

## ЗМІСТ

|  |  |
|--|--|
| ВСТУП.....   |  |
| 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ ВИКОРИСТАННЯ ТРУДОВИХ<br>РЕСУРСІВ ПІДПРИЄМСТВА.....                                     |  |
| 1.1. Поняття, задачі діагностики трудових ресурсів на підприємстві.....  |  |
| 1.2. Інформаційна база та методика діагностики трудових ресурсів   |  |
| 1.3. Оцінка стану використання трудових ресурсів системи охорони здоров'я<br>України .....                               |  |
| 2 ДІАГНОСТИКА ВИКОРИСТАННЯ ТРУДОВИХ РЕСУРСІВ<br>КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ “ХЕРСОНСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА<br>ЛІКАРНЯ” .....       |  |
| 2.1. Організаційно-економічна характеристика підприємства .....  |  |
| 2.2. Аналіз забезпеченості закладу трудовими ресурсами.....  |  |
| 2.3. Аналіз використання фонду робочого часу та продуктивності праці .....   |  |
| 2.4. Аналіз використання фонду заробітної плати .....  |  |
| 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ ТРУДОВИХ РЕСУРСІВ<br>КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ “ХЕРСОНСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА<br>ЛІКАРНЯ” ..... |  |
| 3.1. Моніторинг стимулів до ефективної праці .....   |  |
| 3.2. Вдосконалення механізму стимулювання ефективної праці .....   |  |
| 3.3. Заходи з рівномірного розподілу навантаження медичних працівників<br>стаціонарної допомоги.....                     |  |
| 3.4. Розвиток сімейної медицини як один зі шляхів вирішення проблеми<br>забезпеченості лікарями.....                     |  |
| 4. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ ....  |  |
| 5. ОХОРОНА НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА .....  |  |
| ВИСНОВКИ .....   |  |
| ЛІТЕРАТУРА .....   |  |
| ДОДАТКИ .....  |  |

## ВСТУП

Охорона здоров'я - структурний підрозділ суспільного виробництва, функціональна роль якого полягає в наданні суспільству споживчої вартості у вигляді як індивідуального здоров'я, так і здоров'я суспільства в цілому.

Охорона здоров'я є складною соціально-економічною системою, головним компонентом якої виступає особистий фактор виробництва, жива праця.

Значення живої праці в нематеріальному виробництві, і зокрема в охороні здоров'я, відносно вище, ніж у матеріальному, оскільки її ефективність у першу чергу залежить від зайнятих у медичній галузі трудових ресурсів.

До трудових ресурсів у системі охорони здоров'я належать різні категорії сукупного працівника. Це лікарі, середні медичні працівники, обслуговуючий і допоміжний персонал. Крім того, тут працюють економісти, біологи, інженери ті ін.. Однак головною фігурою в галузі охорони здоров'я є лікарі і середні медичні працівники.

Дослідження економічних проблем праці в галузі медичних послуг особливо важливе тому, що витрати на її утримання сягають до 70% загальних витрат у системі охорони здоров'я.

Перехід України до ринкової економіки, економічна криза, що затяглася, не обійшли своїм впливом і сферу охорони здоров'я. Відбулося невпинне зростання показників захворюваності, смертності населення, скорочення тривалості життя, стала масовою незадоволеність населення якістю медичної допомоги. До кризи здоров'я призвів комплекс чинників, пов'язаних як і з політичною, економічною, екологічною ситуацією в країні, так і зі специфікою структурних зрушень. Тривалий час ринкові реформи здійснювалися ціною соціальних втрат, без належної уваги до фінансування закладів охорони здоров'я, реформування оплати праці медичного персоналу

До того ж в останні роки спостерігається певна міграція трудових ресурсів, хвилеподібний рух робочої сили в пошуках роботи і засобів існування. Проблема забезпечення галузі медичних послуг трудовими ресурсами, комплексного їхнього використання повинна вирішуватися за допомогою нормативно-правових, організаційно-технологічних і економічних методів управління, включаючи питання організації й оплати праці, підготовки кадрів, що дозволить забезпечити відносне скорочення загальної величини витрат на утримання даного блоку нематеріального виробництва, поліпшення якості наданих лікувально-оздоровчих послуг і підвищення економічної ефективності праці працівників медичної галузі в ринковій економіці.

Необхідність подолання кризового стану охорони здоров'я, припинення погіршення показників громадського здоров'я, їх стабілізація стають для України все більш невідкладними. В комплексі завдань, спрямованих для цього, унікальне важливу роль повинні зіграти трудові ресурси - одна з найважливіших складових частин системи охорони здоров'я, яка володіє реальними можливостями для задоволення потреб населення в доступній і належній медичній допомозі.

Все це обумовило вибір теми дипломної роботи, його головну мету і завдання.

Метою дипломної роботи є розробка практичних рекомендацій щодо раціонального використання трудових ресурсів у системі охорони здоров'я.

Досягнення вищезазначеної мети викликало необхідність розв'язання таких завдань: здійснити аналіз інформаційних джерел з питань використання трудових ресурсів охорони здоров'я України, здійснити комплексну оцінку стану використання трудових ресурсів, визначити фактори впливу на ефективність праці медичних працівників та розробити заходи щодо раціонального використання трудових ресурсів.

Об'єктом дослідження трудові ресурси Комунального закладу "Херсонська міська клінічна лікарня".

Предметом дослідження є система використання трудових ресурсів у Комунальному закладі “Херсонська міська клінічна лікарня”.

Інформаційною базою для дипломної роботи слугують наукові праці вітчизняних вчених у сфері економіки праці, соціальної економіки та політики, законодавчі та нормативні акти України з питань організації та оплати праці медичних працівників, інформація Державного комітету статистики України, статистична звітність Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня”.

Матеріали дипломної роботи можуть бути впроваджені в діяльність Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня”.

У першому розділі на основі аналізу наукових джерел узагальнено основні методики діагностики використання трудових ресурсів, здійснено комплексну оцінку стану використання трудових ресурсів у системі охорони здоров'я.

У другому розділі проведено аналіз забезпеченості закладу трудовими ресурсами, продуктивності праці, використання фонду робочого часу та заробітної плати за період з 2008 по 2010 роки.

У третьому розділі визначені шляхи покращення використання трудових ресурсів Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня”.

У четвертому розділі проведено аналіз потенційно-небезпечних шкідливих факторів в установі та розроблено технічні пропозиції щодо їх усунення або доведення до допустимих значень.

У п'ятому розділі проведено аналіз джерел забруднення навколишнього середовища та запропоновано заходи щодо запобігання або зменшення забруднення навколишнього середовища транспортними засобами.

# 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ ВИКОРИСТАННЯ ТРУДОВИХ РЕСУРСІВ ПІДПРИЄМСТВА

## 1.1. Значення, завдання діагностики трудових ресурсів

Успішне функціонування економіки підприємства залежить від рівня його забезпеченості трудовими ресурсами. Праця поряд із засобами та предметами праці є необхідним елементом виробництва.

До трудових ресурсів відносять частину населення, яка володіє необхідними фізичними якостями, знаннями, навиками праці у відповідній галузі.

Економічна діагностика трудових відносин потребує більше уваги, оскільки робоча сила має вартісну оцінку, а, отже, є конкурентною на ринку праці, що розширює межі аналітичних досліджень. Крім того, в умовах так званої “нової” постіндустріальної економіки ключовим ресурсом економічного розвитку як окремого суб’єкта господарювання, так і країни в цілому та досягнення конкурентних переваг стають не матеріальні ресурси, а інтелектуально-освітня потенціал.

Трудові ресурси підприємства відіграють провідну роль у розв’язанні науково-технічних, організаційних і економічних завдань щодо досягнення поставлених цілей господарювання. Рівень забезпеченості підприємства робочою силою і її раціональне використання значною мірою визначає організаційно-технічний рівень виробництва, ефективність застосування техніки і технології, використання предметів праці.

Від ефективності використання трудових ресурсів у процесі виробництва багато в чому залежать показники обсягу виробництва продукції, її собівартість, якість тощо. Тому діагностика використання трудових ресурсів є важливим розділом системи економічної діагностики діяльності будь-якого підприємства.

Основні завдання, об'єкти й етапи діагностики трудових ресурсів наведено на рис.1.1.

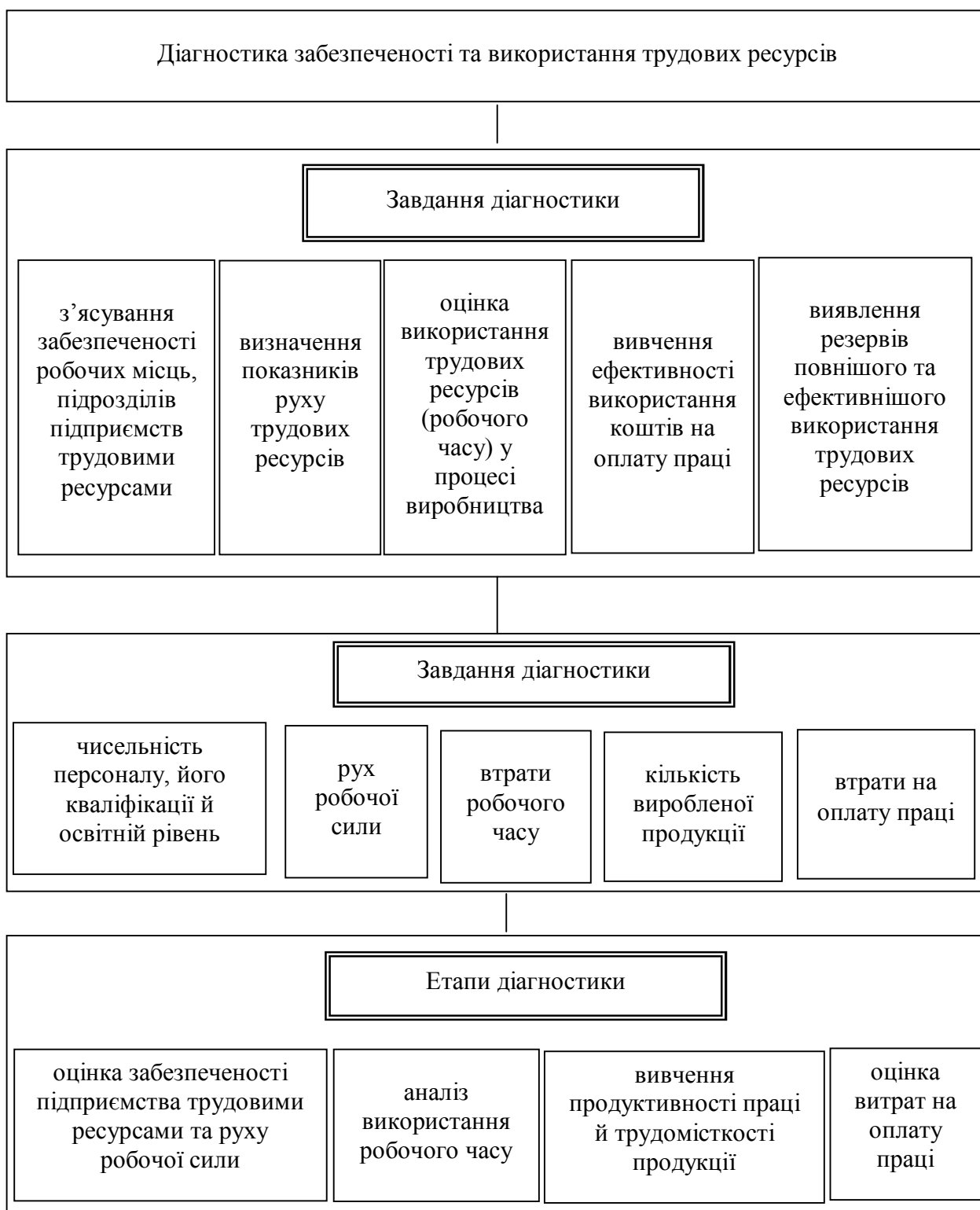


Рис. 1.1. Основні завдання та етапи діагностики використання трудових ресурсів

## 1.2. Інформаційна база та методика діагностики використання трудових ресурсів

Для діагностики забезпеченості, руху та ефективності використання трудових ресурсів використовуються джерела інформації, наведені в табл.1.1.

Таблиця 1.1

### Інформаційна база для аналізу

| № з/п | Група                 | Джерела інформації  |
|-------|-----------------------|---|
| 1     | Первинні документи    | Розрахунково-платіжні відомості, виписки банку, ВКО, маршрутні листи, накази по підприємству про прийняття на роботу та звільнення, листки з обліку кадрів, особові картки працівників, табелі обліку використання робочого часу, наряди на відрядні роботи, рапорти про виробіток, відомості обліку депонованої заробітної плати, особові картки, накази про відпустки, платіжні відомості, наряди тощо. |
| 2     | Облікові реєстри      | Журнал 5, 5А  |
| 3     | Фінансова звітність   | отриманих як плата за послуги, що надаються бюджетними установами”, ф. № 4-2м “Звіт про надходження і використання коштів, отриманих за іншими джерелами власних надходжень бюджетних установ”, ф. № 4-3м “Звіт про надходження і використання інших надходжень спеціального фонду”   |
| 4     | Статистична звітність | Ф. № 1-ПВ “Звіт з праці”, ф. № 3-ПВ “Звіт про використання робочого часу”, ф. № 6 Звіт про кількість працівників, їх якісний склад та професійне навчання”, ф. № 1-ПВ “Звіт про стан умов праці, пільги та компенсації за роботу зі шкідливими умовами праці”, ф. №17 “Звіт про медичні кадри”, ф. № 20 “Звіт лікувально-профілактичного закладу”   |
| 5     | Інші джерела          | Протоколи виробничих нарад, штатний розпис, оперативна звітність відділень, підрозділів, матеріали хронометражу та фотографій робочого дня, попередні результати аналогічних досліджень»  |

Першим етапом діагностики використання трудових ресурсів підприємства є оцінка забезпеченості підприємства та його підрозділів трудовими ресурсами та руху робочої сили.

Основними об'єктами діагностики на даному етапі є: склад і структура персоналу, забезпеченість підприємства робітниками, адміністративно-управлінським персоналом, спеціалістами (освітній рівень, кваліфікація, професійний склад), плинність кадрів.

Діагностика забезпеченості підприємства трудовими ресурсами передбачає оцінку виконання плану щодо чисельності і складу працюючих. Показники, що характеризують забезпеченість підприємства робочою силою, зображені на рис. 1.2.

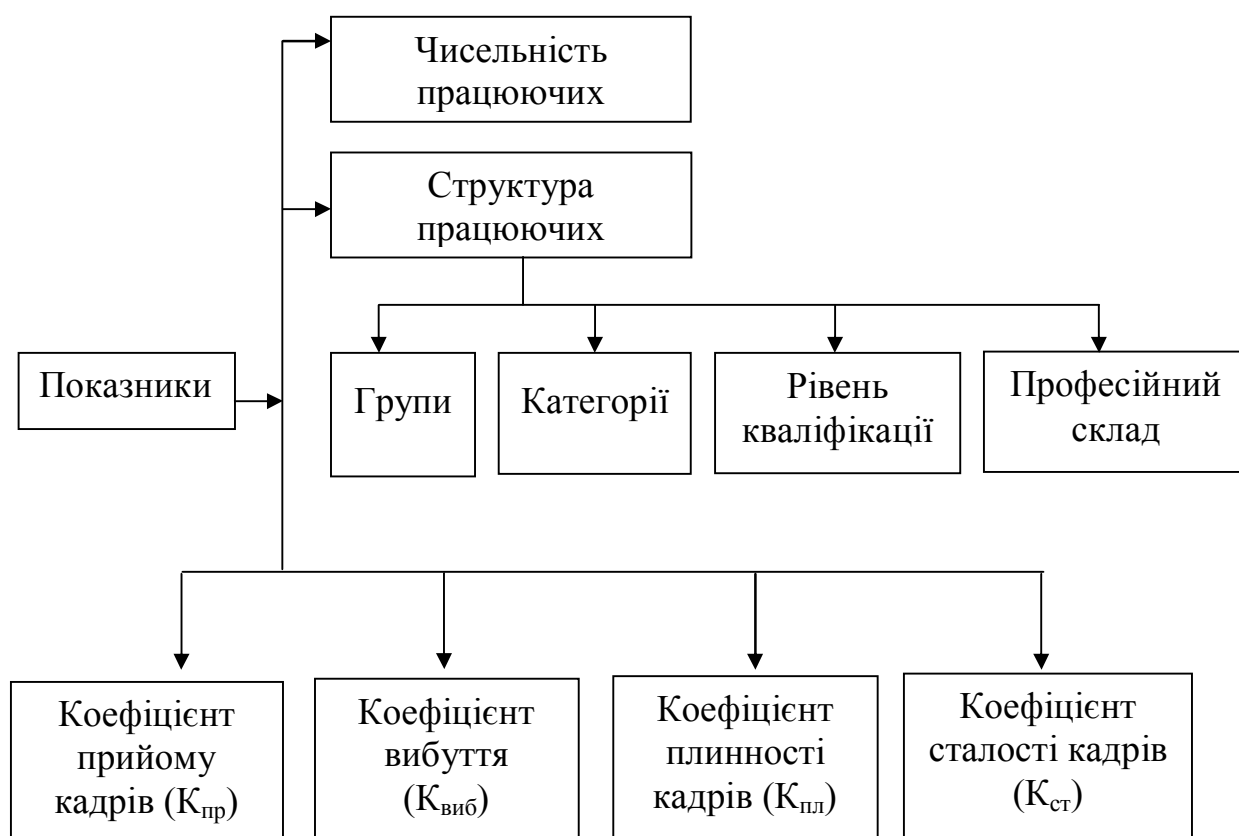


Рис. 1.2. Показники забезпеченості трудовими ресурсами

Важливим об'єктом аналізу є рух робочої сили. Передумовою зростання продуктивності праці та ефективності виробництва є стабільність



складу персоналу. Зміна в складі працюючих за віком, стажем роботи та освітою відбувається внаслідок руху робочої сили.

Зміну чисельності працюючих, пов'язану з їх прийомом і звільненням, характеризує показник обороту робочої сили.

Для оцінки і аналізу стану та змін у складі персоналу використовуються такі показники.

1. Коефіцієнт прийому кадрів ( $K_{\text{пр}}$ ) – відношення чисельності прийнятих за період ( $\text{Ч}_{\text{пр}}$ ) до середньоспискової чисельності працюючих за той же період ( $\text{Ч}_{\text{сер}}$ ):

$$K_{\text{пр}} = \frac{\text{Ч}_{\text{пр}}}{\text{Ч}_{\text{сер}}} \quad (1.1)$$

2. Коефіцієнт вибуття кадрів ( $K_{\text{виб}}$ ) – відношення чисельності, які вибули за період ( $\text{Ч}_{\text{зв}}$ ), до середньоспискової чисельності працюючих за той же період ( $\text{Ч}_{\text{сер}}$ ):

$$K_{\text{виб}} = \frac{\text{Ч}_{\text{зв}}}{\text{Ч}_{\text{сер}}} \quad (1.2)$$

3. Коефіцієнт плинності ( $K_{\text{пл}}$ ) – відношення чисельності працівників, які вибули за період з причин, що характеризують надлишковий оборот ( $\text{Ч}_{\text{зв.пл}}$ ), – за власним бажанням, порушенням трудової дисципліни, у зв'язку з професійною невідповідністю, до середньоспискової чисельності працюючих за той же період ( $\text{Ч}_{\text{сер}}$ ):

$$K_{\text{пл}} = \frac{\text{Ч}_{\text{зв.пл}}}{\text{Ч}_{\text{сер}}} \quad (1.3)$$

4. Коефіцієнт постійності кадрів ( $K_{\text{ст}}$ ) – відношення чисельності працівників, які пропрацювали весь період ( $\text{Ч}_{\text{вп}}$ ), до середньоспискової чисельності працюючих за той же період ( $\text{Ч}_{\text{сер}}$ ):

$$K_{\text{ст}} = \frac{\text{Ч}_{\text{вп}}}{\text{Ч}_{\text{сер}}} \quad (1.4)$$

Аналізуючи рух робочої сили, визначаються причини звільнення працівників (за власним бажанням, через порушення трудової дисципліни, навчання, переїзд на нове місце проживання тощо).

Найважливішим оціночним показником ефективності кадрової політики є коефіцієнт постійності кадрів. Обороти робочої сили, що виникли внаслідок суб'єктивних причин, знижують ефективність використання трудових ресурсів підприємства. Нових робітників необхідно адаптувати до конкретних умов праці на даному підприємстві, відповідно виникає потреба у навчанні працівників, що призводить до додаткових витрат (які згодом можуть і окупитися за рахунок зростання якісних показників діяльності).

Умовами виконання виробничої програми раціонального використання трудових ресурсів є економне й ефективне використання робочого часу. Повноту використання трудових ресурсів можна оцінити за кількістю відпрацьованих днів і годин одним робітником за період часу, що аналізується, а також за ступенем використання фонду робочого часу.

При проведенні діагностики використання робочого часу виконуються наступні завдання:

- загальна оцінка повноти використання робочого часу;
- виявлення факторів і розміру їх впливу на використання робочого часу;
- з'ясування причин цілоденних і внутрішньозмінних втрат робочого часу;
- розрахунок впливу простоїв на продуктивність праці та зміну обсягу виробництва.

Використання робочого часу за категоріями робітників оцінюється за допомогою двох показників.

1) Середня кількість днів, відпрацьованих робітником за звітний період (місяць, квартал, рік). Цей показник, що характеризує тривалість робочого періоду в днях (явочні дні), залежить від наступних факторів:

- кількість вихідних і святкових днів;
- кількість днів чергової відпустки, інших видів відпусток, передбачених законодавством;
- кількість днів непрацездатності;

- неявки на роботу з дозволу адміністрації; прогули тощо.
- 2) Середня тривалість робочого дня (зміни), що залежить від:
  - величини нормативно встановленого робочого тижня;
  - часу простою протягом робочого дня (зміни), зафіксованого в обліку;
  - часу інших скорочень робочого дня, передбачених законодавством (для підлітків, матерів-годувальниць тощо);
  - часу понадурочної роботи (збільшує величину показника) тощо.

Під час аналізу визначаються відхилення фактичних показників від прогнозних, проводиться порівняння їх з аналогічними показниками за минулі періоди, встановлюються конкретні причини можливих відхилень. У бюджетних організаціях, в тому числі закладах охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету, результати праці не знаходять речового перетворення, тому аналіз робочого часу в даному випадку має особливе значення. Це пов'язано з тим, що оцінка витрат праці обмежується величиною відпрацьованого часу, а тривалість робочого дня основної категорії працівників диференційована та залежить від належності закладу до визначеної галузі невиробничої сфери.

Для працівників закладів охорони здоров'я, зокрема для лікарського персоналу, в залежності від характеру лікарської посади та умов праці, встановлено робочий день від 5 до 6,7 годин. Дані про використання робочого часу можуть бути отримані з табельного обліку відпрацьованого часу, який містить інформацію про явки або неявки працівників на роботу з вказівкою на причини. Аналіз використання робочого часу здійснюється шляхом порівняння фактичної кількості робочих днів та годин з плановим (режимним). Для цього необхідний баланс робочого часу, який розробляється за місяцями і на рік в цілому по всій чисельності і групам працюючих.

Величина робочого часу встановлюється шляхом планування днів роботи протягом календарного періоду і регламентації тривалості робочого тижня в залежності від характеру посади та умов праці. Одними з елементів

балансу робочого часу є номінальний, активний, корисний фонди робочого часу.

Номінальний фонд робочого часу представляє собою різницю між кількісною величиною календарного фонду часу і кількістю святкових і вихідних днів.

Активний фонд робочого часу дорівнює різниці між номінальним фондом робочого часу і величиною нормованих цілоденних невиходів на роботу.

Корисний фонд робочого часу дорівнює різниці між активним фондом робочого часу і кількісною величиною ненормованих цілоденних невиходів на роботу.

Для оцінки рівня використання робочого часу використовуються показники, що характеризують співвідношення між елементами балансу робочого часу. Основними з них є такі показники:

– Коефіцієнт використання номінального фонду робочого часу,  $K_n$ ;

$$K_n = \frac{T_p}{T_n}, \quad (1.5)$$

де  $T_p$  – робочий режимний час;  $T_n$  – робочий номінальний час.

– Коефіцієнт ефективного використання номінального фонду робочого часу,  $K_{\text{ефн}}$ ;

$$K_{\text{ефн}} = \frac{T_{\text{еф}}}{T_n}, \quad (1.6)$$

де  $T_{\text{еф}}$  – робочий корисний час;  $T_n$  – робочий номінальний час.

