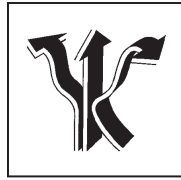


Міжрегіональна Академія управління персоналом
Українсько-Азербайджанський інститут соціальних наук
і самоврядування Г. А. Алієва
Міжнародна Кадрова Академія
ГО “Всеукраїнська асамблея докторів наук з державного управління”
Всеукраїнська Академія наук публічного управління



МАУП



ПРОБЛЕМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УКРАЇНИ

Випуск 4

Матеріали

*Всеукраїнської науково-практичної конференції
“Українське суспільство: контури інновацій”
м. Київ, МАУП, 30 березня 2017 р.*

Київ
ДП “Видавничий дім “Персонал”
2017

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом
(протокол № 2 від 22.02.17)*

Редакційна колегія:

*М. Н. Курко (голова), д-р юрид. наук, проф.;
М. Ф. Головатий (заступник голови), д-р політ. наук, проф.;
А. А. Ігнатченко (відповідальний редактор), канд. техн. наук;
О. В. Баєва, д-р біол. наук, проф.;
І. П. Бідзюра, д-р політ. наук, проф.;
В. М. Воронін, д-р іст. наук;
В. Б. Захожай, д-р екон. наук, проф.;
В. І. Литвиненко, д-р юрид. наук, доц.;
Є. О. Романенко, д-р наук з держ. упр., проф.;
В. В. Рябцев, канд. техн. наук, доц.;
В. І. Цибух, канд. філос. наук, доц.*

*Матеріали подано в авторській редакції.
Відповідальність за зміст та орфографію матеріалів несуть автори.*

Проблеми модернізації України : [зб. наук. пр.] / МАУП. — К.: ДП
“Видавничий дім “Персонал”, 2008 —

С76 Вип. 4: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. “Українське суспільство:
контури інновацій”, 30 березня 2017 р. / редкол. : М. Н. Курко (голова)
[та ін.]. — 2017. — 348 с. : іл. — Бібліогр. у кінці ст.

У пропонованому збірнику подано тези учасників науково-практичних
конференцій з проблематики широкого кола аспектів процесу системної модерніза-
ції України.

Для науковців, громадсько-політичних діячів, студентів, а також усіх, хто
цікавиться розвитком Української держави і світовим досвідом проведення модер-
нізаційних процесів.

ББК 63.3(4УКР)я43+67.9(4УКР)301я43

Романенко Євген Олександрович, Чаплай Ірина Віталіївна Філософія життя та її широке звернення до проблем існування людини	57
Романова Лідія Василівна Напрями розвитку маркетингового менеджменту на машинобудівних підприємствах	60
Рубанець Олександра Михайлівна Інформаційне суспільство в Україні: інновації та тенденції розвитку	63
Сафонова Віра Євгенівна Інноваційна праця в господарській діяльності підприємств	65
Белова Олена Іларіонівна, Кайдашев Роман Петрович Місцеві вибори: аналіз практики розгляду спорів адміністративними судами	68
Єрескова Тетяна Володимирівна, Мазурик Олег Володимирович Концептуалізація безробіття як соціального явища в умовах соціальних невизначеностей	72
Головач Наталія Василівна, Дороховський Олександр Миколайович Напрями удосконалення кадрової політики медичних закладів	75
Авсієвич Алла Валеріївна Арбітражна угода як основа компетенції міжнародного комерційного арбітражу	78
Баранівський Віталій Васильович, Горбов Владислав Володимирович, Білоног Юлія Сергіївна Соціальна відповідальність освіти: соціологічний аналіз стану та перспективи забезпечення	81
Бельська Тетяна Валентинівна Ціннісна свідомість як провідна форма світогляду громадян	84
Бисенбаєв Файзулла Куанбаєвич Ідея громадянського общества в контексте інноваційної проблематики	87
Бігдаш Володимир Дмитрович Чинники формування стратегії інновації у страхуванні	91
Біленко Лілія Миколаївна Соціальне сирітство як сучасна проблема суспільства	93
Бондар Юрій Володимирович Інформаційна безпека в контексті інноваційних трансформацій: доктринальне бачення	96
Бондаренко Наталія Олександрівна Дефініції визначення соціального проектування	101
Бортник Валентин Анатолійович, Зозуля Марта Віталіївна Адміністративно-правові проблеми управління в економічній сфері	104
Братусь Ганна Анатоліївна Методичний підхід до оцінки ефективності кредитної політики комерційного банку	107

