивчення умов, за яких вибрана стратегія забезпечує конкурентні переваги підприємства на ринку медичних послуг: адекватності організаційної структури і введення у закладах системи стратегічного управління; розроблення матриці розподілу функцій між підсистемами закладу та визначення взаємозалежності між ними; формування творчого мислення у виконавців програми; здатності фахівців кожної підсистеми визначати альтернативні варіанти досягнення необхідних результатів; визначення реальної оцінки конкурентів; наявності достатнього ресурсного потенціалу; сучасності технологічного і достатнього рівня доступу до інформаційного середовища е-здоров’я.

1.2. Особливості удосконалення управління закладом сфери охорони здоров'я

Управління закладом сфери охорони здоров'я – це менеджмент, об'єктом якого є складна, відкрита динамічна система. Сама специфіка об'єкта робить управління ним надзвичайно складним. Слід вказати, що управління медичною організацією є ключовою проблемою ефективного функціонування системи охорони здоров'я. Від правильно обраної концепції управління та практичної її реалізації залежить стан господарюючого суб'єкта, динаміка його розвитку і кінцеві результати діяльності (якість медичних послуг, зниження захворюваності населення, підвищення економічної ефективності тощо) [20, с. 34]. Досягнення цих цілей залежить багато в чому від належної підготовки, підбору та розстановки кадрів, які повинні вибрати потрібну систему, принципи, методи та стиль управління, необхідні для керівництва організацією.

Слід зазначити, що нині суб'єкт управління – менеджер (зав. кабінетом, відділенням, головний лікар, керівник управління) в процесі управління виконує п’ять основних функцій: планування, організацію, координацію, мотивацію,

контроль (рис. 1.1).

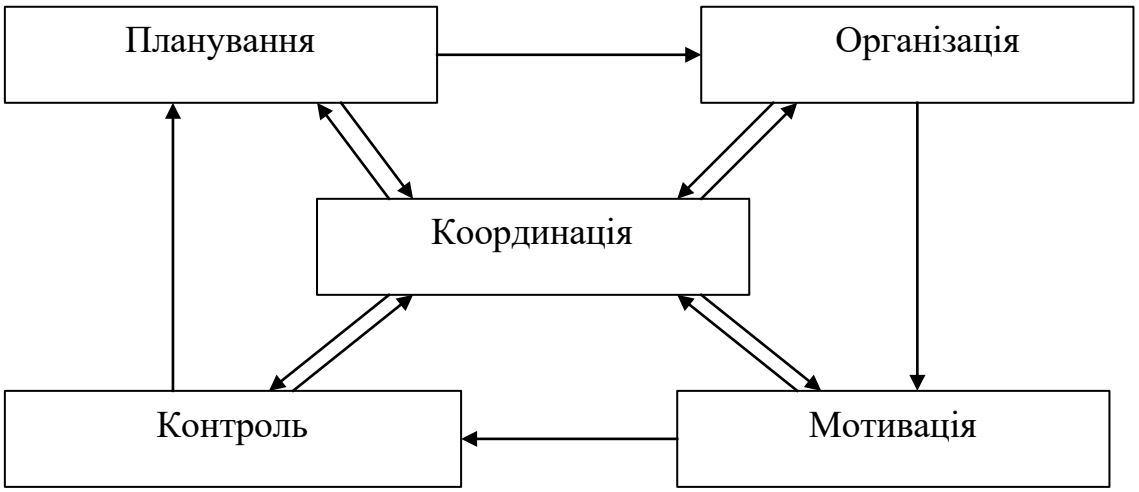


Рис .1.1. **Основні функцій управління та їх взаємозв'язок**

Основні функції управління пов'язують з трьома рівнями управління в охороні здоров'я. Стратегічний рівень – основні функції управління: прогноз, планування. Тактичний рівень – проектування, організація. Оперативний рівень – регулювання, облік, контроль, аналіз.

У функції стратегічного рівня входить розробка та прийняття рішень (стратегічних) з урахуванням можливостей закладу з метою вдосконалення його діяльності [36, с. 79]. Тактичний рівень несе відповідальність за оптимальний розподіл ресурсів відповідно до обраного на стратегічному рівні рішенням. Цей рівень відповідає за організацію роботи з окремих напрямків діяльності установи. Оперативний рівень забезпечує ефективне виконання прийнятих вище рішень в своїх підрозділах. Оперативний рівень відповідає за практичну реалізацію прийнятих стратегій розвитку організації.

У медичному закладі рівні систем управління відповідають наступні посадові особи:

1) стратегічний рівень – головний лікар;

2) тактичний рівень – заступники головного лікаря по медичній частині;

3) оперативний рівень – керівники підрозділів, які не мають в підпорядкуванні інших керівників. Оперативний рівень має два підрівні: завідувачі структурними підрозділами, а також основні та старші медичні сестри.

Слід зазначити, що медична діяльність є досить специфічною частиною

невиробничої сфери, а медична послуга відрізняється від будь-якої іншої, але застосування теорії класичного менеджменту в охороні здоров'я можливо за умови внесення деяких коректив. Справедливість такого твердження доводиться вже наявним досвідом застосування методів менеджменту в організації управління у деяких (особливо недержавних) медичних установ. На тлі загальних тенденцій розвитку вітчизняного виробництва в бік застосування теорії і практики менеджменту в управлінні система охорони здоров'я дуже сильно відстає. Про це свідчать відсутність фахівців в області медичного менеджменту, недостатність літератури на дану тематику.

Підвищення ефективності охорони здоров'я як системи повинно реалізовуватися через поліпшення якості управління, а отже, реформи медицини необхідно починати з переосмислення ролі та функції менеджменту [38, с. 101]. Конструктивний менеджмент, підкріплений знанням економіки, повинен бути центром будь-якої реформи в охороні здоров'я, що включає в себе все необхідне для поліпшення здоров'я населення без підвищення ціни медичних послуг. Необхідність впровадження методів сучасного менеджменту в практику вітчизняної охорони здоров'я набуває все більшої актуальності і пов'язана з орієнтацією країни на розвиток ринкових відносин. Тому роль організатора охорони здоров'я, яка була провідною в управлінні медичними установами часів СРСР, змінюється на роль менеджера, керуючого ввіреній йому організацією в умовах ринкової економіки. Однак перехід до управління охороною здоров'я з позицій сучасного менеджменту ускладнюється низкою особливостей [6, 14, 15, 35, 51]:

1. Вітчизняна медицина представлена в основному бюджетними установами, сенсом існування яких є досягнення ряду соціальних цілей (лікування, профілактика та реабілітація захворювань), які функціонують на некомерційній основі.

2. Цілі медичної організації істотно відрізняються від цілей інших фірм. Вони значно складніші, а виміряти отримані результати дуже важко, оскільки можливість застосування кількісних показників обмежена.

3. У медичних організаціях дуже високий ступінь автономності лікарів та медичних сестер, що знижує можливість контролю керівників над їх діяльністю.

4. Спостерігається поєднання високої спеціалізації з необхідністю тісного взаємозв'язку різних професійних груп співробітників.

5. Незважаючи на те, що комерційні організації охорони здоров'я функціонують для отримання прибутку як основної мети діяльності, їх робота немислима без її соціальної складової – лікування захворювань, їх профілактики та реабілітації.

6. Дух суперництва між співробітниками, наявний у багатьох компаніях не завжди прийнятний в організаціях охорони здоров'я: важко уявити собі лікаря, який приховує від колег інформацію про хворого і необхідних останньому методах лікування (не випадково в традиціях медицини присутній такий інститут, як консиліум – обговорення кількома лікарями складній ситуації і пошук оптимального виходу з неї).

7. Медичним працівникам та їхнім керівникам в процесі професійної міжособистісної комунікації потрібно враховувати відмінності у вихованні, інтелектуальному і культурному рівні пацієнтів, в їх вікових, статевих, етнічних, релігійних особливостях особистості. Тут необхідний вірний психологічний контакт з хворим, який ще потрібно знайти і забезпечити, так як це впливає на якість медичних послуг.

8. Діяльність лікарів та медсестер перенасичена вимушеним спілкуванням з пацієнтами, яке неможливо регулювати за своїм бажанням (можна вибрати собі «приємного» пацієнта з числа осіб, які потребують надання медичних послуг). Це сприяє підвищенню рівня стресу та розвитку «синдрому емоційного вигорання» та навіть руйнування психіки медичних працівників. До цього ж призводить також висока інтенсивність їхньої праці, постійна відповідальність за життя і здоров'я людей, існування професійної шкідливості (наявність інфекційних агентів, іонізуючої радіації, електромагнітного випромінювання тощо), а також низький рівень оплати їх праці, який не відповідає витраченим зусиллям.

9. Простежується якийсь конфлікт між статусом лікаря як представником вільної професії, історично який передбачає роботу на самого себе, який надає допомогу стражденним, і статусом найманого (підневільного) працівника, який працює на власника, – це призводить до того, що медичний персонал намагається вирішувати питання оплати своєї праці, минаючи касу організації.

10. Бурхливий розвиток медичних технологій підштовхує медичного працівника на пошук якихось «ідеальних» клінік, але поряд з цим його часто долає почуття страху не впоратися з сучасним обладнанням в цих організаціях.

11. Великою проблемою є поєднання необхідності отримання прибутку медичної організацією та належної якості надаваних нею послуг – власники клініки (інвестори), вклавши в її створення великі гроші і максимізуючи прибуток, можуть не оновлювати і недостатньо обслуговувати обладнання, порушувати технологічні процеси, спрощувати схеми лікування, використовувати багаторазовий інструментарій, що веде до зниження якості послуг, що надаються.

12. Ще одна проблема – асиметрія інформації між лікарем та пацієнтом. Останній погано обізнаний про медичні послуги, які він купує, а рішення про вибір конкретної медичної допомоги зазвичай приймається лікарем (діагностика, лікування, госпіталізація, періодичність повторних відвідувань тощо). Тут лікар має унікальну можливість впливати на попит медичних послуг, а керуючись власними економічними мотивами (особливо при гонорарної системі оплати праці), може призначати не завжди потрібне обстеження та лікування (попит, стимульований виробником).

Ці та інші особливості призводять до злиття в єдиний конгломерат не тільки принципів менеджменту, що використовуються в сучасному управлінні організаціями, але також етичних, деонтологічних та психологічних позицій, народжуючи специфічний вид управління – медичний менеджмент, від якості якого залежить не тільки властивість медичних та сервісних послуг, але і здоров'я, і життя людей.

Все сказане вище впливає на думку вчених, що займаються питаннями

менеджменту охорони здоров'я. Одні з них вважають, що закони управління єдині для організацій всіх галузей народного господарства і будь-яких особливостей в управлінні медичним господарюючим суб'єктом немає. Інші вважають охорону здоров'я специфічною областю сфери послуг, де нарівні зі знанням менеджменту необхідно добре знати не тільки саме лікування, а й такий розділ медицини, як суспільне здоров'я і охорону здоров'я.

У зв'язку з цим можна виділити три основні моделі керівництва медичною організацією. У першій моделі господарюючим суб'єктом управляє керівник, який має медичну освіту (головний лікар). Така практика була широко поширена в СРСР, де система централізованого фінансування і постачання виключала будь-яку ініціативу керівника в питаннях фінансового забезпечення діяльності лікарень та поліклінік, в тому числі і залучення додаткової кількості пацієнтів. Ця модель, була цілком виправданою в командно-адміністративній системі, але перестала відповідати сучасним вимогам, так як керівник медичної організації повинен знати методи управління господарюючим суб'єктом в умовах ринкової економіки, використовуючи весь арсенал менеджменту та маркетингу [33, с. 255].

У другій моделі організацією керує керівник, який має економічну або юридичну освіту, в підпорядкуванні якого знаходиться головний лікар (заступник керівника з медичних питань), що відповідає за всю медичну діяльність. Така практика широко поширена в США, і її плюсом є більш грамотне рішення багатьох питань управління медичним бізнесом [9, с. 74]. Але такий вид керівництва проблематичний тим, що головний менеджер недостатньо знає специфіку охорони здоров'я, підпадає під сильний вплив свого заступника (головного лікаря) та медичного оточення.

Третя, на наш погляд найбільш оптимальна модель управління, полягає в тому, що медичною організацією керує особа, яка має і медичну, і економічну освіту. Отримані знання допомагають оцінювати діяльність господарюючого суб'єкта з позицій системного підходу, тобто комплексно та адекватно реагувати на зміни, що відбуваються у внутрішньому та зовнішньому середовищі організації.

1.3. Основні методи управління закладами охорони здоров'я

У процесі управління медичним закладом використовується безліч різноманітних способів, підходів та прийомів [7]. В сукупності вони виступають як методи управління, під якими розуміються способи здійснення управлінської діяльності, застосовувані для постановки і досягнення її цілей. Велике значення для ефективного управління має оптимальне поєднання різних методів управління. Методи управління являють собою способи, а також сукупність прийомів впливу на колективи людей або окремих медичних працівників у процесі їх трудової діяльності. Розрізняють такі методи управління у сфері охороною здоров'я: організаційно-розпорядчі (або адміністративні); економічні; соціально-психологічні; колективні (або суспільні) (рис. 1.2).

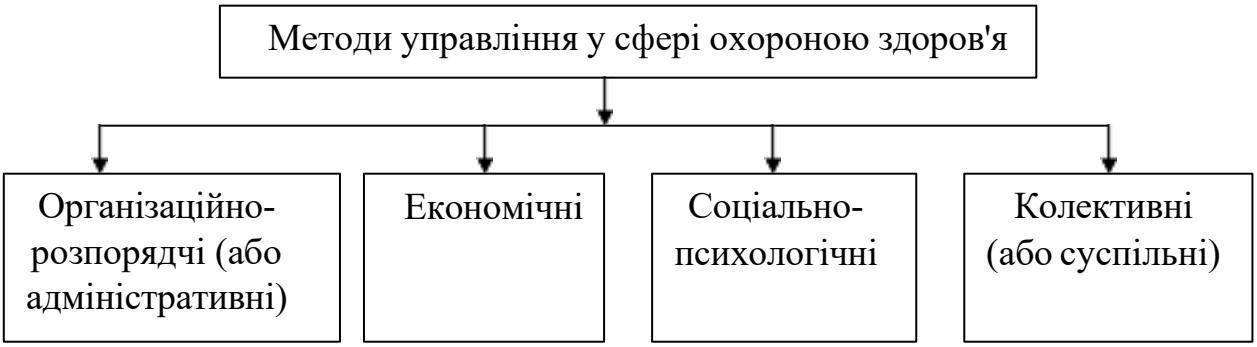


Рис. 1.2. **Класифікація методів управління медичним закладом**

Організаційні методи управління відображають статику управління – це організаційна структура медичного закладу, його штати, порядок та правила діяльності, статут, договори, контракти тощо [30, с. 21].

Організаційна структура є одним з найважливіших інструментів управління. З її допомогою формуються складові елементи та зв'язки між ними.

В медичній установі основними елементами є його лікувальні та діагностичні відділення, а також інші допоміжні структури. Між цими структурними елементами існують певні зв'язки, які можуть бути: вертикальними (лінійними, ієрархічними), які визначають відносини підпорядкування; горизонтальними (функціональними), які призначені для узгодження дій між підрозділами. Як правило, ці зв'язки існують одночасно та називаються лінійно-

функціональними зв'язками.

Розпорядчі методи відображають динаміку управління. Це різного роду управлінські рішення [19, с. 69].

Адміністративні методи управління представляють собою сукупність способів щодо здійснення владного (примусово-розпорядчого) впливу (рис. 1.3).



Рис. 1.3. **Адміністративні методи управління медичним закладом**

Вони засновані на праві керуючої підсистеми (органу управління або керівника) приймати управлінські рішення у вигляді наказів, розпоряджень, інструкцій і обов'язковому їх виконанні керованою підсистемою. В управлінні охороною здоров'я використовується досить велика кількість способів адміністративного впливу, в тому числі:

1) стабілізуючі або регламентуючі методи, встановлені певні правила, точні розпорядження до дії, рамки діяльності. До стабілізуючим методів належать: положення (щодо закладу охорони здоров'я, підрозділу, комісій тощо), норми навантаження, нормативи, штатний розклад тощо;

2) розпорядчі методи спрямовані на вирішення конкретних завдань в ситуаціях, які не передбачені встановленими та діючими положеннями і правилами. Слід зазначити, що в управлінні можуть використовуватися дві форми реалізації розпорядчого методу: документальна та усна. Так, директиви і та постанови оформляються тільки документально, а накази, розпорядження та вказівки можуть бути дані як усно, так і письмово;

3) дисциплінарні методи впливу включають не тільки суворе дотримання планової, виробничої та фінансової дисципліни, а й становлення відповідальності: особистої та колективної, моральної і матеріальної, службової

та цивільної.

Адміністративні методи звичайно швидко дають результати на відміну від економічних та соціально-психологічних способів впливу, результати яких, як правило, проявляються з певним «лагом часу» (тобто з певною затримкою) [50, с. 37]. Однак, в сучасних умовах жорстке адміністрування, ігнорування мотивацій колективу та окремих працівників нерідко призводить до погіршення соціально-психологічного клімату в медичному закладі (підрозділі), зниження якості медичної допомоги, створення негативного іміджу.

В даний час в нашій країні пріоритет мають економічні методи управління, які включають в себе економічний аналіз діяльності медичного закладу, методи планування та прогнозування, статистичні методи. Особливе значення має метод економічного стимулювання, який дозволяє матеріально зацікавити лікарів в якісному виконанні медичних послуг.

Економічні методи управління можна уявити як сукупність способів щодо здійснення впливу за допомогою економічних категорій (вартість, ціна, собівартість, рентабельність, прибуток, витрати, результат, ефект, ефективність, збиток). Вони засновані на застосуванні економічного стимулювання колективів, створенні матеріальної зацікавленості окремих членів колективу в досягненні поставленої мети. Ці методи дозволяють шляхом активізації економічних інтересів об'єкта управління орієнтувати його діяльність в напрямку ефективного використання наявних ресурсів без безпосереднього постійного втручання суб'єкта управління (тобто керівника).

Сьогодні економічні методи управління – це необхідна умова для забезпечення доступності та високої якості медичної допомоги, послуг і товарів сфери охорони здоров'я при обмежених ресурсах, зростаючих витратах, пов'язаних з інфляцією та спадом виробництва вітчизняного обладнання та ліків [29].

Соціально-психологічні методи управління можна розглядати, як сукупність засобів впливу на колектив, на процеси, що відбуваються в колективі, на окремих працівників. Це вміння мотивувати працівника до праці та співпраці,

формування свідомої дисципліни, сумлінного ставлення до роботи, створення сприятливого психологічного клімату в колективі. Тому в завдання менеджера входить формування психологічно єдиних, зрілих колективів.

Соціально-психологічні методи управління являють собою сукупність способів щодо здійснення впливу на духовні інтереси працівників, формування їх світогляду. Вони засновані на міжособистісних відносинах та використанні соціально-психологічних закономірностей розвитку особистості і трудових колективів.

Соціально-психологічні методи управління можна розділити на дві групи: 1) прямі методи; 2) непрямі методи.

До прямих методів соціально-психологічного впливу відносять: навіювання; переконання; наслідування; залучення; примус; спонукання (підвищення морально-суспільної значущості майбутньої роботи) (рис. 1.4).

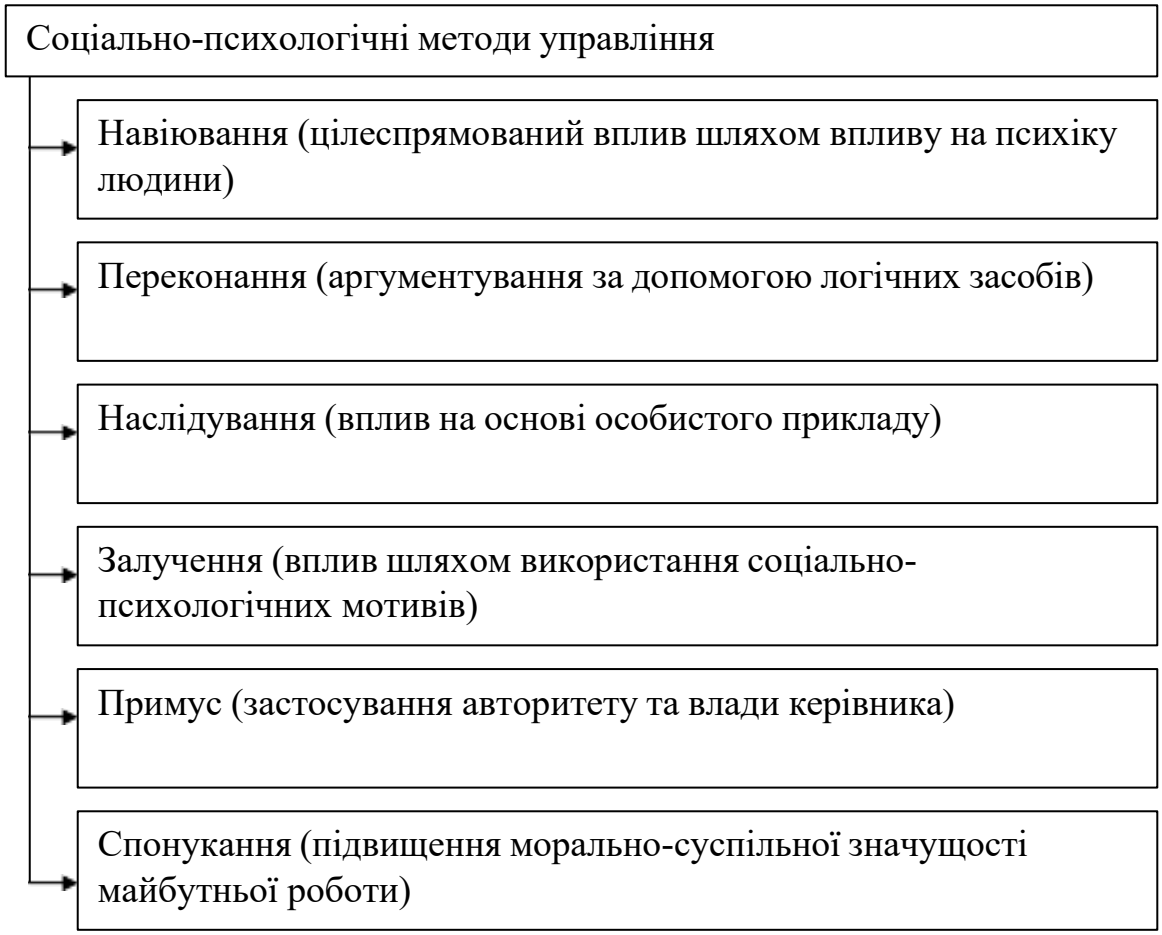


Рис . 1.4. **Соціально-психологічні методи управління медичним закладом**

Непрямі методи розрізняються за формами опосередкованого впливу, вони створюють заздалегідь задану ситуацію, в рамках якої виконується робота [54]. Це опосередкування може здійснюватися:

– умовами праці, тобто створенням певної ритмічності, привабливості, ступеня навантаження. Так, в поліклініці певна ритмічність та оптимальна ступінь навантаження забезпечується розподілом потоку хворих працівниками реєстратури, використанням форми «самозапису» до лікарів, організацією долікарської кабінету, наявністю повної та доступної для пацієнта інформації щодо режиму діяльності підрозділів, часу прийому лікарів-фахівців тощо;

– елементами системи управління: положеннями, посадовими інструкціями, організаційною структурою, формами контролю та стимулюванням;

– шляхом створення відповідного соціально-психологічного клімату в колективі.

Суспільні або колективні методи управління мають на увазі демократизацію управління, тобто розширення участі працівників у виконанні управлінських функцій. При цьому використовуються такі колективні організаційні структури, як колегії, медичні ради, ради трудових колективів, які створюються при головному лікарі в якості дорадчого органу. Як правило, до складу цих дорадчих органів включаються заступники головного лікаря, керівники громадських організацій, а також ті фахівці, які користуються особистим авторитетом в колективі та мають великий багаж знань.

Рішення колегії або ради не мають юридичної сили. На підставі їх рішення головний лікар може видати наказ, тоді з юридичної точки зору це правомірно, і наказ належить до виконання.

Організаційно-розпорядчі методи засновані на обов'язковому виконанні дій, що управляють, управлінських рішеннях, які прийняті вищестоящими органами управління [31]. Застосування таких методів більш характерно для державного сектора охорони здоров'я, об'єкти якого перебувають у державній та комунальній власності.