– Коефіцієнт втрат часу,  $K_{\text{вч}}$ ;

$$K_{\text{вч}} = \frac{T_v}{T_p}, \quad (1.7)$$

де  $T_v$  – втрати робочого часу;  $T_p$  – робочий режимний час.

Ефективність праці працівників бюджетних закладів знаходить відображення в його продуктивності, рівень якої залежить від галузевої приналежності та вимірюється показниками виробітку, навантаження або

кількості об'єктів, що обслуговуються. Використання того чи іншого показника залежить від вимірювання об'єму послуг, що надаються. При цьому об'єм послуг може визначатися в розрахунку на одного працівника, на одного спеціаліста провідної категорії чи одну штатну одиницю. Крім того, продуктивність праці може бути виражена кількістю певних видів робіт за певну одиницю часу у порівнянні зі встановленим нормативом (година, день, тиждень).

У лікарнях обсяг роботи вимірюється кількістю лікарських відвідувань. Продуктивність праці працівників закладів охорони здоров'я може вимірюватися навантаженням на одного медичного працівника – на одного лікаря ( $H_v$ ) [37]. Розрахунок здійснюється за формулою:

$$H_v = \frac{P_r}{C_v}, \quad (1.8)$$

де  $P_r$  – кількість лікарських відвідувань на рік;  $C_v$  – середньорічна чисельність лікарів у закладі.

Продуктивність праці може бути виражена у рівні обслуговування, який характеризується кількістю ліжко-днів  $P_{л-д}$  на одного працівника медичного персоналу та визначається за формулою:

$$P_{л-д} = \frac{KД}{C_m}, \quad (1.9)$$

де  $KД$  – кількість ліжко-днів роботи лікарні за звітний період;  $C_m$  – середньорічна чисельність медичного персоналу в закладі. У процесі аналізу продуктивності праці необхідно встановити їх рівень, відхилення від плану (нормативу), виявити фактори, які обумовили ці відхилення, та конкретні причини.

Крім того, важливо встановити їх зміни у порівнянні з попереднім періодом. На зміну рівня продуктивності праці впливають багато факторів:

- екстенсивні (повнота використання робочого часу, зміна структури працюючих);

- інтенсивні (інтенсивність роботи окремих виконавців або функціонування мережі).

Розрахунок впливу факторів на зміну середньорічного виробітку одного працюючого проводиться способом абсолютних різниць. В якості показників повноти використання робочого часу прийнята середня кількість роботи одного працівника протягом звітної періоду і тривалість робочого дня. Інтенсивність праці визначається зміною кваліфікації працівників, безпосередньо здійснюючих прийом пацієнтів у лікарні. Вона вимірюється рівнем середньогодинної виробітки одного лікаря в поліклініці, жіночій консультації тощо.

За іншими джерелами [45] навантаженість лікаря амбулаторно-поліклінічного прийому визначають функцією лікарської посади:

$$\Phi_{\text{л}} = \frac{N_{\text{ф}}}{N_{\text{н}}} \times 100, \quad (1.10),$$

де  $\Phi_{\text{л}}$  – функція лікарської посади в поліклініці;  $N_{\text{ф}}$  – навантаження лікаря поліклініки фактичне,  $N_{\text{н}}$  – навантаження лікаря поліклініки нормативне.

Лікарі, що працюють у стаціонарі лікарні, прийом пацієнтів не ведуть. Взаємозв'язок між виробітком в розрахунку на одного лікаря ( $B_{\text{в}}$ ) і факторами, що його визначають, характеризуються виразом:

$$B_{\text{в}} = B_{\text{ч}} \times Y_{\text{в}} \times T_{\text{ч}} \times T_{\text{д}}, \quad (1.11)$$

де  $B_{\text{ч}}$  – середньогодинний виробіток одного лікаря;  $Y_{\text{в}}$  – питома вага лікарів, які ведуть прийом хворих, у загальній кількості лікарів;  $T_{\text{ч}}$  – середня тривалість робочого дня;  $T_{\text{д}}$  – середня кількість днів роботи одного лікаря у звітному періоді.

Розрахунок впливу факторів на зміну середньорічної кількості койко-днів, що приходить на одного працюючого проводиться методом ланцюгових підстановок. В якості факторів, що впливають на показники повноти використання койко-місць у лікарні, прийнята середня кількість койко-місць, тривалість перебування хворого в стаціонарі лікарні і

середньорічний оборот одного койко-місця. Взаємозв'язок між виробітком в розрахунку на одного лікаря  $C_k$  і факторами, що її визначають, характеризується виразом:

$$C_k = \frac{Ч_k \times ГО_k \times ПП_p}{Ч_{мп}}, \quad (1.12)$$

де  $Ч_k$  – середньорічне число койко-місць;  $ГО_k$  – річний оборот одного койко-місця;  $ПП_p$  – період перебування хворого в стаціонарі;  $Ч_{мп}$  – чисельність медичного персоналу лікарні.

Основною формою оплати праці в закладах охорони здоров'я є погодинна, яка має два різновиди – штатно-окладну й погодинну системи оплати. Штатно-окладна система оплати праці передбачає встановлення кожному працівникові місячного окладу (ставки) відповідно до посади, яку він обіймає, та інших факторів (рис. 1.3). При цьому перевиконання працівником обов'язкової норми трудового навантаження не веде до підвищення заробітної плати.

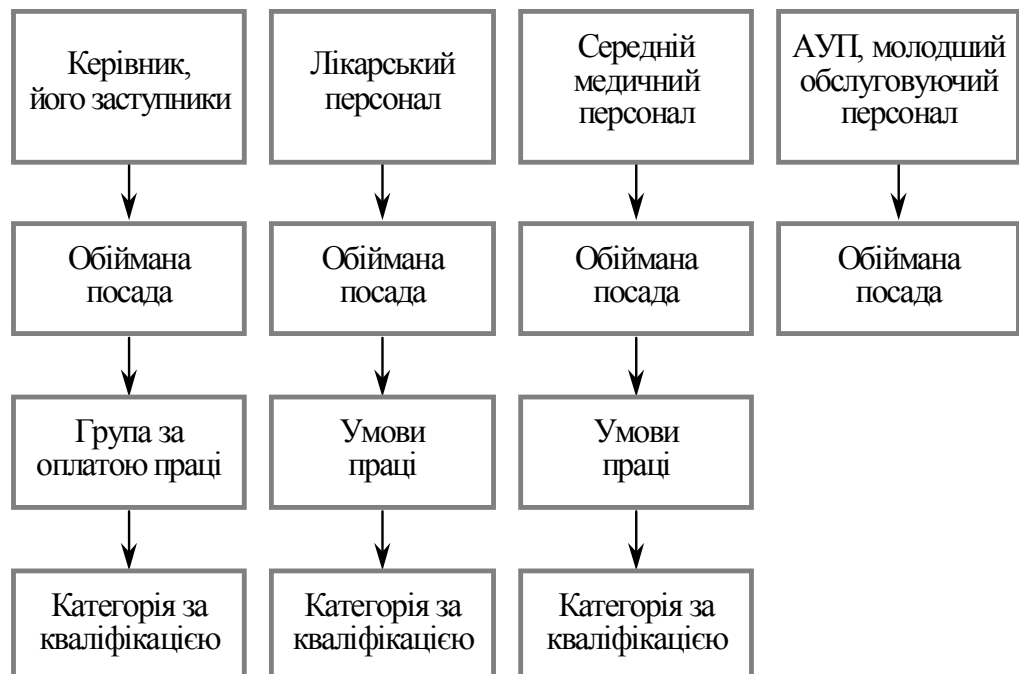


Рис. 1.3 Порядок встановлення посадових окладів працівників в установах охорони здоров'я [26].

Розмір заробітної плати працівників залежить від обійманої посади з урахуванням кваліфікаційної категорії, рівня освіти, стажу роботи, наявності почесних звань, відповідно до наказу МОЗ України від 05.10.2005 р. № 308/519 "Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення" зі змінами та доповненнями.

Система зарплати лікарів ґрунтується на встановленні ставки зарплати та системи підвищень і надбавок. Ставка заробітної плати залежить від посади (лікар-хірург, лікар-інтерн чи лікарі інших спеціальностей) та кваліфікаційної категорії. Крім того, ставка в частині надбавки може залежати від місцезнаходження лікарні – місто чи сільська місцевість. Надбавки до зарплати також встановлюються за шкідливі і небезпечні умови праці (інфекційні лікарні, рентген-кабінети), за роботу у вихідні і святкові дні та нічний час [8]. Ставки зарплати середнього медичного персоналу залежать від посади (медична сестра, акушерка, фельдшер, зубний лікар), категорії і стажу роботи. Для молодшого медичного персоналу ставки встановлені залежно від посади (сестра операційна, сестра-господиня, сестра-ванниця). На середній і молодший медперсонал поширюються надбавки за шкідливі умови праці та роботу у вихідні і святкові дні та нічний час. Для медичних працівників заробітна плата розраховується, виходячи з обсягів роботи – 0,25; 0,5; 0,75; 1,0; 1,25; 1,5 ставки. Дозволяється суміщати обов'язки медичної сестри та санітарки. Для адміністративно-управлінського та обслуговуючого персоналу встановлені тверді ставки заробітної плати.

В кожному закладі розраховується фонд заробітної плати, тобто сума грошових коштів, необхідних для оплати праці робітників за виконання встановленого обсягу робіт. Потреба закладу в коштах, що використовуються на оплату праці персоналу, регулюється планом по фонду заробітної плати. Фонд заробітної плати планується виходячи з планового числа штатних посад і середнього розміру посадових окладів, а також надбавок, доплат та інших грошових виплат персоналу. За умови зміни умов оплати праці



протягом року кошторисні призначення по фонду заробітної плати коригуються.

Задачами діагностики використання фонду заробітної плати є :

- оцінка обґрунтованості потреб;
- характеристика складу фонду заробітної плати за категоріями персоналу, структурним підрозділам і формам виплат;
- визначення повноти використання фонду в цілому по закладу і окремим категоріям персоналу;
- виявлення факторів та вимірювання їх впливу на зміну виплат з фонду оплати праці;
- характеристика рівня середньої ставки (посадового окладу) і факторів її зміни;
- перевірка відповідності росту витрат по фонду заробітної плати та обсягу роботи закладу;
- дослідження рівня організації оплати праці та попередження нерациональних виплат по фонду заробітної плати [25].

Аналіз фонду заробітної плати починають з характеристики виконання плану (кошторисних призначень) по цьому показнику в цілому, окремим його ланкам та категоріям персоналу. Конкретизувати причини відхилення дозволяє аналіз основних факторів зміни фонду заробітної плати за категоріями персоналу. На абсолютне відхилення по фонду заробітної плати впливають такі фактори:

- кількісний (зміна фактичної чисельності працівників по зрівнянню з плановою);
- якісний (зміна фактичної середньої заробітної плати по зрівнянню з плановою).

Вплив змін цих факторів на відхилення по фонду заробітної плати можна визначити за формулами, використовуючи при цьому прийом абсолютних різниць.

$$\Delta\Phi_{\text{кф}} = \Delta\text{Ч}_p \times \text{ЗП}_{\text{ср}}, \quad (1.13),$$

де  $\Delta\Phi_{\text{кф}}$  – зміни по фонду заробітної плати за рахунок зміни кількісного фактору;  $\Delta\text{Ч}_p$  – приріст (скорочення) чисельності працівників по зрівнянню з планом;  $\text{ЗП}_{\text{ср}}$  – середня заробітна плата одного працівника за планом.

$$\Delta\Phi_{\text{яф}} = \text{Ч}_p \times \Delta\text{ЗП}_{\text{ср}}, \quad (1.14),$$

де  $\Delta\Phi_{\text{яф}}$  – зміни по фонду заробітної плати за рахунок зміни якісного фактору;  $\text{Ч}_p$  – чисельність працюючих працівників за звітом;  $\Delta\text{ЗП}_{\text{ср}}$  – зміна фактичної середньої заробітної плати одного працюючого по зрівнянню з плановою її величиною [50].

## **1.6. Оцінка стану трудових ресурсів системи охорони здоров'я України**

Основні пріоритети державної політики в Україні спрямовані на досягнення як належного рівня життя громадян, характерного для найрозвинутіших світу, так і вдосконаленні специфічних соціальних, економічних стандартів розвитку суспільства. Підґрунтям реалізації поставлених державою пріоритетів є, безумовно, збереження та зміцнення здоров'я трудового потенціалу країни, що є одним з основних завдань системи охорони здоров'я.

Роль медичного працівника в забезпеченні населення якісною медичною допомогою важко переоцінити. Багато років вважалося, що в Україні формується надлишкова чисельність медичного персоналу. Це стало наслідком відповідної кадрової політики, що сприяла кадровому “дисбалансу” в забезпеченні лікувально-профілактичних закладів і “відтоку” кваліфікованих кадрів. На сьогодні спостерігається наростаюча та некерована міграція підготовленого медичного персоналу, у т.ч. в сусідні країни та за кордон. Україна є донором медичних кадрів для багатьох країн ЄС і США.

Процеси міграції медичних працівників з країни мають необоротний характер і призводять до наростання кадрового дефіциту в галузі.

Дефіцит кадрів існує, перш за все, у первинній ланці. Залишаються проблемними питання укомплектованості лікарських посад у фтизіатричній, патолого-анатомічній, рентгенологічній, лабораторній, педіатричній і санітарно-епідеміологічній службах. Отже, сьогодні українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи.

Питання кадрового забезпечення системи охорони здоров'я є частиною досліджень багатьох науковців, зокрема В.°Москаленка, Г. Слабкого, Я. Радиша, І. Солоненка, З. Гладуна, О. Перетяка, В. Рудня та інших, які детально розкрили окремі кадрові напрями.

На основі інформаційно-аналітичної документації Міністерства охорони здоров'я можна зробити висновок, що функціонування системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі не дозволяє досягнути задекларованої державою мети – поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного та справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг високої якості, а отже, вона не є ефективною [49].

В свою чергу, якість і доступність медичної допомоги залежить від забезпеченості населення медичним персоналом та його кваліфікації.

Аналіз структури видатків на охорону здоров'я показує, що впродовж останніх років майже 84-86 % бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці медичних працівників. Крім того необхідно констатувати, що найбільшу частку поточних видатків у системі охорони здоров'я становлять видатки на медичний персонал, що робить кадрові ресурси важливим економічним фактором, який слід брати до уваги при проведенні будь-яких реформ у системі надання медичної допомоги. В решті-решт, ефективність роботи галузі охорони здоров'я в кінцевому рахунку залежить від знань, вмінь та мотивації людей, що відповідають за надання медичних послуг [27].

Для виправлення непростої ситуації в медичній галузі в серпні 2010 року на публічне обговорення винесено проект Концепції Державної програми реформування системи охорони здоров'я, яким передбачається створення умов для забезпечення рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. За прогнозами урядовців, реалізація заходів Концепції позитивно впливатиме особливо на незахищені верстви населення, які страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги, а також усунення існуючих диспропорцій з доступу до медичних послуг на рівні міських і сільських територій. Відповідно до офіційної статистики, витрати населення перевищують третину від загального обсягу фінансування галузі (40 % у 2008 році) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг [49].

Одним із 27 пріоритетних питань Державної програми реформування системи охорони здоров'я, яка розрахована на 2011-2013 роки є кадрове, фінансове та матеріальне забезпечення щодо необхідності для задоволення потреб населення в медичній допомозі шляхом удосконалення кадрової політики. Важелі та механізми кадрової політики, які використовуються впродовж останніх років, розглянемо нижче.

Незаперечним є той факт, що від якості підготовки лікарів часто залежить не тільки здоров'я, а й життя людей. Підготовка кадрів для медичної галузі складається з декількох стратегічних етапів, першим з яких є навчання у вищих навчальних закладах. На тлі загальної соціально-демографічної кризи суспільства проблеми вищої медичної освіти в Україні є надзвичайно гострими і болючими. В Україні, на жаль, освітня доктрина немає достатньо високого професійного розвитку, що, у свою чергу, призводить до таких небажаних наслідків:

- низька конкурентоспроможність випускників вищих медичних навчальних закладів України;
- погіршення якості підготовки лікарів за останні 10-15 років;

- підготовка лікаря-професіонала передбачає навчання не лише в медичному університеті, але й післядипломне навчання за фахом (проходження інтернатури). Інтернатура включає очний (навчання в медичному університеті) і заочний цикли (практична робота в лікарні);

- вищі навчальні заклади на факультетах післядипломної освіти надають первинну післядипломну спеціалізацію (проходження інтернатури) та здійснюють підвищення кваліфікації кадрів, без проходження яких лікар не має права здійснювати медичну практику. Загальний ліцензований обсяг підготовки інтернів і підвищення кваліфікації лікарів становить у середньому 40630 осіб на рік.

Забезпечення закладів охорони здоров'я лікарськими кадрами проводиться за рахунок випускників вищих медичних навчальних закладів як державної, так і приватної форм власності. Міністерству охорони здоров'я України, яке є монополістом у розробленні кадрової політики у сфері охорони здоров'я, підпорядковуються 16 вищих медичних навчальних заклади, зокрема: Харківський національний медичний університет, Українська медична стоматологічна академія, Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, Одеський державний медичний університет, Луганський державний медичний університет, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Медичний інститут Української асоціації народної медицини, Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського, Івано-Франківський Державний медичний університет, Запорізький державний медичний університет, Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Дніпропетровська державна медична академія, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Буковинський державний медичний університет, Національний фармацевтичний університет, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця.

Також Міністерству підпорядковано три заклади післядипломної освіти із загальним ліцензованим обсягом прийому до інтернатури – 7650 осіб і

підвищення кваліфікації лікарів і провізорів у загальній кількості 46500 осіб: Запорізька медична академія післядипломної освіти, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Харківська медична академія післядипломної освіти.

Крім вищеназваних, функціонують чотири вищі навчальні заклади, які у своєму складі мають медичні факультети та здійснюють підготовку кадрів за напрямом “Медицина” і чотири вищі навчальні заклади, що здійснюють підготовку кадрів за напрямом “Фармація”, підпорядковані Міністерству освіти і науки України.

З розрахунку на 10 тис. населення чисельність студентів у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації в Україні становить 348, з них 130 осіб навчаються за бюджетні кошти. Підготовка кваліфікованого лікаря власним фінансуванням є дуже коштовною і вартість навчання в медичних вищих навчальних закладах значно відрізняється (рис. 1.4). Окрім того, станом на 2009 рік середня оплата навчання в інтернатурі за місяць очного циклу становила 940 грн., заочного – 400 грн..

Попри це встановлено, що державний сектор втрачає кожного п'ятого випускника, що навчався за державні кошти у вищих навчальних закладах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України.

Найвагомішим чинником “виштовхування” кадрів з медичної галузі є низький рівень оплати праці медичних працівників. Медична галузь на сьогодні є однією з найменш оплачуваних (рис. 1.5).

За офіційними даними, станом на 01 січня 2010 року середня заробітна плата в медичній галузі становила 1555 грн. (зокрема в лікарів – 2055 грн., у середнього медперсоналу – 1190 грн., молодшого медперсоналу – 1130,38 грн.). Іншими словами, зберігається постійне відставання оплати праці медиків.

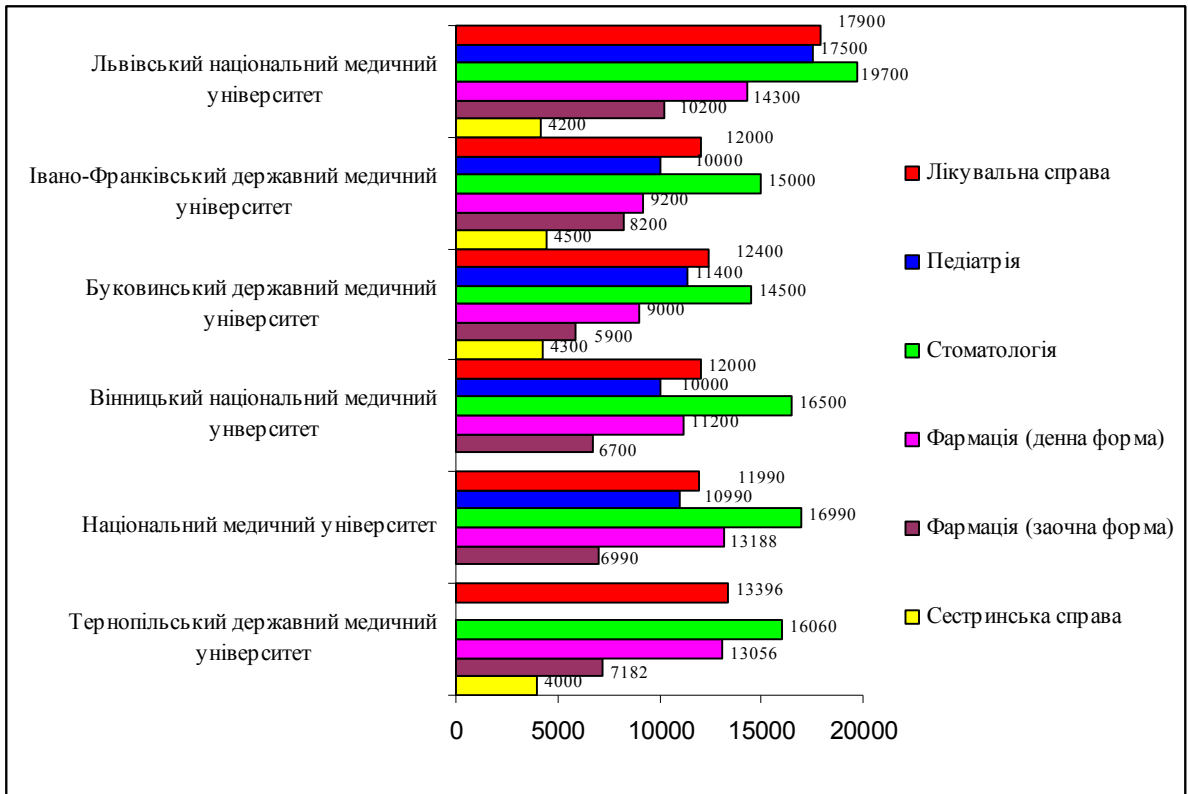


Рис.1.4 Кошторис оплати за навчання (грн.) у медичних університетах України за спеціальністю станом на 2009 рік



Рис.1.5 Середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності на початок 2010 року (у розрахунку на одного штатного працівника, грн.)

На основі вищевикладеного можна стверджувати, що реформа в охороні здоров'я не може бути повноцінною без кардинальних змін у системі оплати праці медичного персоналу. Ці зміни повинні бути спрямовані на вирішення двох складних завдань:

- підвищення рівня та вдосконалення системи оплати праці лікарів та іншого медичного персоналу з тим, щоб підняти рівень престижу медичної професії, а відтак, зменшити відтік кадрів з галузі;

- створення стимулів до підвищення професійної підготовки медичних кадрів, що впливатиме на збільшення ефективності надання послуг у системі охорони здоров'я.

Фактичний стан справ з кадрового забезпечення, що склався в системі охорони здоров'я України, потребує покращання. На кінець 2008 року укомплектованість штатних посад лікарями в лікувально-профілактичних закладах у цілому становила 77,8 %, а в сільських лікарських амбулаторіях – лише 68,4 %.

Дефіцит лікарів у системі охорони здоров'я складає 48 тис. осіб. Зростає кількість посад, зайнятих за сумісництвом, зокрема станом на 1998 рік ця цифра становила 25805, а в 2008 р. – 31087. Природна плінність лікарських кадрів становить 3200 – 3500 лікарів на рік.

Крім цього, серед працюючих лікарів з року в рік збільшується кількість осіб пенсійного віку, зокрема в 2008 році працювало 44,9 тис. пенсіонерів (22,9 %). За даними звітів лікарів, особи пенсійного віку становлять 24,3 %. Фактично, спостерігається тенденція до “старіння” працівників галузі охорони здоров'я.

Статистичні дані свідчать, що зростання рівня забезпеченості населення України лікарським персоналом водночас супроводжується невинним зниженням аналогічного показника серед молодших медичних спеціалістів. Співвідношення чисельності лікарів і середніх медичних працівників щороку скорочується (рис. 1.6).