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

На теперішній час в Україні практично не реалізований адекватний фінансово-економічний механізм забезпечення діяльності лікувально-профілактичних закладів. Внаслідок цього виникають проблеми із формуванням кадрового потенціалу медичних закладів через низьку заробітну плату та несприятливі умови праці, має місце значне фізичне та моральне старіння основних виробничих фондів, що в сукупності з мінімальним забезпеченням матеріалами та медикаментами призводить до зниження якості надання медичних послуг. Зазначені проблеми характерні практично для усіх бюджетних установ, адже їх кошторис затверджується на кінець звіт-ного року, причому на рівні витрат цього ж року, а механізм перегляду затверджених кошторисів не напрацьований. В результаті цього бюджетні установи змушені самі шукати кошти для індексації заробітних плат працівників при зміні мінімальних соціальних стандартів впродовж поточного року, а також опікуватися питаннями виділення додаткових коштів для закупівлі запланованого обладнання та матеріалів.

Питанню покращення фінансового забезпечення лікувально-профілактичних закладів присвятили свої праці такі автори, як С. М. Альошин, О. М. Голяченко, І. А. Ломикін, Г. М. Мельничук, Є. В. Мних, Т. В. Чередніченко та ін. Водночас на теперішній час це питання все ще стоїть дуже гостро та вимагає визначення та реалізації нових підходів до інвестиційного розвитку закладів охорони здоров'я.

Реформи, що активно впроваджувались в галузі охорони здоров'я, були покликані оптимізувати трирівневу систему медичної допомоги, внаслідок якої відбулося поступове скорочення питомої ваги коштів, які направляються на утримання закладів вторинної (лікарні, заклади медичної та лабораторної діагностики) та третинної (спеціалізованої) медичної допомоги [2]. Так, у 2016 р. на 42 % скоротився обсяг фінансування цих видів допомоги порівняно з 2015 р. [1].

Так зване реформування не призвело до реальної реорганізації галузі охорони здоров'я, однак суттєво знизило доступність "безоплатної" медичної допомоги для більшої частини населення. Натепер фінансування послуг закладів радіологічної, ультразвукової, лабораторної та інших видів діагностики, протезування переважно перекладено на пацієнтів. Водночас внаслідок падіння рівня життя, особливо впродовж 2015–2016 рр., громадяни України все частіше відмовляються від елементарних діагностичних процедур, профілактичного лікування, що часто веде до ускладнень хронічних захворювань та подальшого лікування. Залежність заробітної плати сімейних лікарів від кількості направлень до спеціалістів, обмеження кількості направлень, що можуть бути надані одним лікарем на лабораторні дослідження біоматеріалу, призводить до зневіри громадян в доцільності відвідування лікарів первинної ланки. Зрозуміло, що таке "реформування" на користь багатьом суб'єктам ринку

платних медичних та фармацевтичних закладам, які активно рекламують та успішно пропонують свої послуги, а також лобіюють свої інтереси в органах законодавчої та виконавчої влади.

Рівень заробітної плати медичних працівників залишається одним з найнижчих порівняно з іншими галузями економіки. Держава продовжує ігнорувати необхідність врегулювання міжгалузевих диспропорцій в оплаті праці. Існуючий розмір заробітної плати медиків не забезпечує їх соціально-економічного захисту, що надзвичайно негативно відображається на функціонуванні системи охорони здоров'я в цілому. Система винагород за працю не задовольняє навіть базові (первинні) потреби медиків. Кількість медпрацівників, невдоволених рівнем власного добробуту коливається в межах 80–90 % і щорічно має тенденцію до збільшення. Це, в свою чергу, призводить до того, що медичні працівники змушені витратити значну частину свого часу на додатковий підробіток, часто не пов'язаний з медициною, що призводить до уповільнення професійного росту та зниження кваліфікованості медичних працівників.

Глобально проблему медичної галузі можна вирішити лише на державному рівні, прийнявши закони “Про медичне обов'язкове страхування” та “Про добровільне медичне страхування”, де будуть встановлені не лише процедура визначення суми відшкодування, як це передбачено законом України “Про страхування”, але й технологію контролю за рівнем якості надання медичних послуг.