Методи, засновані на економічній зацікавленості суб’єктів сфери охорони здоров’я, властиві ринковому саморегулюванню. Такі методи більш характерні для недержавного ринкового сектора охорони здоров'я, об'єкти якого перебувають у приватній власності або орендуються.

Соціально-психологічні методи, іменовані також методами морального стимулювання, переконання, засновані на морально-етичних принципах, установках.

Досить поширеним методом, що використовується в управлінні у сфері охороні здоров'я є SWOT-аналіз. Це хороший інструмент для аналізу впровадження різних профілактичних програм серед різних груп населення, впровадження різних методів діагностики та лікування, використання лікарських препаратів тощо. SWOT-аналіз необхідний при оцінці впровадження інноваційних технологій, що надають великий вплив на такі галузі охорони та зміцнення здоров'я людини, як збільшення сприятливих можливостей для самореалізації людини, створення штучної внутрішнього середовища проживання, зростання продуктивності праці в системі охорони здоров'я, поява нових різноманітних і якісних медичних послуг тощо. SWOT-аналіз в охороні здоров'я, як правило, є частиною бізнес-планування медичної організації.

Сьогодні активно ставляться завдання щодо розвитку закладів охорони здоров'я, використання їх потужностей та зменшення слабкості з тим, щоб скористатися можливостями та запобігти загрозам. Цей є дуже важливим для планування діяльності закладу. Необхідно визначення способів реалізації сприятливих для організації можливостей. Сильні та слабкі сторони медичної організації детермінують ступінь її пристосування до використання сприятливих можливостей в порівнянні з іншими організаціями.

Фактори зовнішнього середовища, що традиційно враховуються в аналізі медичних організацій, наводяться в табл. 1.1.

Далі в процесі SWOT-аналізу розглядаються внутрішні чинники діяльності організації: послуги, що надаються організацією, її кадри, матеріально-технічні ресурси (устаткування, нові технології), фінансове становище.

Таблиця 1.1

Фактори зовнішнього середовища медичної організації

Фактори прямого впливу	Фактори непрямого впливу
1. Постачальники: а) постачальники матеріалів, енергії, обладнання, медикаментів, перев'язувальних засобів, продуктів харчування тощо; б) постачальники капіталу, фінансових послуг (страхові медичні організації, банки, органи управління охороною здоров'я, приватні особи); в) трудові ресурси	1. Економічне оточення (рівень розвитку та стан економіки країни, даного регіону)
2. Закони та державні органи	2. Політичне оточення (політична стабільність)
3. Споживачі (пацієнти)	3. Технологічне оточення
4. Конкуренти (інші медичні організації)	4. Соціально-культурне оточення
5. Власники	5. Міжнародне оточення

До сильних сторін слід віднести ті чинники, які є внутрішніми для даного медичного закладу: система управління, технічний розвиток, технічний розвиток, технології та методи лікування і діагностики, медичні кадри, персонал, економічна діяльність, фінансовий стан.

Вивчаючи фінансове становище, SWOT-аналіз допомагає зосередити увагу на проблемах, а іноді і знайти швидке їхнє рішення. При SWOT-аналізі розглядаються також споживачі послуг медичної організації, її існуючі та потенційні конкуренти, інші зовнішні чинники, що впливають на діяльність організації. Аналіз споживачів послуг гранично важливий для медичної організації, адже їх бажанням або небажанням отримувати допомогу саме в цій організації визначається весь успіх її діяльності. Подальша розробка перспективи, вироблення стратегії і конкретних цілей все це повинно бути направлено на задоволення потреб споживачів. Очевидно, наприклад, що населенню району, де живуть переважно пенсіонери, і району з молодим населенням, з великою кількістю дітей молодшого віку і жінок фертильного віку, потрібні різні медичні послуги. Однак бувають більш складні варіанти запитів споживачів, що

вимагають серйозного аналізу, а іноді і неординарних рішень.

Отже, SWOT-аналіз дозволяє сформулювати основні напрямки розвитку організації через систематизацію наявної інформації про сильні та слабкі сторони організації, а також про потенційні можливості та загрози. Всі чинники діляться на чотири категорії: дві категорії SWOT-аналізу описують організацію зсередини: strengths (сильні сторони), weaknesses (слабкі сторони); дві інші категорії SWOT-аналізу описують зовнішнє середовище для організації: opportunities (можливості) та threats (загрози).

Застосовуючи SWOT-аналіз в поєднанні з експертними методами оцінки ступеня впливу факторів на вироблення стратегії, ймовірності їх настання, ступеня ризику і ймовірності настання ризику, цей метод стає хорошим інструментом, що дозволяє не тільки оцінювати зміни факторів організаційного середовища, а й виробляти альтернативні варіанти стратегій на основі отриманих кількісних оцінок. У будь-якому випадку SWOT-аналіз буде корисний керівнику медичної організації або її підрозділів для виявлення резервів поліпшення якості медичної допомоги населенню.

В процесі SWOT-аналізу визначається бачення перспективи розвитку медичної організації, що дозволяє розробити доктрину (призначення, місію) медичної організації, поставити стратегічні цілі, сформулювати завдання, які необхідно вирішити для досягнення поставлених цілей. Для того щоб організація могла виконати свою місію, розробляється маркетингова стратегія організації. Чотири основних типи маркетингових стратегій представлено на рис. 1.5.

		Споживачі: Наявні	Споживачі: Нові
Послуги: Наявні		Утримання ринку	Розширення ринку
Послуги: Нові		Розширення асортименту медичних послуг	Диверсифікація

Рис. 1.5. **Основні типи маркетингових стратегії для закладів сфери охорони здоров'я**

Найпростіша стратегія утримання ринку передбачає продовження надання наявних послуг наявним споживачам. Ця стратегія пов'язана з найменшим ризиком та найменшими витратами: не потрібні ні придбання нового обладнання, ні додаткова реклама, ні інші серйозні витрати. Однак якщо медична організація буде дотримуватися цієї стратегії протягом занадто тривалого часу, утримати пацієнтів буде все важче: вони звернуться за допомогою до конкурентів, у яких будуть більш нові медичні технології та, відповідно, більш ефективна медична допомога.

Розширення ринку – це надання вже наявних послуг новим споживачам. Цю стратегію доцільно вибрати тим медичним організаціям, які мають деякі конкурентні перевагами. Наприклад, високу репутацію лікарських кадрів, нові технології, успішну організацію лікування. В цьому випадку залучення нових споживачів до вже існуючих послуг, що надаються, буде досить легким, хоча і потребує витрати деяких ресурсів, наприклад, на рекламу.

Стратегія розширення послуг в медичній організації пов'язана, як правило, з впровадженням нових видів медичної допомоги та нових медичних технологій. У ряді випадків ця стратегія може вимагати досить великих інвестицій, вона пов'язана також і з великим ризиком не одержати очікуваних від впровадження доходів. Тому при виборі даної стратегії необхідно особливо ретельно вивчити стан справ конкурентів: можливо, вони вже закупили відповідне обладнання та почали надання подібних послуг.

Нарешті, диверсифікація це надання нових послуг новим споживачам. Диверсифікація пов'язана з найбільшими витратами та ризиками. Однак при успішній реалізації цієї стратегії можливо отримання максимальних результатів. Виходячи з обраної стратегії, ставляться цілі, вони мають бути реалістичними, досяжними, по можливості кількісними, і важливими саме для даної медичної організації. Завдання конкретизують способи досягнення цих цілей.

РОЗДІЛ 2
ОЦІНКА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «ВІННИЦЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1»

2.1. Загальна характеристика лікарні

Комунальне некомерційне підприємство «Вінницька міська клінічна лікарня №1» працює 24/7 та призначена для надання цілодобової стаціонарної допомоги населенню, є потужним багатопрофільним стаціонарним лікувальним закладом, який забезпечує діагностику, догляд та лікування широкого кола невідкладних станів та надання вторинної допомоги в стаціонарних та амбулаторних умовах в цілодобовому режимі.

Історія Вінницької міської клінічної лікарні № 1 (табл. 2.1.) розпочалася у 1970 році. Розташували лікарню у парковій зоні міста, відкриття відбулося у березні 1971 року. В умовах реорганізації охорони здоров'я комунальне некомерційне підприємство «Вінницька міська клінічна лікарня №1» є багатопрофільним стаціонарним медичним закладом, який забезпечує діагностику, догляд та лікування широкого кола невідкладних станів та надання вторинної допомоги в стаціонарних та амбулаторних умовах в цілодобовому режимі.

Враховуючи територіальну близькість Вінницького Подільського регіонального центру онкології, використовуються ліжка терапевтичного профілю у проведенні диференційної діагностики онкологічної патології, підготовці та проведені курсів хіміотерапії з цілодобовим спостереженням за важкими хворими в межах Північного госпітального округу.

Надання спеціалізованої медичної допомоги забезпечується потужним кадровим потенціалом. Штатний розпис складає – 893,5 посад, 913 осіб, в тому числі: лікарі – 234,75 посад, 242 – особи, середній медичний персонал – 352,75 посад, 382 особи, молодшого медперсоналу – 179,75 посад, 178 осіб, інших працівників – 126 посад, 111 осіб. Ліжковий фонд лікарні розгорнуто на 465 ліжок різних профілів.

Таблиця 2.1.

Історичний розвиток КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

Рік	Етап розвитку
1970 р.	• прийняте рішення про створення Вінницької міської клінічної лікарні №1
1971 р.	• відкриття Вінницької міської клінічної лікарні №1
1973 р.	• відкриття першого в області кардіологічного відділення з блоком для хворих інфарктом міокарда
1982 р.	• відкрито відділення профілактичних оглядів
1992 р.	• розпочато будівництво нового терапевтичного корпусу, який за короткий час був добудований. Побудований новий харчоблок та кафе для працівників, впорядкований актовий зал, проведено ремонти в більшості відділень.
1993 р.	• закінчено будівництво 5-поверхового корпусу і відкрито три відділення терапевтичного профілю по 40 ліжок: терапевтичне, пульмонологічне, гастроентерологічне; денний стаціонар на 20 ліжок; отоларингологічне відділення на 40 ліжок.
1996 р.	• відкрилися кардіологічне відділення №2 (аритмій) та кардіологічне відділення №3, яке згодом було реформоване в денний стаціонар.
1998 р.	• створено геріатричне відділення.
1999 р.	• лікарня отримала вищу акредитаційну категорію, яку щоразу при проходженні наступних акредитацій (у 2023 році останній раз) підтверджувала
2008 р.	• у МКЛ №1 розпочинає функціонувати ревматологічне відділення, яке обслуговує населення усього міста.
2022 р.	• створено амбулаторно-діагностичне відділення, яке на теперішній час функціонує як поліклініка.
2022 р.	• із структури МКЛ №1 виділений окремий лікувальний заклад — Вінницький регіональний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології, до складу якого відійшли кардіологічні відділення МКЛ №1.
2016 р.	• до складу лікарні увійшло протитуберкульозне диспансерне відділення з потужністю 115 відвідувань у зміну, де здійснюється прийом дорослими та дитячими фтизіатрами.
2021 р.	• рішенням Вінницької міської ради №1349 від 29.09.2021 заклад перетворено на Комунальне некомерційне підприємство «Вінницька міська клінічна лікарня №1» (далі — КНП «ВМКЛ №1»).
2023 р.	• рішенням Вінницької міської ради №1209 від 30.09.2022 реорганізовано заклад комунальне некомерційне підприємство «Вінницька клінічна багатопрофільна лікарня» шляхом приєднання до комунального некомерційного підприємства «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

Становлення та розвиток лікарні залежить від оптимального забезпечення ресурсами, їх якісних характеристик. Безпосередню участь у процесі роботи приймають трудові ресурси, які включають працівників із різних підрозділів, людей різного віку, різним стажем роботи та досвідом, різні за фахом та кваліфікацією Лікарня та її фахівці користуються заслуженим авторитетом серед мешканців міста. Високим професіоналізмом і активною громадською діяльністю медичні працівники вносять вагомий вклад в розвиток охорони

здоров'я м. Вінниця.

У табл. 2.2 проведемо розрахунок основних фінансово-економічних показників діяльності КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за 2023 рік та перше півріччя 2024 року.

Таблиця 2.2

Основні фінансово-економічні показники діяльності КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

Показник	2023р.	1 кв. 2024 р.	2 кв. 2024 р.
1. Капітал станом на кінець року, тис. грн.:			
в т.ч. 1.1. власний капітал:	24409,1	23787,7	25620,04
1.1.1. статутний + додатковий капітали	29329,2	29349,5	26808,54
1.1.2. нерозподілений прибуток	-4920,1	-5561,8	-1188,5
1.2. позиковий капітал:	3720,3	3496,3	4998,25
1.2.1. короткостроковий позиковий капітал	9,9	67,3	2465,2
1.2.2. довгостроковий позиковий капітал	3710,4	3429	2533,05
2. Майно станом на кінець року, тис. грн.	28129,5	27283,9	30618,3
2.1. необоротні активи	25095,6	24307,8	23807,6
2.2. оборотні активи:	3033,6	2976,1	6810,7
2.2.1. запаси	2711,1	2524,4	3332,5
2.2.2. дебіторська заборгованість	9,9	47,9	693,3
2.2.3. грошові кошти та поточні фінансові інвестиції	288,61	384,81	2777,81
3. Економічні показники:			
3.1. чистий дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), тис. грн.	305,1	95,6	13313,3
3.2. собівартість реалізованої продукції, тис. грн.	18,2	11,9	9372,04
3.3. фінансовий результат від звичайної діяльності до оподаткування, тис. грн.	-4920,1	-661,7	3549,3
3.4. чистий прибуток (збиток), тис. грн.	-4920,1	-661,7	3549,3
3.5. рентабельність (збитковість) обороту, %	-1612,62	-692,15	26,66
4. Трудові ресурси:			
4.1. середньоспискова чисельність працюючих, осіб	437	427	416
4.2. річний фонд оплати праці, тис. грн.	17190,4	7720,3	15852,1
4.3. середньомісячна заробітна плата, тис. грн.	3,28	1,51	3,18
4.4. продуктивність праці, тис. грн./ особу	0,70	0,22	32,00
5. Фінансові коефіцієнти:			
5.1. автономії	0,868	0,872	0,837
5.2. маневрування	0,124	0,122	0,170
5.3. фінансового ризику	0,152	0,147	0,195
5.4. абсолютної ліквідності	29,153	5,718	1,127
5.5. покриття	306,424	44,221	2,763

Відповідно аналізу основних показників, які характеризують діяльність КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за 6 місяців 2024 року отримано чистий дохід від реалізації послуг на 13313,3 тис. грн., що на 13008,2 тис. грн. більше обсягу 2023 року.

Від всієї господарської діяльності КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в 2024 році підприємство отримало прибуток на суму 4211 тис. грн., якщо порівняти цей результат з результатом 2023 року, то можна судити про поліпшення фінансового стану підприємства. Все це свідчить про конкурентоспроможність підприємства.

Капітал КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за другий квартал 2024 року порівняно з 2023 роком збільшився на 2488,8 тис. грн. за рахунок цільового фінансування та придбання основних засобів.

Аналізуючи майновий стан КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» зазначимо що, відбулося зменшення вартості необоротних активів за рахунок нарахування амортизації. Так в першому кварталі 2024 первісна вартість основних засобів та нематеріальних активів зменшилась на 787,8 тис. грн. порівняно з 2023 роком, в другому кварталі 2024 року на 500,2 тис. грн. відносно до першого кварталу 2024 року.

Відбулося збільшення оборотних активів КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1». Так у першому кварталі було зменшення оборотних активів за рахунок списання на 57,5 тис. грн. порівняно з 2023 роком але у другому кварталі 2024 року відбулося збільшення оборотних активів на 621,1 тис.грн. порівняно з 2023 роком за рахунок збільшення запасів, дебіторської заборгованості, грошових коштів та поточних фінансових інвестицій

Для розрахунку продуктивності праці у КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» поділимо розмір отриманого доходу (виручки) від реалізації продукції на середньооблікову чисельності працівників. Аналізуючи цей показник зазначимо що продуктивність праці на підприємстві протягом 2023-2024 рр. мала тенденцію до зростання, але в першому кварталі 2024 року вона зменшилась на 480 гривень порівняно з 2023 р., а в другому кварталі 2024 р. –

продуктивність праці збільшилась на 31,305 тис. грн. порівняно з 2023 р.

На зростання продуктивності праці на КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» вплинуло зростання доходу (виручки) від надання послуг з медичної допомоги, а також скорочення середньооблікової чисельності штатних працівників.

Середньооблікова чисельність штатних працівників облікового складу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в першому кварталі 2024 року зменшилась порівняно з 2023 роком на 10 осіб, або на 2,29%, а в другому кварталі 2024 року – на 11 осіб, або на 2,58% порівняно з першим кварталом 2024 року.

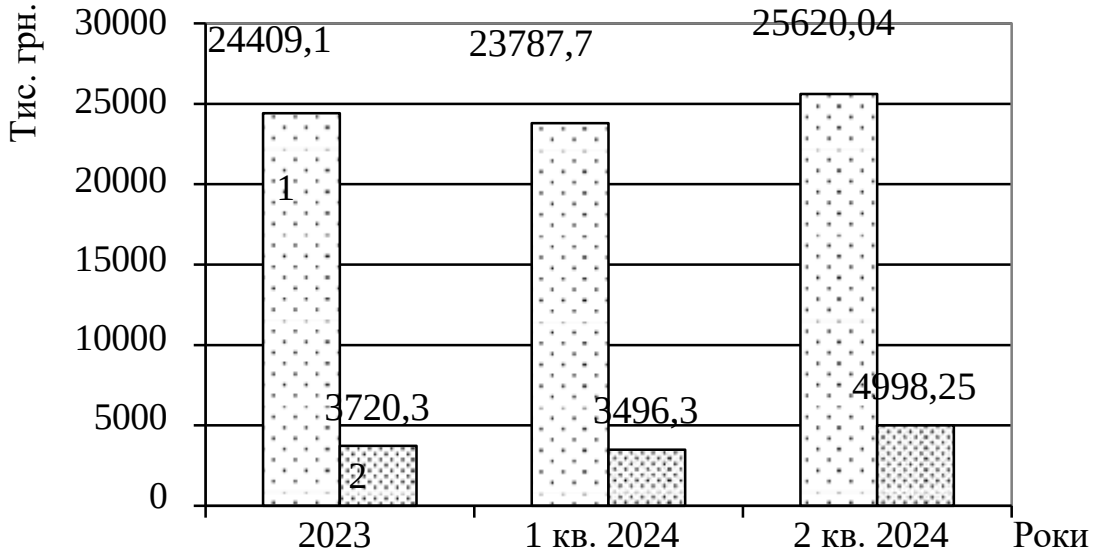
За результатами розрахунку середньорічної зарплати одного працівника (визначається як відношення фонду оплати праці до чисельності працівників) визначено, що у 2023 році вона становить 3,279 тис. грн., у першому кварталі 2024 року – 6,027 тис. грн., а у другому кварталі 2024 року – 6,351 тис. грн. В результаті розрахунків було визначено, що заробітна плата зросла, це може пояснюватись підвищенням мінімальної заробітної плати.

Оцінюючи ефективність організації оплати праці, слід відмітити про стабільність показника зарплатовіддачі. Ця стабільність одержана за рахунок того, що КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» майже рівномірно збільшувало обсяги наданих послуг. Зазначимо що темпи росту продуктивності праці значно перевищують темпи росту фонду оплати праці, що несе позитивну тенденцію в діяльності підприємства.

Коефіцієнт автономії за другий квартал 2024 року відповідно до 2023 року зменшився на 0,035 та складає 0,837. Нормативне мінімальне значення коефіцієнта оцінюється на рівні 0,5. Відповідно до цього можна визначити про достатній високий ступінь незалежності підприємства, високу гарантованість зобов’язань підприємства.

Відповідно до зазначених розрахунків коефіцієнт маневреності власного капіталу менше за нормативне значення (0,4–0,6), але він постійно збільшується так за другий квартал 2024 року він збільшився на 0,047 відповідно до значення за 2023 рік.

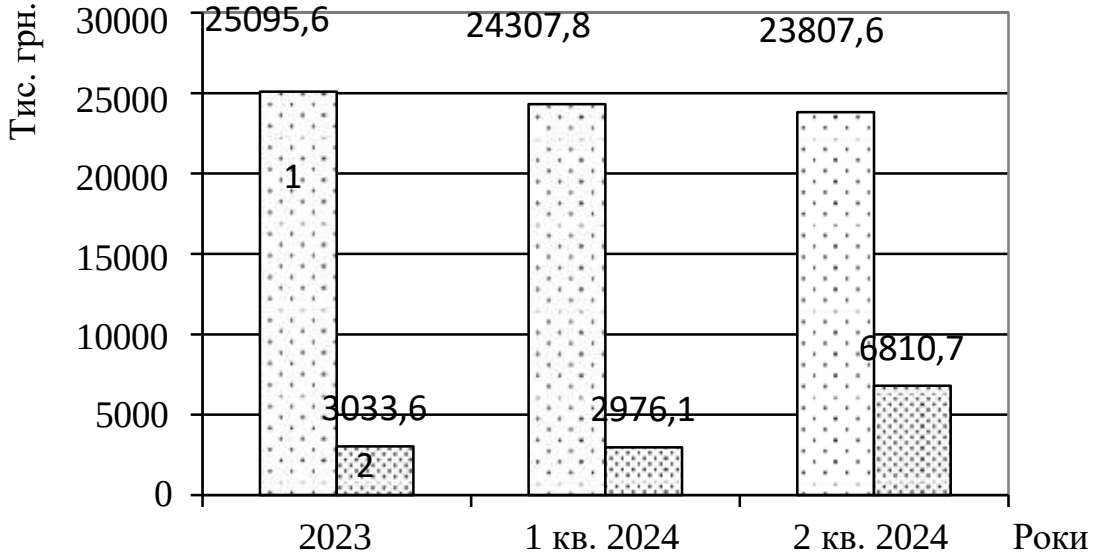
За наведеними показниками коефіцієнт абсолютної ліквідності за другий квартал 2024 знижено на 28,026 відповідно до значення 2023 року. Наглядно динаміку змін капіталу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за 2023 рік та перше півріччя 2024 року можна представити на рис. 2.1.



1 – власний капітал
2 – позиковий капітал

Рис. 2.1. **Динаміка капіталу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»**

Динаміку змін активів КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за 2023 рік та перше півріччя 2024 року можна прослідкувати на рис. 2.2.



1 – необоротні активи
2 – оборотні активи.

Рис. 2.2. **Динаміка активів КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»**

Відповідно аналізу динаміки змін активів підприємства, які зазначені на рис. 2.2., можна зазначити що відбулося зменшення вартості необоротних активів за рахунок нарахування амортизації на 1288,0 тис. грн. за другий квартал 2024 року відповідно до 2023 року.

Відбулося збільшення оборотних активів так у першому кварталі було зменшення оборотних активів за рахунок списання на 57,5 тис. грн. порівняно з 2023 роком, але у другому кварталі 2024 року відбулося збільшення оборотних активів на 3777,1 тис. грн. порівняно з 2023 роком за рахунок збільшення запасів, дебіторської заборгованості, грошових коштів та поточних фінансових інвестицій

Чистий дохід у 2 кварталі 2024 збільшився майже у 44 рази порівняно з 2023 р. та майже у 139 рази порівняно з 1 кварталом 2024 року. У 2 кварталі 2024р. лікарня отримала чистий прибуток після понесених збитків у 2023 р. та 1 кварталі 2024 року. Різниця у показниках між чистим доходом та чистим прибутком обумовлена тим, що чистий прибуток визначається після сплати податків, зборів, відрахувань та інших обов'язкових платежів до бюджету. Собівартість реалізованої продукції у кварталі 2024 р. збільшилась, порівняно з попередніми періодами. Це обумовлено тим, що збільшилися витрати на заробітну плату, лікарня отримала свідоцтво платника ПДВ, що збільшило вартість послуг на 20%, збільшилися затрати на витратний матеріал, що опосередковано вплинуло на ціну. Крім того, лікарня постійно удосконалює обладнання та збільшує витрати на його обслуговування.

Коефіцієнт покриття зменшився у 2 кварталі 2024 р. порівняно з попередніми періодами, що свідчить про погіршення платоспроможності лікарні. Це пов'язано з тим, що короткостроковий позиковий капітал у 2 кварталі 2024 р. збільшився у 249 разів. Тобто у 2 кварталі 2024 р. у лікарні є 2,763 гривень оборотних коштів на кожну гривню поточних зобов'язань, проти 306,424 гривень оборотних коштів на кожну гривню поточних зобов'язань у 2023 році.