Якщо на рис. 1.6 кількість лікарів в абсолютних числах мала тенденцію до зниження, то на рис. 1.7 показник забезпеченості лікарями на 100 тис. населення навпаки зростає. За інформацією Міністра охорони здоров'я, така кількість медичного персоналу дозволяє забезпечити належний рівень надання медичної допомоги, навіть показник забезпеченості лікарям в Україні вищий за середньоєвропейський. У підтвердження цьому наведемо рис. 1.8, на якому відображено забезпеченість медичним персоналом у країнах, де спостерігається один з найкращих показників тривалості життя. Однак показник забезпеченості лікарями-практиками, які безпосередньо надають медичну допомогу, – 26,8 на 10 тис. населення – стабільно знаходиться нижче середньоєвропейського рівня. Аналіз забезпеченості населення лікарями основних спеціальностей показує значну перевагу медичних спеціалістів у сфері стаціонарної допомоги. Цей процес слабко асоціюється з проголошеним у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (2000 р.) пріоритетом розвитку первинної медико-санітарної допомоги. За розрахунками вітчизняних експертів, потреба української охорони здоров'я в сімейних лікарях становить понад 30 тис. чоловік.

Це дійсно потребує докорінної перебудови діяльності вищої медичної школи, орієнтації її на реальні потреби у трудових ресурсах практичної охорони здоров'я з урахуванням майбутнього реформування.

На відміну від більшості країн світу, де особливу увагу в кадровій політиці приділяють формуванню первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальнолікарської практики як найбільш економічної, доступної та близької до населення, українська охорона здоров'я орієнтувалася на вузьку спеціалізацію кадрового потенціалу, на переважання стаціонарної сфери медичних послуг над амбулаторною. Прорахунки і недоліки в організації первинної медико-санітарної допомоги призвели до компенсаторного розвитку найдорожчих видів медичної допомоги (спеціалізованої, стаціонарної, швидкої медичної допомоги), що сприяло

подальшому нераціональному використанню ресурсів, значному кадровому дисбалансу на ринку трудових ресурсів у галузі, до наявності надлишкової кількості лікарів у сфері спеціалізованої медичної допомоги і різкого дефіциту фахівців первинної ланки. Якщо частка лікарів первинної ланки (сімейних лікарів) перевищує 40% у багатьох європейських країнах (у Франції вона сягає 54%), то в українській охороні здоров'я частка фахівців первинної ланки становить близько 15%, причому чисельність сімейних лікарів балансує в межах кількох відсотків.

Як свідчить досвід інших країн, для залучення висококваліфікованих фахівців у первинну ланку та мотивації їх до виконання різноманітних і складних функцій, зокрема великого обсягу профілактичної роботи, організації медичних маршрутів пацієнтів тощо необхідно забезпечити найбільш високий рівень їх оплати праці порівняно з іншими медичними професіями, що не спостерігається в Україні.

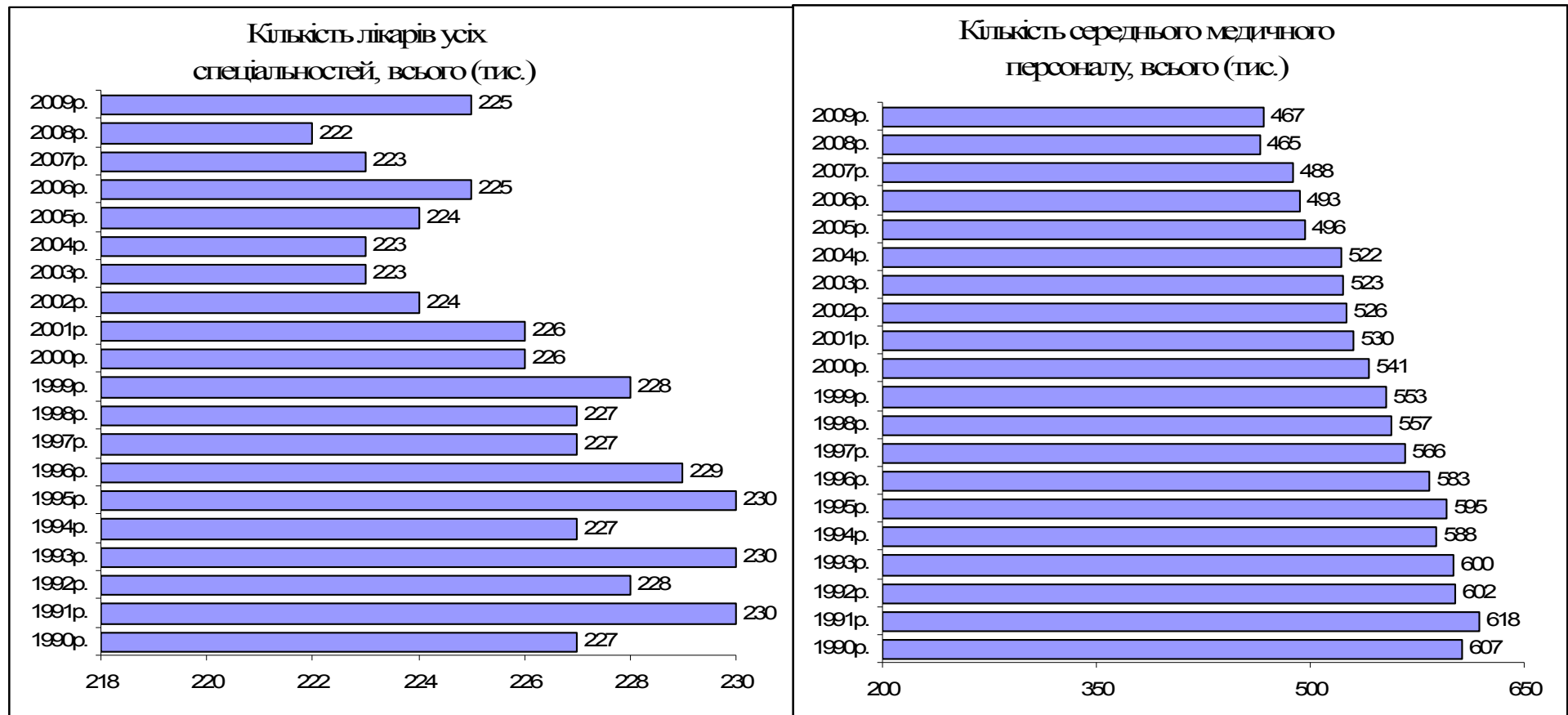


Рис.1.6 Забезпеченість медичними кадрами лікувально-профілактичних установ за роками  
(за даними Держкомстату)

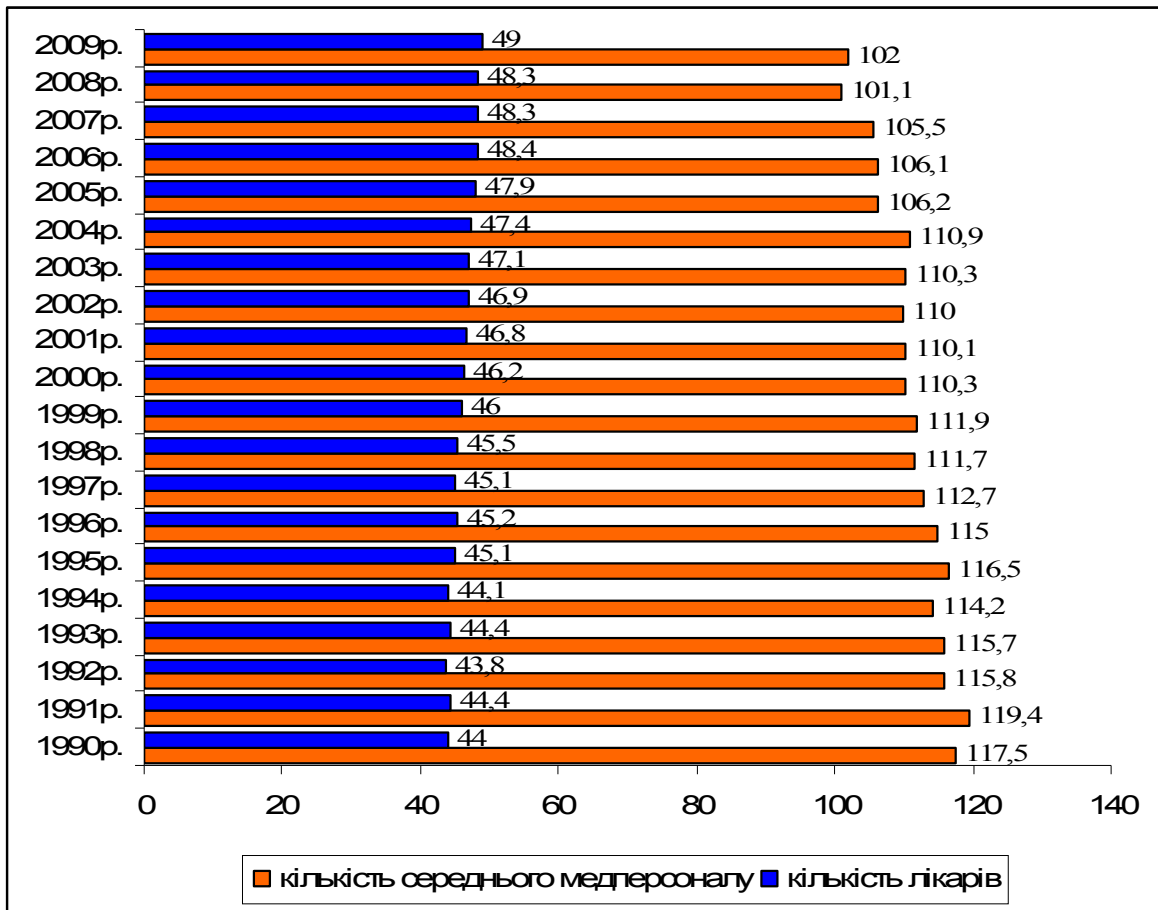


Рис. 1.7 Забезпеченість медичними кадрами на 10 тис. населення

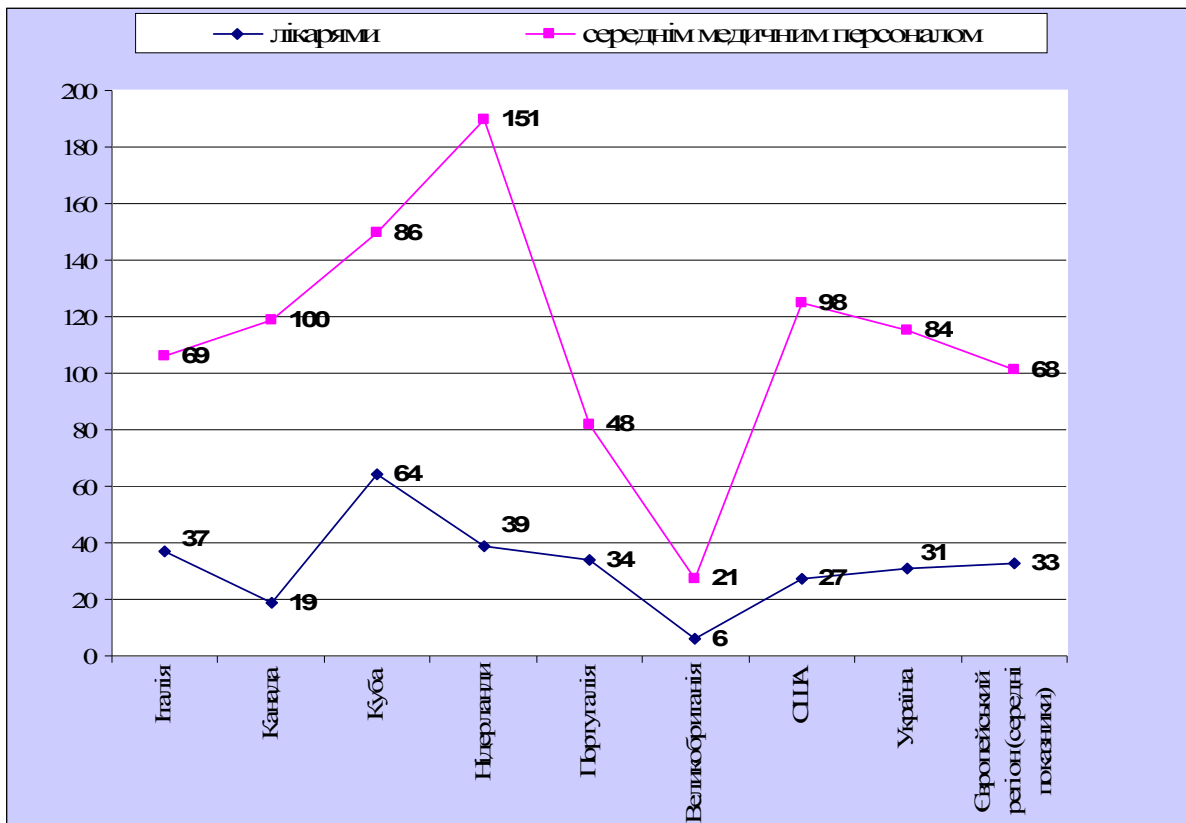


Рис.1.8 Забезпеченість медичним персоналом 10 тис. населення в 2009 році

## **2. ДІАГНОСТИКА ВИКОРИСТАННЯ ТРУДОВИХ РЕСУРСІВ**

### **2.1. Організаційно-економічна характеристика підприємства**

Комунальний заклад “Херсонська міська клінічна лікарня ” заснований у 1914 році. Є багатопрофільним лікувально-профілактичним закладом, з потужною діагностичною базою, в структуру якого входять:

1. Дві поліклініки для обслуговування дорослого населення (забезпечують щоденно 3400 відвідувань та 370 викликів).
2. Дві поліклініки для обслуговування дитячого населення (забезпечують щоденно 1150 відвідувань та 150 викликів).
3. Стоматологічна поліклініка (забезпечує 350 відвідувань в день).
4. Стаціонар на 370 ліжок.
5. Амбулаторія сімейних лікарів.
6. Поліклініка №3 для дорослих і дітей за сімейним типом обслуговування, прикріплене населення 9,0 тис. населення.
7. Один лікарський оздоровчий пункт (ХДУ).
8. 4 фельдшерських оздоровчих пунктів в учбових закладах.
9. Дитяча молочна кухня потужністю 4 тис. порцій в зміну.
10. Навчально-тренувальний центр.
11. Фельдшерсько-акушерський пункт с. Степанівка.

У лікарні працюють два заслужених лікаря України, 3 кандидати медичних наук, 22 відмінники охорони здоров'я.

Лікарня працює за комплексним планом, розробленим у відповідності з головними задачами, що стоять перед колективом.

Значна увага приділяється впровадженню в діяльність підрозділів лікарні сучасних, мало витратних форм медичного обслуговування, раціональної організації праці, досягнень медичної науки, та нових лікувально-діагностичних та комп'ютерних технологій.

Керівництво лікарні приділяє постійну і значну увагу лібералізації лікувального процесу, питанням етики, естетики, комфортності перебування пацієнтів у лікувальному закладі, створенню кращих умов праці для медичного персоналу.

Організаційна структура апарату управління Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня” представляє собою лінійно-функціональну систему управління. Керівником закладу є головний лікар, який призначається на посаду управлінням охорони здоров’я Херсонської міської ради. Порядок діяльності головного лікаря і прийняття ним рішень встановлюється Статутом та внутрішніми документами об’єднання. Безпосередньо головному лікарю підкоряються: заступник головного лікаря з медичної частини, заступник головного лікаря з поліклінічного розділу роботи, заступник головного лікаря з економічних питань, заступник головного лікаря з технічних питань, заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи, заступник головного лікаря з дитинства, головний бухгалтер, інженер з охорони праці та техніки безпеки.

Оцінка основних техніко-економічних показників діяльності закладу є першочерговою задачею будь-якого економічного аналізу підприємства. Змістом економічного аналізу є комплексне вивчення виробничо-господарської діяльності підприємства з метою об’єктивної оцінки досягнутих результатів. Проведемо розрахунок основних техніко-економічних показників Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня” за період з 2008 по 2010 роки та представимо результати розрахунків у вигляді таблиці 2.1.

Аналізуючи техніко-економічні показники, можна зробити висновок про те, що Комунальний заклад “Херсонська міська клінічна лікарня ” має стабільні результати. В цілому по лікарні надходження зросли в 2009 році на 5732 тис. грн. (19,3%), в 2010 році – на 6773 тис. грн. (19,2%). Протягом звітного періоду надходження з місцевого бюджету Протягом звітного періоду надходження з місцевого бюджету збільшилися в 2009 році в 2010

році – на 23,3% по зрівнянню з 2009 роком. Відповідно за звітний період збільшилися видатки. У структурі видатків в 2010 році це пов'язано зі значним підвищенням мінімальної заробітної плати (з 744 грн. в грудні 2009 року до 869 грн. з 01 січня 2010 року) та встановленням надбавки за вислугу років медичним працівникам (на 28,6% у порівнянні з 2009 роком), з ростом цін та змінами обсягів закупівель медикаментів, підвищенням тарифів на енергоносії. Фінансування лікарні за рахунок коштів загального фонду походилося на 100%.

Надходження позабюджетних коштів зросли в 2009 році на 55,1% по зрівнянню з 2008 роком за рахунок збільшення обсягу надання медичних послуг, оренди приміщень та благодійних внесків; зменшення надходження позабюджетних коштів в 2010 році, у порівнянні з 2009 роком на 5% виникло за рахунок зменшення гуманітарної допомоги. Одночасно збільшилися витрати лікарні в 2009 році на 1824 тис. грн. (56,3%), в 2010 році спостерігається зменшення витрат 213 тис. грн. (4,2%). Залишок коштів на 01 січня 2009 року становив 87 тис. грн., з них 40 тис. грн. – це передплата від населення на виготовлення молочних сумішей. 47 тис. грн. було спрямовано в 2009 році на закупівлю медичного обладнання.

Залишок коштів на 01 січня 2010 року становив 97 тис. грн., з них 44 тис. грн. - передплата від населення на виготовлення молочних сумішей. В 2010 році 53 тис грн. були спрямовані на закупівлю овочеочисної машини та рентген-обладнання.

Залишок коштів на 01 січня 2011 року становить 51 тис. грн., що є передплатою від населення на виготовлення молочних сумішей та зубопротезування. Середньорічна кількість ставок зросла в 2009 році на 9,75 (0,7%), в тому числі: за рахунок лікарського персоналу – 0,75, середнього медичного персоналу – 6,5, молодшого медичного персоналу – 2,5; в 2010 році – на 2,0 (0,1%), в тому числі: за рахунок молодшого медичного персоналу – 1,75, іншого персоналу – 3,0, проте кількість фактично зайнятих лікарських ставок зменшилася на 2,75.

Таблиця 2.1

Динаміка основних техніко-економічних показників Комунального закладу  
 “Херсонська міська клінічна лікарня ” за період з 2008 по 2010 роки

| Показники  | 2008   | 2009     |                 |               | 2010     |                 |               |
|--|--------|----------|-----------------|---------------|----------|-----------------|---------------|
|  |        | Значення | Абсолютна зміна | Темп росту, % | Значення | Абсолютна зміна | Темп росту, % |
| Доходи, тис. грн.  | 29643  | 35375    | 5732            | 119,3         | 42153    | 6778            | 119,2         |
| - бюджетні   | 26316  | 30214    | 3898            | 114,8         | 37251    | 7037            | 123,3         |
| - позабюджетні   | 3327   | 5161     | 1834            | 155,1         | 4902     | -259            | 95,0          |
| Видатки, тис.грн.  | 29556  | 35278    | 5722            | 119,4         | 42102    | 6824            | 119,3         |
| - бюджетні   | 26316  | 30214    | 3898            | 114,8         | 37251    | 7037            | 123,3         |
| - позабюджетні   | 3240   | 5064     | 1824            | 156,3         | 4851     | -213            | 95,8          |
| Середньорічна кількість зайнятих ставок                          | 1370   | 1379,75  | 9,75            | 100,7         | 1381,75  | 2               | 100,1         |
| - лікарський персонал  | 300    | 300,75   | 0,75            | 100,3         | 298      | -2,75           | 99,1          |
| - середній медичний персонал                                     | 520    | 526,5    | 6,5             | 101,3         | 526,5    | 0               | 100,0         |
| - молодший медичний персонал                                     | 250    | 252,5    | 2,5             | 101,0         | 254,25   | 1,75            | 100,7         |
| - спеціалісти (немедики)   | 60     | 60       | 0               | 100,0         | 60       | 0               | 100,0         |
| - інший персонал   | 240    | 240      | 0               | 100,0         | 243      | 3               | 101,3         |
| Фонд оплати праці (річний), тис.грн., в т.ч.:                    | 14834  | 16737    | 1902,9          | 112,8         | 21525,4  | 4788,4          | 128,6         |
| - лікарський персонал  | 4753,5 | 5290,2   | 536,7           | 111,3         | 6626,1   | 1335,9          | 125,3         |
| - середній медичний персонал                                     | 5464,4 | 6182,8   | 718,4           | 113,1         | 7810,7   | 1627,9          | 126,3         |
| - молодший медичний персонал                                     | 1967,6 | 2237,7   | 270,1           | 113,7         | 3033,3   | 795,6           | 135,6         |
| - спеціалісти (немедики)   | 730,3  | 744      | 13,7            | 101,9         | 852,5    | 108,5           | 114,6         |
| - інший персонал   | 1918,3 | 2282,3   | 364             | 119,0         | 3202,8   | 920,5           | 140,3         |
| Середньомісячна заробітна плата одного працівника, грн., в т.ч.: | 902,32 | 1010,87  | 108,55          | 112,0         | 1298,20  | 287,33          | 128,4         |



Продовження таблиці 2.1

|  |         |         |        |       |         |        |       |
|--|---------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|
| - лікарський персонал                              | 1320,42 | 1465,84 | 145,42 | 111,0 | 1852,94 | 387,1  | 126,4 |
| - середній медичний персонал                       | 875,71  | 978,60  | 102,9  | 111,8 | 1236,26 | 257,66 | 126,3 |
| - молодший медичний персонал                       | 655,87  | 738,51  | 82,648 | 112,6 | 994,20  | 255,68 | 134,6 |
| - спеціалісти (немедики)                           | 1014,31 | 1033,33 | 19,028 | 101,9 | 1184,02 | 150,69 | 114,6 |
| - інший персонал                                   | 666,08  | 792,47  | 126,39 | 119,0 | 1098,35 | 305,89 | 138,6 |
| Середньорічне число ліжок, шт.                     | 370     | 370     | 0      | 100,0 | 370     | 0      | 100,0 |
| Середньорічний оборот 1 ліжка-місця на рік         | 28,2    | 27,8    | -0,4   | 98,6  | 33,05   | 5,25   | 118,9 |
| Середньорічна балансова вартість основних засобів, | 30330   | 31770   | 1440   | 104,7 | 32188   | 418    | 101,3 |
| Фондоозброєність, тис. грн. на 1 лікаря тис. грн.  | 101,10  | 105,64  | 4,54   | 104,5 | 108,01  | 2,3775 | 102,3 |
| Матеріальні запаси, тис. грн.                      | 5,650   | 7,382   | 1,732  | 130,7 | 8,090   | 0,708  | 109,6 |

Річний фонд оплати праці зріс на 1903 тис. грн. (12,83%) через підвищення заробітної плати працівникам бюджетної сфери в 2009 році та на 4788 тис. грн. (28,6%) в 2010 році. Відповідно зросла і середньомісячна заробітна плата одного працівника на 94,47 грн. (10,39%) в 2009 році та на 287,33 грн. (28,4%) в 2010 році. Середньорічне число ліжок залишилося незмінним, що свідчить про укомплектованість лікарні ліжко-місцями. Зменшився середньорічний оборот одного ліжка-місця до 27,8 на рік (на 1,42%) в 2009 році. В 2010 році, навпаки, спостерігається збільшення цього показника на 18,9% і становить 33,05 на рік. Середньорічна балансова вартість основних засобів зросла на 1440 тис. грн. (4,75%) в 2009 році та на 418 тис. грн. (1,3%) через проведену переоцінку балансової вартості основних засобів та придбання нового обладнання. Відповідно зросла фондоозброєність на 4,54 тис. грн. (4,5%) в 2009 році та 2,38 тис. грн. (2,3%) в 2010 році. Матеріальні запаси збільшилися на 1,732 тис. грн. (30,7%) в 2009 році та на 0,708 тис. грн. (9,6%) в 2010 році через збільшення лікарських відвідувань в поліклініках і підвищення об'єму їх використання.

## 2.2. Діагностика забезпеченості закладу трудовими ресурсами

Першим етапом аналізу використання трудових ресурсів закладу є оцінка забезпеченості лікарні трудовими ресурсами та руху робочої сили.

Основними об'єктами аналізу на даному етапі є: склад і структура персоналу, забезпеченість закладу персоналом (освітній рівень, кваліфікація, професійний склад), плинність кадрів.