Покращенню стану матеріального стимулювання мала б сприяти Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” від 17.05.96 р. № 1138 [3], якою встановлено досить великий перелік послуг, доходи від яких можуть бути використані для потреб закладу, в тому числі і преміювання. Разом з тим необхідно повернути можливість закладам оперувати коштами від оренди приміщень та обладнання, що закріплені на балансі, або знаходяться на території закладів. Водночас головні лікарі не мають повноважень на вирішення питання підвищення оплати праці внаслідок обмежень, що накладаються чинним законодавством. Передача коштів через районні бюджети призводить до затримки заробітної плати, знижує можливість розподілу коштів спец фондів закладів на різні потреби закладів.

Слід однак відзначити, що використання коштів, отриманих від надання населенню платних послуг переважним чином іде на не оплату праці працівників, а на оновлення матеріальної бази лікувально-профілактичних закладів, закупівлю матеріалів для здійснення медичних послуг, а також покриття дефіциту коштів на утримання закладу внаслідок суттєвих інфляційних тенденцій та невідповідності виділених через казначейства бюджетних коштів та реальних потреб закладів.

Водночас продовж останніх років зростання кількості перевірок та санкцій щодо головних лікарів закладів охорони здоров'я суттєво знизив ентузіазм цих керівників щодо активізації додаткових коштів для удосконалення діяльності закладів.

Отже, формування мотиваційної політики в закладах охорони здоров'я державної форми власності має певні особливості, зокрема жорстке обмеження фінансових ресурсів, нормативне регламентування щодо застосуванні заходів матеріального стимулювання. Все це не дозволяє повною мірою включити в мотиваційний процес інші засоби мотивації морального або соціального характеру, які не діють повною мірою аж поки не будуть задоволені первинні потреби працюючих.

Висновки. Узагальнюючи вищевикладене, відзначимо, що така несприятлива ситуація у галузі охорони здоров'я переважно зумовлена відсутністю зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутністю мотивації

медичних кадрів до якісної праці; низьким рівнем профілактики у структурі медичних послуг; неефективним використанням бюджетних коштів на охорону здоров'я, практичною відсутністю медичного страхування та відповідно механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг; недовірою ринкового механізму на ринку медичних послуг; низькою самостійністю медичних закладів при використанні фінансових ресурсів.

Для підвищення якості та доступності медичних послуг необхідно забезпечити: запровадження обов'язкового соціального медичного страхування, що вимагає впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) надання медичної допомоги на засадах доказової медицини, розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг (assistance- центрів), підтримки розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до фінансових коштів страховиків на конкурсній основі.

В державному секторі необхідно здійснити перехід від бюджетного фінансування комунальних і державних лікувально-профілактичних установ на кошторисній основі до контрактної форми відносин між замовником і постачальником медичних послуг; формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, виходячи з яких будуть фінансуватися медичні заклади, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів; покращення матеріально-технічного обладнання закладів охорони здоров'я: проведення інвентаризації та розроблення примірних табелів обладнання закладів охорони здоров'я; створення економічної мотивації для покращення якості медичних послуг, зокрема на основі зміни оплати праці працівників галузі охорони здоров'я за рахунок виділення двох складових: постійної (на основі єдиної тарифної сітки) та змінної — залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги; підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів.

У механізмі вдосконалення системи управління закладом важливе місце має належати матеріальному стимулюванню праці, пошуку і впровадженню нових форм оплати праці, які б сприяли підвищенню ефективності і якості їх праці, можливості її реальної і об'єктивної оцінки, а також відпрацювання механізму диференційованого підходу до оплати праці медичних працівників. Основоположною ідеєю механізму стимулювання праці на основі оцінки є відмова від погодинної системи оплати і максимальне впровадження відрядної форми в різних модифікаціях. При цьому найважливішим і єдиним критерієм оцінки праці медичного працівника є стан здоров'я пацієнта після проведення відповідних медичних заходів.

Джерела

1. Видатки для Міністерства охорони здоров'я України, передбачені Державним бюджетом України на 2016 р. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.apteka.ua/wp/wp-content/uploads/2015/01/320217-1.html>
2. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208.
3. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.05.96 р. № 1138.