Коефіцієнт фінансового ризику на кінець періоду збільшився, що свідчить про посилення залежності від позикових коштів та зниження фінансової стійкості.

Коефіцієнт автономії за другий квартал 2024 року відповідно до 2023 року зменшився на 0,035 та складає 0,837. Нормативне мінімальне значення коефіцієнта оцінюється на рівні 0,5. Проте у всіх періодах він становить більше ніж 0,5, що характеризує підприємство як фінансово стійке.

За наведеними показниками коефіцієнт абсолютної ліквідності за другий квартал 2024 знижено на 28,026 відповідно до значення 2023 року. Занадто високий показник на початку періоду свідчить про те, що значна частина капіталу відволікається на формування непродуктивних активів.

Відповідно до зазначених розрахунків коефіцієнт маневреності власного капіталу вище за нормативне значення, яке становить 0,1, та якій постійно збільшується, так за другий квартал 2024 року він збільшився на 0,047 відповідно до значення за 2023 рік, що свідчить про достатність власних фінансових ресурсів для фінансування необоротних активів і частини оборотних.

Таким чином, проведені розрахунки показали, що КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» має змогу розраховуватися за взятими поточними зобов'язаннями а також вільні кошти щодо розвитку. Лікарня є фінансово стійкою організацією хоча спостерігається тенденція щодо зниження цього показника.

2.2. Аналіз системи управління медичним закладом

Комунальне некомерційне підприємство «Вінницька міська клінічна лікарня №1» є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги населенню в порядку та на умовах, встановлених законодавством України.

Основною метою діяльності є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством.

Статут КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1», затверджений рішенням Вінницької міської ради від 06.06.2023 №51/413 відповідає чинному законодавству та державним вимогам щодо реєстрації та діяльності закладу.

Між адміністрацією КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» та трудовим колективом укладено колективний договір на 2023-2025 роки за №59/19 від 26.11.2023 року, який зареєстрований в Департаменті праці та соціального захисту населення ММР за №139 від 12.11.2023 року.

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» є:

– створення разом із Засновником умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів Підприємства;

– надання пацієнтам відповідно до законодавства послуг вторинної/спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належних профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров’я;

– надання пацієнтам відповідно до законодавства спеціалізованої (високоспеціалізованої) амбулаторної медичної допомоги (спеціалізована медична практика);

– організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров’я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством;

– організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров’я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;

– проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

– направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;

– проведення профілактичних оглядів;

– придбання, зберігання, перевезення, реалізація (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів;

– організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;

– організація роботи зі страховими компаніями, лікарняними касами тощо;

– здійснення іншої не забороненої законодавством діяльності, необхідної для належного забезпечення та підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та підвищення якості кадрового потенціалу Підприємства.

Місія підприємства полягає у забезпеченні населення міста та області кваліфікованою, доступною, якісною та високотехнологічною медичною допомогою. Реалізуючи місію, підприємство спирається на такі цінності, як суспільство, клієнти, партнери, персонал, розвиток.

Лікарі – спеціалісти КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» надають спеціалізовану медичну допомогу другого рівня згідно договору з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за пакетами:

I. «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій».

II. «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу».

III. «Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах».

IV. «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах».

V. «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ».

VI. «Стаціонарна паліативна допомога дорослим та дітям».

КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» має функціональну структуру управління, яку ще називають традиційною або класичною.

Апарат управління КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» станом на 01.01.2024 р. представлено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Апарат управління КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

№	Посада
1.	Головний лікар.
2.	Заступник головного лікаря з медичної частини.
3.	Заступник головного лікаря по поліклінічній роботі.
4.	Заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи.
5.	Заступник головного лікаря з адміністративно-господарської частини.
6.	Заступник головного лікаря з економічних питань.
7.	Головна сестра медична.
8.	Головний бухгалтер.
9.	Юрисконсульт.
10.	Зав. приймальним відділенням.
11.	Зав. відділенням анестезіології і інтенсивної терапії.
12.	Зав. кардіологічним відділенням.
13.	Зав. отоларингологічним відділенням.
14.	Зав. відділенням пластичної і реконструктивної хірургії.
15.	Зав. терапевтичним відділенням.
16.	Зав. неврологічним відділенням.
17.	Зав. клініко-діагностичної лабораторії.
18.	Зав. фізіотерапевтичним відділенням.
19.	Зав. відділення променевої діагностики.
20.	Зав. відділенням функціональної діагностики.
21.	Зав. сурдологічним кабінетом.
22.	Зав. денним стаціонаром.
23.	Зав. пат анатомічним відділенням.
24.	Зав. поліклінічним відділенням.
25.	Старша сестра медична приймального відділення.
26.	Старша сестра медична кардіологічного відділення.
27.	Старша сестра медична неврологічного відділення.
28.	Старша сестра медична ЛОР-відділення.
29.	Старша сестра медична ВПРХ.
30.	Старша сестра медична терапевтичного відділення.
31.	Старша сестра медична ВАІТ.
32.	Старша сестра медична фізіотерапевтичного відділення.
33.	Старша сестра медична функціональної діагностики.
34.	Старша сестра медична поліклініки.
35.	Старший лаборант КДЛ.
36.	Старший рентген-лаборант відділення променевої діагностики.
37.	Старший лаборант відділення патанатомії.

Загальна чисельність персоналу медичного закладу складає 430, в тому числі медичного 260 осіб.

Структура КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» включає адміністративний підрозділ (табл. 2.4); поліклініку (табл. 2.5); приймальне відділення; стаціонар; відділення функціональної діагностики; фізіотерапевтичне відділення; клініко-діагностична лабораторію; патологоанатомічне відділення.

Таблиця 2.4

Кабінети адміністративного підрозділу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

№	Кабінети та стаціонар
1.	Кабінет лікаря-кардіолога
2.	Кабінет лікаря-ендокринолога
3.	Кабінет лікаря-ендокринолога
4.	Кабінет лікаря-невропатолога
5.	Кабінет лікаря-невропатолога
6.	Кабінет лікаря-невропатолога

Таблиця 2.5

Кабінети та стаціонар поліклініки КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

№	Кабінети та стаціонар
1.	Кабінет лікаря-кардіолога
2.	Кабінет лікаря-ендокринолога
3.	Кабінет лікаря-ендокринолога
4.	Кабінет лікаря-невропатолога
5.	Кабінет лікаря-невропатолога
6.	Кабінет лікаря-невропатолога
7.	Кабінет лікаря-ортопеда-травматолога
8.	Кабінет лікаря-уролога
9.	Кабінет лікаря-хірурга
10.	Кабінет лікаря-інфекціоніста
11.	Кабінет лікаря-онколога
12.	Кабінет лікаря-пульмонолога
13.	Кабінет лікаря-гастроентеролога, лікаря-дієтолога
14.	Кабінет лікаря-отоларинголога
15.	Кабінет лікаря-отоларинголога
16.	Кабінет аудіометричний
17.	Кабінет лікаря-офтальмолога
18.	Кабінет лікаря-стоматолога
19.	Кабінет лікаря-акушера-гінеколога
20.	Кабінет профілактичних оглядів
21.	Денний стаціонар

Ліжковий фонд КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» складає 205 ліжок (табл. 2.6)

Таблиця 2.6

Ліжковий фонд КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

№	Кабінети та стаціонар
1.	відділення анестезіології і інтенсивної терапії – 6 ліжок
2.	відділення неврології – 60 ліжок
3.	відділення кардіології – 50 ліжок
4.	відділення оториноларингології – 30 ліжок
5.	відділення пластичної і реконструктивної хірургії – 15 ліжок
6.	відділення терапії – 50 ліжок
7.	відділення анестезіології і інтенсивної терапії – 6 ліжок
8.	відділення неврології – 60 ліжок

Схему структури КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» представлено на рис. 2.3.

Медичні працівники підприємства постійно підвищують рівень кваліфікації. На сьогодні у закладі працює 38 лікарів з вищою категорією, 23 з першою, 8 з другою, 4 кандидатів медичних наук, 8 медичних сестер мають ступінь бакалавра, 7 на сьогодні навчаються на бакалавраті.

Планово-економічною службою підприємства проводиться аналіз фінансової роботи за підсумками якого вживаються відповідні заходи та планується робота направлена на покращення матеріально-технічного стану підрозділів, впровадження нових технологій лікування та діагностики, підвищення заробітної плати співробітників і т. ін.

Протягом 2023 року у стаціонарі КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» проліковано 7602 ос., що на 201 ос. більше, ніж за 2022 рік. План л/дня виконаний на 103,8%. Середній л/день становить 9,5 без динаміки.

На 2023 рік затверджено і витрачено медичним закладом 61389,4 тис.грн. Структура витрат розподілилися наступним чином:

– 68% (41499,6) складає фонд заробітної плати з нарахуваннями та пенсійне забезпечення;

– 10% (6282,4) становлять капітальні видатки;

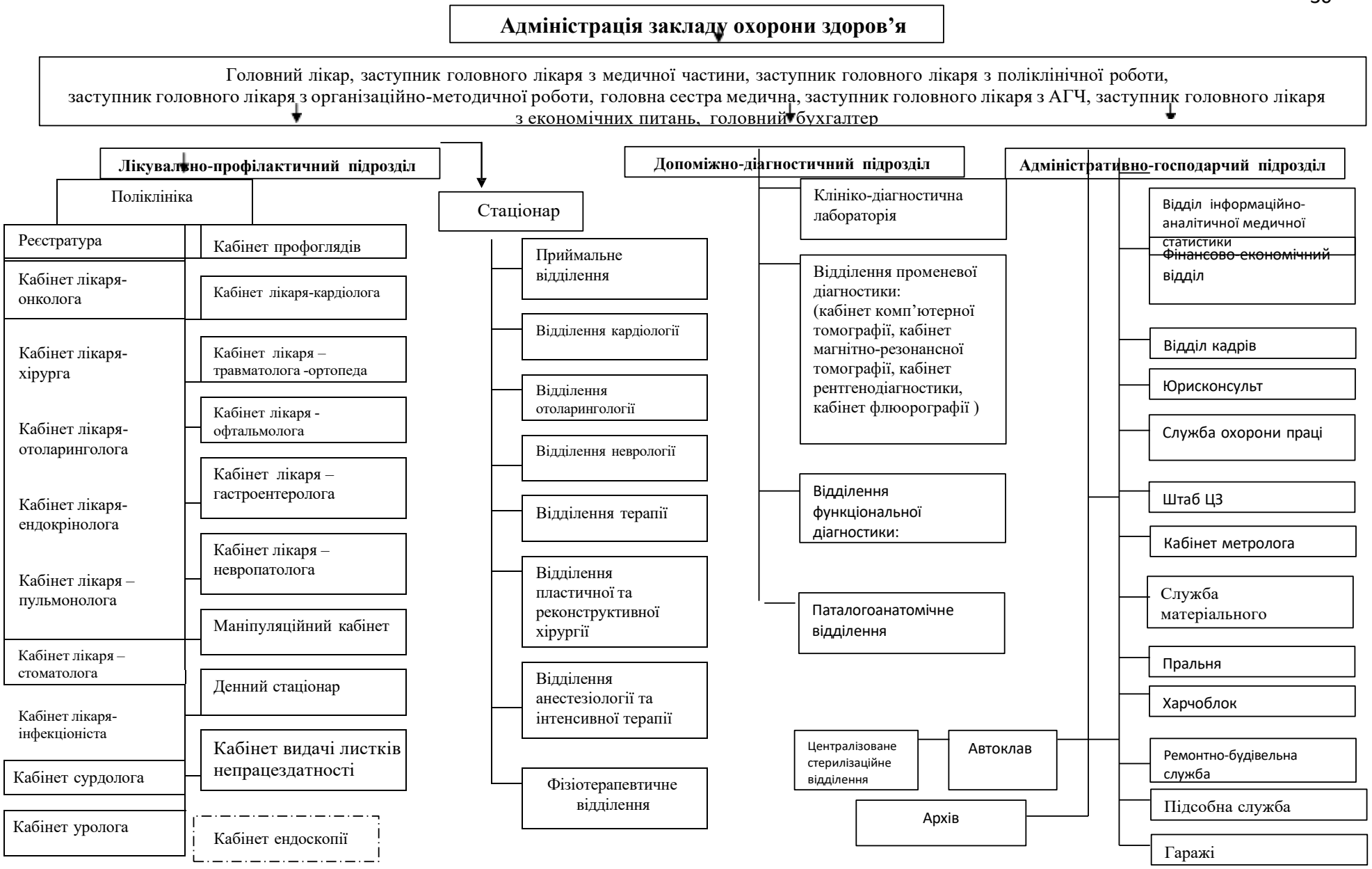


Рис. 2.3. **Схема організаційної структури КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»**

– 9% (5391,5) інсуліни та слухові апарати;

– 6% (3377,7) енергоносії;

– 4% (2276,6) склали медикаменти та перев'язувальні матеріали;

– 3% (1865,2) становлять всі інші поточні видатки в яких придбання предметів, матеріалів, обладнання та інвентарю, оплата послуг;

– 1% (696,4) продукти харчування.

На спеціальний рахунок КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» отримано за платні послуги 412,5 тис. грн. оренду 142,1; з реалізації майна 10,9 тис. грн. Всього отримано 565,4 тис. грн.

Аналіз витрат на послуги, предмети, матеріали, медикаменти, продукти харчування стаціонарними відділеннями КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» свідчить, що всього витрачено на всі зазначені види витрат 4838,3 тис. грн. В таблицях 2.7 та 2.8 відображено суми витрат в розрізі кожного відділення з урахуванням адміністративних та загальновиробничих витрат, в тому числі:

– послуги: метрологічні послуги, послуги з охорони (наркотики + фізична охорона), послуги зв'язку, програмне забезпечення бухгалтерського обліку та інших програм (статистика, кадри, економісти), обслуговування ліфтів, послуги з дезінфекції, ремонти медичного та іншого обладнання в тому числі заправка картриджів, страховки, поховання безрідних, утилізація.

– предмети та матеріали: будівельні матеріали, бланки, електротовари, сантехнічні матеріали, бензин, папір, миючі засоби, принтери, періодичні видання, запчастини до автомобілів.

Витрати на послуги, предмети, матеріали, медикаменти по поліклінічним відділенням наведено в табл. 2.7. Розрахунки здійснені аналогічно також з урахуванням адміністративних та загальновиробничих витрат лікарні, крім продуктів харчування Видно, що променева діагностика та поліклініка мають найбільші витрати, 509,71 та 376,54 тис. грн. на рік. Виконання одного ліжко-дня по медикаментах становить 101% а саме: 28,88 грн. при плані 28,36 грн. Виконання плану за ветеранськими ліжками дорівнює - 125% тобто 81,72 грн.

Таблиця 2.7

Витрати КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за поліклінічним відділенням

Назва структурних підрозділів	Послуги, предмети, матеріали, тис. грн.	Медикаменти, тис. грн.	Всього, тис. грн.
Поліклініка (в т.ч. денний стаціонар)	273,15	103,39	376,54
Променева діагностика	145,40	364,31	509,71
Сурдокабінет	34,10		34,10
Функціональна діагностика	68,58	42,79	111,37
Фізіотерапія	23,35	5,07	28,42
Клініко-діагностична лабораторія	58,67	184,35	243,02

Витрати на заробітну плату за стаціонарним відділенням КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» наведено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Витрати КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» на заробітну плату за стаціонарними відділеннями

Назва структурних підрозділів	Кількість фізичних осіб	Фонд оплати праці, тис. грн.	Фонд оплати праці з нарахуваннями, тис.грн.
Неврологічне відділення	49	4724,07	5753,65
Терапевтичне відділення	27	2052,13	2465,50
ЛОР відділення	24	3263,20	3933,65
ВПРХ	24	2820,28	3390,82
Кардіологічне відділення	23	2233,76	2706,97
Патанатомія	4	493,12	599,50
Приймальне відділення	14	1236,85	1501,98
ВАІТ	23	2590,96	3156,40

Продукти харчування розподілені пропорційно ліжок відділень. Вартість одного ліжко-дня харчування склав 120,34 грн. (123%) при плановому показнику 99,97 грн. Вартість ліжко-дня ветеранів склали 56,55 грн. (103%) при плані 155,0 грн.

У 2022 році на фінансування лікарні за зальним фондом було доведено 52202,3 тис. грн., в тому числі : на оплату праці з нарахуваннями – 38916,3 тис. грн., оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 3265,2 тис. грн., оплату медикаментів та перев'язувальних матеріалів – 2372,0 тис. грн., продуктів

харчування – 647,2 тис. грн., пільгових пенсій – 47,5 тис. грн., предметів, матеріалів, обладнання та інвентар – 1556,0 тис. грн., інших поточних видатків – 812,4 тис. грн. Крім того на централізовані заходи з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет було доведено 4486,3 тис. грн., на слухопротезування 99,4 тис. грн. За іншими надходженнями спеціального фонду (кошти, що передаються із загального фонду до спеціального), було доведено 1425,6 тис. грн. у тому числі на придбання основних засобів – 1205,6 тис. грн., на капітальний ремонт обладнання 220,0 тис. грн. Через недостатнє фінансування за загальним фондом частину видатків проводилося за рахунок коштів, отриманих від надання платних послуг та благодійних коштів. У 2022 році було використано коштів, отриманих від надання платних послуг у сумі 248,1 тис. грн., від благодійній допомоги в грошовій та натуральній формі 198,0 тис. грн.

У 2023 році на фінансування КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за зальним фондом було доведено 55107,0 тис. грн., в тому числі : на оплату праці з нарахуваннями – 41457,3 тис. грн., оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 3377,7 тис. грн., оплату медикаментів та перев'язувальних матеріалів – 2276,6 тис. грн., продуктів харчування – 696,5 тис. грн., пільгових пенсій – 42,3 тис. грн., предметів, матеріалів, обладнання та інвентар – 567,2 тис. грн., оплата послуг (крім комунальних) – 1298,0 тис. грн. Крім того на централізовані заходи з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет було доведено 5292,0 тис.грн., на слухопротезування 99,4 тис. грн. За іншими надходженнями спеціального фонду (кошти, що передаються із загального фонду до спеціального), було доведено 6282,4 тис. грн., у тому числі на придбання основних засобів – 3930,9 тис. грн., на капітальний ремонт обладнання 2351,5 тис. грн. Через недостатнє фінансування за загальним фондом частину видатків проводилося за рахунок коштів, отриманих від надання платних послуг та благодійних коштів. У 2023 році було використано коштів, отриманих від надання платних послуг у сумі 379,1 тис. грн., від благодійній допомоги в грошовій та натуральній формі 325,2 тис. грн.

У 2024 році на фінансування лікарні за загальним фондом було доведено

23596,5 тис. грн. в тому числі : на оплату праці з нарахуваннями – 10322,9 тис. грн., оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 3907,0 тис. грн., оплату медикаментів та перев'язувальних матеріалів – 1129,7 тис. грн., продуктів харчування – 31,0 тис. грн., пільгових пенсій – 10,5 тис. грн., предметів, матеріалів, обладнання та інвентар – 89,4 тис. грн., оплата послуг (крім комунальних) – 418,5 тис. грн., інших поточних видатків – 588,9 тис. грн. Крім того на централізовані заходи з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет було доведено 4224,2 тис. грн., на слухопротезування 99,4 тис. грн. За іншими надходженнями спеціального фонду (кошти, що передаються із загального фонду до спеціального) було доведено 2775,0 тис. грн., у тому числі на придбання основних засобів – 345,00 тис. грн., на капітальний ремонт обладнання 2430,0 тис. грн. Станом на 01 жовтня у 2024 році КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» отримано 739,3 тис. грн. від надання платних послуг та орендної плати. Отримані кошти спрямовуються на поточні потреби та на відновлення матеріально-технічної бази.

2.3. Оцінка управління персоналом за операційними процесами лікарні

Персонал КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» – це співробітники займаються наданням послуг медичного профілю на підставі діючого законодавства, постанов МОЗ, трудового договору, статуту організації, функціональних обов'язків та інших нормативних, локальних актів. Склад персоналу установи неоднорідний з професійної підготовки, вікової категорії, за стажем. Формування персоналу є напрямом стратегічного значення, яке гарантує стабільну та ефективну медичну діяльність.

Сьогодні в лікарні працюють 409 працівників, з них медичних працівників – 341 особа (табл. 2.9): лікарів – 86 ос.; середній медичний персонал – 165 ос., молодший медичний персонал – 92 ос., інші працівники – 66 ос.

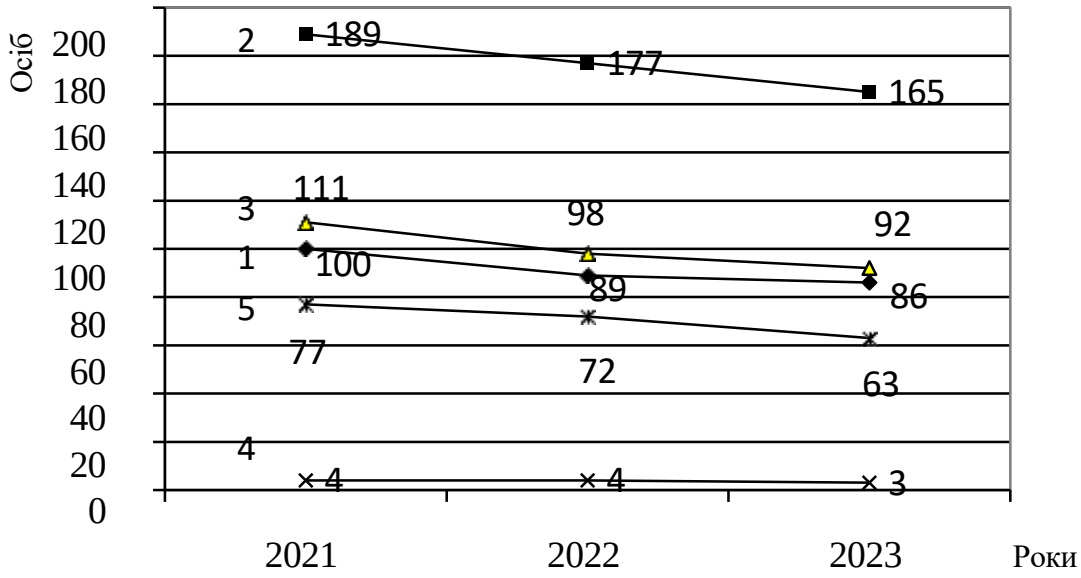
Таблиця 2.9

Аналіз забезпеченості КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» кадрами за період з 2021 по 2023 роки.

Категорії персоналу	Чисельність в 2021 році		Відхилення (+,–)				Виконання плану,%	Чисельність в 2023 році		Відхилення (+,–)				Виконання плану,%
			До потреби		Від 2023 року					До потреби		Від 2022 року		
	Потреба	Факт	Абсолютне	Відносне, %	Абсолютне	Відносне, %		Потреба	Факт	Абсолютне	Відносне, %	Абсолютне	Відносне, %	
Лікарський персонал	120	89	-31	-25,8	-11	-9,1	74,1	120	86	-34	-28,3	-3,0	-2,5	71,6
Середній медперсонал	200	177	-23	-11,5	-12	-6,0	88,5	203	165	-38	-18,7	-12,0	-5,9	81,2
Молодший медперсонал	115	98	-17	-14,7	-13	-11,3	85,2	111	92	-19	-17,1	-6,0	-5,4	82,8
Спеціалісти (немедики)	8	4	-4	-50	0	0,0	50	8	3	-5	-62,5	-1	-12,5	37,5
Інший персонал	81	72	-9	-10,9	-5	-6,2	88,8	81	63	-18	-22,2	-18	-22,2	77,7
Всього	524	440	-84	-16,0	-41	-7,8	83,9	523	409	-114	-21,8	-31	-5,9	78,2

Наведені дані дозволяють зробити висновок, що за аналізований період у КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» відбулося скорочення працівників на 41 особу у 2021 р. та на 31 у 2023 р. Тобто за останні два роки кількість персоналу скоротилася на 72 особи та досягла 409. Чисельність працівників КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» становила у 2021 р. 83,9% від плану, у наступному році вже 78,2%

Найбільшу питому вагу в структурі працівників установи займають категорії «середній медперсонал» та «молодший медперсонал» (165 та 92 співробітників у 2023 р.). Слід вказати, що динаміка скорочення працівників за категоріями у 2021-2023 рр. була різною (рис. 2.11). Найбільше скоротився середній медперсонал та молодший медперсонал (на 24 та 19 осіб відповідно). Лікарський персонал, який виступає «ядром» будь-якого медичного закладу зменшився на 14 осіб до 86.