У мережі охорони здоров'я структура базується на виділенні таких основних категорій працівників:

1. лікарі;
2. середній медичний персонал;
3. молодший медичний персонал;
4. спеціалісти (не медики)
5. інший персонал .

Група середнього медичного персоналу складається з фельдшерів, акушерок, медичних сестер, зубних техніків, лаборантів та ін.

До молодшого медичного персоналу відносять сестер-господарок, молодших медичних сестер (санітарок), нянь тощо.

Забезпеченість закладів трудовими ресурсами визначається порівнянням фактичної кількості працюючих за категоріями з плановою потребою. Особлива увага приділяється аналізу забезпеченості закладу працівниками найбільш важливих професій – лікарями.

Необхідно аналізувати не тільки кількісний, а й якісний склад трудових ресурсів, який характеризується професійно-кваліфікаційним рівнями, статевовіковою і внутрішньовиробничою структурами. Періодичний аналіз професійного складу працівників має важливе значення для поліпшення виробничого процесу, дозволяє проводити оперативні заходи, спрямовані на покращення професійного складу підприємства. Аналіз забезпеченості трудових ресурсів розглянемо на даних таблиці 2.2.

З приведених даних видно, що фактична чисельність працівників поступово збільшується з 1290 чол. в 2008 році до 1328 чол. в 2010 році, проте спостерігається зниження показників абсолютного та відносного відхилення від загальної потреби. Так, в 2009 році фактична чисельність працівників становила 95,3%, в 2010 році – 94,4% від загальної потреби, в тому числі:

- по лікарському персоналу – 88,3% і 88,3 відповідно;
- по середньому медичному персоналу – 99,8% і 98,7% відповідно;
- по молодшому медперсоналу – на 93,7% і 89,6% відповідно;
- спеціалістам-немедикам – на 93,3% і 95% відповідно;
- по іншому персоналу – 96,3% і 97,1% відповідно.

У процесі аналізу забезпеченості закладу трудовими ресурсами також використовується коефіцієнт укомплектованості персоналом ( $K_{уп}$ ), який характеризується відношенням кількості зайнятих посад ( $\Pi_{факт}$ ) до затвердженої кількості штатних посад ( $\Pi_{пл}$ ).

$$K_{уп} = \frac{\Pi_{факт}}{\Pi_{пл}} \quad (2.1)$$

Дані для аналізу укомплектованості персоналом наведені в таблиці 2.3.

З даних таблиці 2.3 видно, що укомплектованість персоналом в 2009 році знизилася на 1% у порівнянні з 2008 роком. В 2010 році коефіцієнт укомплектованості персоналом знаходиться на рівні 2009 року.

Поступово збільшується кількість вакантних ставок: 15,75 – в 2008 році, 21,25 – в 2009 році, 26,25 – в 2010 році. Особливо це стосується лікарських посад: з 0,5 ставки в 2008 році до 12,50 ставки в 2010 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.

Укомплектованість закладів штатними одиницями при граничній кількості спеціалістів забезпечується за рахунок сумісництва за посадами.

Аналіз і оцінка забезпеченості Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня”  
 трудовими ресурсами за період з 2008 по 2010 роки.

| Категорії персоналу    | Чисельність в 2008 році | Чисельність в 2009 році |      | Відхилення (+,-) |             |               |             | Виконання плану, % | Чисельність в 2010 році |             | Відхилення (+,-) |       |               |             | Виконання плану, % |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|------|------------------|-------------|---------------|-------------|--------------------|-------------------------|-------------|------------------|-------|---------------|-------------|--------------------|
|                        |                         |                         |      | До потреби       |             | Від 2008 року |             |                    |                         |             | До потреби       |       | Від 2009 року |             |                    |
|                        |                         | Потреба                 | Факт | Абсолютне        | Відносне, % | Абсолютне     | Відносне, % |                    | Абсолютне               | Відносне, % | Потреба          | Факт  | Абсолютне     | Відносне, % |                    |
| Лікарський персонал    | 264                     | 300                     | 265  | -35              | -11,7       | 1             | 0,4         | 88,3               | 300                     | 265         | -35              | -11,7 | 0,0           | 0,0         | 88,3               |
| Середній медперсонал   | 539                     | 535                     | 534  | -1               | -0,2        | -5            | -0,9        | 99,8               | 544                     | 537         | -7               | -1,3  | 3,0           | 0,6         | 98,7               |
| Молодший медперсонал   | 242                     | 255                     | 239  | -16              | -6,3        | -3            | -1,2        | 93,7               | 260                     | 233         | -27              | -10,4 | -6,0          | -2,5        | 89,6               |
| Спеціалісти (немедики) | 56                      | 60                      | 56   | -4               | -6,7        | 0             | 0,0         | 93,3               | 60                      | 57          | -3               | -5,0  | 1,0           | 1,8         | 95,0               |
| Інший персонал         | 189                     | 242                     | 233  | -9               | -3,7        | 44            | 23,3        | 96,3               | 243                     | 236         | -7               | -2,9  | 3,0           | 1,3         | 97,1               |
| Всього                 | 1290                    | 1392                    | 1327 | -65              | -4,7        | 37            | 2,9         | 95,3               | 1407                    | 1328        | -79              | -5,6  | 1,0           | 0,1         | 94,4               |

Таблиця 2.3

Укомплектованість персоналом у Комунальному закладі “Херсонська міська клінічна лікарня” за період з 2008 по 2010 роки

| Категорія персоналу    | Затверджено посад за штатним розписом | Фактично зайнято посад | відхилення |                 |
|------------------------|---------------------------------------|------------------------|------------|-----------------|
|                        |                                       |                        | +/-        | К <sub>уп</sub> |
| 2008                   |                                       |                        |            |                 |
| Лікарський персонал    | 302,00                                | 301,50                 | -0,50      | 1,00            |
| Середній медперсонал   | 535,00                                | 526,75                 | -8,25      | 0,98            |
| Молодший медперсонал   | 255,75                                | 249,50                 | -6,25      | 0,98            |
| Спеціалісти-немедики   | 60,00                                 | 60,00                  | 0,00       | 1,00            |
| Інший персонал         | 230,00                                | 229,25                 | -0,75      | 1,00            |
| Кількість посад всього | 1382,75                               | 1367,00                | -15,75     | 0,99            |
| 2009                   |                                       |                        |            |                 |
| Лікарський персонал    | 302,00                                | 298,50                 | -3,50      | 0,99            |
| Середній медперсонал   | 535,00                                | 524,00                 | -11,00     | 0,98            |
| Молодший медперсонал   | 255,75                                | 248,75                 | -7,00      | 0,97            |
| Спеціалісти-немедики   | 60,00                                 | 60,00                  | 0,00       | 1,00            |
| Інший персонал         | 242,25                                | 242,50                 | 0,25       | 1,00            |
| Кількість посад всього | 1395,00                               | 1373,75                | -21,25     | 0,98            |
| 2010                   |                                       |                        |            |                 |
| Лікарський персонал    | 309,25                                | 296,75                 | -12,50     | 0,96            |
| Середній медперсонал   | 544,50                                | 537,50                 | -7,00      | 0,99            |
| Молодший медперсонал   | 260,50                                | 254,50                 | -6,00      | 0,98            |
| Спеціалісти-немедики   | 60,00                                 | 60,00                  | 0,00       | 1,00            |
| Інший персонал         | 243,75                                | 243,00                 | -0,75      | 1,00            |
| Кількість посад всього | 1418,00                               | 1391,75                | -26,25     | 0,98            |

Розрахуємо коефіцієнт сумісництва медичних працівників  $K_{см}$  за формулою:

$$K_{см} = \frac{D_{шт}}{D_{фл}},$$

де  $D_{шт}$  – кількість штатних одиниць за штатним розписом;  $D_{фл}$  – чисельність працюючих у закладі фізичних осіб.

Аналіз рівня сумісництва медичних працівників розглянемо на даних таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Рівень сумісництва медичних працівників в Комунальному закладі  
“Херсонська міська клінічна лікарня” за період з 2008 по 2010 роки

| Показники              | 2008р. | 2009р. | 2010р. |
|------------------------|--------|--------|--------|
| За штатним розписом    | 837    | 837    | 853,75 |
| Фактично зайнято посад | 828,25 | 822,5  | 834,25 |
| Фізичних осіб          | 694    | 705    | 716    |
| Коефіцієнт сумісництва | 1,19   | 1,17   | 1,17   |

Як видно з таблиці 2.4 коефіцієнт сумісництва протягом звітного періоду змінився незначно з 1,19 в 2008 році до 1,17 в 2010 році. Пониження коефіцієнта сумісництва пов’язане зі зростанням чисельності працюючих. Проте це дуже високий показник, який свідчить про те, що укомплектованість персоналом досягається за рахунок сумісництва, а це небажане явище, оскільки може призвести до зниження якості обслуговування населення. Важливим показником забезпеченості трудовими ресурсами є рівень кваліфікації окремих категорій працівників, який можна проаналізувати за стажем роботи та наявності в них кваліфікаційних категорій і сертифікатів. Рівень кваліфікації працівників пов’язаний з якістю підготовки і перепідготовки працівників, характер і напрямок кадрової політики закладу. Аналіз якісного складу медичного персоналу за їх віком, статтю, кваліфікацією та стажем роботи наведено в таблицях 2.5, 2.6 і 2.7. Порівнюючи показники за 2008-2010 роки можна зробити такі висновки:

- Комунальний заклад “Херсонська міська клінічна лікарня” має достатньо високий кваліфікаційний рівень підготовки медичних працівників. В 2008 році зі загальної кількості медпрацівників мали категорію 75,72%, в 2009 році – 75,22%, в 2010 році – 74,56%. Відхилення на 1,16% в 2010 році по зрівнянню з 2008 роком пов’язано з прийняттям на роботу молодих спеціалістів і звільненням працівників, які мали категорію;

- серед медичних працівників 64,4% (2008р.), 64,3% (2009р.), 64,2% (2010р.) працюючих мають стаж більше 10 років, що є позитивним

моментом. Незначне зменшення вищезазначеного показника протягом звітнього періоду пов'язане зі звільненням більш досвідчених працівників. Проте той факт, що за тривалістю роботи кожен третій медичний працівник працює понад 20 років, засвідчує недостатність припливу молоді. спостерігається тенденція до старіння медичних працівників. За звітами форми №20 20 за 2008-2010 роки кількість пенсіонерів серед медичних працівників зросла в середньому на 1,8%;

- розподіл працівників за статтю засвідчує дуже високу питому вагу жінок і становить (78%). Жінки кількісно переважають чоловіків в усіх категоріях медичних працівників. Найнижча вона серед лікарів (60,7%), найвища – серед молодшого медичного персоналу. Пояснюється це, насамперед, специфікою праці в сфері охорони здоров'я, яка є більш прийнятною серед жінок, ніж чоловіків.

- в середньому 37 % медичного персоналу мають стаж роботи понад 20 років, вищу кваліфікаційну категорію мають 17%.

За даними відділу кадрів наймолодшими у структурі медичного персоналу є медичні сестри та молодші медичні сестри (санітарки), найстаршими – лікарі. Це можна пояснити тим, що рівень кваліфікації, необхідний для доброякісного виконання посадових функцій, та специфіка праці є різними для кожної групи медичних працівників. Так, професійне навчання лікарів є значно тривалішим у порівнянні з іншими категоріями медичного персоналу, а набуті навички настільки унікальними, що їх використання в інших галузях економіки є практично неможливим. Все це суттєво знижує міжгалузеву мобільність лікарів у майбутньому: Пропрацювавши у сфері охорони здоров'я багато років, вони досить рідко наважуються на зміну роду діяльності. Натомість, праця середнього та молодшого медичного персоналу не потребує тривалого навчання, а її специфіка є такою, що робить можливим застосування набутих навичок поза сферою охорони здоров'я (особливо це стосується молодшого медичного персоналу).

Таблиця 2.5

Якісний склад працівників Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня” за 2008 рік”

| 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, % |
|-----------------|-------------------------------|----------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------|---|-------------------------------|----------------|-----------|-----------|----------------|
| До 18           | -                             |                | До 3                                  | 180                           | 22,4           | Без кат.                                    | 232                           | 28,9           | Чоловіки  | 289       | 22             |
| 18-30           | 390                           | 30,2           | 3-10                                  | 106                           | 13,2           | II  | 186                           | 23,2           |           |           |                |
| 30-40           | 260                           | 20,2           | 10-20                                 | 217                           | 27,0           | I   | 245                           | 30,5           |           |           |                |
| 40-50           | 301                           | 23,3           | 20-30                                 | 130                           | 16,2           |   | вища                          | 140            | 17,4      | жінки     | 1001           |
| 50-60           | 296                           | 22,9           | Більше 30                             | 170                           | 21,2           |   |                               |                |           |           |                |
| Старше 60       | 43                            | 3,3            |                                       |                               |                |   |                               |                |           |           |                |
| Разом           | 1290                          | 100            | Разом                                 | 803                           | 100,0          | Разом                                       | 803                           | 100,0          | Разом     | 1290      | 100            |



Таблиця 2.6

Якісний склад працівників Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня” за 2009 рік

| 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, % |
|-----------------|-------------------------------|----------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------|---|-------------------------------|----------------|-----------|-----------|----------------|
| До 18           | -                             |                | До 3                                  | 176                           | 22,0           | Без кат.                                    | 263                           | 32,9           | Чоловіки  | 292       | 22             |
| 18-30           | 398                           | 30,0           | 3-10                                  | 109                           | 13,6           | II  | 153                           | 19,1           |           |           |                |
| 30-40           | 273                           | 20,6           | 10-20                                 | 213                           | 26,7           | I   | 244                           | 30,5           |           |           |                |
| 40-50           | 308                           | 23,2           | 20-30                                 | 129                           | 16,1           |   | вища                          | 139            | 17,4      | жінки     | 1035           |
| 50-60           | 303                           | 22,8           | Більше 30                             | 172                           | 21,5           |   |                               |                |           |           |                |
| Старше 60       | 45                            | 3,4            |                                       |                               |                |   |                               |                |           |           |                |
| Разом           | 1327                          | 100            | Разом                                 | 799                           | 100            | Разом                                       | 799                           | 100            | Разом     | 1327      | 100            |

Таблиця 2.7

Якісний склад працівників Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня” за 2010 рік

| 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, % |
|-----------------|-------------------------------|----------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------|---|-------------------------------|----------------|-----------|-----------|----------------|
| До 18           | -                             |                | До 3                                  | 180                           | 22,4           | Без кат.                                    | 204                           | 25,4           | Чоловіки  | 294       | 22             |
| 18-30           | 402                           | 30,3           | 3-10                                  | 107                           | 13,3           | II  | 221                           | 27,6           |           |           |                |
| 30-40           | 276                           | 20,8           | 10-20                                 | 215                           | 26,8           | I   | 236                           | 29,4           |           |           |                |
| 40-50           | 298                           | 22,4           | 20-30                                 | 127                           | 15,8           |   |                               |                |           |           |                |
| 50-60           | 307                           | 23,1           | Більше 30                             | 173                           | 21,6           | вища  | 141                           | 17,6           | жінки     | 1034      | 78             |
| Старше 60       | 45                            | 3,4            |                                       |                               |                |   |                               |                |           |           |                |
| Разом           | 1328                          | 100            | Разом                                 | 802                           | 100            | Разом                                       | 802                           | 100            | Разом     | 1328      | 100            |

Одним з необхідних умов ефективної роботи персоналу є стабільність складу працівників, що пояснюється з персоніфікованим характером праці спеціалістів. Для аналізу руху трудових ресурсів закладу використаємо дані таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Рух трудових ресурсів у Комунальному закладі  
“Херсонська міська клінічна лікарня” за період з 2008 по 2010 роки

| Назва показника                       | 2008 | 2009 | 2010 | Відхилення 2010 року від 2008 року |       |
|---------------------------------------|------|------|------|------------------------------------|-------|
|                                       |      |      |      | +/-                                | %     |
| Прийнято працівників                  | 187  | 170  | 142  | -45                                | -24,1 |
| Звільнені, у т.ч.                     | 202  | 133  | 141  | -61                                | -30,2 |
| - за власним бажанням                 | 136  | 105  | 106  | -30                                | -22,1 |
| - порушення трудової дисципліни       | 1    |      | 1    |                                    |       |
| - за угодою сторін                    | 4    | 2    | 1    | -3                                 | -75,0 |
| - за станом здоров'я                  | 3    | 1    | 1    | -2                                 | -66,7 |
| -на пенсію                            | 31   | 12   | 18   | -13                                | -41,9 |
| -у зв'язку зі зміною місця проживання | 9    | 4    | 3    | -6                                 | -66,7 |
| -по догляду за дитиною                | 4    |      | 1    | -3                                 | -75,0 |
| -закінчення строкового договору       | 10   | 8    | 8    | -2                                 | -20,0 |
| - по переводу                         | 3    |      | 1    | -2                                 | -66,7 |
| -у зв'язку зі смертю                  | 1    | 1    | 1    |                                    |       |
| Середньооблікова чисельність          | 1290 | 1327 | 1328 | 38                                 | 2,9   |
| Коефіцієнт обороти прийому            | 0,14 | 0,13 | 0,11 | -0,02                              | -26,2 |
| звільнення                            | 0,16 | 0,10 | 0,11 | -0,06                              | -32,2 |
| плинності                             | 0,11 | 0,08 | 0,08 | -0,03                              | -24,1 |
| постійності                           | 0,89 | 0,92 | 0,92 | 0,03                               | 2,9   |

За даними таблиці 2.8 можна зробити висновок, що в 2010 році у порівнянні з 2008 роком спостерігається зменшення коефіцієнтів обороту прийому і звільнення на 26,2% і 32,2% відповідно. Також зменшився коефіцієнту плинності на 24,1%.

Найважливішим оціночним показником ефективності кадрової політики є коефіцієнт постійності кадрів. Він збільшився на 2,9%. Оборот

робочої сили, що виник внаслідок суб'єктивних причин, знижує ефективність використання трудових ресурсів. Адже нових працівників необхідно адаптувати до конкретних умов праці, відповідно виникає потреба в навчанні працівників, що призводить до додаткових витрат.

Чисельність прийнятих працівників в 2008 році склала 187 чоловік (14,5% в загальній чисельності працівників), в 2010 році – 142 (10,7%).

Число звільнених в 2010 році скоротилося на 61 чол. (30,2%).

Основними причинами звільнення працівників стали: низький рівень заробітної плати, незадоволеність графіком роботи, морально тяжка робота, яка потребує емоціональної стійкості і навиків спілкування з людьми.

### **2.3 Діагностика використання фонду робочого часу та ефективності праці**

Основним джерелом даних для аналізу використання фонду робочого часу є статистична форма 3-ПВ "Звіт про використання робочого часу". Додатково залучалися дані табельного обліку.

Аналіз використання робочого часу приведений в таблиці 2.9.

Дані таблиці 2.9 дозволяють зробити висновок про те, що в 2009 році в Комунальному закладі "Херсонська міська клінічна лікарня" фактичний рівень використання робочого часу нижче за плановий. Так, план за кількістю явок на роботу виконаний на 93,1%, а по чисельності працівників на 95,3%. Отже робочий час недовикористовується на 2,2%.

Як бачимо, втрати робочого часу викликані суб'єктивними факторами: щорічні і навчальні відпустки, неявки з дозволу адміністрації (це в основному відпустки без збереження заробітної плати за сімейними обставинами, що можна вважати невикористаними резервами збільшення фонду робочого часу. За рахунок вказаних факторів фонд робочого часу фактично менший на 308,4 тис. год. на всіх працівників.

У 2010 році фактичний рівень використання також нижчий за плановий. Корисний фонд робочого часу становить 91,5% від плану, чисельність працівників – 94,4%. Отже робочий час недовикористовується на 2,9%.

Втрати робочого часу виникли за рахунок неявок з дозволу адміністрації (особливо збільшилася кількість відпустки без збереження заробітної плати, яким користуються пенсіонери (30 календарних днів). Порівнюючи показники використання робочого часу за звітний період, відмітимо про зростання середньооблікової кількості працівників, в результаті чого спостерігається збільшення номінального фонду робочого часу на 0,8% в 2009 році та 1,7% в 2010 році. Особливу увагу привертає зростання невиходів на роботу через тимчасову непрацездатність. У 2009 році однією з основних причин тимчасової непрацездатності став спалах епідемії грипу (48%). У 2010 році збільшився відсоток не виробничих травм через погодні умови (ожеледиця).

Для оцінки рівня використання робочого часу за формулами 2.1-2.6 розрахуємо показники, що характеризують співвідношення між елементами балансу робочого часу: коефіцієнт використання номінального фонду робочого часу, коефіцієнт ефективного використання номінального фонду робочого часу, коефіцієнт втрати часу. Результати розрахунків розміщені в таблиці 2.10. З даних таблиці 2.10 видно, що в 2009 році в Комунальному закладі “Херсонська міська клінічна лікарня” рівень використання номінального робочого часу в порівнянні з плановим значенням майже не змінився, що свідчить про незначну зміну нормованих невиходів на роботу. Коефіцієнт ефективного використання номінального фонду робочого часу становить 88,3% (89,5% - за планом), ненормовані втрати склали 0,4%. В 2010 році рівень використання номінального робочого часу відхилився на 3,2% і досяг 86,2%. Коефіцієнт ефективного використання номінального фонду робочого часу досяг 85,7%, що менше запланованого на 3,7%, при чому ненормовані втрати становлять 0,5%.

Таблиця 2.9

Аналіз використання робочого часу в Комунальному закладі “Херсонська міська клінічна лікарня”  
за період з 2008 по 2010 роки

| Показники                              | 2008   | 2009   |        | відхилення |             |              | 2010   |        | відхилення |             |              |
|--|--------|--------|--------|------------|-------------|--------------|--------|--------|------------|-------------|--------------|
|  | факт   | план   | факт   | абсолютне  | відносне, % | від плану, % | план   | факт   | абсолютне  | відносне, % | від плану, % |
| Фонд робочого часу всього, тис.год.    | 2622,9 | 2805,6 | 2644,3 | 21,4       | 0,8         | 94,3         | 2817,3 | 2688,2 | 43,9       | 1,7         | 95,4         |
| Відпрацьовано всього, тис.год.         | 2332,9 | 2510,3 | 2335,9 | 3          | 0,1         | 93,1         | 2518,7 | 2304,8 | -31,1      | -1,3        | 91,5         |
| Невиходи на роботу, в т.ч.:            | 281,1  | 295,3  | 299,8  | 18,7       | 6,7         | 101,5        | 298,6  | 370,9  | 71,1       | 23,7        | 124,2        |
| - щорічні відпустки                    | 241,8  | 267,6  | 244,2  | 2,4        | 1,0         | 91,3         | 270,5  | 299,1  | 54,9       | 22,5        | 110,6        |
| - тимчасова непрацездатність           | 32,9   | 18,5   | 48,9   | 16         | 48,6        | 264,3        | 18,7   | 60,3   | 11,4       | 23,3        | 322,5        |
| - навчальні відпустки                  | 6,4    | 9,2    | 6,7    | 0,3        | 4,7         | 72,8         | 9,4    | 11,5   | 4,8        | 71,6        | 122,3        |
| Втрати робочого часу, тис.год., в т.ч. | 8,9    | 0      | 8,6    | -0,3       | -3,4        |              | 0      | 12,5   | 3,9        | 45,3        |              |
| - неявки з дозволу адміністрації       | 8,9    | 0      | 8,6    | -0,3       | -3,4        |              | 0      | 12,5   | 3,9        | 45,3        |              |
| - прогули                              | 0      | 0      | 0      | 0          | 0           | 0            | 0      | 0      | 0          | 0           | 0,0          |
| Номінальний фонд робочого часу         | 2622,9 | 2805,6 | 2644,3 | 21,4       | 0,8         | 94,3         | 2817,3 | 2688,2 | 43,9       | 1,7         | 95,4         |
| Активний фонд робочого часу            | 2341,8 | 2510,3 | 2344,5 | 2,7        | 0,1         | 93,4         | 2518,7 | 2317,3 | -27,2      | -1,2        | 92,0         |
| Корисний фонд робочого часу            | 2332,9 | 2510,3 | 2335,9 | 3          | 0,1         | 93,1         | 2518,7 | 2304,8 | -31,1      | -1,3        | 91,5         |

Таблиця 2.10

Розрахунок коефіцієнтів використання робочого часу в Комунальному закладі “Херсонська міська клінічна лікарня” за період з 2009 по 2010 роки

| Показники  | 2009                  |       |                          | 2010                  |       |                          |
|--|-----------------------|-------|--------------------------|-----------------------|-------|--------------------------|
|  | Розрахунок показників |       | Абсолютне відхилення +,- | Розрахунок показників |       | Абсолютне відхилення +,- |
|  | План                  | Факт  |                          | План                  | Факт  |                          |
| коефіцієнт використання номінального фонду робочого часу             | 0,895                 | 0,887 | -0,008                   | 0,894                 | 0,862 | -0,032                   |
| коефіцієнт ефективного використання номінального фонду робочого часу | 0,895                 | 0,883 | -0,012                   | 0,894                 | 0,857 | -0,037                   |
| коефіцієнт втрати часу   | -                     | 0,004 |                          | -                     | 0,005 |                          |

Порівнюючи показники за період 2009-2010 роки можна відмітити, що в 2010 році коефіцієнт ефективного використання номінального часу незначно зменшився у порівнянні з 2009 роком, а коефіцієнт втрат часу має тенденцію до збільшення.

Проте використання робочого часу ще не дають повного уявлення про навантаження працівників протягом робочого часу і звітного періоду в цілому. Тому проведемо аналіз навантаження лікарів за період з 2008 по 2010 роки. Дані таблиці 2.11 свідчать про те, що лікарі амбулаторно-поліклінічного прийому в цілому виконують нормативне навантаження.

Таблиця 2.11

Виконання функції лікарської посади лікарів амбулаторно-поліклінічного прийому в Комунальному закладі  
“Херсонська міська клінічна лікарня” за період з 2008 по 2010 роки

| Лікарська посада                     | Нормативне навантаження на одного лікаря на год. | Кількість фактично зайнятих посад | 2008                  |              |                               | 2009                  |              |                               | 2010                  |              |                               |        |      |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------------|--------|------|
|                                      |  |                                   | Кількість відвідувань |              | Функція лікарської посади, Фл | Кількість відвідувань |              | Функція лікарської посади, Фл | Кількість відвідувань |              | Функція лікарської посади, Фл |        |      |
|                                      |  |                                   | норматив, Нн          | фактично, Нф |                               | норматив, Нн          | фактично, Нф |                               | норматив, Нн          | фактично, Нф |                               |        |      |
| лікар-терапевт дільничний            | 7  | 49,00                             | 610609                | 598769       | 0,98                          | 46,00                 | 573224       | 610065                        | 1,06                  | 44,75        | 557648                        | 610987 | 1,10 |
| загальної практики сімейної медицини | 7  | 16,75                             | 208728                | 200987       | 0,96                          | 16,00                 | 199382       | 200345                        | 1,00                  | 16,00        | 199382                        | 200531 | 1,01 |
| кардіологи                           | 2,9  | 3,00                              | 15488                 | 14534        | 0,94                          | 2,50                  | 12906        | 13100                         | 1,01                  | 2,50         | 12906                         | 12876  | 1,00 |
| нефрологи                            | 3,9  | 1,00                              | 6943                  | 6509         | 0,94                          | 1,00                  | 6943         | 6789                          | 0,98                  | 1,00         | 6943                          | 6870   | 0,99 |
| ендокринологи                        | 3,8  | 1,00                              | 6765                  | 6560         | 0,97                          | 1,00                  | 6765         | 6800                          | 1,01                  | 1,00         | 6765                          | 6321   | 0,93 |
| гастроентерологи                     | 2,9  | 2,25                              | 11616                 | 11450        | 0,99                          | 2,25                  | 11616        | 11870                         | 1,02                  | 2,25         | 11616                         | 11458  | 0,99 |
| алергологи                           | 2,9  |                                   | 0                     |              |                               | 1,00                  | 5163         | 4700                          | 0,91                  | 1,00         | 5163                          | 4980   | 0,96 |
| пульмонологи                         | 3,9  | 2,00                              | 13886                 | 13198        | 0,95                          | 2,00                  | 13886        | 14007                         | 1,01                  | 2,00         | 13886                         | 14230  | 1,02 |
| інфекціоністи                        | 3,9  | 1,50                              | 10414                 | 9876         | 0,95                          | 1,50                  | 10414        | 9987                          | 0,96                  | 1,50         | 10414                         | 10022  | 0,96 |



Продовження таблиці 2.11

|                                  |     |       |        |        |      |       |        |        |      |       |        |        |      |
|----------------------------------|-----|-------|--------|--------|------|-------|--------|--------|------|-------|--------|--------|------|
| фізіотерапевти                   | 4,8 | 2,25  | 19226  | 18976  | 0,99 | 2,25  | 19226  | 21099  | 1,10 | 3,00  | 25635  | 23091  | 0,90 |
| лікарі з лікувальної фізкультури | 2,9 | 1,00  | 5163   | 4906   | 0,95 | 1,00  | 5163   | 4952   | 0,96 | 1,00  | 5163   | 4987   | 0,97 |
| хірурги                          | 5,3 | 12,00 | 113221 | 110987 | 0,98 | 10,50 | 99068  | 96900  | 0,98 | 10,50 | 99068  | 95674  | 0,97 |
| ортопеди-травматологи            | 5,8 | 3,00  | 30975  | 29876  | 0,96 | 3,00  | 30975  | 31703  | 1,02 | 3,00  | 30975  | 32456  | 1,05 |
| урологи                          | 4,8 | 1,00  | 8545   | 8105   | 0,95 | 1,00  | 8545   | 8400   | 0,98 | 1,00  | 8545   | 8400   | 0,98 |
| акушери-гінекологи               | 4,8 | 2,00  | 17090  | 17100  | 1,00 | 2,00  | 17090  | 16987  | 0,99 | 2,00  | 17090  | 16549  | 0,97 |
| педіатри дільничні               | 9,7 | 20,50 | 353993 | 351098 | 0,99 | 20,50 | 353993 | 352900 | 1,00 | 20,50 | 353993 | 354124 | 1,00 |
| офтальмологи                     | 6,8 | 6,00  | 72632  | 78654  | 1,08 | 5,50  | 66579  | 78100  | 1,17 | 5,50  | 66579  | 68403  | 1,03 |
| отоларингологи                   | 6,8 | 8,50  | 102896 | 103421 | 1,01 | 8,25  | 99869  | 103500 | 1,04 | 8,25  | 99869  | 102400 | 1,03 |
| невропатологи                    | 3,9 | 11,25 | 78106  | 84352  | 1,08 | 11,75 | 81578  | 83459  | 1,02 | 11,75 | 81578  | 81876  | 1,00 |
| психіатри                        | 1,9 | 0,50  | 1691   | 1560   | 0,92 | 0,50  | 1691   | 1580   | 0,93 | 0,50  | 1691   | 1591   | 0,94 |
| наркологи                        | 2,3 | 0,25  | 1024   | 976    | 0,95 | 0,25  | 1024   | 960    | 0,94 | 0,25  | 1024   | 979    | 0,96 |
| психотерапевти                   | 1,9 | 0,50  | 1691   | 1234   | 0,73 | 0,50  | 1691   | 1198   | 0,71 | 0,50  | 1691   | 1340   | 0,79 |
| дерматовенерологи                | 2,9 | 0,75  | 3872   | 3786   | 0,98 | 0,75  | 3872   | 3900   | 1,01 | 0,75  | 3872   | 3862   | 1,00 |
| онкологи                         | 2,9 | 0,50  | 2581   | 2541   | 0,98 | 0,50  | 2581   | 2701   | 1,05 | 0,50  | 2581   | 2573   | 1,00 |
| стоматологи                      | 3,2 | 16,75 | 95419  | 96543  | 1,01 | 18,75 | 106812 | 104531 | 0,98 | 18,75 | 106812 | 106800 | 1,00 |

Значне зростання показника  $\Phi_{\text{л}}$  спостерігається у дільничних лікарів-терапевтів (з 0,98 в 2008 році до 1,10 в 2011 році). Це пояснюється тим, що кількість фактично зайнятих ставок щороку зменшується при поступовому зростанні кількості відвідувань (виклики на дому включно). З великим навантаженням працюють лікарі загальної практики-сімейної медицини, отоларингологи, окулісти.

Ефективність праці працівників стаціонарної допомоги традиційно характеризується показником кількості відпрацьованих койко-днів в розрахунку на одну посаду. Фактично цей показник є рівнем обслуговування.

На підставі даних таблиці 2.12 проведемо аналіз роботи лікарів стаціонарної допомоги.

Таблиця 2.12

Оцінка роботи лікарів стаціонарної допомоги в Комунальному закладі “Херсонська міська клінічна лікарня” за період з 2008 по 2010 роки

| Показники   | 2008   | 2009   | Абсолютне відхилення | Відносне відхилення | 2010   | Абсолютне відхилення | Відносне відхилення |
|---|--------|--------|----------------------|---------------------|--------|----------------------|---------------------|
| Кількість койко-днів лікарні за звітний період, койко-днів                    | 118566 | 121383 | 2817                 | 1,02                | 132710 | 11327                | 1,09                |
| Фактична кількість лікарів стаціонару, чол.                                   | 86,00  | 88,00  | 2                    | 1,02                | 87,00  | -1                   | 0,99                |
| Середньорічна кількість койко-днів, що приходить на одного лікаря, койко-днів | 1378,7 | 1379,4 | 0,7                  | 1,00                | 1525,4 | 146                  | 1,11                |
| Середньорічне число койко-місць   | 370,00 | 370,00 | 0,0                  | 1,00                | 370,00 | 0                    | 1,00                |
| Річний оборот одного койко-місця, чол. на рік                                 | 28,20  | 27,80  | -0,4                 | 0,99                | 33,05  | 5                    | 1,19                |
| Середня тривалість перебування одного пацієнта, дн.                           | 11,5   | 11,4   | -0,10                | 0,99                | 10,9   | -1                   | 0,96                |

Як видно з таблиці 2.12 середньорічна кількість койко-днів, що приходить на одного лікаря зросла з 1378,7 койко-днів в 2008 році до 1525,4 койко-днів в 2010 році. Проте середня тривалість перебування одного пацієнта зменшилася з 11,5 днів в 2008 році до 10,9 днів в 2010 році. Це свідчить про те, що не дивлячись на неукомплектованість штатів і у зв'язку з цим збільшення навантаження на лікарів стаціонарної допомоги, якість медичної допомоги знаходиться на належному рівні.

#### **2.4 Діагностика використання фонду заробітної плати**

Аналіз фонду оплати праці проведемо в наступній послідовності:

1. Оцінимо структуру фонду оплати праці за економічним змістом, джерелами формування, категоріями працівників тощо.
2. Розрахуємо абсолютне та відносне відхилення фонду заробітної плати.

Оцінку використання фонду заробітної в цілому по закладу і категоріям персоналу представимо у вигляді таблиці 2.13.

З даних таблиці 2.13 можна зробити висновок, що протягом звітного періоду план по фонду заробітної плати виконувався на 100%.

Проте маємо відхилення фактичних показників по категоріям працівників. Так, у 2008 році по категорії лікарі відхилення становить 0,5 тис. грн. (-0,01%), середній медперсонал – 1,5 тис. грн. (-0,03%), інший персонал – 0,2 тис. грн. (-0,01%). По категорії спеціалісти-немедики маємо відхилення від плану на 2,2 тис. грн. (0,34%).

Як бачимо, при наявності вакантних 15,75 ставок, відхилень по заробітній платі в цілому не маємо. Це пояснюється встановленням працівникам доплат за суміщення професій та збільшення обсягу робіт.

До того ж деяким працівникам встановлюється надбавка за складність і напруженість праці відповідно до наказу Управління охорони здоров'я

Херсонської міської ради, який оновлюється щороку. Виплата зазначеної надбавки проводиться лише в межах економії фонду заробітної плати.

Така ж ситуація спостерігається в 2009-2010 роках. Відхилення фонду заробітної плати по лікарям в 2009 році становить 1,0 тис. грн. (-0,02%), 2010 році - 14 тис. грн. (-0,21%), по середньому медперсоналу – 1,3 тис. грн. (-0,02%) та 7,7 тис. грн. (-0,1%) відповідно, по іншому персоналу – 0,8 тис. грн. (-0,04%) та 7,0 тис. грн. (-0,22%) відповідно, молодшому медперсоналу – 1,1 тис. грн. (-0,05%) в 2009 році. Перевиконання плану спостерігається по категорії спеціалісти-немедики – 4,2 тис. грн. (0,57%) в 2009 році та 4,8 тис. грн. (0,57%) в 2010 році, молодший медперсонал – на 24,1 тис. грн. (0,8%).

Важливе значення має вивчення складу і структури фонду заробітної плати за елементами виплат. Це пов'язано з тим, для більшості категорій працівників, крім основного окладу, передбачені доплати, надбавки, премії і додаткові виплати до основного окладу.

Аналіз використання фонду заробітної плати за його складом, тобто за основною і додатковою заробітною платою, проведено за даними таблиці 2.14.

З даних таблиці 2.14 видно, що в звітному періоду план по фонду заробітної плати по основній заробітній платі виконаний в 2008 році на 98,9%, в 2009 році – 99,5%, в 2010 році – 98,6%, а по додатковій – на 104,7%, 102%, 103,5% відповідно. Таким чином, динаміка по додатковій заробітній платі вище, ніж по основній, що є негативним явищем, оскільки працівникам встановлюються доплати за збільшений обсяг робіт і суміщення професій через наявність вакантних ставок. Це призводить до збільшення навантаження і може призвести до зниження якості надання медичної допомоги.

Таблиця 2.13

Використання фонду заробітної плати в Комунальному закладі “Херсонська міська клінічна лікарня”  
за період з 2008 по 2010 роки

| Категорія персоналу  | Фонд заробітної плати, тис.грн. |         | відхилення |       | Виконано кошторисних призначень, % | Фонд заробітної плати, тис.грн. |         | відхилення |       | Виконано кошторисних призначень, % | Фонд заробітної плати, тис.грн. |         | відхилення |       | Виконано кошторисних призначень, % |
|----------------------|---------------------------------|---------|------------|-------|------------------------------------|---------------------------------|---------|------------|-------|------------------------------------|---------------------------------|---------|------------|-------|------------------------------------|
|                      | За кошторисом                   | Факт    | +/-        | %     |                                    | За кошторисом                   | Факт    | +/-        | %     |                                    | За кошторисом                   | Факт    | +/-        | %     |                                    |
|                      |                                 |         |            |       |                                    |                                 |         |            |       |                                    |                                 |         |            |       |                                    |
|                      | 2008                            |         |            |       |                                    | 2009                            |         |            |       |                                    | 2010                            |         |            |       |                                    |
| Лікарський персонал  | 4754,0                          | 4753,5  | -0,50      | -0,01 | 99,99                              | 5291,0                          | 5290,0  | -1,00      | -0,02 | 99,98                              | 6640,3                          | 6626,1  | -14,20     | -0,21 | 99,79                              |
| Середній медперсонал | 5466,3                          | 5464,8  | -1,50      | -0,03 | 99,97                              | 6184,3                          | 6183,0  | -1,30      | -0,02 | 99,98                              | 7818,4                          | 7810,7  | -7,70      | -0,10 | 99,90                              |
| Молодший медперсонал | 1967,6                          | 1967,6  | 0,00       | 0,00  | 100,00                             | 2239,1                          | 2238,0  | -1,10      | -0,05 | 99,95                              | 3009,2                          | 3033,3  | 24,10      | 0,80  | 100,80                             |
| Спеціалісти-неметри  | 644,7                           | 646,9   | 2,20       | 0,34  | 100,34                             | 739,8                           | 744,0   | 4,20       | 0,57  | 100,57                             | 847,7                           | 852,5   | 4,80       | 0,57  | 100,57                             |
| Інший персонал       | 2004,1                          | 2003,9  | -0,20      | -0,01 | 99,99                              | 2283,5                          | 2282,7  | -0,80      | -0,04 | 99,96                              | 3209,8                          | 3202,8  | -7,00      | -0,22 | 99,78                              |
| Всього               | 14836,7                         | 14836,7 | 0,00       | 0,00  | 100,00                             | 16737,7                         | 16737,7 | 0,00       | 0,00  | 100,00                             | 21525,4                         | 21525,4 | 0,00       | 0,00  | 100,00                             |

Аналіз використання фонду заробітної плати за його складом у  
 Комунальному закладі “Херсонська міська клінічна лікарня”  
 за період з 2008 по 2010 роки

| Склад фонду заробітної плати               | Сума фонду заробітної плати |                |                |                | відхилення |      | Виконано кошторисних призначень, % |
|--|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|------------|------|------------------------------------|
|  | За кошторисом               |                | Факт           |                |            |      |                                    |
|  | Сума, тис.грн.              | Питома вага, % | Сума, тис.грн. | Питома вага, % | +/-        | %    |                                    |
| 2008                                       |                             |                |                |                |            |      |                                    |
| Основна заробітна плата                    | 12043,7                     | 81,2           | 11911,7        | 80,3           | -132,0     | 0,99 | 98,9                               |
| Додаткова заробітна плата, в т.ч.          | 2793,2                      | 18,8           | 2925,2         | 19,7           | 132,0      | 1,05 | 104,7                              |
| обов'язкові доплати і надбавки             | 1514,1                      | 0,54           | 1646,1         | 0,56           | 132,0      | 1,09 | 108,7                              |
| доплати та надбавки стимулюючого характеру |                             |                | 2,2            |                | 2,2        |      |                                    |
| Всього:                                    | 14836,9                     | 100,0          | 14836,9        | 100,0          | 0,0        | 1,00 | 100,0                              |
| 2009                                       |                             |                |                |                |            |      |                                    |
| Основна заробітна плата                    | 13203,5                     | 78,9           | 13134,0        | 78,5           | -69,5      | 0,99 | 99,5                               |
| Додаткова заробітна плата, в т.ч.          | 3534,2                      | 21,1           | 3603,7         | 21,5           | 69,5       | 1,02 | 102,0                              |
| обов'язкові доплати і надбавки             | 2095,9                      | 0,59           | 2196,7         | 0,61           | 100,8      | 1,05 | 104,8                              |
| доплати та надбавки стимулюючого характеру |                             |                | 5,3            |                | 5,3        |      |                                    |
| Всього:                                    | 16737,7                     | 100,0          | 16737,7        | 100,0          | 0,0        | 1,00 | 100,0                              |
| 2010                                       |                             |                |                |                |            |      |                                    |
| Основна заробітна плата                    | 15495,3                     | 72,0           | 15284,4        | 71,0           | -210,9     | 0,99 | 98,6                               |
| Додаткова заробітна плата, в т.ч.          | 6030,1                      | 28,0           | 6241,0         | 29,0           | 210,9      | 1,03 | 103,5                              |
| обов'язкові доплати і надбавки             | 4076,8                      | 0,68           | 4576,2         | 0,73           | 499,4      | 1,12 | 112,2                              |
| доплати та надбавки стимулюючого характеру |                             |                | 108,9          |                | 108,9      |      |                                    |
| Всього:                                    | 21525,4                     | 100,0          | 21525,4        | 100,0          | 0,0        | 1,00 | 100,0                              |

### **3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ ТРУДОВИХ РЕСУРСІВ КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ “ХЕРСОНСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ”**

#### **3.1. Моніторинг стимулів до ефективної праці**

Аналіз використання трудових ресурсів Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня” дозволив встановити, що на фоні неспинного зростання забезпечення населення лікарями спостерігається зниження рівня укомплектованості їх штатних посад, навіть за рахунок сумісництва. Отже, виникає потреба в дослідженні причин низької ефективності праці медичного персоналу.

Для цього проводилося соціологічне опитування лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу на основі анкети “Стимули до ефективної праці у сфері охорони здоров’я” [23], наведеної в додатку 1.

В опитуванні брали участь 450 чоловік. Узагальнені дані опитування наведені в додатку 2.

Результати обробки даних щодо рівня морального задоволення, який отримують опитувані від роботи, засвідчують, що у повній мірі його дістає лише кожен третій медичний працівник; 29,8% опитаних є, скоріше, задоволеними своєю роботою, ніж ні; 7,6% відчувають труднощі з пошуком відповіді на дане запитання (таблиця 3.1). На жаль, 32,4% медичних працівників у тій чи іншій мірі не одержують морального задоволення від роботи, що доводить низький рівень їх мотивації до праці. Найбільше моральне задоволення від роботи отримують лікарі, найменше – молодші медичні працівники. Зокрема, 80% лікарів визнають свою роботу такою, що приносить моральне задоволення, тоді як серед молодшого медичного персоналу даний показник становить лише 11,3%. Натомість, кожний третій з них стверджує про моральне невдоволення роботою, яку він виконує.

Такий низький рівень морального задоволення від праці обумовлюється низкою причин, серед яких головною є невисока заробітна плата. На запитання „Чи задоволені Ви розмірами матеріальної винагороди, яку отримуєте за працю?” ствердну відповідь дали лише 0,4% опитаних (таблиця 3.2).

Таблиця 3.1

Моральна задоволеність від праці працівників Комунального закладу  
“Херсонська міська клінічна лікарня”, %

| Категорія медичних працівників | "Чи отимуєте Ви моральне задоволення від роботи?" |                     |                     |      |                  |
|--------------------------------|---|---------------------|---------------------|------|------------------|
|                                | Так   | Скоріше так, ніж ні | Скоріше ні, ніж так | Ні   | Важко відповісти |
| Лікарі                         | 39,3  | 40,7                | 8,0                 | 4,0  | 8,0              |
| Середній медперсонал           | 38,7  | 32,0                | 16,0                | 2,7  | 10,6             |
| Молодший медперсонал           | 11,3  | 18,0                | 40,0                | 26,7 | 4,0              |
| Разом                          | 29,8  | 30,2                | 21,3                | 11,1 | 7,6              |

Таблиця 3.2

Задоволеність працівників Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня” розмірами матеріальної винагороди, %

| Категорія медичних працівників | "Чи задоволені Ви розмірами матеріальної винагороди, яку отримуєте за працю?" |                     |                     |      |                  |
|--------------------------------|---|---------------------|---------------------|------|------------------|
|                                | Так   | Скоріше так, ніж ні | Скоріше ні, ніж так | Ні   | Важко відповісти |
| Лікарі                         | 0,0   | 4,7                 | 28,0                | 61,3 | 6,0              |
| Середній медперсонал           | 1,3   | 2,0                 | 10,7                | 82,7 | 3,3              |
| Молодший медперсонал           | 0,0   | 2,0                 | 18,0                | 78,0 | 2,0              |
| Разом                          | 0,4   | 2,9                 | 18,9                | 74,0 | 3,8              |

Більш-менш задоволеними заробітком є ще 2,9% опитаних. Водночас, 92,9% медичних працівників констатують, що розміри отримуваної матеріальної винагороди у них неприпустимо низькі (74% повністю



незадоволені величиною своєї заробітної плати і 18,9% є, скоріше, незадоволеними, ніж задоволеними). Варто зазначити, що найбільше невдоволення розміри заробітку викликають у середнього та молодшого медичного персоналу, що обумовлено значно нижчим у порівнянні з лікарями рівнем оплати їх праці, який фактично є мінімально допустимим у державі.

Про вкрай скрутне матеріальне становище медичного персоналу свідчать результати оцінки опитаними купівельної спроможності отримуваної заробітної плати (таблиця 3.3, рис. 3.1). Згідно з ними, на сьогодні заробітку повністю вистачає на задоволення першочергових потреб лише 0,4% медичних працівників. 6,0% опитаних відмічають, що мають змогу на отримуваний заробіток купувати їжу, одяг, взуття та сплачувати за комунальні послуги; 32% не відчують труднощів лише з придбанням продуктів харчування та оплатою комунальних послуг, тоді як 61,6% медичних працівників мають змогу купувати лише їжу.

Таблиця 3.3

Купівельна спроможність заробітної плати медичних працівників  
Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня”, %

| "Як Ви можете охарактеризувати купівельну спроможність отримуваної заробітної плати?" | Лікарі | Середній медичний персонал | Молодший медичний персонал | Разом |
|---|--------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Грошей вистачає лише на більш-менш прийнятне харчування                               | 36,0   | 61,3                       | 87,3                       | 61,6  |
| Маю змогу купувати продукти харчування і сплачувати за комунальні послуги             | 46,7   | 37,3                       | 12,0                       | 32,0  |
| Маю змогу купувати їжу, одяг, взуття та сплачувати за комунальні послуги              | 16,0   | 1,4                        | 0,7                        | 6,0   |
| Не відчуваю фінансових труднощів  | 1,3    | 0,0                        | 0,0                        | 0,4   |

Зауважимо, що найбільші фінансові труднощі відчуває середній та молодший медичний персонал. Так, 87,3% молодших медичних працівників

грошей вистачає лише на придбання продуктів харчування, тоді як задовільним своє матеріальне становище не зміг назвати жоден із опитаних. Аналіз відповідей середнього медичного персоналу засвідчує наявність дещо вищих (порівняно із попередньою категорією спеціалістів) фінансових можливостей для оплати рахунків за комунальні послуги, проте про достатність коштів для придбання одягу та взуття також не було відмічено ніким. Очевидно, що за такої ситуації високих результатів і якості праці від медичних працівників очікувати не варто.