1 – Лікарський персонал.
2 – Середній медперсонал.
3 – Молодший медперсонал.
4 – Спеціалісти (немедики).
5 – Інший персонал.

Рис. 2.4. **Динаміка чисельності персоналу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за категоріями**

Враховуючи виробничу необхідність у багатофункціональності та взаємозамінності в тій чи іншій діяльності середнього медичного персоналу

прийнято рішення про внесення змін до штатного розпису, а саме об'єднати посади сестер медичних «процедурна», «палатна», «маніпуляційна» в одну посаду «сестра медична відділення». Дані зміни призведуть до більшої мобільності середнього медичного персоналу у період планових відпусток, захворювання тощо. При розробці типової посадової інструкції враховано всі напрямки роботи медичних сестер та їх функціонал. Поступово збільшується кількість вакантних ставок: 15,75 – в 2021 році, 21,25 – в 2022 році, 26,25 – в 2023 році. Особливо це стосується лікарських посад: з 0,5 ставки в 2021 році до 12,50 ставки в 2023 році.

Кількість фактично зайнятих посад не відповідає тому обсягу медичних послуг, який необхідний для задоволення потреб населення. Це може призвести до перевантаження працюючого персоналу, зниженню рівня і якості медичного обслуговування населення.

Результати аналізу укомплектованості персоналом за період з 2021 по 2023 роки свідчать, що найбільш недоукомплектованими у 2021 р. був інший персонал (коефіцієнт укомплектованості склав 0,81), у наступному році – середній персонал (0,84), у 2023 р. – інший персонал (0,70). В цілому, протягом даного періоду медичний заклад КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» був недоукомплектованим (табл. 2.10).

Слід зазначити, що динаміка неукомплектованості персоналом у КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» має «позивний» напрямок, тобто неукомплектованість у 2023 р. скоротилась з 77 до 64 осіб.

В сучасних умовах більшого значення набуває вивчення якісної характеристики складу працівників. Інформація про склад працівників за віком, стажем роботи в динаміці за ряд років дозволяє виявити закономірності в зміні складу працівників установи. Аналіз вікової структури необхідний, оскільки помітне порушення у віковій структурі персоналу може змінити психо-соціологічну рівновагу всередині установи та створити серйозні проблеми найму робочої сили. Вікова структура персоналу характеризується часткою осіб відповідних вікових груп у його загальної чисельності.

Таблиця 2.10

Укомплектованість КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» персоналом

Категорія персоналу	Затверджено посад за штатним розписом	Фактично зайнято посад	Відхилення	
			+/-	Куп
2021 рік				
Лікарський персонал	131,25	120,25	-11,0	0,91
Середній медперсонал	233,5	206,0	-27,5	0,88
Молодший медперсонал	126,0	113,25	-12,75	0,89
Спеціалісти-немедики	6,0	5,5	-0,5	0,91
Інший персонал	103,75	84,75	-19,0	0,81
Кількість посад всього	600,5	529,75	-70,75	0,88
2022 рік				
Лікарський персонал	118,75	101,5	-17,25	0,85
Середній медперсонал	215,0	182,25	-32,75	0,84
Молодший медперсонал	113,75	98,25	-15,50	0,86
Спеціалісти-немедики	6,0	6,0	0,00	1,00
Інший персонал	88,0	76,5	-11,5	0,86
Кількість посад всього	541,5	464,5	-77,0	0,85
2023 рік				
Лікарський персонал	115,75	100,75	-15,0	0,87
Середній медперсонал	213,75	192,25	-21,5	0,89
Молодший медперсонал	111,5	99,75	-11,75	0,89
Спеціалісти-немедики	6,0	6,0	0,00	1,00
Інший персонал	93,5	66,0	-27,5	0,70
Кількість посад всього	540,5	476,25	-64,25	0,88

Розглянемо склад і структуру працівників у КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за віком, представлених в табл. 2.11.

З даних таблиці видно, що чисельність персоналу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за віком змінюється. Так зростає кількість працівників віком 40-50 років (з 156 до 195) на фоні скорочення кількість працівників віком 30-40 років (з 155 до 92). Крім того, зменшилася чисельність працівників у віці 18-30 років на 19 осіб, це говорить про те, що КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» втрачає молодих фахівців.

Таблиця 2.11

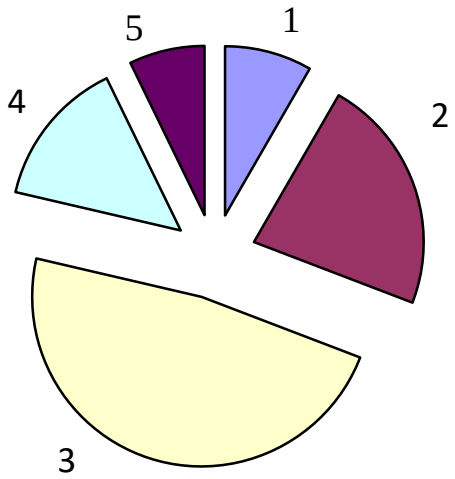
Якісний склад працівників КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

За віком, років	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	Серед медичних працівників мають стаж	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	Серед медичних працівників мають категорію:	Чисельність працівників, чол.	Питома вага, %	За статтю	Кількість	Питома вага, %
2021 рік											
До 18	-		До 3	10	3,4	Без кат.	88	30,0	Чоловіки	40	9
18-30	53	11,0	3-10	49	16,7	II	34	11,6			
30-40	155	32,2	10-20	140	47,7	I	54	18,4			
40-50	156	32,4	20-30	63	21,5				Жінки	441	91
50-60	75	15,6	Більше 30	31	10,5	вища	117	39,9			
Старше 60	42	8,7									
Разом	481	100,0	Разом	293	100,0	Разом	293	100,0	Разом	481	100
2022 рік											
До 18	-		До 3	15	5,6	Без кат.	77	28,5	Чоловіки	42	11
18-30	20	4,5	3-10	29	10,7	II	41	15,1			
30-40	125	28,4	10-20	150	55,5	I	45	16,6			
40-50	200	45,4	20-30	32	11,8				Жінки	390	89
50-60	60	13,6	Більше 30	44	16,3	вища	107	39,6			
Старше 60	35	7,9									
Разом	440	100	Разом	270	100	Разом	270	100	Разом	440	100
2023 рік											
До 18	-		До 3	10	4,1	Без кат.	10	4,1	Чоловіки	55	13
18-30	34	8,3	3-10	21	8,4	II	52	20,8			
30-40	92	22,5	10-20	164	65,8	I	78	31,1			
40-50	195	47,6	20-30	31	12,4				Жінки	354	87
50-60	58	14,1	Більше 30	23	9,2	вища	109	43,7			
Старше 60	30	7,3									
Разом	409	100	Разом	249	100	Разом	249	100	Разом	440	100

Найбільшу частку у 2023 році від загального числа працівників мають працівники у віці 40-50 років – 195 (47,6%) осіб, на другому місці - працівники у віці 30-40 років – 92 (22,5%) осіб. Молодих працівників у віці 18-30 років працює

лише 34 (8,3%) особи.

Однак, КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» намагається проводити активну політику «підтримки молодих фахівців». Зовсім недавно дефіцит молодих кадрів галузі охорони здоров'я компенсувався тенденцією збільшення чисельності працівників старших вікових груп. Так, у 2021 р. частка працівників старше 60 років становила 8,7%. Вони продовжували працювати через недостатній рівень пенсійного забезпечення. Однак, через розвиток захворювання Ковід-19, зростання ризиків захворіти і важко перенести працівники пенсійного віку почали масово звільнятися. І вже, у 2023 р. частка працівників старше 60 років склала 7,3%.

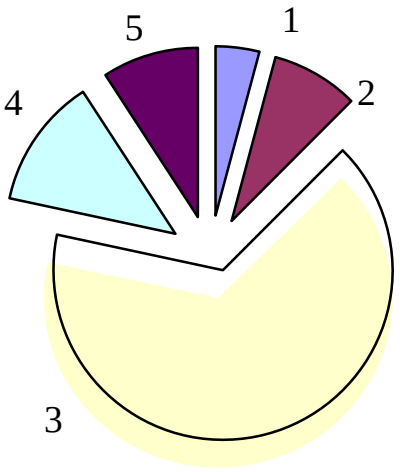


1 – 18-30. 3 – 40-50. 5 – Старше 60.
2 – 30-40. 4 – 50-60.

Рис 2.5. **Структура персоналу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за віком у 2023 р.**

Рівень трудових навичок та умінь є складовим елементом компетентності персоналу. Аналіз структури персоналу за стажем роботи необхідний тому, що нові працівники можливо через відсутність досвіду роботи не відразу опановують необхідні навички, що необхідні для роботи в даній установі. Величина цього показника може бути побічно оцінена за стажем роботи співробітників установи.

Проведений аналіз показав, що серед медичних працівників найбільшу питому вагу мають працівники, загальний трудовий стаж яких від 10 років до 20 років – 164 (65,8%) співробітників (рис. 2.6).



1 – До 3. 3 – 10-20. 5 – Більше 30.

2 – 3-10. 4 – 20-30.

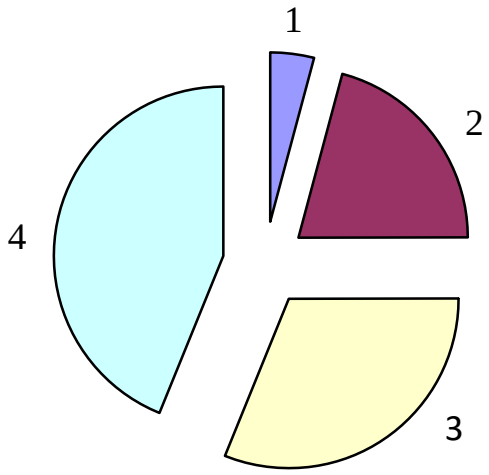
Рис. 2.6. **Структура персоналу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за стажем у 2023 р.**

Працівники зі стажем від 20 років до 30 років – 31 (12,4%), є другою групою за величиною. Третьою за величиною групою є працівники зі стажем більше 30 років – 23 (20,13%) співробітника. Це свідчить про те, що в установі переважають досвідчені фахівці з високим трудовим стажем. Співробітники, стаж яких від 3 років до 10 років, займають четверту позицію – 21 (8,4%) особа, в цьому випадку співробітники молоді та енергійні, люди при цьому добре навчаються та досить витривалі. Найменша кількість працівників має стаж роботи до 3 років – 10 (4,1%) співробітників, зовсім молоді фахівці. Слід вказати, кількість працівників, загальний трудовий стаж яких від 10 років до 20 років, зросла за два роки з 140 осіб (47,7%) до 164 (65,8%).

Всі співробітники працюють за трудовим договором у відповідності до положень трудового законодавства. На посаді середнього та вищого медичного персоналу приймаються особи, що мають середню і вищу медичну освіту. Медичний персонал КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» має різні кваліфікаційні категорії. У 2021-2023 рр. кількість медичних працівників скоротилася з 293 до 249 осіб. На цьому фоні відбулося зменшення працівників без категорії з 88 до 10 співробітників, вищої категорії з 117 до 190. Натомість, кількість працівників ІІ категорії зросла з 34 до 53, І категорії – з 54 до 78

осіб. Такі суттєві зрушення пояснюються «хвилею» підвищення кваліфікації та переходу до наступної, більш високої категорії.

Слід вказати, що на сьогоднішній день 43,7% медичного персоналу має вищу категорію, 31,1% – І категорію. В цілому КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» забезпечено медичним персоналом необхідної категорії (рис. 2.7).



1 – Без категорії. 3 – І категорія.

2 – ІІ категорія. 4 – Вища категорія.

Рис. 2.7. **Структура персоналу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за кваліфікаційними категоріями у 2023 р.**

Результати аналізу динаміки структури персоналу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» за статтю свідчать, що у 2021-2023 рр. питома вага жінок скоротилася з 91% до 87%, і залишалася досить високою (рис. 2.8). Такий значний відсоток жінок пояснюється тим, що існують суто «жіночі» та «чоловічі» спеціальності, причому кількість «жіночих» переважає над числом «чоловічих». Отже, значний відсоток жінок пояснюється специфікою КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» та специфікою професій.

Таким чином, КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» повністю не укомплектовано кадрами (коефіцієнт укомплектованості склав 0,88). Через специфіку діяльності, реформи в сфері охорони здоров’я, вплив Covid-19 відбуваються зміни у кількості та в структурі персоналу. Так, спостерігається зменшення кількості персоналу, зокрема лікарський персонал, який виступає

«ядром» будь-якого медичного закладу зменшився на 14 осіб до 86, зростання частки співробітників з вищою та І категоріями, кількість молодих працівників у віці 18-30 років залишається досить малою працює лише 34 (8,3%) особи.

Аналіз руху кадрів КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» представлено в табл. 2.12.

Таблиця 2.12

Рух трудових ресурсів у КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

Назва показника	2021 р.	2022 р.	2023 р.	Відхилення 2023 року від 2021 року	
				+/-	%
Прийнято працівників	87	86	74	-13	14,9
Звільнені, у т.ч.	104	124	98	-6	5,77
- за власним бажанням	99	119	95	-4	-4,1
- порушення трудової дисципліни	0	0	0	0	0
- за угодою сторін	0	0	1	1	-
- за станом здоров'я	1	1	0	-1	100
- на пенсію	2	1	0	-2	100
-у зв’язку зі зміною місця проживання	0	1	0	0	-
- по догляду за дитиною	1	1	0	-1	100
- закінчення строкового договору	0	0	0	0	0
- по переводу	1	0	0	-1	100
-у зв’язку зі смертю	0	1	2	2	-
Середньооблікова чисельність	481	440	409	-72	14,9
Коефіцієнти: - прийому	0,18	0,19	0,18	0	-
- звільнення	0,21	0,28	0,18	-0,03	14,3
- плинності	0,20	0,27	0,23	0,03	15
- постійності	0,82	0,80	0,81	-0,01	1,3

За даний період звільнено 326 працівників, зокрема за власним бажанням 313, прийнято 247 осіб. Звільнено за згодою сторін 1 співробітник, за станом здоров'я – 2, у зв’язку зі зміною місця проживання – 1, по догляду за дитиною – 1, по переводу – 1, у зв’язку зі смертю – 3.

Розраховані коефіцієнти обороту з прийому та вибуття, а також плинності і коефіцієнт загального обороту дозволяють зробити наступні висновки: коефіцієнт звільнення коливався в межах 0,18-0,21, що є досить високим, плинності – 0,20-0,27, постійності – 0,80-0,82. Колектив організації «освіжається», відбувається приплив нових людей, а, отже, нових ідей.

РОЗДІЛ 3
ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КНП «ВІННИЦЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1»

3.1. Впровадження програмного методу в управління медичним закладом

З метою удосконалення управління медичним закладом в умовах фінансової децентралізації КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» розпочало використовувати програмний метод (рис. 3.1).

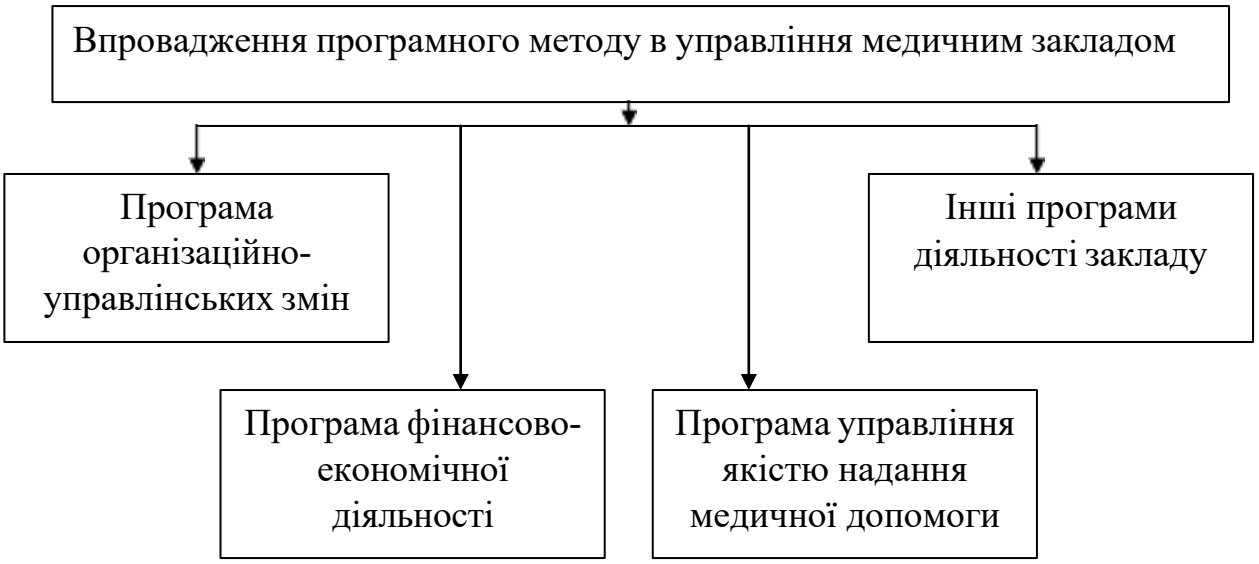


Рис. 3.1. **Впровадження програмного методу в систему управління медичним закладом**

Його застосування передбачає формування та реалізацію таких програм:

1. Програма організаційно-управлінських змін. З метою оптимізації виробничого процесу було проведено скорочення ряду посад, які не є необхідними в організації лікувального процесу, або життєзабезпечення підприємства.

1.1. Заходи з впровадження ефективної структури управління:

– забезпечити ефективний розподіл праці між адміністрацією лікарні та структурними підрозділами з контролем за виконання індикаторів якості

лікувально-діагностичного процесу;

– убезпечити щорічний перегляд функціональних обов’язків співробітників медичного закладу;

– попереджати ймовірну відсутність відповідності між функціями і обов’язками співробітників, повноваженням і відповідальністю, за рахунок постійного моніторингу виконання встановлених планових індикаторів якості лікувально-діагностичного процесу та дотриманням кожним співробітником своїх посадових інструкцій.

– на рівні управління сприяти впровадженню найсучасніших методик діагностики і лікування затвердженими стандартами та клінічними настановами з метою забезпечення ефективності надання медичної допомоги хворим та бути самодостатнім і фінансово-забезпеченим закладом.

1.2. Розроблення та впровадження заходів зі зменшення тривалості середнього строку госпіталізації. Заходи:

– широке впровадження новітніх технологій за допомогою малоінвазивних хірургічних втручань у хірургічному підрозділі;

– зменшення стаціонарного терміну перебування хворих у відділеннях на 5%;

– зменшення питомої ваги післяопераційних ускладнень на 5%;

– збільшення кількості амбулаторного обстеження пацієнтів при плановій госпіталізації на 10%.

1.3. Розроблення, впровадження необхідних комплексних заходів зі збільшення питомої ваги амбулаторної допомоги у структурі медичної допомоги, що надається медичним закладом.

1.4. Розрахунок та обґрунтування потреби у кадрах у розрізі спеціальностей. У зв’язку з перспективою створення реабілітаційного відділення та впорядкування фізіотерапевтичного кабінету виникає потреба у фахівцях даного напрямку: лікар фізичної та медичної реабілітації, ерготерапевт, реабілітолог та інші. Також є наявна потреба інших фахівцях, таких як: лікар терапевт приймального відділення – 2 посади; лікар невропатолог ургентної допомоги – 1 посада.

2. Програма фінансово-економічної діяльності

2.1. Станом на 01.10.2024 року КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» має укладений договір з Національною службою здоров'я України № 0537-Е420- Р000 на 7 пакетів та загальну суму 50564,95 тис. грн., в тому числі:

– хірургічні операції дорослим та дітям в стаціонарних умовах - 5496,45 тис.грн.;

– стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій – 13647,76 тис.грн.;

– медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах - 12549,76 тис.грн.;

– амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну -14220,73 тис.грн.;

– діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ – 300,01 тис.грн.;

– стаціонарна паліативна допомога дорослим та дітям – 126,58 тис.грн;

– перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я в частині умов, які застосовуються з 01 вересня 2024 року – 4223,66 тис.грн.

Відділення пластичної та реконструктивної хірургії та отоларингологічне відділення згідно договору на місяць отримують – 609,31 тис.грн., однак сума на утримання відділення разом з допоміжними та діагностичними відділеннями на місяць орієнтовно складає – 851,88 тис.грн. Таким чином, вартість за договором одного випадку складає 6347,0 грн, а фактична орієнтовна вартість склала 9465,3 грн. Дефіцит щодо доведених коштів на один пролікований випадок складає 3118,30 грн.

2.2. Очікуваний обсяг коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1», заходів за рахунок місцевих бюджетів. У 2024 році фінансова підтримка КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» з міського бюджету запланована у сумі 11959,6 тис. грн., а саме :

1. 4119,8 тис. грн. – покриття вартості комунальних послуг та

енергоносіїв, в т.ч.:

– 1524,5 тис. грн. – оплата теплопостачання
– 358,1 тис.грн. – оплата водопостачання та водовідведення;
– 2162,4 тис.грн. – оплата електроенергії;
– 74,8 тис. грн. вартість вивозу ТПВ.

2. 839,8 тис. грн. податок на землю ,
3. 7000,0 тис. грн. на придбання основних засобів.

До того ж КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» заплановано 8503,5 тис. грн. фінансування з бюджетів на виконання заходів по реалізації державних (регіональних) програм, що не віднесені до заходів розвитку, а саме:

– 8403,5 тис. грн. на централізовані заходи з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет,
– 100,0 тис. грн. субвенція з державного бюджету (на надзвичайні ситуації)

Отримані доходи у сумі 20463,1 тис. грн. у повному обсязі будуть використані на виконання статутної діяльності підприємства.

2.3 Очікуваний фінансових ресурсів, які можуть бути спрямовані на фінансування медичного закладу за рахунок інвестицій недержавного характеру, пожертв, грантів, коштів міжнародної допомоги, спонсорських внесків інших джерел.

В 2024 році заклад планує отримати 920,00 тис. грн. благодійної допомоги в грошовій та натуральній формі від інших установ та фізичних осіб. Також в 2023 році лікарнею була подана заявка на отримання грантової допомоги по проектам безпеки людини «Кусаноне» з орієнтовною вартістю проекту 6095,4 тис. грн. на придбання цифрового мамографу та телеметричного енцефалографу. Додатковими джерелами фінансування закладу можуть бути кошти від реалізації проектів фонду регіонального розвитку,оплата лікарні за надані послуги за угодами з юридичними особами, оплата від роботодавців за медичні огляди, надходження за послуги поза програмою медичних гарантій, також інші джерела, які не заборонені законодавством України.

2.4. Обґрунтування необхідності капітальних інвестицій у лікарні.

1. Придбання нового медичного обладнання. Для надання якісної медичної допомоги населенню та для забезпечення сучасних методик в умовах вимог Національної служби здоров'я України та МОЗ існує потреба в оновленні матеріально-технічної бази та придбання медичного обладнання протягом 2024-2026 років (3.1).