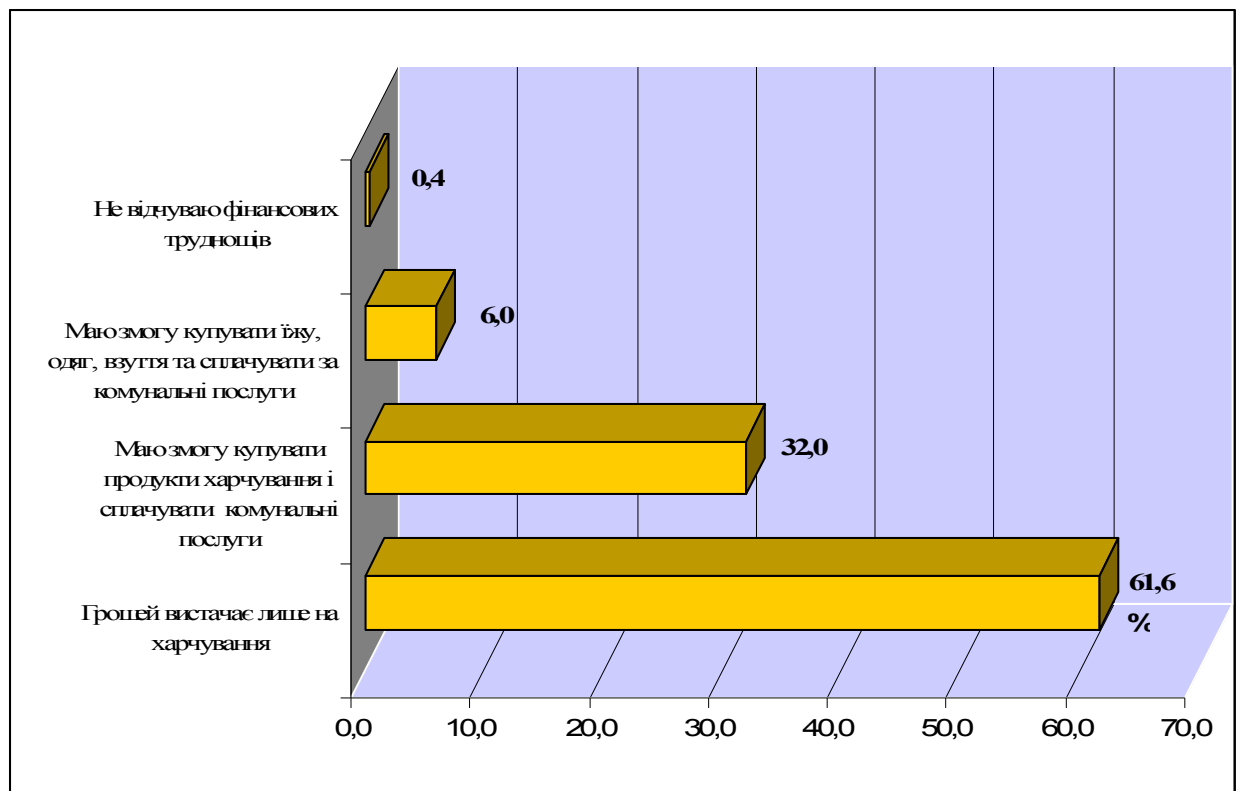


Рис. 3.1 Оцінка працівниками купівельної спроможності отримуваної заробітної плати (у % до кількості опитуваних)

На думку 87,1% медичних працівників, для того, щоб вони мали змогу повністю присвятити себе роботі у сфері охорони здоров'я, їх середня заробітна плата має бути не меншою 2600 грн. (таблиця 3.4). При цьому, найбільш прийнятним для лікарів є середньомісячний зарібок у 7100-9000 грн. (61,3% опитаних відповідної групи вважають оплату праці в зазначеному розмірі такою, що відображає їхній трудовий вклад).

## Розподіл респондентів за бажаним рівнем заробітку, %

| "Оптимальний, на думку медичних фахівців, розмір їх заробітної плати" | Лікарі | Середній медичний персонал | Молодший медичний персонал | Разом |
|---|--------|----------------------------|----------------------------|-------|
| 1000-1700   | 0,0    | 0,0                        | 2,7                        | 0,9   |
| 1800-2500   | 0,0    | 3,3                        | 32,7                       | 12,0  |
| 2600-4000   | 6,7    | 23,3                       | 48,7                       | 26,2  |
| 4100-5500   | 9,3    | 53,3                       | 10,6                       | 24,4  |
| 5600-7000   | 22,7   | 13,4                       | 4,0                        | 13,4  |
| 7100-9000   | 61,3   | 6,7                        | 1,3                        | 23,1  |

Водночас, переважна більшість середнього медичного персоналу достатнім розміром вважає заробітну плату, яка коливається в діапазоні 4100-5500 грн. Уявлення молодшого медичного персоналу щодо розмірів заробітку є скромнішими у порівнянні із середніми медичними працівниками (2600-4000 грн.).

Загалом, можна зробити висновок, що оптимальною для лікарів є середньомісячна заробітна плата у розмірі 7100-9000 грн., для середнього медичного персоналу – 4100-5000 грн., молодшого – 2600-4000 грн. Саме такий рівень оплати праці дозволить медичним фахівцям повністю присвятити себе наданню високоякісних медичних послуг.

Особливий інтерес викликають результати анкетування стимулів та антистимулів до ефективної праці з точки зору їх пріоритетності та важливості для різних категорій медичних працівників.

Так, результати опитування засвідчили, що найбільш дієвими чинниками, які спонукають медичних працівників добре працювати, є усвідомлення важливості своєї справи та інтерес до праці – відповідно 31,8% та 25,5% у їх загальній сукупності (таблиця 3.5 ). Високу стимулюючу дію має і створення широких можливостей для реалізації медичним персоналом наявної професійної майстерності (12,9%).

Таблиця 3.5

## Стимули до ефективної праці у медичних працівників, %

| "Що в найбільшій мірі спонукає Вас добре працювати?"                         | Лікарі | Середній медичний персонал | Молодший медичний персонал | Разом |
|--|--------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Усвідомлення важливості своєї справи   | 32,0   | 34,0                       | 29,3                       | 31,8  |
| Інтерес до праці   | 29,3   | 22,0                       | 25,4                       | 25,5  |
| Можливість реалізувати свої професійні знання та навички                     | 20,7   | 17,3                       | 0,7                        | 12,9  |
| Висока моральна оцінка досягнутих результатів праці керівництвом та колегами | 2,0    | 2,7                        | 3,3                        | 2,7   |
| Очікування вдячності з боку пацієнтів  | 8,7    | 6,0                        | 13,3                       | 9,3   |
| Наявність перспективи подальшого кар'єрного росту                            | 2,0    | 4,0                        | 4,0                        | 3,3   |
| Можливість отримання премії  | 3,3    | 9,3                        | 16,7                       | 9,8   |
| Жорсткі вимоги щодо виконання посадових обов'язків                           | 2,0    | 4,7                        | 7,3                        | 4,7   |

Очікування вдячності з боку пацієнтів та додаткової матеріальної винагороди від роботодавця також виступають чинниками, здатними справляти вплив на трудову поведінку медичного персоналу. Поряд із цим, медичні працівники проявляють певну байдужість до високої моральної оцінки результатів їх праці колегами та керівництвом і не вважають жорсткі вимоги щодо виконання посадових обов'язків з боку останнього такими, які відчутно стимулюють ефективну трудову діяльність.

Основним чинником, що викликає погіршення результатів праці, медичний персонал визнає вкрай низьку оплату праці (таблиця 3.6).

У загальній сукупності антистимулів до ефективної трудової діяльності його відзначили 42,9% опитуваних. Суттєво перешкоджають поліпшенню результатів праці і такі фактори, як погані умови праці та слабкий зв'язок

розміру заробітку із трудовим внеском працівника – відповідно 20,2 та 12,4% у загальному підсумку.

Таблиця 3.6

## Антистимули до ефективної праці у медичних працівників, %

| "Що, на Вашу думку, погіршує результати праці медичних працівників?" | Лікарі | Середній медичний персонал | Молодший медичний персонал | Разом |
|--|--------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Вкрай низька оплата праці  | 31,3   | 40,7                       | 56,7                       | 42,9  |
| Слабий зв'язок між трудовими зусиллями і розміром заробітку          | 30,7   | 13,3                       | 16,7                       | 20,2  |
| Погані умови праці   | 10,0   | 18,0                       | 9,3                        | 12,4  |
| Відсутність справедливої оцінки праці з боку керівництва             | 4,0    | 3,3                        | 3,3                        | 3,6   |
| Низький рівень професійних знань                                     | 2,7    | 0,7                        | 0,7                        | 1,4   |
| Відсутність чітких перспектив подальшого кар'єрного росту            | 2,0    | 4,0                        | 0,0                        | 2,0   |
| Відсутність дружної співпраці у колективі                            | 3,3    | 4,0                        | 5,3                        | 4,2   |
| Падіння престижу праці у сфері охорони здоров'я                      | 16,0   | 16,0                       | 8,0                        | 13,3  |

Цікавим є те, що падіння престижу праці також розглядається медичним персоналом як один із основних антистимулів до підвищення її ефективності. Це доводить, що матеріальне стимулювання праці саме по собі не спонукає медичних працівників істотно поліпшувати результати трудової діяльності, застосування його важелів на практиці має супроводжуватися активізацією дії моральних стимулів.

Дані, наведені в таблиці 3.6 засвідчують наявність тісного зв'язку між рівнем кваліфікації працівників і їх уявленнями щодо чинників, які погіршують результати праці у сфері охорони здоров'я. Так, низьким

розмірам оплати праці лікарі надають 31,3% у загальній сукупності антистимулів до ефективної трудової діяльності, середній та молодший медичний персонал – відповідно 40,7 та 56,7%. Натомість, падінню престижу праці, на думку лікарів та середнього медичного персоналу належить 16%, тоді як молодшого медичного персоналу –8,0%.

Отримані дані дозволяють констатувати, що важливість моральних стимулів для працівників підвищується паралельно із зростанням рівня їх кваліфікації, і, відповідно, заробітку. Низькі розміри оплати праці знижують чутливість працівників до моральних стимулів.

### **3.2. Вдосконалення механізму стимулювання ефективності праці медичних працівників**

Високого рівня ефективності праці у сфері охорони здоров'я можна досягти лише за умови встановлення тісного зв'язку між результатами праці та розмірами її оплати. Тому необхідно виникає потреба в оцінці ефективності праці на рівні окремого медичного працівника, який буде ґрунтуватися на принципах комплексності, об'єктивності, вагомості, обґрунтованості, справедливості, обізнаності, простоти, прив'язки та гласності.

Ефективність праці медичного працівника базується на використанні моделей кінцевих результатів діяльності.

Модель кінцевих результатів діяльності (МКР) – це узагальнений якісний показник, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікаря, відділення та лікувально-профілактичного закладу.

Вона включає:

- показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД);
- нормативні значення (НЗ) показників;
- шкалу оцінки досягнутих результатів.

Показники результативності (ПР) максимально відображають кінцевий результат (розповсюдженість окремих захворювань, смертність, відновлення працездатності, рівень якості лікування та ін.). Ними можна визначити ступінь досягнення цілей колективом і виконання основних функцій шляхом визначення ступеня відповідності реально досягнутих значень ПР до запланованих нормативних.

Нормативи встановлюють з урахуванням:

- багаторічної динаміки показників у місті, регіоні, області;
- середнього рівня;
- темпів передбачуваних змін показника в результаті виконання відповідних організаційних і лікувально-профілактичних заходів.

Багато, щоб норматив не менше ніж на 5 % перевищував найкращий попередній рівень. Це потребує значних зусиль і суттєвого поліпшення якості медичної допомоги.

За нормативи беруть похідні величини (відносні чи середні).

Відхилення від нормативних значень дозволяє оцінити досягнутий результат у відносних одиницях.

Показники дефектів (ПД) нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад: наявність занедбаних випадків соціально-значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обґрунтовані скарги та ін.). Враховуються грубі порушення в роботі установ. ПД вимірюють у відносних і абсолютних величинах.

Показники результативності та дефектів підбирають з урахуванням специфіки закладу.

Для кожного ПР експертним шляхом встановлюється оцінка досягнення нормативного значення від 1 до 10 балів, яка визначає відносну важливість його серед інших.

Для одиниці відхилення кожного ПР і ПД встановлено ціну в балах (табл. 3.7).

“Вартість” досягнення нормативів встановлюється для кожного показника та відображує рангову значущість цього показника серед інших.

Таблиця 3.7

## Зразок типової моделі кінцевих результатів

| Найменування показників                                 | Одиниця вимірювання             | Норматив | Оцінка в балах |            |                        |
|---|---------------------------------|----------|----------------|------------|------------------------|
|   |                                 |          | норматива      | відхилення |                        |
|   |                                 |          |                | знак       | на одиницю вимірювання |
| Показники результативності                              |                                 |          |                |            |                        |
| Первинний вихід на інвалідність (на 10 тисяч населення) |                                 | 40,0     | 4              | -          | 1                      |
| Реабілітація інвалідів                                  | % до тих, що мають інвалідність | 12       | 3              | +          | 1                      |
| Рівень якості лікування                                 | % від стандарту                 | 100      | 5              |            | 0,05                   |
| Середня тривалість лікування в стаціонарі               | День                            | 12       | 6              | -          | 0,3                    |
| Показники дефектів                                      |                                 |          |                |            |                        |
| Обґрунтовані скарги                                     | На 10000 населення              | -        |                | -          | 0,3                    |
| Виявлення хворих на туберкульоз у пізніх стадіях        | На 10000 населення              | -        | -              |            | 0,1                    |

Показник результативності (ПР) визначається за формулою:

$$ПР = НЗ + (ФП - НП) \times ОВ,$$

де ПР - показник результативності; НЗ - нормативне значення даної моделі в балах; ФП - фактичний показник; НП - нормативний показник; ОВ - одиниця вимірювання.

Розглянемо методику визначення ПР і ПД, якщо фактичні дані становили:

- первинний вихід на інвалідність - 42,0 на 10 тисяч населення;
- реабілітація інвалідів - 12,4 %;
- рівень якості лікування - 85 %;
- середня тривалість перебування на лікарняному листку - 12,5 днів;



- частота обґрунтованих скарг - 3,0 на 10 тисяч;
- частота виявлення хворих на туберкульоз - 2,0 на 10 тисяч.

У наведеному прикладі для першого показника результативності - первинного виходу на інвалідність - нормативне значення 40,0 оцінюється в 4 бали (таблиця 3.7). Відхилення, яке дорівнює 1 на 10 тисяч населення, оцінюється в 1 бал. При цьому знак "-" у п'ятій колонці означає, що при збільшенні значення показника відносно до нормативу оцінка в балах буде зменшена.

Якщо фактичний первинний вихід на інвалідність становить, наприклад, 42 на 10 тисяч населення, то цей показник (ПР) становить:

$$ПР_1 = 4 - (42 - 40,0) \times 1 = 2;$$

Для другого показника - реабілітація інвалідів - при досягненні значення 12,4%, ПР<sub>2</sub> становить:

$$ПР_2 = 3 - (12,4 - 12,0) \times 1 = 3,4;$$

При фактичному рівні якості лікування у 85 %:

$$ПР_3 = 5 + (85 - 100) \times 0,05 = 4,25;$$

Якщо фактична середня тривалість лікування в стаціонарі становить 12,5 днів, тоді:

$$ПР_4 = 6 - (12,5 - 12) \times 0,3 = 5,85.$$

Показники дефектів (ПД) визначаються як добуток фактичного показника на одиницю вимірювання. В нашому прикладі, якби на 10 тисяч населення було 3 обґрунтованих скарги, то ПД<sub>1</sub> = 3 × 0,3 = 0,9.

Якби виявлення хворих на туберкульоз у пізніх стадіях становило 2,0 на 10 тисяч населення, тоді: ПД<sub>2</sub> = 2 × 0,1 = 0,2.

Коефіцієнт досягнення результату (КДР) визначається відношення різниці між реально досягнутою сумою балів показників результативності та сумою балів дефектів до суми нормативних значень всіх показників результативності.

$$КДР = \frac{(ПР_1 + ПР_2 + \dots + ПР_n) - (ПД_1 + ПД_2 + \dots + ПД_n)}{НЗ_1 + НЗ_2 + \dots + НЗ_n};$$

$$\text{КДР} = \frac{(2 + 3,4 + 5,85 + 1,7) - (0,9 + 2)}{4 + 3 + 5 + 6} = \frac{15,5 - 1,1}{18} = 0,8.$$

Якщо сума показників дефектів перевищить суму показників результативності, КДР буде виражений від'ємним числом.

Значну частину фактичних показників результативності отримують за даними розробки облікових документів. Поряд з цим, до моделей включають також показники, отримані за даними експертних оцінок, які дозволяють оцінити якість лікувально-діагностичного процесу, а саме рівні якості лікування та диспансеризації. Останні показники визначають для конкретних хворих або диспансеризованих шляхом оцінки відповідності між повнотою та якістю наданої допомоги та її стандартом.

За пропозицією Г.Н. Царик (1996 р.) рівень якості лікування слід визначати за такою формулою:

$$\text{РЯЛ} = (\text{ОНЗ} + \text{ОЯ}) / 200 \%,$$

де РЯЛ - рівень якості лікування; ОНЗ - оцінка виконання набору діагностичних, лікувально-оздоровчих заходів і правильність постановки діагнозу; ОЯ - оцінка якості лікування (стан здоров'я пацієнта після закінченого лікування).

У свою чергу, ОНЗ визначають за формулою:

$$\text{ОНЗ} = \text{ОДЗ} + \text{ОД} + \text{ОЛЗ},$$

де ОДЗ - оцінка виконання діагностичних заходів; ОД - оцінка діагнозу; ОЛЗ - оцінка лікувально-оздоровчих заходів.

Для оцінки ОДЗ, ОД, ОЛЗ і ОЯ пропонуються такі шкали (табл. 3.8-3.11).

Таблиця 3.8

## Шкала оцінки діагностичних заходів (ОДЗ, %)

|   |     |
|---|-----|
| Діагностичне обстеження не проведене        | 0   |
| Виконані окремі малоінформативні обстеження | 25  |
| Обстеження проведено наполовину             | 50  |
| Обстеження проведено майже повністю         | 75  |
| Обстеження проведено повністю               | 100 |

Таблиця 3.9

## Шкала оцінки діагнозу (ОД, %)

|   |     |
|---|-----|
| Невідповідність між встановленим діагнозом і клініко діагностичними даними  | 0   |
| Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень | 50  |
| Встановлено розгорнутий клінічний діагноз з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень    | 75  |
| Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань   | 100 |

Таблиця 3.10

## Шкала оцінки лікувально-оздоровчих заходів (ОЛЗ, %)

|  |     |
|--|-----|
| Лікувально-оздоровчі заходи практично не проводились                   | 0   |
| Виконані окремі малоефективні процедури, маніпуляції та заходи         | 25  |
| Лікувально-оздоровчі заходи виконані наполовину                        | 50  |
| Лікувально-оздоровчі заходи виконані майже повністю; є окремі недоліки | 75  |
| Набір лікувально-оздоровчих заходів виконано повністю                  | 100 |

Таблиця 3.11

## Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (ОЯ, %)

|  |     |
|--|-----|
| Очікувані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні   | 0   |
| Незначне покращання стану здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень  | 50  |
| Досягнуто очікуваних результатів лікувально-профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від нормативних значень | 75  |
| Отримані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації повністю відповідають очікуваним результатам  | 100 |

При проведенні інтегральної оцінки рівня якості лікування (РЯЛ) слід враховувати значущість складових частин за допомогою відповідних індексів. Наприклад, для оцінки діагностичних заходів запропоновано індекс, що дорівнює 0,5; для оцінки діагнозу індекс - 0,1; для оцінки лікувально-оздоровчих заходів - 0,4; для оцінки якості - 1.

Виходячи з цього, РЯЛ визначається за формулою:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \times \text{ОДЗ} + 0,1 \times \text{ОД} + 0,4 \times \text{ОЛЗ} + 1 \times \text{ОЯ}) / 200 \%$$

Якщо діагностичні заходи виконано на 65%, правильність встановлення діагнозу - 50 %, лікувально-оздоровчі заходи - на 70 %, оцінка якості лікування становила 75 %, тоді:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \times 65 \% + 0,1 \times 50 \% + 0,4 \times 70 \% + 1 \times 75 \%) / 200 = 0,7.$$

Окреслені методологічні підходи до оцінки ефективності праці на рівні окремого медичного працівника можна покласти в основу розробленої Кизимою І.С. [23] гнучкої тарифної сітки з оплати праці (таблиця 3.12).

Запропонована тарифна сітка містить 18 розрядів із співвідношенням між крайніми з них 1:6,56, регресивним наростанням коефіцієнтів. Перший тарифний розряд дорівнює законодавчо встановленій мінімальній заробітній платі.

Присвоєння тарифного розряду працівнику має відбуватися з урахуванням складності та відповідальності праці, а також рівня його кваліфікації. Водночас, у межах кожного тарифного розряду передбачається створення діапазону посадових окладів, конкретний розмір яких повинен встановлюватися залежно від ефективності праці.

Водночас, у межах кожного тарифного розряду передбачається створення діапазону посадових окладів, конкретний розмір яких повинен встановлюватися залежно від ефективності праці. За формування діапазону тарифних ставок у межах кожного розряду можливе як послідовне (неперервне) їх наростання, так і “перекриття”. Використання “перекриття” ставок дає змогу, з одного боку, забезпечити ефективну систему їхньої диференціації з урахуванням комплексного оцінювання працівників, а з другого – установити найоптимальніший загальний діапазон єдиної тарифної сітки. У запропонованій тарифній сітці 10-відсоткове зростання нижньої “вилки” тарифних ставок. Використання запропонованої гнучкої тарифної сітки дозволить підвищити розміри заробітної плати медичного персоналу, поновити тісний зв’язок між ефективністю праці і рівнем її оплати,

оптимізувати міжгалузеву, міжпосадову та міжкваліфікаційну диференціацію в оплаті праці.

Таблиця 3.12

Гнучка тарифна сітка з оплати праці у сфері охорони здоров'я (пропозиції)

| Тарифні розряди | Тарифні коефіцієнти | Діпазон коефіцієнтів | Посадові оклади | Діпазон окладів, грн. | Зростання коефіцієнтів |           | Зростання мінімальних значень посадових окладів, грн. |
|-----------------|---------------------|----------------------|-----------------|-----------------------|------------------------|-----------|---|
|                 |                     |                      |                 |                       | Відносне               | Абсолютне |   |
| 1               | 1                   | 1 - 1,15             | 941             | 941 - 1082            | –                      | –         | –   |
| 2               | 1,15                | 1,1 - 1,32           | 1082            | 1035 - 1242           | 1,1                    | 0,15      | 141   |
| 3               | 1,32                | 1,27 - 1,5           | 1242            | 1139 - 1412           | 1,15                   | 0,17      | 160   |
| 4               | 1,5                 | 1,45 - 1,71          | 1412            | 1309 - 1609           | 1,14                   | 0,18      | 169   |
| 5               | 1,71                | 1,65 - 1,93          | 1609            | 1503 - 1816           | 1,14                   | 0,21      | 198   |
| 6               | 1,93                | 1,88 - 2,18          | 1816            | 1708 - 2051           | 1,13                   | 0,22      | 207   |
| 7               | 2,18                | 2,12 - 2,44          | 2051            | 1947 - 2296           | 1,13                   | 0,25      | 235   |
| 8               | 2,44                | 2,4 - 2,73           | 2296            | 2198 - 2569           | 1,12                   | 0,26      | 245   |
| 9               | 2,73                | 2,68 - 3,03          | 2569            | 2482 - 2851           | 1,12                   | 0,29      | 273   |
| 10              | 3,03                | 3 - 3,36             | 2851            | 2778 - 3162           | 1,11                   | 0,3       | 282   |
| 11              | 3,36                | 3,33 - 3,7           | 3162            | 3108 - 3482           | 1,11                   | 0,33      | 311   |
| 12              | 3,7                 | 3,7 - 4,07           | 3482            | 3450 - 3830           | 1,1                    | 0,34      | 320   |
| 13              | 4,07                | 4,07 - 4,48          | 3830            | 3826 - 4216           | 1,1                    | 0,37      | 348   |
| 14              | 4,48                | 4,48 - 4,93          | 4216            | 4213 - 4639           | 1,1                    | 0,41      | 386   |
| 15              | 4,93                | 4,93 - 5,42          | 4639            | 4634 - 5100           | 1,1                    | 0,45      | 423   |
| 16              | 5,42                | 5,42 - 5,96          | 5100            | 5101 - 5608           | 1,1                    | 0,49      | 461   |
| 17              | 5,96                | 5,96 - 6,56          | 5608            | 5613 - 6173           | 1,1                    | 0,54      | 508   |
| 18              | 6,56                |                      | 6173            |                       | 1,1                    | 0,6       | 565   |

Істотні позитивні зрушення в ефективності праці медичного персоналу можуть бути досягнуті виключно за умови всебічного перегляду діючого механізму її стимулювання. В якості такого механізму (рис. 3.2) необхідно розглядати сукупність політичних, фінансових, соціально-економічних, організаційних, морально-психологічних та інших важелів, інструментів і методів впливу, що діють на макро-, мезо-, мікроекономічному й особистісному рівнях та спонукають медичних працівників до ефективної

праці шляхом узгодження їх особистих інтересів з інтересами роботодавців та споживачів медичних послуг [23].

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

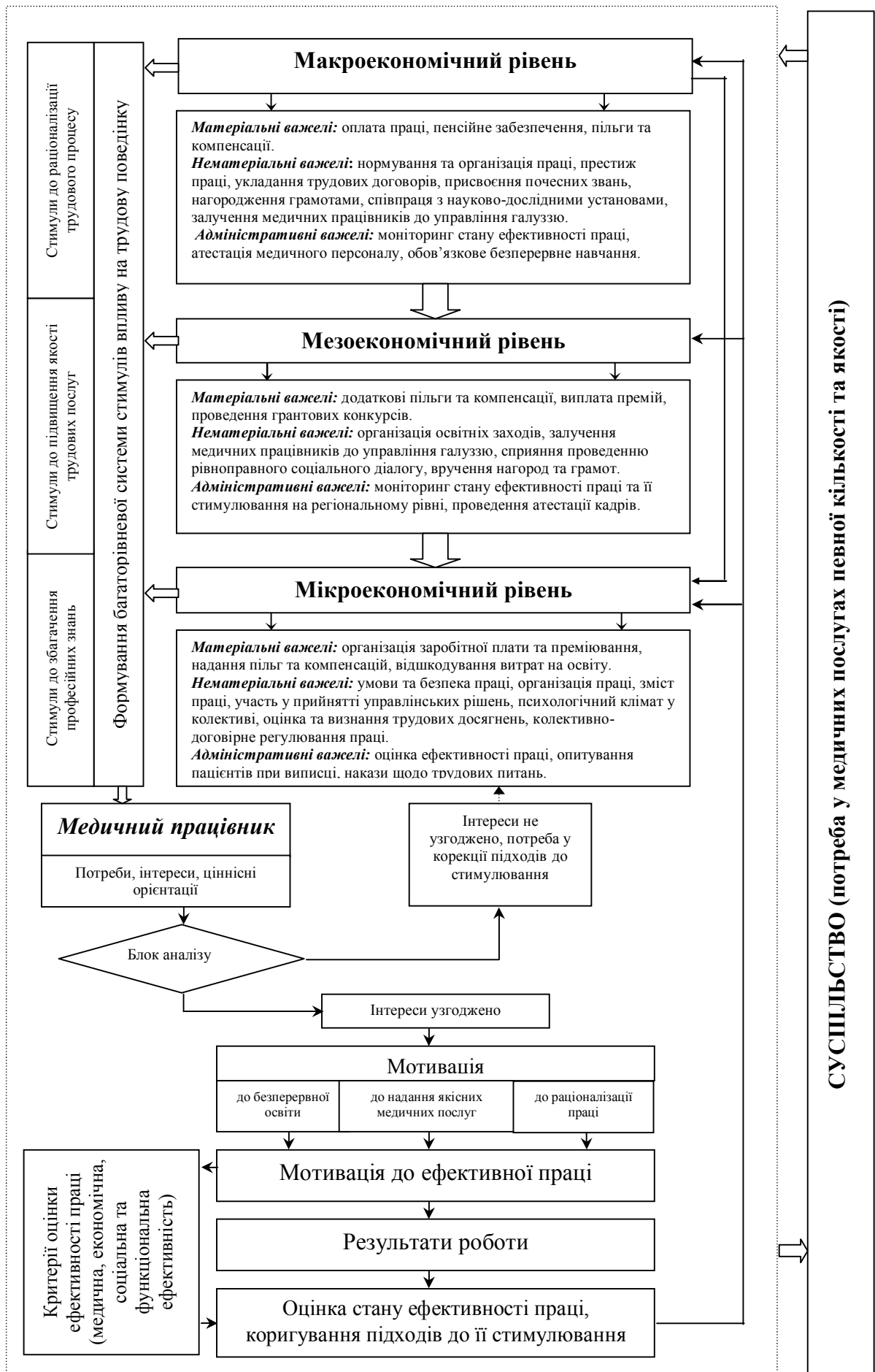


Рис. 3.2. Схема механізму стимулювання ефективної праці медичного

### **3.3. Заходи з рівномірного розподілу навантаження медичних працівників стаціонарної допомоги**

При аналізі роботи стаціонару Комунального закладу "Херсонська міська клінічна лікарня" була виявлена надмірна навантаженість медичного персоналу інсультного центру.

Поширеність судинно-мозкових захворювань у світі та їх соціально-медичні наслідки сьогодні є глобальною проблемою. У Херсоні статистика інсультів була і залишається вкрай невтішною: щороку реєструється близько 700 випадків інсультів. Серед тих, які вперше захворіли на інсульт, лише 10-20 відсотків. Пацієнтів повертаються до повноцінного життя, інвалідами стають до 80% пацієнтів. Серед них: 15-20% - інваліди I групи (пацієнти потребують постійного стороннього догляду); 40-45% - інваліди II групи (пацієнти, які потребують часткового стороннього догляду); 30-35% - інваліди III групи.

Важливим етапом після перенесення інсульту є медична реабілітація. На сьогоднішній день реабілітаційне лікування пацієнтів, які перенесли важкі форми інсульту, проводиться в інсультному центрі, оскільки в неврологічному відділенні немає блоку відновлювального лікування. Це призводить до надмірної завантаженості медичного персоналу.

Тому виникає необхідність у збільшенні ліжкового фонду на 10 реабілітаційних ліжок. У таблиці зазначені заходи зі створення блоку відновлювального лікування та об'єм фінансування.

Створення блоку відновлювального лікування в неврологічному відділенні дозволить не тільки підвищити якість надання медичної допомоги хворим, що перенесли важкі форми інсульту, а й зменшити завантаженість медичного персоналу інсультного центру до нормативних показників (табл.3.14).

Термін реабілітаційного лікування в середньому 14 днів. Середня вартість 1 ліжко-дня (за стандартами лікування) становить 74,43 грн..



Фінансування з бюджету в середньому 6,23 грн. У зв'язку з цим лікування буде проводитися як за рахунок загального фонду, так і за власні кошти пацієнтів (табл.3.15).

Таблиця 3.13

Основні заходи зі створення блоку відновлювального лікування хворих, що перенесли важкі форми інсульту

| Зміст   | Обсяг фінансування, тис. грн. |  |        |
|---|-------------------------------|--|--------|
|   | Загальний фонд                | Спеціальний фонд (інші джерела власних надходжень) | Всього |
| Введення додаткових ставок (відповідно до наказу МОЗ України від № 33), всього: | 198,3                         |  | 198,3  |

Продовження таблиці 3.13

|   |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|
| В тому числі:   |       |       |       |
| 0,5 ставки лікаря-невролога   | 12,8  |       |       |
| 0,5 ставки лікар ЛФК  | 12,8  |       |       |
| 0,5 ставки медсестри ЛФК  | 9,3   |       |       |
| 0,5 ставки масажиста  | 9,3   |       |       |
| 5,0 ставок палатних медсестер   | 93,8  |       |       |
| 5,0 ставок палатних молодших медсестер  | 60,3  |       |       |
| Поточний ремонт приміщення, в якому знаходиться блок відновлювального лікування |       | 30,0  | 30,0  |
| Технічне оснащення, всього  | 130,0 | 160,0 | 290,0 |
| В тому числі:   |       |       |       |
| 10 функціональних ліжок   | 60,0  | 60,0  | 120,0 |
| меблі   |       | 50,0  | 50,0  |
| приліжкові тренажери  | 50,0  | 50,0  | 100,0 |
| засоби малої механізації  | 20,0  |       | 20,0  |
| Всього:   | 328,3 | 190,0 | 518,3 |

Таблиця 3.14

Очікувані показники інсультного центру після впровадження заходів зі створення блоку відновлювального лікування

| Показники   | Дані |
|---|------|
| Нормативна кількість хворих на рік                              | 900  |
| Фактична кількість хворих на рік в середньому                   | 1048 |
| З них: після важкої форми інсульту                              | 146  |
| Кількість хворих на рік у відділенні після впровадження заходів | 902  |

**Вартість лікування пацієнтів, що проходять відновлювальне лікування в неврологічному відділенні**

| Найменування   | Загальний фонд                           | Інші джерела власних надходжень          | Всього, грн.. |
|--|--|--|---------------|
| Вартість лікування 1 пацієнта                              | 14 дн.×6,23 грн. =<br>= 87,22 грн.       | 14 дн.×68,2 грн. =<br>= 954,80 грн.      | 1042,02       |
| Вартість лікування запланованої кількості пацієнтів на рік | 87,22 грн.×146 чол. =<br>= 12734,12 грн. | 954,80 грн.×146 чол. =<br>139400,80 грн. | 152134,92     |

### **3.4. Розвиток сімейної медицини як один зі шляхів вирішення проблеми забезпеченості лікарями**

Проведений аналіз показав, що одночасно зі збільшенням фактичного числа відвідувань пацієнтами лікарів амбулаторно-поліклінічного прийому, дефіциту кадрів, спостерігається погіршення показників здоров'я населення. . Неefективність надання первинної медико-санітарної допомоги за територіальним принципом, непрестижність професії лікаря первинної медичної ланки, низька заробітна плата зумовлюють зазначені кадрові диспропорції. Існуюча ситуація потребує реорганізації системи надання медичної допомоги міському населенню і в першу чергу її первинної ланки.

Світовий досвід свідчить, що розвиток первинної медичної допомоги в умовах обмеженості ресурсів є найбільш ефективним впливом на здоров'я населення.

Для поглибленого вивчення ефективності діяльності дільничної медицини на сучасному етапі було піддано експертній оцінці медичне забезпечення пацієнтів 1 лікарської дільниці. Чисельність жителів на цих дільницях складала 4 918 осіб.

Розподіл звернень населення, що проживає на цих дільницях, в поліклініку №2 за 2010 рік мало такий вигляд (табл.3.16). На долю

дільничного лікаря припадало 48,7 % звернень мешканців дільниць; 51,3 % звернень були до вузьких фахівців.

Експертна оцінка щодо визначення оптимальної кількості звернень прикріпленого населення до сімейного лікаря та вузьких фахівців визначалася в програмі . Результати експертної оцінки звернень мешканців цих дільниць, за умови повного переходу на засади сімейної медицини, показує, що частка сімейного лікаря може скласти 85,7 % усього обсягу амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Таблиця 3.16

Амбулаторно-поліклінічна допомога жителям Суворовського району по дільничному принципу в умовах роботи сімейного лікаря

| Фах                  | В умовах дільничного принципу<br>(фактичні дані за 2010) |       | При умові роботи сімейних лікарів (згідно експертних оцінок) |       |
|----------------------|--|-------|--|-------|
|                      | число звернень на 1000 населення                         | %     | число звернень на 1000 населення                             | %     |
| Дільничний лікар     | 576  | 48,7  |  |       |
| Сімейний лікар       |  |       | 963,7  | 82,7  |
| Кардіолог            | 20,4   | 1,7   | 4,5  | 0,4   |
| Гастроентеролог      | 15,9   | 1,3   | 9,1  | 0,8   |
| Пульмонолог          | 13,4   | 1,1   | 4,3  | 0,4   |
| Ендокринолог         | 6,8  | 0,6   | 6,8  | 0,6   |
| Хірург               | 97,5   | 8,2   | 27,2   | 2,3   |
| Травматолог          | 20,5   | 1,7   | 9,1  | 0,8   |
| Уролог               | 18,1   | 1,5   | 4,5  | 0,4   |
| Онколог              | 9,1  | 0,8   | 9,2  | 0,8   |
| Акушер-гінеколог     | 56,7   | 4,8   | 15,9   | 1,4   |
| Отоларинголог        | 77,1   | 6,5   | 13,6   | 1,2   |
| Окуліст              | 74,8   | 6,3   | 20,4   | 1,8   |
| Невропатолог         | 99,8   | 8,4   | 22,7   | 1,9   |
| Психіатр             | 38,5   | 3,3   | 45   | 3,9   |
| Інфекціоніст         | 11,3   | 1,0   | 6,8  | 0,6   |
| Дерматовенеролог     | 47,6   | 4,0   | 2,3  | 0,2   |
| Разом вузькі фахівці | 607,5  | 51,3  | 201,4  | 17,3  |
| Разом                | 1183,5   | 100,0 | 1165,1   | 100,0 |

Звертання до деяких вузьких фахівців не зазнають змін, наприклад, до ендокринолога, онколога (загалом вони складають лише 1,4 % усіх звернень). До більшості інших вузьких фахівців (дерматовенеролог, пульмонолог, отоларинголог, офтальмолог, кардіолог, хірург, невропатолог, гастроентеролог) кількість звернень скорочується в 3–5 рази. До розрахунків включені звертання населення за медичною та консультативною допомогою, без урахування профоглядів працівників підприємств і організацій.

За умови повної заміни дільничних лікарів сімейними лікарями, враховуючи, що лікарня обслуговує 125,7 тис. населення м. Херсона, можна припустити, що економія коштів при цьому буде становити б 988,2 тис. грн. (табл.3.17).

Таблиця 3.17

Очікувана економія коштів від повного переходу до сімейної медицини

| Показники                         | Фах                | Кількість відвідувань на 1 тис. населення | Кількість відвідувань на 125,7 тис. населення | Вартість 1 відвідування, грн. | Загальна вартість відвідувань, тис грн. |
|-----------------------------------|--------------------|---|---|-------------------------------|---|
| В умовах дільничного принципу     | Дільничні лікарі   | 576                                       | 72403,2                                       | 15,73                         | 2340,09                                 |
|                                   | Вузькі спеціалісти | 607,5                                     | 76362,75                                      |                               |   |
| При умові роботи сімейних лікарів | Сімейні лікарі     | 963,7                                     | 121137,09                                     | 7,87                          | 1351,57                                 |
|                                   | Вузькі спеціалісти | 201,4                                     | 25315,98                                      | 15,73                         |   |
| Економія коштів, грн.             |                    |   |   |                               | 988,52                                  |

За розрахунками Стеценка Г.С. [1, с.56] число лікарів для надання амбулаторної та стаціонарної допомоги на первинному і вторинному рівнях (на 10 тис. населення) – 13,15, з них сімейних лікарів – 7,14. Тоді для обслуговування 125,7 тис. населення Суворовського району необхідно 165 лікарів, з них 89 сімейних лікарів. У штатному розписі затверджено 302 ставок лікарського персоналу. За умови 100-відсоткового переходу до

сімейної медицини, як свідчать дані таблиці 3.18, скорочення 137 лікарських ставок приведе до економії коштів у сумі 345,9 тис. грн..

Таблиця 3.18

Очікувана економія коштів від приведення до реальної потреби в лікарях за умови 100-відсоткового переходу до сімейної медицини

| Характеристика                                 | Дані      |
|--|-----------|
| Затверджено штатним розписом лікарських ставок | 302       |
| Потреба в лікарях за умови сімейної медицини   | 165       |
| Різниця  | 137       |
| Середня заробітна плата, грн.                  | 1852,40   |
| Всього:  | 253778,80 |
| Нарахування на заробітну плату, 36,3%          | 92121,70  |
| Економія коштів, тис. грн.                     | 345900,5  |

Сьогодні первинна медична допомога, як невід’ємна складова національної системи охорони здоров’я, фінансується на основі числа відвідувань, які служать базовими показниками при складанні кошторисів. Позитивною рисою такого підходу є простота його застосування. Але якщо оцінювати схему фінансування за числом відвідувань з позицій сучасних вимог, то виявляється значне число негативних характеристик, притаманних цьому методу фінансування. Перш за все, у медичного персоналу відсутня економічна зацікавленість: в поліпшенні здоров’я населення, яке обслуговується, і, отже, в ранньому виявленні захворювань, проведенні профілактичних заходів; в підвищенні якості медичного обслуговування; в інтенсифікації діяльності, розширенні функцій первинної ланки: раціональному використанні ресурсів. Немає економічного взаємозв’язку з іншими етапами і рівнями (вторинним, третинним) медичної допомоги, що призводить до перекладання на спеціалістів і стаціонар відносно трудомістких випадків захворювань; до появи надмірних звернень пацієнтів до швидкої допомоги в зв’язку з їх несвоєчасним обслуговуванням вдома. Функції лікарів загальної практики і спеціалістів штучно об’єднуються в єдиний організаційно-фінансовий блок, що не дає можливості заохотити первинну ланку, успішне функціонування якої зменшує потребу у

спеціалістах. Отже фінансування первинної ланки за числом відвідувань не створює економічних стимулів до інтенсивної і ефективної роботи, сприяє марнотратному використанню ресурсів охорони здоров'я [3, с. 101-102].

Найбільш ефективним методом фінансування первинної ланки є оплата первинної допомоги за схемою фондоотримання – подушне фінансування на увесь обсяг очікуваної поза лікарняної допомоги та частина обсягу стаціонарної допомоги (часткове фондоутримання) [5, с. 84]

Метод є модифікацією класичного подушного методу і являє собою подушне фінансування первинної ланки на весь об'єм поза лікарняної допомоги і частку об'єму стаціонарної допомоги (часткове фондоотримання). Основна ідея фінансування за схемою фондоотримання – мотивувати лікарів первинної ланки взяти на себе відповідальність за організацію всіх видів медичної допомоги населенню, що прикріпилося, на цій основі підвищити ефективність використання ресурсів і забезпечити реальний захист інтересів населення.

Суть схеми оплати (фінансування) (рис. 1) полягає в тому, що загальнолікарська практика, яка уклала договір з фінансуючою стороною норматив подушного фінансування на об'єм діяльності, який вона здатна контролювати, а саме: на комплексну амбулаторно-поліклінічну послугу (надання послуг власними силами, амбулаторні послуги спеціалістів, на діагностичні дослідження, невідкладну допомогу) і частку стаціонарної допомоги (10-20 % загального об'єму діяльності стаціонару при чітко визначеному переліку некритичних для здоров'я станів).

Для отримання послуг, які надаються іншими ланками медичної допомоги, обов'язково потрібне направлення лікаря загальної практики. За відсутності такого пацієнт повністю або частково сплачує вартість послуги з власних коштів.

Між загальною практикою та спеціалістами, стаціонарами укладаються угоди про умови і порядок надання останніми допомоги. Загальнолікарська

практика встановлює договірні відносини з іншими ланками медичної допомоги:

- для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги – з лікарями спеціалістами поліклініки або спеціалістами стаціонару;
- для надання стаціонарної допомоги прикріпленому населенню – зі спеціалістами стаціонару;
- для забезпечення допоміжними діагностичними і лікувальними процедурами – з параклінічними службами поліклініки або лікарні.



Рис.3.3 Схема часткового фінансування

Для нейтралізації прагнення лікарів загальної практики до необґрунтованої затримки направлень пацієнтів до спеціалістів і до стаціонару для зменшення витрат на обробку рахунків основна частка розрахунків загально лікарської практики з субпідрядниками здійснюється на основі авансових платежів згідно із запланованими в процесі переговорів

об'ємом і структурою медичних послуг. Прямі взаєморозрахунки обмежуються відносно невеликим об'ємом понадпланової діяльності стаціонарів, спеціалістів, параклініки.

При виникненні економії фондоотримачем забороняється використання зекономлених коштів на оплату праці лікарів та іншого персоналу. Вони можуть її використати тільки на розширення практики, придбання нового обладнання, надання нових послуг.

Зацікавленість практики в раціональному використанні ресурсів полягає у можливості залучити, при зміцненні матеріально-технічної бази, додаткових пацієнтів і, таким чином, збільшити доходи лікарів.

Перевагами схеми часткового фінансування (фондоотримання) є:

1. Медичний персонал первинної ланки зацікавлений в поліпшенні здоров'я прикріпленого населення в ранньому виявленні захворювань, проведенні профілактичних заходів.

2. Ланка ПМСД зацікавлена в розширенні масштабу втручань на первинному рівні, зменшенні масштабу делегування функцій, в розвитку стаціонарозамінних видів допомоги (стаціонари вдома, денні стаціонари, амбулаторна хірургія), у виборі ефективних варіантів надання первинної допомоги для здешевлення втручань)

3. З'являється зацікавленість в адекватному використанні населенням професійної медичної допомоги, що стимулює навчання людей критеріям звернення до лікаря, методам само- і взаємодопомоги.

4. Прагнення до інтеграції всієї системи медичного обслуговування і раціоналізації витрачання коштів на всіх етапах надання медичної допомоги шляхом: планування медичної допомоги на інших етапах; визначення найбільш ефективних у клінічному і економічному відношеннях маршрутів руху пацієнтів по рівнях і видах медичної допомоги в ув'язці з наявними фінансовими ресурсами в межах подушного фінансування: забезпечення наступності і скорочення дублювання функцій спеціалізованої допомоги в поліклініках і в стаціонарах.



5. Стимулювання конкуренції лікарень у зв'язку з прагненням забезпечити своїх пацієнтів якісною стаціонарною допомогою з прийнятними витратами.

6. Загальні витрати на об'єм допомоги, що контролюється ланкою ПМСД, передбачувана.

7. Адміністративні витрати фінансуючої сторони на оплату первинної допомоги мінімальні.

Недоліками такої схеми фінансування є:

1. Можливі випадки стримування направлень хворих спеціалістів і в стаціонар.

2. Неадекватність існуючої інформаційної бази – відсутність інформації про витрати по кожному діагнозу на всіх рівнях лікувального процесу.

3. Ймовірність проявів дезінтеграційних процесів у системі через неузгодженість дій різних покупців стаціонарної допомоги – фондоотримачів і фінансуючої сторони.

Невід'ємною складовою фінансово-економічних відносин у галузі є система оплати праці медичного персоналу.

Методи оплати праці лікарів загальної практики тісно пов'язані з прийнятими підходами до фінансування первинної ланки та з порядком звернень пацієнтів до спеціалістів.

Виходячи з того, що найбільш ефективною формою для структур первинної допомоги є подушне фінансування за схемою фондоотримання, фахівцями рекомендується для України змішана модель оплати праці (табл.) , яка формується сполученням у відповідних пропорціях зарплати, подушної оплати (залежно від чисельності прикріпленого населення) і гонорарної оплати (за конкретні пріоритетні послуги) (табл. 3.19)

Перелік послуг, яких доцільно оплачувати лікарю загальної практики на гонорарній основі, наведено в таблиці 3.20.