Таблиця 3.1

Необхідне КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» медичне обладнання для надання допомоги населенню

Медичне обладнання	Кількість
Кушетка ендоскопічна СМД	4
Відеоцентр CV-150	4
Гастроінтестінальнийвідеоскоп GIF-Q150	3
Дуоденоскоп з боковою оптикою	1
Відеоколоноскоп CF-Q150L	1
Відеобронхоскоп	1
Електрохірургічний блок PSD-60	3
Електрохірургічний ніж голчастий	2
Інжектор (голка в комплекті з ручкою і оболонкою)	3
Хірургічні ножиці	1
Ніж для розтину папіли	2
Пристрій для роздування балонів DS-60-JH	1
Електрокардіограф "Юкард" 100 6/12 канальний	1
Принтер (цифровий) до апарату VINNO-6-Sonyup-D898 MD/X898MD	1
Центр заливки зразків EC5 або EC 5-EKA	1
Водяна баня B 250 для розправлення у воді парафінових зрізів	1
Автоматичний мікротом ротаційного типу PM100A	1
Плита охолодження	1
Біохімічний автоматичний аналізатор	1
Компактна наркозна станція з вбудованим компресором	1
Апарат ШВЛ високого класу	1
Дефібрилятор з функцією кардіостимулятора	1
Електрокардіограф	4
Електровідсмоктувач	11
Крісло оглядове отоларингологічне	2
Лазер діодний "Ліка Surgeon + "	1
Оснащення для ендоскопічного кабінету	1
Мікроскоп хірургічний (операційний)	1
Операційний стіл	1
Відеосистема ендоскопічна	1
Висококонтрастний медичний монітор	1
Трубки оптичні для ендоскопу	3
Дефібрилятор	2
Лампа операційна 4х рефлекторна пересувна безтіньова L734-II "Біомед"	2
Функціональна каталка для перевезення та транспортування хворих	3
Мамограф	1

Монітор пацієнта Edan IM88	2
Концентратор кисню	4
Набір силового інструментарію StrykerSystem 5 (дриль, пилка)	1
Рентген-апарат (С-дуга) SiemensSiremobil 2000 (ЕОП 7")	1
Відеосистема	1
Налобний хірургічний освітлювач	2
Бігова доріжка медична	1
Каталка медична для транспортування пацієнтів (КПП-2.100)	1
Шприцевий насос (дозатор)	8
Стабілоплатформа СТ-150	1
Стіл операційний електричний гідравлічний DL-C	2
Світильник операційний стельовий Biomed L7	1
Тонометр безконтактний HuvitzHNT-1(для офтальм. кабінету)	1
ОтоофтальмоскопKaWeКомбилайт С10/Е16 (для лор. кабінету)	1
Апарат для пневмомасажу барабанної перетенки вуха "АПМУ-Компресор"	1

2. Впровадження платних послуг. КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» проводиться робота по впровадженню платних послуг, було затверджено тарифи на платні послуги відповідно до чинного законодавства. Проводиться робота по розширенню переліку платних послуг в тому числі шляхом придбання нового обладнання.

3. Зменшення рівня енергоспоживання будівель лікарні та планування заходів щодо підвищення їх енергетичної ефективності. Для проведення заходів енергозбереження лікарня поступово проводить заміну вікон та вхідних дверей у приміщеннях підприємства. Виготовлені проекти на проведення капітальних робіт з утепленню будівлі, але за відсутності коштів роботи проведено частково. Також проведена робота по заміні електричних ламп на енергозберігаючі в обсязі 60%.

4. Впровадження аутсорсингу на певні види послуг:

• цитологічні дослідження гінекологічних мазків на атипові клітини в лабораторії Миколаївського центру онкології, договір від 31.01.2022;

• дослідження крові на вміст наркотичних речовин в лабораторії КНП «Вінницький обласний центр психічногоздоров’я», договір від 22.04.2023;

• дослідження крові на наявність антитіл до ВІЛ в лабораторії КНП «Вінницький обласний центр паліативної допомоги та інтегрованих послуг», договір від 31.01.2021

• послуги з утилізації медичних відходів.

3. Програма управління якістю надання медичної допомоги КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

3.1. Запровадження критеріїв та індикаторів якості надання необхідної медичної допомоги. В табл. 3.2 наведено критерії та індикатори якості надання медичної допомоги закладом.

Таблиця 3.2

Критерії та індикатори якості надання медичної допомоги КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

№	Критерії та індикатори
1.	Показник розходжень амбулаторних і клінічних діагнозів;
2.	Показник середнього часу перебування на ліжку (загальний, доопераційний, післяопераційний);
3.	Показник повторних госпіталізацій як наслідок ускладнень після первинних госпіталізацій;
4.	Показник летальності;
5.	Показник кількості скарг хворих
6.	Показник спалахів госпітальної інфекції
7.	Показник необґрунтованих госпіталізацій

3.2. Розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги. Принципи сервісного обслуговування пацієнтів у КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» наведемо на рис. 3.2.

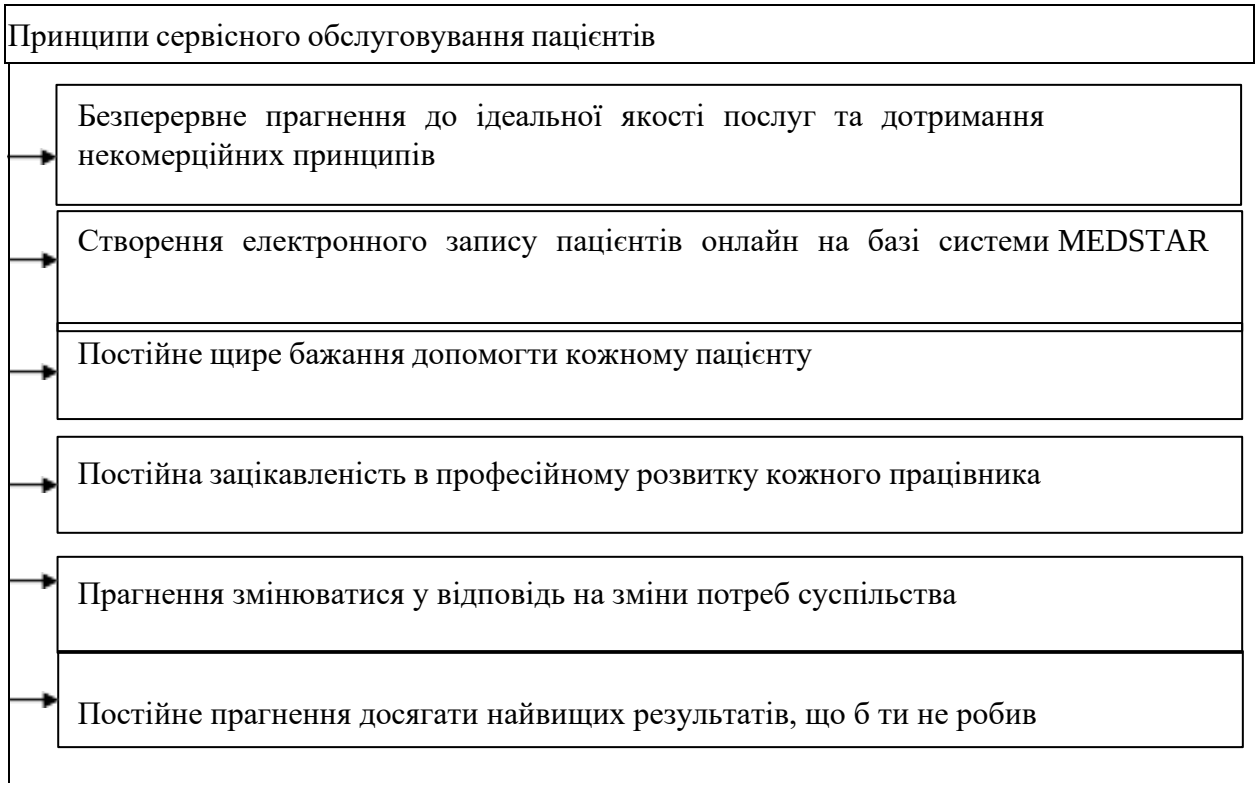


Рис. 3.2. **Принципи сервісного обслуговування пацієнтів**

З метою впровадження зазначених принципів адміністрації КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» пропонується розробляти і впроваджувати комплекс програм (рис. 3.3):



Рис. 3.3. **Комплекс програм впровадження принципів сервісного обслуговування пацієнтів КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»**

3.3. Впровадження заходів з інфекційного контролю (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Впровадження заходів з інфекційного контролю КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

№	Заходи
1.	Забезпечити структурні підрозділи закладу, медичний персонал яких проводить діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію і надає медичну допомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, а також контактує з кров'ю та іншими біологічними матеріалами від ВІЛ-інфікованих осіб, засобами індивідуального захисту залежно від профілю їх роботи
2.	Забезпечити робочі місця лікарні інструктивно-методичними документами, аптечками для проведення термінової профілактики при аварійних ситуаціях, необхідним набором медичного інструментарію для одноразового використання, дезінфекційними засобами для проведення знезараження;
3.	Забезпечити дезінфекцію (у відповідності до регламентів застосування деззасобів), посуду, білизни, апаратів та інструментарію забруднених кров'ю, біологічними рідинами;
4.	Забезпечити транспортування проб крові та інших біоматеріалів до лабораторії в контейнерах /біксах, пеналах/, що унеможливлює випадкове, або навмисне відкриття кришок під час їх перевезення/замок, пломбування, заклеювання місць єднання лейкопластирем.
5.	Контейнери після розвантаження обробляти дезрозчином.
6.	Ведення в усіх підрозділах форми 108-о "Журнал реєстрації аварій" при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботи з ВІЛ- інфікованим матеріалом".

7.	Забезпечити проведення вступного, а потім періодичного інструктажу для медичних працівників та обслуговуючого персоналу, які вперше влаштовуються на роботу з питань безпеки та існуючого ризику в роботі, а також упереджуючих заходів профілактики та заходи, які вживаються після того, як стався контакт з кров'ю.
8.	Проводити семінарські заняття з медичним та обслуговуючим персоналом з питань вимог наказів, медичних рекомендацій щодо дотримання санітарно-гігієнічного, дезінфекційного та стерилізаційного режимів.

4. Інші програми діяльності закладу. В закладі затверджені та виконуються програми прийняті на сесіях Вінницької міської ради, які стосуються медичної галузі, а саме:

4.1. Районна Цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз.

4.2. Районна Цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

4.3. Районна Програма «Медичні кадри Вінниччини» на 2024-2028 роки.

4.4. Програма розвитку донорства крові та її компонентів у Вінницькому районі на 2024-2028 роки.

4.5. Районна програма боротьби з онкологічними захворюваннями.

Таким чином, з метою удосконалення управління КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в умовах фінансової децентралізації медичний заклад почав використовувати програмний метод. Це передбачає формування та реалізацію програм: організаційно-управлінських змін; фінансово-економічної діяльності; управління якістю надання медичної допомоги; інші програми діяльності закладу. Їх реалізація надасть можливість забезпечити необхідне фінансування закладу та надання якісних медичних послуг населенню.

3.2. Розробка заходів з удосконалення управління маркетинговою діяльністю лікарні

В рамках удосконалення управління маркетинговою діяльністю КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» запропоновано всебічно розкрити інформацію щодо медичного закладу та його послуг в Інтернет ресурсах. Обраним типом комунікації стала PR-діяльність (зв'язки з громадськістю),

програми лояльності. Бюджет: 0$ (з перспективою підвищення, в разі гострої необхідності). Ключові повідомлення:

– КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» вже понад 20 років займає лідерські позиції серед медичних закладів міста Вінниці;

– 50% медичного персоналу мають вищу категорію, 40% - першу категорію.

– Умови перебування задовольнять навіть найвибагливішого пацієнта.

Обрані канали комунікації: соціальні мережі Facebook, Instagram, Telegram, YouTube. Зворотній зв'язок методом анкетування.

Загальні контент-цілі на 2025 рік та мета їх реалізації:

Facebook:

– впровадження рубрик «Знайомство з лікарем», «Знайомство з відділенням»;

– продовження рубрики «Спеціалісти інформують»;

– продовження відео-рубрики «Спеціалісти інформують: правила надання невідкладної домедичної допомоги»

– оприлюднення послуг в бізнес-акаунті Facebook

– впровадження практики акційних пропозицій в бізнес-акаунті Facebook

– участь в соціально-значущих акціях та флешмобах (ситуативно, за рішенням керівництва)

Мета: знайомство з колективом, демонстрація професійних якостей та кваліфікаційних характеристик медичного персоналу, підвищення рівня довіри до закладу, підвищення кількості підписників в Facebook, підвищення рівня обізнаності населення з питань загальних захворювань, підвищення рівня обізнаності населення з питань надання екстреної медичної допомоги, формування у населення чіткого уявлення про послуги, які надає медичний заклад, залучення більшої кількості потенційних пацієнтів.

Описи послуг, які надаються у КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» мають супроводжуватися відповідними фотоілюстраціями та докладним описом (рис. 3.4.).



Рис. 3.4. **Сторінка КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» у Facebook**

Instagram: Сторінка в Instagram має на меті формування активної соціальної позиції КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1», знайомство з колективом лікарні, висвітлення його повсякденного життя, знайомство з медичними послугами, формування позитивного портрету медичного працівника нашого закладу.

Стиль ведення сторінки - friendly-style, - тут ми маємо відійти від офіційності та налаштувати потенційних пацієнтів на довірливі відносини з колективом. Профіль КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в Instagram наведено на рис. 3.5.

Telegram: Сторінка КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в Telegram має на меті акумулювання та розповсюдження інформації з усіх комунікативних джерел закладу.

YouTube: Оприлюднення відео-рубрик та відео-новин КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1».

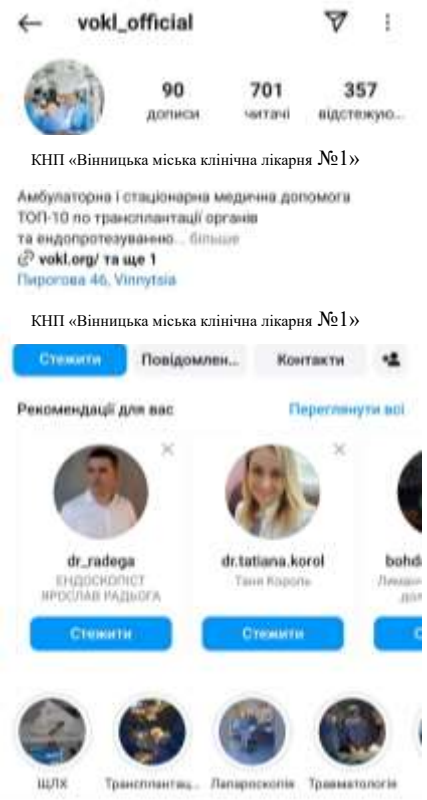


Рис. 3.5. **Профіль КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в Instagram**

Ключові цілі удосконалення управління маркетинговими комунікаціями КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» полягають у залученні нових пацієнтів і утриманні постійних клієнтів.

Для досягнення цих цілей необхідно використовувати інструменти SEO та контекстну рекламу. Крім того, підвищення впізнаваності бренду клініки на ринку є ключовою особливістю успішного медичного маркетингу.

Маркетологам треба:

- визначити цільову аудиторію,
- розробити стратегію просування,
- налаштувати рекламу,
- використовувати онлайн-платформи та соціальні медіа,
- постійно спілкуватися зі спільнотами пацієнтів.

Успішне застосування медичного маркетингу допомагає привернути нових клієнтів, підвищити впізнаваність клініки, зміцнити репутацію та зайняти міцні позиції на ринку. Також важливо розвивати довгострокові відносини з клієнтами для подальшого успіху.



Рис. 3.6. **Чат-бот КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»**

Медичний маркетинг вимагає особливої уваги до регулювання та правил етики. Це пов’язано з тим, що клієнти очікують від медичних послуг високого ступеня довіри та безпеки. Тому важливим аспектом є пошук зв’язків взаємодії з засобами масової інформації з метою оприлюднення інформації щодо послуг, які надає КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1».

Зворотній зв'язок: Опитування та анкетування дасть змогу: оцінити реальний рівень якості надання медичної допомоги в стаціонарі та поліклініці лікарні, виявити помилки та провести відповідну роботу, вдосконалити комунікаційну політику КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1». Враховуючи різні вікові категорії пропонуємо декілька видів опитувань:

– Он-лайн анкетування на сторінці в Фейсбук;

– QR - анкетування (листівки або плакати з QR-кодом в фірмовому стилі, розміщені в кожному відділенні закладу);

– «Скринька зауважень та пропозицій» в відділеннях закладу;

– Пропозиція анкетування під час виписки з лікарні.

Обрані канали комунікації: соціальні мережі Facebook, Instagram, Telegram, YouTube.

3.3. Удосконалення механізмів управління кадровим потенціалом медичного закладу

Ефективний механізм формування та розвитку професійної компетентності медичних працівників забезпечує досягнення головної мети функціонування медичної організації – зростання конкурентоспроможності на основі підвищення якості надання медичних послуг. В результаті виникає необхідність вбудовування стратегії управління кадровим потенціалом КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в загальну стратегію його розвитку, а значить, необхідність сполучення напрямків кар'єрного зростання окремих співробітників з цілями розвитку організації.

При цьому виникає задача розробки таких інструментів, які б забезпечували управління розвитком кадровими ресурсами як єдиної системи в рамках загальної мети зростання конкурентоспроможності організації. Сполучення індивідуальних планів навчання зі стратегією його кар'єрного зростання та стратегією розвитку кадрового потенціалу організації має здійснюватися в рамках цільового блоку механізму формування та розвитку професійних компетенцій працівника. З цією метою вважаємо за доцільне впровадження в практику управління формуванням та розвитком кадрового потенціалу потенціалом КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в якості базового інструменту планування і контролю таких інструментів:

- стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу організації;
- дорожньої карти професійного розвитку працівника.

Стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу організації являє собою інструмент ефективного управління кадровим потенціалом на основі планування його кількісних та якісних параметрів у прив'язці як до стратегії розвитку медичного закладу, так до цілей модернізації сфери охорони здоров'я в цілому. Вона формується з орієнтацією на реалізацію потенційних конкурентних переваг медичної організації, а також лімітують фактори реалізації даних переваг, які визначаються недостатнім рівнем розвитку кадрового потенціалу.

Слід вказати, що процес управління кадровим потенціалом може розглядатися як усвідомлене цілеспрямоване здійснення динамічних змін в даному потенціалі, при якому трудові ресурси організації, володіючи деякими вихідними характеристиками і певною цілісністю, мають властивість трансформуватися під впливом різних факторів. Стратегічна карта дозволяє чіткіше позначити поставлені цілі розвитку кадрового потенціалу медичної установи та відповідно визначити найбільш ефективні методи і засоби їх досягнення. Схематично стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» представлена на рис. 3.7.



Рис. 3.7. **Схема стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»**

Розглянемо докладніше процедуру формування стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу та наведемо модельне подання такої карти стосовно медичній установі. Процес розробки повинен починатися з аналізу стратегічного плану розвитку медичного закладу та формування дерева цілей. Аналіз слід проводити на основі поєднання уявлень про потреби в підвищенні якості надання медичних послуг даної організації і про сучасні тенденції в сфері медицини. Одночасно слід визначити вимоги до персоналу (кваліфікація, наявність певних компетенцій, наукові досягнення та інші.), які повинні бути забезпечені для досягнення поставлених цілей розвитку. Важливо підкреслити, що основними факторами, що визначають потребу в медичних кадрах певної спеціальності, є демографічні, а також збільшення поширеності хронічних захворювань, в тому числі, під впливом екологічних факторів. Крім того, потреби населення в певних

видах медичних послуг можуть визначатися та іншими факторами, пов'язаними з новими принципами надання послуги, зростаючими вимогами населення до якості медичного обслуговування.

Потім слід проаналізувати стан кадрового потенціалу організації на поточний момент часу та зіставити наявні характеристики трудових ресурсів з необхідними. На підставі такого зіставлення формується перелік змін, які необхідно реалізувати для досягнення бажаного стану кадрового потенціалу, а також оцінити попередні фінансові витрати на реалізацію необхідних заходів. Це робиться для того, щоб або виключити ті заходи, які не є досяжними з фінансової точки зору, або намітити заходи щодо залучення додаткових джерел фінансування, або скорегувати стратегію розвитку медичної організації. Одночасно слід визначити тимчасові горизонти реалізації можливих змін, щоб мати можливість вибудувати тимчасові контури стратегічних заходів. Для документального оформлення даного етапу рекомендується використовувати форму, наведену в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Аналіз відповідності кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» стратегічним орієнтирам розвитку компанії

Стратегічний період реалізації	Стратегічні напрями розвитку	Вимоги до якості трудових ресурсів (перелік кількісних та якісних показників)	Характеристика поточного стану трудових ресурсів (перелік кількісних та якісних показників)	Відхилення в стані трудових ресурсів	Заходи по доведенню стану трудових ресурсів до бажаного	Фінансові витрати на реалізацію заходи
Короткостроковий (1-2 роки)						
Середньостроковий (від 3 до 5 років)						
Довгостроковий (Більше 5 років)						

Наступним етапом формування стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу медичної установи є розробка плану заходів (дерево рішень), які дозволяють задовольнити потребу в необхідному персоналі як шляхом найму на роботу нових співробітників, так і на основі підвищення кваліфікації, перепідготовки існуючих. Горизонт планування має охоплювати як найближчу перспективу (1-2 роки), так і стратегічну (більше 5 років). На найближчий та середньостроковий період, даний план заходів може бути підготовлено з конкретними медичними працівниками.

Для довгострокової перспективи це може бути важко. В такому випадку, визначаються загальні напрямки реалізації програм підготовки, перенавчання в прив'язці не до конкретних працівників, а до посад або структурних підрозділів. Дані напрямки конкретизуються за формами: перенавчання, стажування, цільової підготовки фахівців тощо.

Після того, як визначені основні напрямки розвитку кадрового потенціалу, слід здійснити вибір освітніх програм та організацій, що забезпечують їх реалізацію. В рамках функціонування науково-освітнього кластера (КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» та Вінницький національний медичний університет ім. Пирогова) дана задача значно полегшується. За сукупністю планів розвитку кадрового потенціалу можлива розробка спеціалізованих програм додаткової освіти, організація проведення тематичних конференцій та інших найбільш затребуваних сферою охорони здоров'я регіону заходів. При цьому реалізація таких заходів буде проводитися на системній основі. Результати реалізації зазначених етапів зводяться в форму, подану у вигляді таблиці 3.5, що представляє собою стратегічну карту розвитку кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1».

Деталізований опис стратегічної карти доцільно складати на термін 1-2 роки, оскільки на більш тривалий період часу він так чи інакше буде істотно змінюватися за виконавцями, за змістом реалізованих освітніх програм. Тому для довгострокового періоду досить буде вказати основні напрямки розвитку кадрового потенціалу організації.

Таблиця 3.5

Стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

Заходи	Виконавці		Період реалізації	Очікуваний результат	Відповідальний за виконання
	Співробітники	Організації - партнери			
20__р.					
1					
…					
n					
20__р.					
1					
…					
n					
20__р.					
1					
…					
n					
Цільові показники					
Показник	1 рік	2 рік	3 рік	…	n- рік
1					
2					
3					

Стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу медичної установи дозволяє наочно, в логічній послідовності уявити зміст його кадрової політики, а також сформувати конкретний дерево цілей і дерево рішень щодо реалізації даної політики. Тим самим, підвищується прозорість здійснюваних в рамках кадрової політики управлінських рішень для працівників усіх рівнів управління, що в значній мірі підвищує ефективність її реалізації. Етапність вирішення завдань формування стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» представлена у вигляді схеми на рис. 3.8.

Дорожні карти професійного розвитку працівника формуються з урахуванням стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу медичного закладу. Дорожня карта професійного розвитку працівника являє собою специфічний інструмент управління трудовим потенціалом організації, що забезпечує завдання такого напрямку вектора професійного розвитку працівника, яке забезпечує узгодженість особистих потреб, пов'язаних з кар'єрними аспектами працівника і його професійним розвитком, зі стратегічними орієнтирами розвитку медичного закладу.

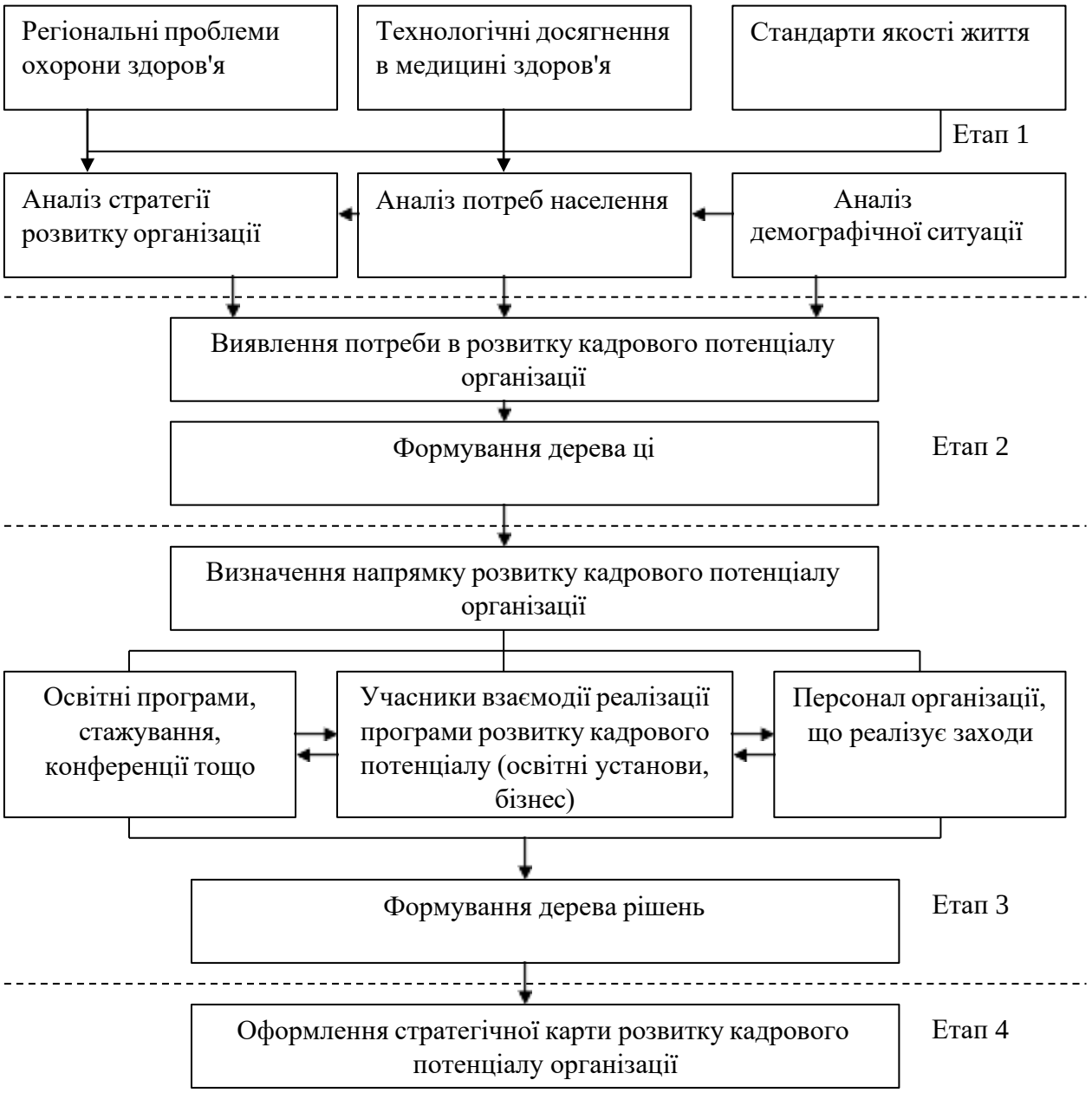


Рис. 3.8. **Етапи формування стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»**

У них відображаються:

– основні цілі в сфері професійного розвитку працівника у вигляді загального опису основних функціональних областей, де необхідно розширення рівня професійної конкурентоспроможності;

– очікуваний результат, для чого розробляється дорожня карта, що включає опис конкретних знань, умінь та ключових компетенцій працівника в даній функціональній області;

– технології, методи, засоби розвитку необхідних складових професійної

компетентності працівника.

Беручи до уваги, що в рамках систем неперервної професійної освіти акредитація дається працівнику на 5 років, протягом яких він повинен реалізувати індивідуальний план навчання, передбачається, що дорожня карта також має розроблятися на у років. Важливою умовою цілеспрямованого формування певної якості трудових ресурсів медичної установи в рамках управління його кадровим потенціалом є узгодженість ділової кар'єри працівника зі стратегією та планами розвитку організації.

Для забезпечення узгодженості дорожньої карти професійного розвитку працівника зі стратегічної картою розвитку кадрового потенціалу організації в ній необхідно «закласти» такі показники, які дозволяють надати траєкторії професійного зростання формальні рамки з метою забезпечення планування та контролю процесу нарощування якості робочої сили медичного закладу.

Зокрема, мова йде про наступні показники: довжина маршруту – кількість професійних позицій (посад) на шляху від початку руху до розглянутої найвищої (кінцевої) точки руху; тривалість кожного етапу – період часу, необхідний для отримання необхідних професійних компетенцій або досягнення певного рівня професійної конкурентоспроможності. Безумовно, дана карта не є жорстко заданим «маршрутом» професійного руху працівника і може бути скоригована як з урахуванням зміни особистих мотивів працівника, так і відповідно до змін цільових установок розвитку медичного закладу.

Безумовно, змістовне наповнення дорожніх карт професійного розвитку визначається працівником самостійно, а необхідність її сполучення зі стратегічним планом розвитку кадрового потенціалу організації носить рекомендаційний характер. Цілком можливо, що медичний працівник планує розвиток своєї кар'єри відповідно до особистих уявлень, які можуть не завжди відповідати планам вищого керівництва. Тому після заповнення працівниками своїх дорожніх карт слід проаналізувати, якою мірою вони взаємопов'язані зі стратегічної картою розвитку кадрового потенціалу організації. Слід зазначити, що така орієнтація системи управління розвитком кадрового потенціалу

медичної організації дозволить не тільки забезпечити формування заданих якісних характеристик трудових ресурсів, а й забезпечить формування кадрового резерву, КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в цілому.

Структурний взаємозв'язок процесів формування та розвитку професійних компетенцій працівника в рамках загальної стратегії розвитку КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1», а також відповідно до цілей модернізації сфери охорони здоров'я наведено на рис. 3.9.

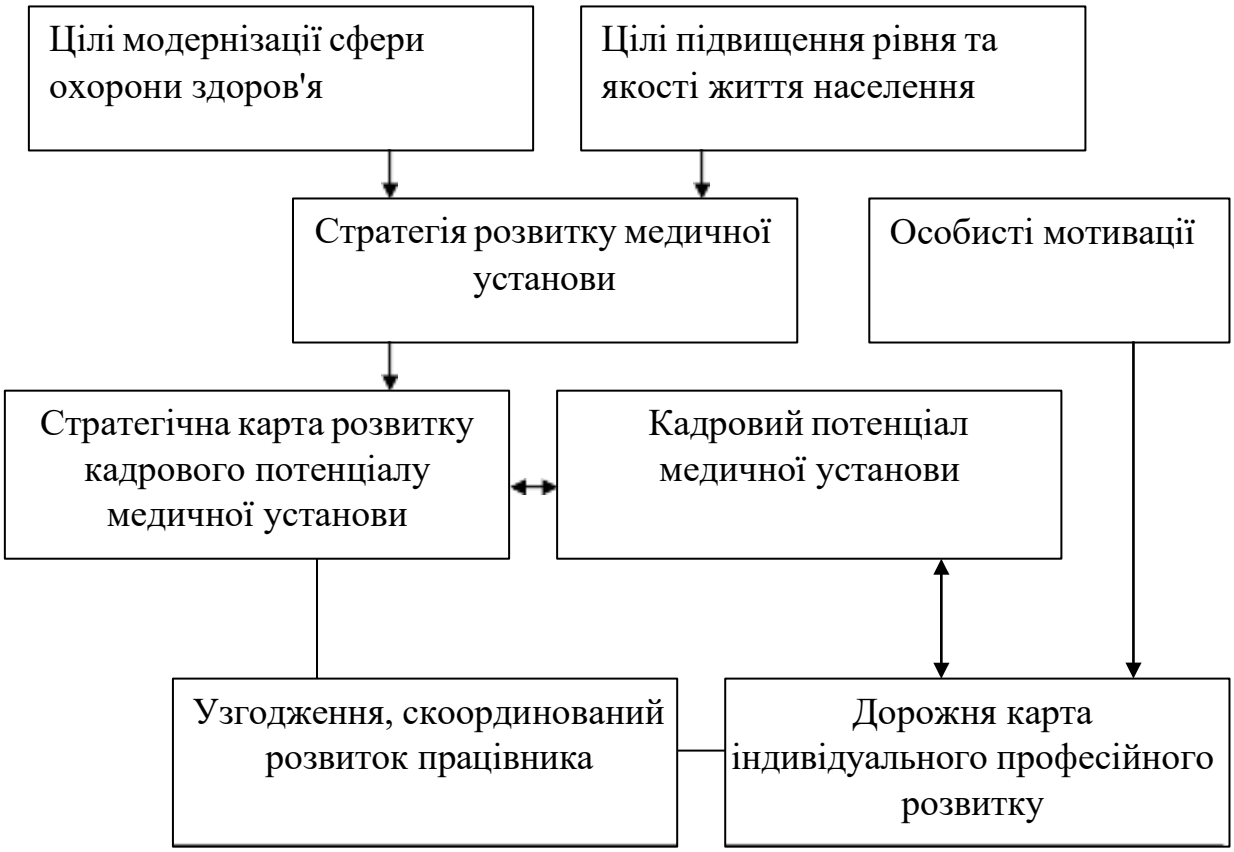


Рис. 3.9. **Структурний взаємозв'язок процесів формування та розвитку кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»**

Слід зауважити, що аналіз виконання напрямків та заходів стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу повинен проводитися щорічно. За результатами даного аналізу вона може коригуватися з урахуванням невиконання тих чи інших її параметрів, а також в результаті необхідності врахування зовнішніх факторів, постановки нових цілей розвитку. Крім того, в стратегічну карту розвитку кадрового потенціалу можуть бути внесені зміни за результатами

аналізу дорожніх карт професійного розвитку працівників: змінено склад кадрового резерву, скорочені або продовжені терміни виконання окремих етапів тощо. Коректуватися може не тільки стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу медичної установи, але і дорожні карти професійного розвитку працівників.

Причиною зміни змісту та напрямків професійного розвитку медичних працівників може бути зміна стратегічних орієнтирів розвитку медичної організації, зміна складу учасників науково-освітнього кластера (наприклад, можуть виникнути нові можливості зростання професійного рівня при входженні до складу кластера нового учасника), а також зміна особистих цілей співробітника. Узагальнюючи вищевикладене, представимо в систематизованому вигляді інструментарій управління формуванням та розвитком професійних компетенцій медичних працівників (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Інструменти управління формуванням та розвитком професійних компетенцій медичних працівників

Структурний блок управління	Інструментарій	Завдання, що вирішуються
Цільовий блок	Стратегічна карта розвитку кадрового потенціалу організації	Планування кількісних і якісних параметрів розвитку кадрового потенціалу в прив'язці до стратегії розвитку медичного установи
	Дорожня карта професійного розвитку працівника	Завдання траєкторії розвитку ділової кар'єри працівника, що забезпечує узгодження особистих потреб зі стратегічними орієнтирами організації
Суб'єктно-об'єктний блок	Цільова підготовка фахівців	Задоволення потреби в кадрах відповідно до стратегічних орієнтирів розвитку організації.
Процесно-функціональний блок	Бланк опитування експертів при проведенні процедури оцінки професійної компетентності працівника	Проведення процедури оцінки професійної компетентності працівника
	Бланк оцінки відповідності кадрового потенціалу медичної установи стратегічним орієнтирам розвитку	Виявлення «вузьких» місць підвищення конкурентоспроможності організації, пов'язаних з недостатнім рівнем розвитку кадрового потенціалу
	Процедури розробки стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу організації	Забезпечення узгодження кар'єрних інтересів працівника та стратегії розвитку організації

Результативно-діагностичний блок	Матриця оцінки рівня професійної компетентності працівника	Визначення орієнтованості рівня знань, умінь і навичок працівника на ринкову затребуваність
	Трикомпонентний показник профілю професійної компетентності працівника	Визначення відповідності рівня компетентності працівника встановленим критеріям
	Пелюсткова модель профілю професійної компетентності	Визначення відповідності рівня компетентності працівника встановленим критеріям

Таким чином, розроблений інструментарій дозволяє реалізувати комплексне управління формуванням та розвитком кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в цілому як основного компонента його модернізаційного потенціалу в найбільш повній відповідності з цілями стратегічного розвитку організації та системи охорони здоров'я в цілому.

Представлений підхід до управління розвитком кадрового потенціалу КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» передбачає певні зміни у всій системі управління його діяльністю.

Ефективний механізм формування і розвитку професійних компетенцій медичних працівників передбачає здійснення цілої сукупності організаційно-адміністративних, соціально-психологічних, економічних і інших взаємодій освітніх і професійних організацій, закріплених певними інституційними правилами, а також підтримуваних інформаційно-комунікаційними технологіями.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

В роботі узагальнено теоретико-методологічні основи та обґрунтовано рекомендації щодо удосконалення системи управління закладом у сфері охорони здоров’я. Підсумовано висновки та надано рекомендації:

1. Управління ЗСОЗ – це менеджмент, об'єктом якого є складна, відкрита динамічна система. Основні функції управління пов'язують з трьома рівнями управління в охороні здоров'я. Стратегічний рівень – основні функції управління: прогноз, планування. Тактичний рівень – проектування, організація. Оперативний рівень – регулювання, облік, контроль, аналіз.

У медичному закладі рівні систем управління відповідають наступні посадові особи: 1) стратегічний рівень – головний лікар; 2) тактичний рівень – заступники головного лікаря по медичній частині; 3) оперативний рівень – керівники підрозділів, які не мають в підпорядкуванні інших керівників. Оперативний рівень має два підрівні: завідувачі структурними підрозділами, а також основні та старші медичні сестри.

2. У процесі управління медичним закладом використовується безліч різноманітних способів, підходів та прийомів. В сукупності вони виступають як методи управління, під якими розуміються способи здійснення управлінської діяльності, застосовувані для постановки і досягнення її цілей. Методи управління являють собою способи, а також сукупність прийомів впливу на колективи людей або окремих медичних працівників у процесі їх трудової діяльності. Розрізняють такі методи управління у сфері охороною здоров'я: організаційно-розпорядчі (або адміністративні); економічні; соціально-психологічні; колективні (або суспільні).

3. Основною метою діяльності КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством. Реалізуючи місію, підприємство спирається на такі цінності, як суспільство, клієнти, партнери, персонал, розвиток.

4. Результати SWOT-аналізу свідчать, що основними завданнями на тактичного характеру повинні стати: налагодження дієвої співпраці з першим рівнем надання медичної допомоги; впровадження регулярних маркетингових досліджень; вирішення питання наближення транспортного забезпечення громадським транспортом; впровадження нових технологій надання медичної допомоги; закупівля сучасного обладнання; введення нових робочих місць; вихід на нові ринки; впровадження не задекларованих раніше медичних послуг; скорочення витрат за рахунок автоматизації бізнес-процесів; розробка клінічних маршрутів пацієнта; виконання рейтингових показників та показників роботи стаціонару, контроль за якістю надання медичної допомоги населенню; контроль за дотриманням запланованих показників забезпечення виробами медичного призначення та лікарськими засобами, харчуванням.

5. Від всієї господарської діяльності КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» в 2020 році підприємство отримало прибуток на суму 4211 тис. грн., якщо порівняти цей результат з результатом 2019 року, то можна судити про поліпшення фінансового стану підприємства. Капітал за другий квартал 2020 року порівняно з 2019 роком збільшився на 2488,8 тис. грн. за рахунок цільового фінансування та придбання основних засобів. Підприємство має змогу розраховуватися за взятими поточними зобов’язаннями а також вільні кошти щодо розвитку.

6. КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» можна віднести до нормально фінансово стійкого підприємства. Позитивним явищем є збільшення вартості запасів та відсутність короткострокових кредитів у банках. Підприємство за рахунок власних коштів спроможне забезпечити запаси й витрати, не допустити невиправданої кредиторської заборгованості, своєчасно розрахуватися за своїми зобов'язаннями. Відбувається зниження всіх показників оборотності фінансових ресурсів і свідчить про те, що підприємству необхідно менше ресурсів для фінансування своїх оборотних активів.

7. Досягнення високих фінансових результатів можливе при удосконаленні формування активів підприємства, підтриманні у достатньому

обсязі власного оборотного капіталу, забезпеченні безперервної роботи підприємства, своєчасний та оптимальний перерозподіл фінансових ресурсів, які є в його розпорядженні, а також спрямування коштів на економічний розвиток закладу. Відповідно до цього можна визначити достатньо високий ступінь незалежності підприємства, високу гарантованість зобов'язань підприємства.

8. КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» повністю не укомплектовано кадрами (коефіцієнт укомплектованості склав 0,88). Через специфіку діяльності, реформи в сфері охорони здоров'я, вплив Ковід-19 відбуваються зміни у кількості та в структурі персоналу. Так, спостерігається зменшення кількості персоналу, зокрема лікарський персонал, який виступає «ядром» будь-якого медичного закладу зменшився на 14 осіб до 86, зростання частки співробітників з вищою та І категоріями, кількість молодих працівників у віці 18-30 років залишається досить малою працює лише 34 (8,3%) особи. Позитивним моментом є активне підвищення кваліфікації та перехід до наступної категорії, більш високої категорії, значної кількості медичного персоналу. 43,7% медичного персоналу має вищу категорію на сьогоднішній день, 31,1% – І категорію.

9. Колектив організації «освіжається», відбувається приплив нових людей, а, отже, нових ідей. Причиною високого коефіцієнту звільнення є жорсткі кваліфікаційні вимоги до рівня освіти і стажу роботи за спеціальністю, що пред'являються до персоналу, реформа в сфері охорони здоров'я та загрози, які несе Ковід-19 Підвищення матеріальної заінтересованості працюючих сприяє зростанню трудової активності, кращому використанню робочого часу, зміцненню трудової дисципліни і підвищенню продуктивності праці.

10. З метою удосконалення управління медичним закладом в умовах фінансової децентралізації запропоновано використовувати програмний метод. Його застосування в діяльності КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1» передбачає формування та реалізацію таких програм: організаційно-управлінських змін, фінансово-економічної діяльності, управління якістю надання медичної допомоги, інші програми діяльності закладу. Запропоновано

комплекс заходів в рамках даних програм.

11. В рамках удосконалення маркетингової діяльності запропоновано всебічно розкрити інформацію щодо медичного закладу та його послуг в Інтернет мережі. Обрані канали комунікації: соціальні мережі Facebook, Instagram, Telegram, YouTube. Зворотній зв'язок пропонується здійснювати методом анкетування.

12. Удосконалення управління формуванням та розвитком кадрового потенціалу включає застосування інструментів, які дозволяють забезпечувати сполучення індивідуальних планів навчання та професійного розвитку медичного працівника зі стратегією розвитку медичної організації. Обґрунтовано доцільність впровадження в практику управління формуванням кадрового потенціалу працівників охорони здоров'я дорожньої карти професійного розвитку працівника та стратегічної карти розвитку кадрового потенціалу медичної установи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Менеджмент організацій: медичний та фармацевтичний менеджмент: навч. посіб. К.: ВД «Персонал». 2019. 336 с.

2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018.640 с.

3. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.- метод.посібник.- К.: МАУП, 2017. 328 с.

4. База даних ВООЗ "Здоров'я для всіх" http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db.

5. Бакуменко В.Д. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: Моногр. – К.: Вид-во УАДУ, 2012. – 245 с.

6. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Економіка та управління національним господарством. 2019. № 1(69). 73-79

7. Брич В.Я., Корман М.М. Психологія управління: навч. посібник. Київ: Кондор, 2023. 384 с.

8. Василенко В.А. Теорія і практика розробки управлінських рішень: навч. посібник. Київ: ЦУЛ, 2023. 420 с

9. Вороненко Ю.В., Пащенко В.М. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. К.: Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2011. 499 с.

10. Ганківський О, Воробйова А, Сальникова А, Ругані С. Важливість консультацій громади для отримання доказів для реформи охорони здоров'я в Україні. Int J Управління політикою охорони здоров'я. 2017; 6 (3): 135–145. doi: 10.15171 / ijhpm.2016.104.

11. Дайджест змін в охороні здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/14312-moz_digest_17_2019_1.pdf.

12. 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, 2023. Ч. 1. 396 с.

13. Державна служба статистики України. Витрати на охорону здоров'я. Отримано з: http://www.ukrstat.gov.ua
14. 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.
15. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров’я в нових умовах господарювання. URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/8/5_10_uk/33.pdf.
16. Дороніна М. С., Доронін А. В. Культура ділового спілкування і партнерства: навчальний посібник. Харків: Вид. ХНЕУ, 2008. 204 с.
17. Журавель В.І., Дейкун Н.П. Практика менеджменту в здоровоохороні і його методичний інструментарій. Чернігів: Деснянська правда. 2016. 120с.
18. Законопроект України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" // http://www.rada.gov.ua – 12.03.2017.
19. Інновації : понятійно-термінологічний апарат, економічна сутність та шляхи стимулювання : навч. посіб. – К. : Центр навч. літ., 2005. – 118 с.
20. Карамишев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я / Д. В. Карамишев //Університетські наукові записки (Часопис Хмельницького університету управління та права). 2006. № 1 (17). С. 279-284.
21. Книш С.В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров’я в Україні: автореф. дис. … докт. юрид. наук: 12.00.07. Тернопіль, 2019. 36 с.
22. Концепція нової системи охорони здоров’я / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : //http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20220527_0_dod.pdf.
23. Короленко В. В. ., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров’я України в контексті європейської інтеграції монографія. К., 2018. 96 с.
24. Лехан В., Рудій В., Шевченко М., Ніцан К.Д., Річардсон Е. Україна: огляд системи охорони здоров’я. Системи охорони здоров’я на перехідному етапі. 2022; 17 (2): 1–154.
25. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров’я в Україні: теорія і практика. Київ, 2018. 43 с.

26. Мартинюк О.А., Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. 2016. Вип. 6. С. 75-79.
27. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здоровоохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. URL: http://www.dy. nayka.com.ua/?op=1&z=1336.
28. МОЗ України. Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні на 2022-2024 роки. Отримано з: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2022/03/Strategiya_Engl_for_inet.pdf.
29. Олефір А.О. Правовий механізм державних закупівель: стимулювання інноваційності виробництва медичної продукції: К.: Юстін, 2022. 448 с.
30. Про затвердження державних нормативних потреб у стаціонарній медичній допомозі у розрахунку на 10 тис. населення: Постанова Кабінету Міністрів України №640 від 28.06.17р. // http://www.rada.gov.ua.
31. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку: / [Кол. авт.; Упорядник – проф. Я. Ф. Радиш, Передмова – проф. Т. Д. Бахтеєва; загальна редакція – проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К.: Вид-во НАДУ, 2023. 424 с.
32. Радиш Я.Ф. Основи менеджменту. Київ. 2017. 288 с. 16.Хміль Ф.І. Менеджмент: підручник. К.: Вища школа. 2022. 351 с.
33. Робертс Б, Караніколос М, Рехель Б. Тенденції здоров'я. У: Rechel B, Richardson E, McKee M, редактори. Тенденції в системах охорони здоров'я в колишніх радянських країнах. Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2022. С. 9-28.
34. 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.
35. Романюк П, Качмарек К, Сиркевич-Світала М, Голецький Т, Шромек А.Р. Системи охорони здоров'я та їх оцінка: методологічна пропозиція щодо синтетичного показника результатів. Фронт громадського здоров'я. 2021; 6: 126.

doi: 10.3389 / fpubh.2021.00126.

36. Руснак Л.М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров’я в Україні: авто- реф. дис. .... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2016. 22 с.

37. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров’я. Управління розвитком. 2016. № 3. С. 78-83.

38. Степурко Т, Семигіна Т. Індекс здоров'я. Україна - 2021. Результати національного опитування домогосподарств. Київ 2021. http://health-index.com.ua/zvit-index-2017-eng.pdf.

39. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров’я. Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. 2019. № 3. С. 160-166.

40. Стівен М. Шортел, Арнольд Д. Калюжний. Менеджмент в охороні здоров‘я. К.: Основи. 2022. 269 с.

41. Третьяк О. П. Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. Бізнес-інформ. 2022. № 11. С. 331-336

42. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров’я: Кол.моногр. За ред.. О.В.Баєвої, І.М.Солоненка. К. МАУП, 2007. 376 с.

43. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров’я на регіональному рівні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2022. 20 с.

44. Юринець З.В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров’я України. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. С. 116-121.

45. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2018. № 2. С. 116- 120.

46. Luck J, Peabody JW, DeMaria LM, Alvarado CS, Menon R. Перспективи пацієнтів та постачальників щодо якості та ефективності системи охорони здоров’я в перехідній економіці: дані з України. Soc Sci Med. 2022; 114: 57– 65. doi: 10.1016 / j.socscimed.2022.05.034.

ДОДАТКИ

Додаток А

КОЛЕКТИВНИЙ ДОГОВІР
Комунального некомерційного підприємства «Вінницька міська клінічна лікарня №1»
на 2023-2024 роки

Цей Колективний договір укладено відповідно до положень Конституції України, Кодексу законів про працю України, Законів України «Про колективні договори і угоди», «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності», «Про соціальний діалог в Україні», «Про відпустки», «Про охорону праці», «Про оплату праці», законодавства України про охорону здоров'я, інших нормативно-правових актів України, положень Генеральної, Галузевої та територіальної угод з метою регулювання виробничих, трудових і соціально-економічних відносин і узгодження інтересів найманих працівників та зазначеної нижче сторони Роботодавця, і включає зобов`язання сторін, які спрямовані на створення умов для підвищення ефективності роботи комунального некомерційного підприємства – закладу охорони здоров'я, реалізації професійних, трудових і соціально-економічних прав та гарантій працівників, встановлення для них додаткових, порівняно із законодавством, пільг та компенсацій.

РОЗДІЛ 1
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Колективний договір укладено між комунальним некомерційним підприємством «Міська лікарня №4» (далі – Заклад) в особі керівника (головного лікаря) Дергуновій Л.Ю., яка діє на підставі Статуту Закладу (далі – Роботодавець) з однієї сторони та профспілковим комітетом Первинної профспілкової організації КНП ММР «Міська лікарня №4» Профспілки працівників охорони здоров’я України в особі голови ПК Петриченко С.Р., яка діє на підставі Статуту Профспілки (далі-Профком) з другої сторони; разом – Сторони.

1.1.1. Сторони визнають повноваження одна одної і зобов'язуються дотримуватися засад соціального партнерства: паритетності представництва, рівноправності сторін, взаємної відповідальності, конструктивності та аргументованості при проведенні переговорів щодо укладання колективного договору, внесення змін і доповнень до нього, а також при вирішенні всіх питань виробничих і трудових відносин.

1.1.2. При укладанні колективного договору Сторони виходять з того, що його положення не можуть погіршувати становище працівників порівняно з чинним законодавством України. Визначені законодавством норми і гарантії є базовими мінімальними гарантіями, на підставі яких у Колективному договорі встановлюються додаткові трудові та соціально-економічні гарантії та пільги з урахуванням реальних можливостей виробничого, матеріального та фінансового забезпечення Закладу.

Умови трудових договорів найманих працівників не можуть суперечити положенням Колективного договору, а у разі існування (виявлення) такої суперечності, відповідні умови автоматично визнаються недійсними.

1.1.3. Невід’ємною частиною даного Колективного договору є Додатки до нього № 1-16.

1.2. Сфера дії Колективного договору:

1.2.1. Колективний договір є локальним нормативним актом соціального партнерства, який призначений для регулювання колективних трудових відносин, а також соціально-економічних питань, які підлягають визначенню за погодженням Сторін відповідно до положень чинного законодавства.

1.2.2. Дія Колективного договору поширюється на всіх працівників, які перебувають в трудових відносинах із Закладом, незалежно від того, чи є він членом профспілки.

1.2.3. Керівник закладу визнає ПК єдиним повноважним представником всіх працівників Закладу в колективних переговорах.

1.2.4. Колективний договір визначає узгоджені позиції і дії Сторін, спрямовані на

співпрацю, створення умов для підвищення ефективності роботи Закладу, реалізацію на цій основі професійних, трудових і соціально-економічних прав та гарантій працюючих.

1.3. Дія Колективного договору:

1.3.1. Колективний договір набуває чинності з моменту підписання уповноваженими представниками сторін і діє терміном 3 *(три)* роки.

1.3.2. У разі не переукладання Колективного договору у строк визначений п. 1.3.1, цей Колективний договір продовжує діяти до укладання нового.

1.3.3. У разі реорганізації Закладу Колективний договір діє до моменту укладення нового колективного договору і є обов'язковим до виконання правонаступником до моменту укладення нового Колективного договору. Зміна керівництва, складу, структури, найменування Сторін не тягне за собою зупинення дії або втрату чинності цього Договору.

1.3.4. Жодна зі сторін, що уклали цей колективний договір, не може протягом усього терміну його дії в односторонньому порядку приймати рішення, що змінюють норми, положення, зобов'язання за цим Колективним договором або припиняють їх виконання.

1.3.5. У десятиденний строк після підписання Колективного договору Сторони забезпечують ознайомлення з його змістом працівників Закладу.

Новоприйняті працівники ознайомлюються з Колективним договором під час прийняття на

роботу.

1.3.6. Роботодавець і Профком (не рідше одного разу на рік) звітують про виконання положень

Колективного договору на загальних зборах трудового колективу.

1.3.7. Зміни та доповнення до колективного договору вносяться у зв'язку зі змінами положень чинного законодавства України, Генеральної, Галузевої, територіальної угод та за ініціативою однієї зі Сторін після проведення переговорів (консультацій) та досягнення згоди. Відповідні зміни і доповнення набувають чинності після схвалення загальними зборами трудового колективу і підписання їх Сторонами. Зміни та доповнення до колективного договору мають бути зареєстровані у встановленому порядку.

1.3.8. У разі необхідності внесення змін і доповнень до Колективного договору Сторони розглядають відповідні пропозиції спільно і приймають рішення у 10-денний термін від дня їх отримання.

1.3.9. Сторони розпочинають переговори з укладання Колективного договору на новий строк не пізніше ніж за 3 місяці до закінчення терміну на який його було укладено.

1.3.10. Сторони зобов'язуються взаємно і своєчасно надавати інформацію, необхідну для ведення колективних переговорів і здійснення контролю за виконанням Колективного договору.

РОЗДІЛ 2
ТРУДОВІ ВІДНОСИНИ

2.1. Роботодавець зобов'язується:

2.1.1. Забезпечити ефективну діяльність Закладу за рахунок бюджетних та інших незаборонених законодавством коштів.

2.1.2. Уникати будь-яких проявів дискримінації у сфері праці, зокрема порушення принципу рівності прав і можливостей, прямого або непрямого обмеження прав працівників залежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації, етнічного, соціального та іноземного походження, віку, стану здоров'я, інвалідності, підозри чи наявності захворювання на ВІЛ/СНІД, сімейного та майнового стану, сімейних обов'язків, місця проживання, членства у професійній спілці чи іншому об'єднанні громадян, участі у страйку, звернення або наміру звернення до суду чи інших органів за захистом своїх прав або надання підтримки іншим працівникам у захисті їх прав, за мовними або іншими ознаками, не пов'язаними з характером роботи або умовами її виконання.

2.1.3. Забезпечити розробку та погодження з Профкомом посадових інструкцій

(функціональних обов’язків) для всіх працівників закладу, положень про структурні підрозділи та своєчасне ознайомлення з ними працівників.

2.1.4. Не застосовувати контрактну форму трудового договору, крім випадків, прямо передбачених законами України.

2.1.5. До початку роботи працівника за укладеним трудовим договором роз’яснити йому під підпис права, обов’язки, поінформувати про умови праці, наявність на робочому місці, де він буде працювати, небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, та можливі наслідки їх впливу на здоров'я, його права на пільги і компенсації за роботу в таких умовах відповідно до чинного законодавства та цього Колективного договору.

2.1.6. Створити для працівників належні умови праці, стаціонарним, портативними персональними комп’ютерами та необхідним для роботи програмним забезпеченням, доступом до мережі Інтернет, професійною літературою та періодичними медичними виданнями, зокрема, електронними.

2.1.7. Не вимагати від працівників виконання роботи, не обумовленої трудовим договором.

2.1.8. Здійснювати звільнення працівників – членів Профспілки за ініціативою Роботодавця виключно за наявності згоди Профкому в порядку і випадках визначених чинним законодавством.

2.1.9. Повідомляти працівників про нові нормативно-правові акти та документи, якими регулюються трудові відносини, організація і умови праці, роз’яснювати їх зміст, права та обов’язки працівників.

2.1.10. Забезпечити періодичне (не рідше одного разу на п’ять років) підвищення кваліфікації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою.

2.1.11. Погоджувати з Профкомом Графік проходження курсів підвищення кваліфікації працівниками.

2.1.12. Включати представника Профкому до складу атестаційної комісії закладу.

2.1.13. Забезпечити підвищення кваліфікації працівників немедичного профілю безпосередньо у Закладі або в навчальних закладах, як правило, не рідше ніж один раз на п’ять років.

2.1.14. Визначати трудовий розпорядок у Закладі Правилами внутрішнього трудового розпорядку, затвердженими трудовим колективом за поданням Роботодавця і Профкому на основі Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку для працівників закладів, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 грудня 2000 р. № 204-о.

2.1.15. Приймати у випадках, встановлених законодавством чи умовами Колективного договору локальні акти з питань регулювання трудових та соціально-економічних відносин лише після попереднього погодження з Профкомом.

2.1.16. Сприяти створенню в трудовому колективі здорового морально-психологічного мікроклімату.

2.1.17. Запобігати виникненню індивідуальних та колективних трудових конфліктів, а у випадку їх виникнення, забезпечити їх вирішення згідно з чинним законодавством України.

2.1.18. Запроваджувати чи змінювати режим роботи для окремих підрозділів, категорій працівників за попереднім погодженням з Профкомом виключно з метою підвищення ефективності роботи Закладу, у зв’язку з необхідністю забезпечення безперервності надання медичної допомоги та діяльності Закладу, а для окремих працівників – за їх згодою.

2.1.19. Встановити для працівників Закладу п’ятиденний робочий тиждень з двома вихідними – суботою та неділею.

2.1.20. Залучати окремих працівників до роботи у вихідні дні, встановлені законодавством, лише у виняткових випадках за погодженням з Профкомом (крім працівників, які працюють за затвердженими у встановленому порядку графіками роботи). Компенсувати працівникам роботу у вихідні дні згідно із чинним законодавством.

2.1.21. Визначати режим роботи під час чергування, перелік працівників, які залучаються до чергування на підставі графіків роботи або наказів, погоджених з Профкомом.

При складанні графіків роботи враховувати інтереси працівників з сімейними обов’язками, працівників з інвалідністю, працівників, які поєднують роботу з навчанням.

У разі залучення працівників до чергування, зокрема у вихідні дні, завчасно узгоджувати з ними час початку та закінчення робочого часу, порядок і види компенсації.

2.1.22. Скорочувати на одну годину напередодні святкових і неробочих днів тривалість роботи працівників, яким встановлено 40-годинний робочий тиждень.

2.1.23. Установити такі норми робочого часу для працівників Закладу:

- 38,5 год. на тиждень – для медичних працівників, за винятком тих, хто працює у шкідливих умовах праці, а також медичних реєстраторів;
- 40 год. на тиждень – для інших працівників закладу (пункт 1.3. наказу МОЗ України № 319 від 25.05.2006);
- іншої тривалості – у випадках, встановлених чинним законодавством (Додаток 1).

2.1.24. Забезпечити тривалість перерви між змінами не менше подвійної тривалості роботи в попередній зміні (включаючи й час перерви на обід) та тривалість щотижневого безперервного відпочинку не менше ніж 42 години.

2.1.25. Забезпечити працівників службовими приміщеннями у структурних підрозділах, обладнаних для відпочинку, переодягання, зберігання особистих речей та прийому їжі.

2.1.26. Облаштувати місця для прийому їжі працівниками в робочий час на тих роботах, де за умовами її виконання неможливо встановити перерву для відпочинку та харчування (Додаток 2).

2.1.27. Залучати працівників до роботи в надурочний час, як виняток, лише з дозволу Профкому, не більше чотирьох годин протягом двох днів підряд і 120 годин на рік, з оплатою в подвійному розмірі годинної ставки.

2.1.28. Не допускати залучення вагітних жінок і тих, що мають дітей віком до трьох років, батьків, які виховують дітей без матері (в тому числі в разі тривалого перебування матері в лікувальному закладі), а також опікунів (піклувальників), одного з прийомних батьків, одного з батьків-вихователів до нічних, надурочних робіт у вихідні дні і направлення їх у відрядження – без їх згоди.

2.1.29. Не залучати до надурочних робіт та не направляти у відрядження жінок, які мають дітей віком від трьох до чотирнадцяти років, або дітей з інвалідністю, батьків, які виховують дітей без матері (в тому числі в разі тривалого перебування матері в лікувальному закладі), а також опікунів (піклувальників), одного з прийомних батьків, одного з батьків-вихователів – без їх згоди.

2.1.30. Здійснювати облік робочого часу відповідно до актів чинного законодавства, Правил внутрішнього трудового розпорядку та цього Колективного договору.

З метою оптимального регулювання та обліку робочого часу працівників зі змінним режимом роботи при якому неможливе дотримання нормальної тривалості щоденної або щотижневої тривалості робочого часу, встановлювати для даної категорії працівників за погодженням з Профкомом підсумований облік робочого часу за 1 місяць.

2.1.31. Для лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу, які працюють у відділеннях згідно графіків змінності, а також для працівників харчоблоку, яким неможливо встановити робочий день (тиждень) нормальної тривалості, встановлюється підсумований за місяць облік робочого часу.

2.1.32. Для посад ліфтерів встановлюється підсумований облік робочого часу за рік.

2.1.33. Затверджувати за погодженням Профкому Графік надання щорічних відпусток, виходячи з необхідності забезпечення безперервної роботи Закладу і створення сприятливих умов для відпочинку працівників не пізніше «15» грудня року (як правило, зазначається конкретна дата на початку або в кінці року). Конкретний період надання щорічних відпусток в межах, установлених графіком, узгоджувати з працівниками.

2.1.34. Надавати працівникам щорічну основну відпустку мінімальною тривалістю не менш як 24 календарних дні, особам з інвалідністю I-II груп – тривалістю 30 календарних днів, особам з інвалідністю III групи – 26 календарних днів, особам віком до 18 років – 31 календарний день за відпрацьований робочий рік, який відлічується з дня укладення трудового договору, а у випадках, передбачених законодавством – пропорційно відпрацьованому часу.

2.1.35. Вести облік відпусток, зберігати за працівниками право на невикористані щорічні

відпустки, не допускати випадків ненадання працівникам щорічних відпусток повної тривалості протягом двох років підряд, а також ненадання відпусток протягом робочого року працівникам, що мають право на щорічні додаткові відпустки за роботу з шкідливими і важкими умовами або відпустки за особливий характер роботи.

2.1.36. Замінювати за бажанням працівника частину щорічної відпустки грошовою компенсацією, за умови що тривалість наданих працівникові щорічних основної і додаткової відпусток склала не менше 24 календарних днів.

2.1.37. Встановити щорічні додаткові відпустки:

- за особливий характер праці окремим категоріям працівників за Списком виробництв, робіт, професій і посад працівників, робота яких пов'язана з підвищеним нервово-емоційним та інтелектуальним навантаженням або за роботу із шкідливими і важкими умовами підвищеного ризику для здоров'я (Додаток 3, 3-а);
- за ненормований робочий день – до 7 календарних днів для працівників, час роботи яких, з огляду на характер праці, не піддається точному обліку. У період дії Колективного договору питання встановлення ненормованого робочого часу з наданням додаткової відпустки за особливі умови праці для окремих працівників може визначатися також наказом Роботодавця погодженим з Профкомом (Додаток 4).

2.1.38. Надавати Додаткову оплачувану соціальну відпустку матері (батьку), що виховує дитину до 18 років (до досягнення повноліття) без батька (матері), тривалістю 10 календарних днів (при наявності документів), а за наявності 2-х і більше дітей – 17 календарних днів (без урахування святкових і неробочих днів, передбачених статтею 73 КЗпП України).

Додаткову оплачувану соціальну відпустку тривалістю 17 календарних днів (без урахування святкових і неробочих днів, передбачених статтею 73 КЗпП України) надавати працівникові за наявності документів (копії свідоцтва про народження дитини, або, відповідно, копії документів, що підтверджують встановлення опіки або опікування над дитиною) або відповідні обставини:

- жінці, що має двох і більше дітей з інвалідністю;
- жінці, що має двох і більше усиновлених дітей;
- жінці, що має одну дитину усиновлену, а другу – дитину з інвалідністю;
- матері, що має двох дітей у віці до 15 років і третю, усиновлену дитину, або дитину з інвалідністю, або дитину, що знаходиться під опікою, або дитину, відносно якої вона є опікуном;
- жінці, що має одну дитину з інвалідністю (чи усиновлену дитину), а другу - дитину, що знаходиться під опікою, або дитину, відносно якої вона є опікуном;
- батьку, що виховує двох дітей без матері (у т.ч. у разі тривалого перебування матері у лікувальному закладі (безперервно 4 місяці і більше,);
- батьку, що виховує дитину без матері або у разі тривалого перебування матері дітей в лікувальному закладі і який опікає іншу дитину;
- жінці або чоловікові, що опікає двох дітей;
- одному з прийомних батьків двох дітей;
- матері двох осіб з інвалідністю з дитинства підгрупи А І групи.

Дитиною вважається особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно з законом вона не набуває прав повнолітньої раніше (для цілей даного пункту).

З метою надання додаткової відпустки працівникам, які мають дітей розповсюдити право на дану відпустку на жінку, яка не перебуває у шлюбі і у свідоцтві про народження дитини якої відсутній запис про батька дитини або запис про батька зроблено у встановленому порядку за вказівкою матері, вдову, жінку, яка виховує дитину без батька (в тому числі і розлучену жінку, яка виховує дитину без батька).

Для підтвердження права на зазначену відпустку Роботодавцю має бути пред'явлений будь-який офіційно складений, оформлений та засвідчений в установленому порядку документ, у якому з достатньою достовірністю засвідчена відсутність участі другого з батьків у вихованні дитини, зокрема але не виключно: рішення суду про позбавлення батьківських прав; ухвала суду про розшук відповідача – в справах за позовами про стягнення аліментів; акт,

складений комісією, створеною Профкомом або акт комісії представників органу місцевого самоврядування, в якому зі слів сусідів (за наявності їх підписів у акті) підтверджується факт відсутності участі батька (матері) у вихованні дитини.

До одиноких матерів (батьків) прирівнюються також вдови (вдівці), які мають дітей. У такому разі до заяви про надання додаткової соціальної відпустки, поданої вперше, додається копія свідоцтва про смерть чоловіка (дружини).

2.1.39. Надавати одноразову оплачувану відпустку у зв'язку з усиновленням дитини тривалістю 56 календарних днів (70 календарних днів – при усиновленні двох і більше дітей) без урахування святкових і неробочих днів (стаття 73 КЗпП України) працівникам, які усиновили дитину старше трьох років з числа дітей-сиріт або дітей, позбавлених батьківського піклування, за умови подання заяви про надання такої відпустки не пізніше трьох місяців з дня набирання законної сили рішенням про усиновлення. Якщо усиновителями є подружжя – зазначена відпустка надається одному з них – на їх розсуд.

2.1.40. Надавати один додатковий день відпочинку працівнику у разі здачі ним крові (її компонентів), який може бути використаний впродовж року з дня здачі крові або її компонентів (ч. 2 ст. 9 Закону України «Про донорство крові та її компонентів»).

2.1.41. Не допускати без згоди працівника поділу щорічної відпустки на частини та відкликання з щорічної відпустки, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

2.1.42. Надавати щорічні відпустки в один і той самий період подружжю, які перебувають у трудових відносинах із Закладом.

2.1.43. Створити умови для забезпечення участі працівників в управлінні Закладом.

2.1.44. Покласти обов’язки уповноваженого з гендерних питань – радника керівника закладу на одного з працівників на громадських посадах. Забезпечити комплектування кадрами і просування працівників по роботі з дотриманням принципу надання переваги особі тієї статі, щодо якої існує дисбаланс (ст.18 Закону України «Про забезпечення різних прав та можливостей жінок і чоловіків»).

2.2. *Профком зобов’язується:*

2.2.1. Забезпечувати постійний контроль за своєчасним уведенням в дію та застосуванням Роботодавцем нормативних актів з питань трудових відносин, організації, нормування праці.

2.2.2. Вести роз’яснювальну роботу серед членів Профспілки з питань трудових прав та обов’язків, соціального захисту працівників відповідно до нормативних актів щодо організації праці.

2.2.3. Погоджувати графіки роботи (змінності) та надання відпусток, запровадження підсумованого обліку робочого часу, надавати дозвіл на проведення надурочних робіт, робіт у вихідні дні тощо, якщо відповідні документи не суперечать положенням трудового законодавства та не призводять до порушення прав працівників, дискримінації окремих працівників.

2.2.4. Здійснювати громадський контроль за виконанням Роботодавцем законодавства про працю, правильним застосуванням установлених умов оплати праці, вимагати усунення виявлених недоліків.

2.2.5. Брати участь у вирішенні соціально-економічних питань, визначенні та затвердженні переліку і порядку надання працівникам соціальних пільг, а також у розробці проекту колективного договору, правил внутрішнього трудового розпорядку.

2.2.6. Сприяти упередженню виникнення трудових конфліктів, брати участь у їх розв’язанні.

2.2.7. Ініціювати, за необхідності, проведення спільних консультацій з Роботодавцем з метою вжиття заходів щодо запобігання порушень трудового законодавства.

2.3. *Сторони домовилися:*

2.3.1. Співпрацювати при погодженні, складанні, затвердженні правил внутрішнього трудового розпорядку, посадових (робочих) інструкцій, графіків роботи (змінності) та відпусток та в інших випадках, передбачених законодавством, коли нормативні акти Роботодавця вимагають погодження Профкому.

2.3.2. Разом вирішувати питання щодо:

- запровадження, перегляду та змін норм праці;
- оплати праці працівників, форм і систем оплати праці, схем посадових окладів;
- умов запровадження та розмірів надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних виплат;
- робочого часу і часу відпочинку, соціального розвитку Закладу, поліпшення умов праці, матеріально-побутового, медичного обслуговування працівників;

2.3.3. Вживати заходів щодо недопущення виникнення колективних трудових спорів (конфліктів), а в разі виникнення прагнути їх розв'язання у порядку передбаченому чинним законодавством.

2.3.4. Забезпечити умови для ефективної роботи Комісії по трудовим спорам (у разі її створення).

РОЗДІЛ 3
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАЙНЯТОСТІ

1.1. Роботодавець зобов'язується:

1.1.1. Здійснювати аналіз потреби та використання трудових ресурсів в Закладі.

1.1.2. Не допускати економічно необґрунтованого скорочення робочих місць та структурних підрозділів Закладу.

1.1.3. Здійснювати прийняття на роботу нових працівників, а також залучати до надання окремих видів послуг фізичних чи юридичних осіб за цивільно-правовими договорами виключно за умов забезпечення повної продуктивної зайнятості штатних працівників.

1.1.4. Не допускати в Закладі масового вивільнення працівників з ініціативи Роботодавця (ст. 48 Закону України «Про зайнятість населення»).

Масовим вивільненням є одноразове або протягом:

1) одного місяця:
- вивільнення 10 і більше працівників на підприємстві з чисельністю від 20 до 100 працівників;
- вивільнення 10 і більше відсотків працівників на підприємстві з чисельністю від 101 до 300 працівників;

2) трьох місяців – вивільнення 20 і більше відсотків працівників на підприємстві незалежно від чисельності працівників, або в інших розмірах, визначених Генеральною, Галузевою, відповідною територіальною угодами.

1.1.5. Своєчасно інформувати відповідний центр зайнятості про заплановане масове вивільнення працівників у зв'язку зі змінами в організації виробництва і праці у випадках, передбачених законодавством.

1.1.6. Розглядати обґрунтовані пропозиції Профкому про перенесення термінів, тимчасове призупинення або скасування заходів, пов'язаних з вивільненням працівників.

1.2. Профком зобов'язується:

1.2.1. Здійснювати громадський контроль за додержанням в Закладі законодавства про працю під час здійснення заходів, які передбачають вивільнення працівників та з питань забезпечення зайнятості працівників.

1.2.2. Вести роз'яснювальну роботу з питань додержання трудових прав, надання гарантій та компенсацій, соціального захисту вивільнюваних працівників.

1.2.3. Ініціювати проведення спільних консультацій щодо питань зайнятості працівників, вносити обґрунтовані пропозиції Роботодавцю, чи іншому уповноваженому органу про перенесення термінів, тимчасове призупинення або скасування заходів, пов'язаних з вивільненням працівників.

1.2.4. Контролювати додержання Роботодавцем процедури визначення працівників, які мають переважне право щодо залишення на роботі (ч. 2 ст. 42 КЗпП України).

1.2.5. Не допускати звільнення з ініціативи Роботодавця вагітних жінок і жінок (чоловіків), які мають дітей віком до трьох років (до шести років – у разі, якщо дитина потребує домашнього догляду), одиноких матерів (батьків) при наявності дитини віком до чотирнадцяти років або дитини з інвалідністю.

1.3. Сторони домовились:

1.3.1. При скороченні чисельності чи штату працівників переважне право залишення на роботі при рівних умовах продуктивності праці і кваліфікації, крім передбачених законодавством, надається у першу чергу особам, яким залишилося менше двох років до пенсії, молодим спеціалістам та працівникам, в родинах яких немає інших працівників з самостійним заробітком.

1.3.2. Приймати рішення про зміни в організації виробництва і праці з причин економічного, технологічного, структурного чи аналогічного характеру або у зв'язку з реорганізацією, зокрема, перетворенням Закладу, що тягнуть за собою можливе звільнення працівників лише після завчасного, не пізніше як за три місяці до намічуваних звільнень, надання Профкому інформації щодо цих заходів, включаючи інформацію про причини наступних звільнень, кількість і категорії працівників, яких це може стосуватися, про терміни проведення звільнень, а також нового затвердженого штатного розпису Закладу.

1.3.3. Проводити консультації з Профкомом про заходи щодо запобігання звільненням чи зведенню їх кількості до мінімуму або пом'якшення несприятливих наслідків звільнень.

РОЗДІЛ 4
ОПЛАТА ПРАЦІ

4.1. Роботодавець зобов'язаний:

4.1.1. Формувати оплату праці на підставі законів та інших нормативно-правових актів України, Генеральної, Галузевої і територіальної угод, цього Колективного договору.

4.1.2. Встановлювати працівникам Закладу розміри посадових окладів, їх підвищення, доплат, надбавок, матеріальної допомоги, допомоги на оздоровлення, матеріальної допомоги для вирішення соціально-побутових питань на рівні не нижчому, ніж визначені:

- спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики та МОЗ України від 05.10.2005 №308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення»;

постановами Кабінету Міністрів України:

- від 30.08.2022 №1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери»;
- від 29.12.2019 №1418 «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я»;
- від 11.05.2021 №524 "Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери".

4.1.3. Схема посадових окладів (тарифних ставок) працівників лікарні формуються на основі мінімального розміру посадового окладу (тарифної ставки), встановленого Кабінетом Міністрів України та міжпосадових (міжкваліфікаційних) співвідношень розмірів посадових окладів (тарифних ставок) і тарифних коефіцієнтів (Додаток 6).

Мінімальний посадовий оклад (тарифна ставка) встановлюється у розмірі, не меншому за прожитковий мінімум, встановлений для працездатних осіб на 1 січня календарного року.

Мінімальна заробітна плата – це встановлений законом мінімальний розмір оплати праці за виконану працівником місячну (годинну) норму праці. Розмір заробітної плати працівника за повністю виконану місячну (годинну) норму праці не може бути нижчим за розмір мінімальної заробітної плати. Розмір мінімальної заробітної плати встановлюється і переглядається відповідно до статей 9 і 10 Закону України

«Про оплату праці».

4.1.4. При обчисленні розміру заробітної плати працівника для забезпечення її мінімального розміру не враховувати доплати за роботу в несприятливих умовах праці та підвищеного ризику для здоров'я, за роботу в нічний та надурочний час, роз'їзний характер робіт, премії до святкових і ювілейних дат.

4.1.5. Виплачувати доплату за роботу в нічний час, з 10 години вечора до 6 години ранку (ст.54 КЗпП), працівникам за професіями та посадами у відповідних відсотках визначеними переліком згідно Додатку 7 та 7-а.

4.1.6. Виплачувати підвищення та доплати до посадових окладів за роботу зі шкідливими та важкими умовами праці, в тому числі за результатами атестації робочих місць, за переліком підрозділів і посад у відповідних відсотках визначених у Додатку 8.

4.1.7. Якщо нарахована заробітна плата працівника, який виконав місячну норму праці, є нижчою за законодавчо встановлений розмір мінімальної заробітної плати, проводити доплату до рівня мінімальної заробітної плати, яка виплачується щомісячно одночасно з виплатою заробітної плати.

Якщо розмір заробітної плати у зв'язку з періодичністю виплати її складових є нижчим за розмір мінімальної заробітної плати, проводити доплату до рівня мінімальної заробітної плати.

У разі ускладнення трудового договору про роботу на умовах неповного робочого часу, а також при невиконанні працівником у повному обсязі місячної (годинної) норми праці мінімальну заробітну плату виплачувати пропорційно до виконаної норми праці.

4.1.8. Проводити диференціацію заробітної плати працівників, які отримають заробітну плату на рівні мінімальної при наявності та у межах фонду оплати праці, шляхом встановлення доплат, надбавок, премій з урахуванням складності, відповідальності та умов виконуваної роботи, кваліфікації працівника, результатів його роботи.

При встановленні доплат та надбавок, визначення першочерговості їх встановлення враховувати рекомендації (пропозиції) Профкому.

Максимальні розміри доплат та надбавок, які передбачають можливість встановлення різних розмірів відсоткового співвідношення до посадового окладу (заробітної плати), надаються з врахуванням рекомендацій Профкому.

4.1.9. Заробітну плату виплачувати в робочі дні:

- аванс 15 числа кожного місяця;
- за другу частину місяця 30 числа кожного місяця.

При цьому, сума заробітної плати, що виплачується за першу половину місяця (аванс), не може бути нижче 50 % посадового окладу працівника та нижче оплати за фактично відпрацьований час з розрахунку посадового окладу працівника (ст.115 КЗпП України).

Видавати кожному працівнику розрахункові листи не пізніше, як за день до виплати остаточного розрахунку.

4.1.10. У разі коли день виплати заробітної плати збігається з вихідним, святковим або неробочим днем виплачувати її напередодні.

4.1.11. Виплачувати заробітну плату за весь час щорічної відпустки не пізніше ніж за три робочих дні до її початку.

У випадку підвищення посадових окладів застосовувати коригуючі коефіцієнти для розрахунку заробітної плати за період щорічних відпусток.

4.1.12. При переведені працівника на іншу нижче оплачувану роботу, проводити оплату праці згідно трудового законодавства.

4.1.13. Оплачувати роботу у святкові та неробочі дні понад місячну норму робочого часу у розмірі подвійної годинної або денної ставки понад оклад.

4.1.14. Оплачувати роботу у надурочний час у подвійному розмірі годинної ставки, розмір якої визначається виходячи з норми робочого часу та встановленого посадового окладу. При цьому компенсацію за надурочну роботу шляхом відгулу не допускати (ст. 106 КЗпП України).

4.1.15. Забезпечити проведення індексації заробітної плати працівникам Закладу згідно з Порядком проведення індексації грошових доходів населення, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 17.07.2003 № 1078, а також іншими актами законодавства.

4.1.16. Виплачувати в разі порушення строків виплати заробітної плати працівникам компенсацію втрати частини заробітної плати у зв'язку з інфляцією, яку розраховувати відповідно до індексу зростання цін на споживчі товари та послуги у порядку, встановленому чинним законодавством.

4.1.17. Зберігати середній заробіток за основним місцем роботи за медичним і фармацевтичним працівникам, які направляються до закладів післядипломної освіти для підвищення кваліфікації, підготовки і перепідготовки як за основним місцем роботи, так і за

сумісництвом (стаття 122, 207 КЗпП України, постанови КМ України від 28.06.1997 року №695 «Про гарантії і компенсації для працівників, які направляються для підвищення кваліфікації, підготовки, перепідготовки, навчання інших професій з відривом від виробництва» та від 11.05.2011 №524 "Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери".

4.1.18. Забезпечити надання інших передбачених чинним законодавством гарантій і компенсацій у зв'язку з направленням працівників у службові відрядження.

4.1.19. У разі виклику працівника під час чергування (у заклад, на місце події та додому до хворого) час, витрачений на виклик, оплачувати за фактично відпрацьовані години з розрахунку посадового окладу працівника, встановленого за штатним розписом, із збереженням діючого порядку оплати праці працівників охорони здоров'я у нічний час (абз.5 п. 5.1 розділу 5 Наказу МОЗ України від 05.10.2005

№308/519);

4.1.20. У разі продовження працівником роботи внаслідок неявки працівника, якого замінює, до моменту закінчення зміни та неможливості замінити його іншим працівником, оплату проводити за фактично відпрацьовані години як робота в надурочний час (ст. 106 КЗпП України).

4.1.21. Забезпечувати оплату часу простою не з вини працівника в розмірі середньої заробітної плати, але не менше їх посадового окладу.

4.1.22. Виплачувати працівникові вихідну допомогу (ст. 44 КЗпП України) у розмірі середнього місячного заробітку при розірванні трудового договору з ініціативи роботодавця:

- на підставі пункту 1 ст. 40 КЗпП України (скорочення чисельності або штату працівників);
- на підставі пункту 2 ст. 40 КЗпП України (виявлення невідповідності працівника займаній посаді);
- на підставі пункту 6 ст. 40 КЗпП України (поновлення на роботі працівника, який раніше виконував цю роботу);
- на підставі пункту 6 ст. 36 КЗпП України (відмова працівника від продовження роботи у зв'язку зі зміною істотних умов праці);

4.1.23. Виплачувати працівникові вихідну допомогу у розмірі двомісячного середнього заробітку у разі звільнення на підставі пункту 3 ст. 36 КЗпП України (у разі призову або вступу на військову службу, направлення на альтернативну (невійськову) службу).

4.1.24. Затверджувати в штатному розписі найменування посад працівників у відповідності з чинною редакцією Класифікатора професій, своєчасно вносити, за необхідності, відповідні зміни до нього.

4.1.25. Застосовувати до працівників передбачені цим Колективним договором заходи матеріального, згідно Положення про преміювання Додаток 5, та морального стимулювання за якісне та своєчасне виконання виробничих завдань та норм праці, раціональне використання обладнання та технічних засобів тощо.

4.2. *Профком зобов'язується:*

4.2.1. Здійснювати контроль за дотриманням в Закладі законодавства про оплату праці, у т.ч. за своєчасністю виплати заробітної плати згідно нормативних актів Роботодавця і затвердженого табеля обліку робочого часу, підвищень посадових окладів, доплат та надбавок, у т.ч. працівникам, зайнятим на важких роботах, роботах зі шкідливими і небезпечними умовами праці.

4.2.2. Вносити обґрунтовані пропозиції щодо підвищення працівникам розмірів заробітної плати, премій, компенсацій, доплат, надбавок, надання пільг.

4.2.3. Здійснювати контроль за проведенням індексації грошових доходів і компенсації втрати частини зарплати у зв'язку з порушенням термінів її виплати.

4.2.4. Здійснювати контроль за формуванням посадових окладів, доплат, надбавок працівникам шляхом делегування представника Профкому до складу комісії з формування заробітної плати.

4.2.5. Порушувати питання про притягнення до дисциплінарної, адміністративної

відповідальності згідно з чинним законодавством осіб, винних у невиконанні вимог законодавства про оплату праці, умов оплати праці, передбачених Колективним договором (ст.45, 141, 147-1 КЗпП України, ст.36 Закону України «Про оплату праці», ст.18 Закону України «Про колективні договори і угоди»).

4.3. Сторони домовилися:

4.3.1. Спільно визначати та затверджувати умови оплати праці працівників Закладу шляхом роботи у комісії з формування заробітної плати, ввести до складу комісії представника Профкому.

4.3.2. Не приймати в односторонньому порядку рішення з питань оплати праці, що погіршують умови, встановлені цим Колективним договором.

4.3.3. Спільно визначати принцип диференційної оплати згідно з кваліфікацією, інтенсивністю, якістю роботи і реалізують його через систему оплати праці.

4.3.4. Повідомляти працівників про запровадження нових або зміну діючих умов праці в бік погіршення не пізніше, як за два місяці до їх запровадження або зміни.

4.3.5. Своєчасно проводити уточнення розміру заробітної плати працівників у зв'язку зі зміною рівнів освіти, присвоєнням їм ученого ступеня, почесного звання, присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії, стажу роботи, за підсумками атестації тощо.

4.3.6. Своєчасно ознайомлювати працівників у разі запровадження нових умов оплати праці.

РОЗДІЛ 5
ОХОРОНА ПРАЦІ

5.1. Роботодавець зобов'язується:

5.1.1. Створити на кожному робочому місці належні, здорові та безпечні умови праці, забезпечити належні санітарно-побутові умови відповідно до вимог КЗпП України, Закону України «Про охорону праці», санітарних норм та правил.

5.1.2. Інформувати під розписку працівників під час укладання трудового договору про умови праці у Закладі та про наявність на їх робочому місці небезпечних та шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, можливі наслідки їх впливу на здоров'я та про права працівника на пільги та компенсації за роботу в таких умовах відповідно до чинного законодавства та Колективного договору.

5.1.3. Не пропонувати працівникам роботу, яка згідно з медичним висновком протипоказана їм за станом здоров'я.

5.1.4. До виконання робіт підвищеної небезпеки та тих, що потребують професійного добору, допускати працівників виключно за наявності висновку психофізіологічної експертизи.

5.1.5. Забезпечити згідно із Законом загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності всіх працівників Закладу (ст. 5 Закону України «Про охорону праці»).

5.1.6. Розірвати трудовий договір у термін, визначений працівником, якщо у Закладі не виконуються вимоги законодавства про охорону праці або умови Колективного договору з цих питань з виплатою працівнику вихідної допомоги в розмірі тримісячного заробітку (ч. 4 ст. 6 Закону України «Про охорону праці»).

5.1.7. Укласти договори страхування лікарів, фахівців з неповною вищою медичною освітою та молодшого медичного персоналу відділень та кабінетів хірургічного профілю та маніпуляційних кабінетів на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 року №1642.

5.1.8. Забезпечити дотримання вимог Закону України «Про охорону праці», інших нормативних актів, зокрема, щодо:

- впровадження у Закладі системи управління охороною праці;
- створення у Закладі служби з охорони праці, затвердження положення про неї, прав та обов'язків працівників служби;
- належного утримання будівель і споруд, здійснення контролю технічного стану

обладнання та устаткування щодо їх безпечного використання;

- усунення причин, що призводять до нещасних випадків, професійних захворювань та здійснення профілактичних заходів, визначених комісіями за підсумками розслідування таких випадків;
- контролю за дотриманням працівниками технологічних процесів, правил поводження з машинами, механізмами та устаткуванням, використанням засобів колективного та індивідуального захисту, виконанням робіт відповідно до вимог законодавства з охорони праці;
- розроблення та затвердження положень, інструкцій, інших локальних нормативних актів, встановлення правил виконання робіт і поведінки працівників у приміщеннях зі шкідливими факторами, на робочих місцях, відповідно до нормативно-правових актів з охорони праці.
- вжиття термінових заходів для надання допомоги потерпілим, залучення (за необхідності) професійних аварійних (рятувальних) служб і формувань у разі виникнення в Закладі аварій та нещасних випадків. (ст. 13 Закону України «Про охорону праці»).

5.1.9. Забезпечити своєчасну розробку і виконання Комплексних заходів щодо досягнення встановлених нормативів безпеки, гігієни праці та виробничого середовища, підвищення існуючого рівня охорони праці, запобігання випадкам виробничого травматизму, професійного захворювання, аваріям і пожежам (ст. 20 Закону України «Про охорону праці») (Додаток 11).

5.1.10. Здійснювати аналіз стану охорони праці та причин виробничого травматизму і захворювань, розробляти щорічно і аналізувати виконання невідкладних заходів щодо попередження виробничого травматизму.

5.1.11. Надавати Профкому двічі на рік інформацію про стан охорони праці, причини аварій, нещасних випадків і професійних захворювань і про заходи, яких вжито для їх усунення та для забезпечення у Закладі умов і безпеки праці на рівні нормативних вимог.

5.1.12. Створити атестаційну комісію для організації і проведення атестації робочих місць за умовами праці, включивши до її складу представників Профкому (Додаток 12).

5.1.13. Проводити один раз на п’ять років атестацію робочих місць за умовами праці (Додаток 9, 10).

Проводити позачергову атестацію робочих місць за умовами праці у разі аргументованого

звернення Профкому або працівника, про наявні на його робочому місці несприятливі умови праці.

5.1.14. За результатами атестації робочих місць розробляти заходи щодо приведення (поліпшення) умов праці у відповідність з вимогами регламентів, директив, конвенцій, стандартів, інших нормативних актів з охорони праці.

5.1.15. Забезпечити належне технічне утримання машин, механізмів, споруд, будівель, виробничого обладнання і устаткування щодо їх безпечного використання, проводити періодично, згідно з вимогами нормативних актів з охорони праці, експертизу їх технічного стану.

5.1.16. Забезпечувати безкоштовно працівників, які працюють на роботах з шкідливими і небезпечними умовами праці, а також на роботах, пов'язаних зі забрудненням або здійснюваних в несприятливих температурних умовах санітарним та спеціальним одягом, спецвзуттям і іншими засобами індивідуального захисту за встановленими нормами (Додаток 13).

5.1.17. Забезпечити за рахунок Закладу прання, хімчистку, знезараження, відновлення та ремонт спецодягу, спецвзуття, інших засобів індивідуального захисту.

5.1.18. Забезпечити у разі передчасного зношення засобів індивідуального захисту не з вини працівника за рахунок Закладу своєчасну їх заміну, ремонт або відновлення.

5.1.19. Видавати на роботах, де можливі забруднення або вплив на шкіру шкідливо діючих речовин, безплатно за встановленими нормами мийні змиваючи та знешкоджуючи засоби (Додаток 14).

5.1.20. Забезпечувати безкоштовно працівників, які працюють на роботах зі шкідливими

умовами праці молоком або іншими рівноцінними харчовими продуктами.

5.1.21. Забезпечувати в осінньо-зимовий період стійкий температурний режим у виробничих та службових приміщеннях Закладу згідно з встановленими нормами, щорічно виконувати заходи з підготовки зазначених приміщень до роботи в такий період у терміни до 15 жовтня.

5.1.22. Вчасно проводити профілактичні щеплення медичних працівників:

- які надають медичну допомогу хворим – проти грипу;
- які контактують з кров'ю, її препаратами та здійснюють парентеральні маніпуляції – проти вірусного гепатиту;
- у разі епідемії або направлення працівника в осередок захворюваності проти інших інфекційних хвороб.

5.1.23. Організувати за свій рахунок проведення попереднього та періодичних медичних оглядів працівників, зокрема, щорічного профілактичного флюорографічного обстеження всіх працюючих на виявлення туберкульозу, а також щорічного обов'язкового медичного огляду осіб віком до 21 року. На прохання працівника організувати для нього позачерговий медичний огляд, якщо працівник пов'язує погіршення стану свого здоров'я з умовами праці. При своєчасному проходженні працівником медичного огляду зберігати за ним місце роботи та середній заробіток за час такого огляду (Додаток 15).

5.1.24. Відсторонювати від роботи працівників, які ухиляються від проходження обов'язкових медичних оглядів.

5.1.25. Переводити працівників, які потребують за станом здоров'я надання легшої роботи, за їх згодою, тимчасово або без обмеження терміну на іншу (легшу) роботу відповідно до медичного висновку. Оплату праці в таких випадках проводити згідно з чинним законодавством.

5.1.26. Проводити систематичний аналіз стану захворюваності і випадків тимчасової непрацездатності та вживати заходів до усунення причин захворювань.

5.1.27. Організувати проведення своєчасного розслідування і обліку кожного випадку травмування працівників на території Закладу або у зонах обслуговування, нещасного випадку, професійного захворювання або аварії на виробництві. Забезпечити безумовне виконання зазначених комісією з розслідування нещасного випадку на виробництві організаційно-технічних заходів щодо усунення причин нещасного випадку на виробництві для запобігання їх у майбутньому.

5.1.28. Зберігати середню заробітну плату за працівником на період припинення роботи, якщо створилася виробнича ситуація небезпечна для його життя або здоров'я, або працівників, які його оточують. Факт наявності такої ситуації підтверджується фахівцем з охорони праці Закладу за участю представника Профкому, а також страхового експерта Фонду соціального страхування, а у разі виникнення конфлікту - відповідним державним органом нагляду за охороною праці за участю представника Профкому і вищестоящої організації Профспілки.

5.1.29. Зберігати за працівниками, які втратили працездатність у зв'язку з нещасним випадком на виробництві, місце роботи та середню заробітну плату на весь період до відновлення працездатності або встановлення інвалідності. У разі неможливості виконання потерпілим попередньої роботи, забезпечити його перепідготовку та працевлаштування.

5.1.30. За порушення нормативно-правових актів з охорони праці притягати винних працівників до відповідальності згідно з законодавством.

5.1.31. Розробляти необхідні нормативні акти з охорони праці, технічну документацію з охорони праці та заходи щодо запобігання виробничому травматизму, приведення робочих місць у відповідність до вимог з охорони праці.

5.1.32. Проводити за встановленими графіками навчання, інструктаж та перевірку знань працівників з охорони праці один раз на рік, які зайняті на роботах з підвищеною небезпекою (ст.18 Закону України «Про охорону праці») (Додаток 16, 16-а).

5.1.33. Щорічно передбачати витрати на охорону праці в розмірі 0,5 % від фонду оплати праці за попередній рік (згідно з ч.3 ст.19 Закону України «Про охорону праці» - не менше 0,5 %).

5.1.34. Не залучати жінок до важких робіт та підйому і переміщення важких речей, вага яких перевищує встановлені для них граничні норми (Граничні норми підіймання і переміщення важких речей жінками, затверджені наказом МОЗ України від 10.12.1993 № 241).

5.1.35. Застосовувати до працівників заходи економічного стимулювання за участь та ініціативу у здійсненні заходів щодо підвищення рівня безпеки та поліпшення умов праці (ст. 25 Закону України «Про охорону праці»).

5.2. *Профком зобов'язується:*

5.2.1. Здійснювати громадський контроль за додержанням законодавства про охорону праці, створенням безпечних і нешкідливих умов праці, належних виробничих та санітарно-побутових умов, забезпеченням працівників спецодягом, спецвзуттям та іншими засобами колективного та індивідуального захисту.

5.2.2. Здійснювати контроль за наданням пільг і компенсацій за роботу в шкідливих і небезпечних умовах, відшкодуванням шкоди, заподіяної здоров'ю працівника.

5.2.3. У разі загрози життю або здоров'ю працівників вимагати від адміністрації Закладу негайного припинення робіт на робочих місцях, структурних підрозділах в цілому на період, необхідний для усунення загрози життю або здоров'ю працівників.

5.2.4. Інформувати працівників про їх права і гарантії в сфері охорони праці.

5.2.5. Брати участь у:

- у розробці програм, положень, локальних нормативних актів з питань охорони праці в Закладі;
- проведенні атестації робочих місць, а за її результатами вносити пропозиції щодо поліпшення умов праці, медичного обслуговування, оздоровлення працівників, надання їм відповідних пільг і компенсацій;
- розслідуванні нещасних випадків, професійних захворювань, аварій, складанні актів про нещасний випадок на виробництві, готувати свої висновки й пропозиції, представляти інтереси потерпілого (за необхідності) в судовому порядку, в інших органах і установах з окресленого питання.

5.3. *Працівники зобов'язуються:*

5.3.1. Вивчати та виконувати вимоги нормативно-правових та нормативних актів з охорони праці, доведених до них у встановленому порядку, правил експлуатації медичної апаратури, устаткування, машин та інших засобів, що використовуються в роботі, поводження з лікувальними газами тощо.

5.3.2. Використовувати в роботі засоби індивідуального і колективного захисту.

5.3.3. Проходити в установленому законодавством порядку попередній та періодичні медичні огляди. 5.3.4.Дбати про особисту безпеку і здоров'я, а також про безпеку і здоров'я оточуючих людей під час перебування на території Закладу.

5.3.5. Своєчасно інформувати відповідних посадових осіб про виникнення небезпечних і аварійних ситуацій на робочому місці.

5.3.6. Мають право відмовитися від виконання дорученої роботи, якщо створилася виробнича ситуація, небезпечна для їх життя чи здоров'я або для людей, які їх оточують або для виробничого середовища чи довкілля.

5.3.7. Утримуватися від куріння тютюнових виробів та електронних систем доставки нікотину на території Закладу.

Головний лікар *Комунального некомерційного підприємства* *«Вінницька міська клінічна лікарня №1»*	*Голова Профспілкового комітету* *Комунального некомерційного* *підприємства «Вінницька міська клінічна* *лікарня №1»*