Таблиця 3.19

## Модель оплати лікаря загальної практики

| Структура заробітної плати | %     | Характеристика  |
|----------------------------|-------|---|
| Тверда                     | 25-30 | Служить певним цілям соціального захисту спеціалістів   |
| Подушна                    | 55-60 | Залежить від обсягу лікарської практики (кількості прикріпленого населення), що стимулює інтенсифікацію діяльності через залучення додаткового числа пацієнтів. За кожного нового пацієнта лікарі одержують пропорційні виплати.                                      |
| Гонорарна                  | 10-15 | Використовується для стимулювання надання на первинному рівні доведено ефективних економічних профілактичних послуг, а також розширення стаціонар замічних та інших послуг, споживання яких відносно зменшує звернення пацієнтів до інших секторів медичної допомоги. |

Таблиця 3.20

## Перелік медичних послуг, які доцільно оплачувати лікарю загальної практики на гонорарній основі

| Завдання                                   | Послуги  | Розмір оплати у відносних одиницях  |
|--|--|---|
| Стимулювання надання профілактичних послуг | Охоплення дітей щепленнями проти: кору, дифтерії, туберкульозу, поліомієліту, коклюшу, правця  | Виплати за вакцинацію дітей (нижній рівень 70%, верхній – 95%, різниця між верхнім і нижнім рівнями 3:1) 0,06-0,18 коштів на оплачувальні послуги   |
|  | Число профілактичних обстежених:<br>- дітей до 5 років   | Виплати 1 раз на рік за кожного пацієнта  |
|  | - іншого приписаного населення   | Виплати 1 раз на 3 роки за кожного пацієнта<br>0,005 – за кожного, але не більш 0,15 коштів на оплачувальні послуги   |
|  | Охоплення жінок у віці 40-75 років скринінговим обстеженням молочної залози 1 раз на 2 роки та обстеженням жінок у віці 20-65 років церві кальною цитологією 1 раз на 3 роки | Виплати за церві кальну цитологію і обстеження молочної залози (нижній рівень охоплення перевіркою – 50%, верхній рівень – 80%) Різниця між верхнім і нижнім рівнями 3:1.<br>0,04-0,12 коштів на оплачувальні послуги |
| Стимулювання диспансерного обслуговування  | Число хворих з захворюваннями і станами, віднесеними до пріоритетної групи (діабет, серцево-судинні захворювання, бронхіальна астма, часто і тривало                         | Оплата лікувальних курсів з підтримки здоров'я<br>0,12 за 1 лікувальний курс для групи у 5 чоловік і не більше 0,12 коштів на оплачувальні послуги  |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | хворіючі : виразкова хвороба шлунка, алкоголізм, паління, ожиріння), що пройшли лікувальні курси з підтримки здоров'я)                                       |   |
| Стимулювання співпраці з населенням по охороні здоров'я | Навчання населення само- і взаємодопомозі:<br>- кількість груп, що пройшли повний курс навчання за відповідною програмою<br>- кількість програм самодопомоги | Виплати за групове (група 5-8 чоловік) навчання самодопомоги<br>0,1 за навчання однієї групи і не більше 0,1 коштів на оплачувальні послуги   |
| Стимулювання розширення об'єму функцій, що виконує ЛЗП  | Число малих хірургічних втручань   | Виплати за виконані операції: до 5 операцій за квартал – 0,01, максимум – 0,03 коштів на оплачувальні послуги   |
|   | Число викликів, що обслужені ЛЗП у неробочий час (нічних викликів)   | Оплата за кожний виклик, що обслужено в неробочий час:<br>0,04 – за кожний, але не більше 0,24 коштів на оплачувальні послуги   |
|   | Число відвідувань осіб похилого віку (65 років і більше) вдома   | Оплата відвідування (при кількості відвідувань 5-10 протягом місяця оплата подвійна, максимум оплати – потрійна більше ніж 10 відвідувань на місяць); до 5 відвідувань – 0,01, максимум 0,03 коштів на оплачувальні послуги |

Оплату праці середньому медичному персоналу доцільно встановлювати пропорційно доходам лікарів відповідної ланки первинно медико-санітарної допомоги.

Проте розглядаючи мету переходу на сімейну медицину, ми стикаємось з певними протиріччями у завданні, що покладається на сімейного лікаря. З одного боку, контроль-пропускний характер діяльності сімейного лікаря потребує від лікаря практичних знань загального характеру, загальної практики, з другого – функція воротаря (не пропустити гол!) означає наявність високого рівня кваліфікаційної підготовки при наданні спеціалізованих медичних послуг. У першому варіанті він не задовольнить сучасних потреб населення в якісних медичних послугах і буде вимушений користуватись послугами спеціалістів на стороні, як правило, за окрему

плату з громадян. У другому варіанті функції сімейного лікаря потребують зовсім інших підходів до його освіти. Відомо, що на підготовку необхідних 30 тис. сімейних лікарів потрібно близько 20-30 років, а з урахуванням плинності всі 50. При цьому проблеми підготовки сімейних лікарів полягають у неможливості всебічного якісного навчання за браком навчальних годин і, хоча фінансові стимули мотивують самопідготовку лікаря, неможливо, щоб лікарі в умовах постійно зростаючої медичної інформації змогли ставати одночасно і фахівцями у сфері гінекології, терапії, педіатрії, хірургії, генетики тощо. Для підготовки спеціаліста, щоб його послуги відповідали медичним нормам, необхідно витратити від трьох до десяти років після навчання у вищому навчальному закладі, до того ж він повинен постійно підтримувати рівень своїх знань та практикувати [2].

Щодо умов за наявності яких розпочався б процес 100-відсоткового переходу на сімейну медицину необхідні зміни у відповідних підсистемах:

- нормативно-правового забезпечення;
- перегляд норми 49 статті Конституції стосовно повної безплатної медичної допомоги в державних і комунальних закладах;
- законодавче визначення форм та розмірів участі населення у відшкодуванні затрат на надання медичної допомоги;
- перегляд наказів Міністерства охорони здоров'я України про штатні нормативи, порядок оплати праці медичного персоналу;
- розробка набору критеріїв і показників оцінки діяльності медичних установ і персоналу;
- розробка методики диференційованої оплати праці медичного персоналу.

## 4. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Питання охорони праці та здоров'я наших громадян у процесі їх трудової та будь-якої іншої діяльності повинні стати пріоритетними та увійти до розряду найвищого державного рівня, оскільки саме люди, їх життя та здоров'я є найбільшим багатством будь-якої держави.

Охорона праці в Україні відіграє важливу роль як соціальний чинник, оскільки, якими б вагомими не були трудові здобутки, вони не можуть компенсувати людині втраченого здоров'я, а тим більше життя - те й інше дається лише один раз. Внаслідок нещасних випадків та аварій на виробництві гинуть не просто робітники та службовці, на підготовку яких держава витратила значні кошти, а перш за все люди - годувальники сімей, батьки та матері, доньки та сини, родичі та друзі. Окрім соціального, охорона праці має, безперечно, важливе економічне значення. Це й висока продуктивність праці, зниження витрат на оплату лікарняних, компенсацій за важкі та шкідливі умови праці тощо. Незадовільний стан охорони праці важким тягарем лягає на економіку держави. Так в Україні щорічно майже 17 тис. осіб стають інвалідами; кількість пенсіонерів унаслідок трудового каліцтва перевищила 150 тис. осіб; щорічна загальна сума виплат на фінансування пільгових пенсій та пенсій з трудового каліцтва, відшкодування заподіяної шкоди потерпілим на виробництві та інших виплат, пов'язаних із незадовільними умовами праці, сягає понад 2,5 млрд. грн.

Упродовж багатовікової історії людства проблеми здоров'я та безпеки праці завжди посідали чільне місце в соціальному та економічному житті суспільства і були пов'язані з розвитком суспільного виробництва та формуванням суспільного буття. Цілком зрозуміло, що вивченню питань охорони праці приділялась серйозна увага. Вчені, інженери, лікарі,

психологи, представники інших галузей вивчали проблеми створення безпечних та нешкідливих умов та засобів праці. Тому історично склалось, що охорона праці як галузь науки виникла на перетині соціально-правових, технічних і медичних наук, науки про людину. Головними об'єктами її досліджень є людина в процесі праці, виробниче середовище, організація праці та виробництва, знаряддя праці. На підставі цих досліджень розробляються заходи та засоби, спрямовані на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі праці.

Основне місце в процесі створення безпечного стану довкілля, виробництва, побутових умов для життєдіяльності людини посідає законодавство у галузі регулювання відносин з охорони здоров'я людини та навколишнього середовища і забезпечення безпеки у надзвичайних ситуаціях та ситуаціях повсякденного життя, тобто безпеки життєдіяльності. Ці відносини регулюються нормативними актами різної юридичної сили – Конституцією, законами, урядовими підзаконними актами, відомчими нормативними актами та нормативними актами місцевих органів влади.

Законодавство про охорону праці ґрунтується на положеннях, які відповідають Конституції України. Статті 43, 45, 46, 49, 50, 53, 56 і 64 Конституції України гарантують право громадян України на працю, відпочинок, охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування, а також у випадку повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, у старості та в інших випадках. Законодавчими актами, що визначають основні положення з питань охорони праці, безпеки життєдіяльності та навколишнього середовища, є загальні закони України, а також спеціальні законодавчі акти. До загальних законів належать: Закони України “Про охорону праці”, “Про охорону здоров'я”, “Про пожежну безпеку”, “Про використання ядерної енергії та радіаційний захист”, “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, “Про цивільну оборону”, “Про захист людини від впливу іонізуючих випромінювань”, “Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування

від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності”, “Про охорону навколишнього природного середовища”, Кодекс законів про працю України (КЗпП). Спеціальними законодавчими актами в галузі охорони праці є нормативно-правові акти з охорони праці, Державні стандарти Системи стандартів безпеки праці, Будівельні норми та правила, Санітарні норми, Правила безпечної експлуатації електроустановок споживачів та інші нормативно-правові акти, якими регламентуються загальнообов'язкові правила (норми).

Основними шляхами створення безпечних та нешкідливих умов праці на будь-якому підприємстві є впровадження сучасних засобів техніки безпеки, які запобігають виробничому травматизму, і забезпечують санітарно-гігієнічні умови, що запобігають виникненню професійних захворювань працівників; створення системи організації охорони праці не лише на національному, а й на виробничому рівні. Підвищення ефективності діючої системи управління охорони праці на всіх рівнях є одним із шляхів зниження виробничого травматизму та професійних захворювань, зменшення факторів шкідливого впливу на організм працівників та скорочення кількості робочих місць із шкідливими та важкими умовами праці.

Система управління охороною праці передбачає: створення власником відповідних служб охорони праці, які забезпечують вирішення конкретних питань; досягнення встановлених нормативів з охорони праці шляхом впровадження прогресивних технологій, додержання вимог при проектуванні, будівництві та реконструкції підприємств, об'єктів і засобів виробництва; проведення лабораторних досліджень умов праці, атестації робочих місць на відповідність нормативним актам про охорону праці та надання пільг і компенсацій за результатами їх проведення; проведення обов'язкових медичних оглядів певних категорій працівників, навчання з питань охорони праці з метою попередження виробничого травматизму; усунення причин, що призводять до нещасних випадків, професійних захворювань, здійснення їх розслідування і обліку.

#### **4.1. Аналіз потенційно небезпечних та шкідливих факторів у приміщенні бухгалтерії та приміщеннях медичної установи.**

На медичний персонал більше ніж в інших галузях, впливають особливості професійної діяльності. Науково-технічний прогрес, що призвів до підвищення технічної оснащеності лікувальних установ, впровадження більш досконалих технічних процесів, обладнання, інструментарію, застосування нових лікарських препаратів та освоєння нових методів діагностики і лікування, ставить перед медициною праці нові проблеми, які потребують якнайшвидшого вирішення.

##### **4.1.1. Захист від іонізуючих та електромагнітних випромінювань.**

Деякі групи медичних працівників в процесі професійної діяльності можуть бути під впливом багатьох факторів, небезпечних для здоров'я. Серед фізичних факторів, які можуть істотно вплинути на стан здоров'я медичного персоналу, одне з перших місць займає іонізуюче випромінювання. У лікарні широко застосовуються різного роду радіоактивні речовини, прискорювачі елементарних часток, рентгенівські установки й інші джерела іонізуючого випромінювання. У зв'язку із цим медичний, допоміжний персонал, пацієнти, а також оточуючі люди можуть зазнати несприятливому впливу іонізуючих випромінювань.

Допустимі дози іонізуючого випромінювання регламентуються Нормами радіаційної безпеки України (НРБУ-97). Згідно з цим нормативним документом визначені наступні категорії опромінюваних осіб:

- категорія А – особи, що постійно чи тимчасово працюють з джерелами іонізуючого випромінювання;



- категорія Б – обмежена частина населення (особи, що не працюють безпосередньо з джерелами випромінювання, але за умовами розташування робочих місць можуть підлягати опроміненню).

За ступенем чутливості до іонізуючого випромінювання встановлено три групи критичних органів (тканин) організму, опромінення яких спричинює найбільшу шкоду здоров'ю людини:

I – усе тіло, статеві органи, червоний кістковий мозок;

II – щитоподібна залоза, м'язи, жирова тканина, печінка, нирки, селезінка, шлунково-кишковий тракт, легені, кришталик ока;

III – кісткова тканина, шкіра, кисті, передпліччя, литки, стопи.

Для осіб категорії А встановлено гранично допустиму дозу (ГДД) за рік, а для осіб категорії Б – границю дози (ГД) за рік (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Дози опромінення для різних груп критичних органів осіб категорії А та Б

| Група критичних органів | Гранично допустима доза для осіб категорії А, мЗв/рік | Границя дози для осіб категорії Б, мЗв/рік |
|-------------------------|---|--|
| I                       | 50  | 5  |
| II                      | 150   | 15   |
| III                     | 300   | 30   |

Установлені також норми потужності експозиційної дози рентгенівського випромінювання на робочих місцях при експлуатації рентгенівських апаратів. Вона не повинна перевищувати значень, наведених у табл. 4.2. Захист медичного й обслуговуючого персоналу, а також оточуючих людей від іонізуючих випромінювань складається з комплексу організаційних і технічних заходів та санітарно-гігієнічних заходів, установлених Основними санітарними правилами забезпечення радіаційної безпеки України, затвердженими наказом МОЗ України від 02.02.2005 року № 54, експлуатаційними документами й іншими нормативними актами.

Організаційні заходи від іонізуючого випромінювання передбачають забезпечення виконання вимог норм радіаційної безпеки. Приміщення, які призначені для роботи з радіоактивними ізотопами повинні бути ізольовані

від інших і мати спеціально оброблені стіни, стелі, підлоги. Усі джерела радіоактивних випромінювань підлягають ізоляції стаціонарними й нестаціонарними захисними обладнаннями, виготовленими зі свинцю, свинцевого скла, бетону, сталі й інших матеріалів. Для зберігання радіоізоотопів використовуються ампулосховища й контейнери-прилади, у яких захисний екран являє собою свинцеве заливання. Корпус контейнера зроблений із чавуну. У робочий час радіоактивні ізоотопи повинні розміщатися в сховищах, сейфах, обладнаних радіаційним захистом і вентиляцією. Запас цих речовин не повинен перевищувати очікуваної добової витрати. Відкриті джерела випромінювання і всі предмети, які опромінюються повинні знаходитись в обмеженій зоні, перебування в якій дозволяється персоналу у виняткових випадках, та й то короткочасно. На контейнери, устаткування, двері приміщень та інші об'єкти наноситься попереджувальний знак радіаційної небезпеки (на жовтому фоні - чорний схематичний трилисник).

Таблиця 4.2

Норми потужності експозиційної дози рентгенівського випромінювання

| Назва апаратури   | Час роботи апарата за місяць, год. | Припустима потужність експозиційної дози випромінювання на робочому місці |       |       |
|---|------------------------------------|---|-------|-------|
|   |                                    | мР/год.   | мкР/с | нА/кг |
| Для медичних діагностичних досліджень                     | 60                                 | 6,6   | 1,83  | 0,47  |
| у тому числі зі столом-штативом у вертикальному положенні | 50                                 | 5,0   | 1,4   | 0,36  |
| у горизонтальному положенні                               | 10                                 | 15  | 1,4   | 1,07  |
| Для променевої терапії                                    | 100                                | 4   | 1,1   | 0,28  |
| Для флюорографії  | 120                                | 3,3   | 0,92  | 0,24  |

До технічних заходів та засобів захисту від іонізуючого випромінювання належать: застосування автоматизованого устаткування з дистанційним керуванням; використання витяжних шаф, камер, боксів, що

оснащені спеціальними маніпуляторами, які копіюють рухи рук людини; встановлення захисних екранів.

Санітарно-гігієнічні заходи передбачають: забезпечення чистоти приміщень, включаючи щоденне вологе прибирання; улаштування припливно-витяжної вентиляції з щонайменше п'ятиразовим повітрообміном; дотримання норм особистої гігієни, застосування засобів індивідуального захисту. У якості заходу й індивідуального захисту персонал рентгенодіагностичних (рентгенологічних) кабінетів зобов'язано застосовувати під час роботи в сфері іонізуючого випромінювання фартухи, спідниці, рукавички, виготовлені із просвинцьованої гуми з лаكريруваним покриттям. Засобу захисту, що не мають такого покриття, повинні бути поміщені в чохлах із плівкових матеріалів. Під рукавички із просвинцьованої гуми слід обов'язково надягати бавовняні рукавички для захисту рук від свинецьовмістовного матеріалу. Усі захисні засоби підлягають перевірці на свинцевий еквівалент не рідше одного разу у два роки й при порушенні їх цілісності. До лікувально-профілактичних заходів належать: попередній та періодичні медогляди осіб, які працюють з радіоактивними речовинами; встановлення раціональних режимів праці та відпочинку; використання радіопротекторів - хімічних речовин, що підвищують стійкість організму до іонізуючого опромінення.

Відкриття електрики поклало початок широкому застосуванню його в різних галузях науки й практики, у тому числі в охороні здоров'я. Одним з напрямків використання електрики є фізіотерапія. Воно застосовується для електро – і світлолікування, лікування ультразвуком, магнітними полями, електро – і аерозольтерапії, теплолікування й інших лікувально-профілактичних цілей. По характеру дії на організм людини спектр електромагнітних випромінювань підрозділяється на радіохвилі й оптичну частину. Спектр радіохвильового діапазону випромінювання ділиться на піддіапазони високих (ВЧ), ультрависоких (УВЧ) і надвисоких (НВЧ) частот. Саме ці частоти використовуються при профілактиці й лікуванні ряду

захворювань. При застосуванні апаратів ультрависокої й надвисокої частоти в лікувально-профілактичних цілях лікарі й середній медичний персонал повинні строго дотримуватися вимог: ГОСТ 12.1.006-84 “Электромагнитные поля радиочастот. Общие требования”, який установлює гранично допустимі значення напруженості й щільності потоку енергії електромагнітного поля на робочому місці персоналу, а також методи контролю й основні способи й засоби захисту; Державних санітарних норм і правил при роботі з джерелами електромагнітних полів (ДСанПіН 3.3.6.096-2002), Правил техніки безпеки при експлуатації виробів медичної техніки в установках охорони здоров’я (ДНАОП 85.11-1.10-84), також вказівок експлуатаційних документів на застосовувані вироби медичної техніки. У якості заходу безпеки експлуатація апаратів УВЧ- і НВЧ-терапії з вихідною потужністю більш 100 Вт і з дистанційним методом опромінення проводиться в спеціально виділених приміщеннях або в кабінетах, що екранують. Експлуатація апаратів з контактним розташуванням випромінювачів допускається й у загальному приміщенні. Приміщення, де працюють високоякісні установки, обладнані загальнообмінною вентиляцією, виконаної з неметалічних матеріалів. Допустимі рівні напруженості електромагнітного поля (ЕМП) радіочастотного діапазону відповідно до ГОСТ 12.1.006-84 наведено в табл. 4.3.

Таблиця 4.3

Допустимі рівні напруженості електромагнітного поля радіочастотного діапазону

| Діапазон частот, Гц | Допустимі рівні напруженості ЕМП  |                                 | Допустима поверхнева густина потоку енергії, Вт/м <sup>2</sup> |
|---------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
|                     | За електричною складовою (E), В/м | За магнітною складовою (H), А/м |  |
| 60 кГц до 3 МГц     | 50                                | 5,0                             |  |
| 3 МГц до 30 МГц     | 20                                |                                 |  |
| 30 МГц до 50 МГц    | 10                                | 0,3                             |  |
| 50 МГц до 300 МГц   | 5                                 |                                 |  |
| 300 МГц до 300 ГГц  |                                   |                                 | 10   |

Дотримання допустимих значень ЕМП контролюють шляхом вимірювання напруженості Н та Е на робочих місцях і в місцях можливого перебування персоналу, в яких є джерела ЕМП. Контроль проводиться періодично, однак не менше, ніж один раз на рік, а також при введенні в експлуатацію нових чи модернізованих установок з джерелами ЕМП, після їх ремонту, переналагодження, а також при організації нових робочих місць. Для діапазону частот 300МГц до 300 ГГц щільність потоку потужності нормується залежно від тривалості опромінення відповідно до наведеної табл. 4.4. У якості засобів захисту від електромагнітних випромінювань застосовуються різні види екранів і поглиначі потужності.

Таблиця 4.4.

#### Норми опромінення УВЧ і НВЧ

| Тривалість опромінення УВЧ і НВЧ  | Припустима потужність, мкВт/см <sup>2</sup> |
|---|---|
| Протягом усього робочого дня  | 10  |
| Не більш 2 год. за день   | 100   |
| Не більш 15-20 хв. за робочий день при обов'язковому користуванні захисними окулярами | 1000  |

Для екранів використовуються, головним чином, матеріали з великою електричною провідністю (мідь, латунь, алюміній та його сплави, сталь). Екрани виготовляються із металевих листів або сток у вигляді замкнених камер, шаф чи кожухів, що під'єднуються до системи заземлення. Захист приміщення від впливу зовнішніх ЕМП забезпечується шляхом оклеювання стін металізованими шпалерами та облаштування на вікнах металевих сіток. Як засоби індивідуального захисту від електромагнітних випромінювань застосовуються халати, ковпаки, косинки, матеріалом для яких слугує спеціальна радіотехнічна тканина, в структурі якої металеві нитки утворюють сітку.

Лазери мають унікальні фізичні властивості. Монохроматичність випромінювання, когерентність, висока несуча частота випромінювання,

мала розбіжність променя й інші особливості лазерів дозволили використовувати їх у якості важливого, а в багатьох випадках незамінного засобу при лікуванні багатьох хвороб і при профілактиці захворювань. Вони усе ширше застосовуються у фізіотерапії, хірургії, офтальмології, нейрохірургії й інших галузях медицини.

З метою забезпечення безпечних умов праці персоналу санітарними правилами та нормами (СанПіН № 5804-91) регламентовані гранично допустимі рівні (ГДР) лазерного випромінювання на робочих місцях, які виражені в енергетичних експозиціях. У таблиці 4.5 наведено ГДР енергетичної експозиції  $H_{уф}$  при опроміненні імпульсним та неперервним лазерним променем з довжиною хвилі від 0,2 до 0,4 мкм (ультрафіолетова область спектра) рогівки ока чи шкіри.

Таблиця 4.5

Гранично допустимі рівні лазерного випромінювання залежно від довжини хвилі

| Довжина хвилі, мкм | $H_{уф}$ , Дж/см <sup>2</sup> | Довжина хвилі, мкм | $H_{уф}$ , Дж/см <sup>2</sup> |
|--------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Від 0,200 до 0,210 | $1 \cdot 10^{-8}$             | Від 0,290 до 0,300 | $1 \cdot 10^{-5}$             |
| Від 0,210 до 0,215 | $1 \cdot 10^{-7}$             | Від 0,300 до 0,370 | $1 \cdot 10^{-4}$             |
| Від 0,215 до 0,290 | $1 \cdot 10^{-6}$             | Від 0,370 до 0400  | $1 \cdot 10^{-3}$             |

Діючі лазерні установки, що представляють небезпеку для здоров'я людей, розміщаються в окремих приміщеннях, спеціально пристосованих для цього. Стіни, стеля, підлоги, устаткування й предмети не повинні мати дзеркальних поверхонь, які можуть відбивати лазерне випромінювання. Приміщення обладнані приточно-витяжною вентиляцією. Для запобігання опромінення людей медичному й обслуговуючому персоналу забороняється робити орієнтацію променя на вікна, двері й інші некапітальні спорудження, що пропускають лазерне випромінювання. Двері приміщення, у якому працює лазер, повинні бути постійно закриті й блоковані з початком включення лазера. Попереджувальну сигналізацію встановлюють як зовні, так і усередині, для того щоб медичний і обслуговуючий персонал встигнув

вчасно вжити заходів обережності. Робота з лазерними установками проводиться в приміщеннях (на площах) з яскравим загальним висвітленням. У якості індивідуальних засобів захисту застосовуються захисні окуляри, які необхідно використовувати у всіх випадках, коли є ймовірність поразок око прямим, відбитим або неухажним лазерним випромінюванням.

#### 4.1.2. Захист від шкідливих хімічних речовин.

У процесі роботи кожний медичний працівник зазнає впливу хімічних речовин: дезінфектантів, розчинників, очисників, інгаляційних анестетиків, які можуть спричиняти місцеві та системні токсичні реакції. Гранично допустимі концентрації деяких шкідливих речовин у повітрі робочої зони наведені в таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

Граничнодопустимі концентрації деяких шкідливих речовин у повітрі  
робочої зони

| №  | Назва речовин                       | ГДК, мг/м <sup>3</sup> | Клас небезпеки | Агрегатний стан |
|----|-------------------------------------|------------------------|----------------|-----------------|
| 1  | Азоту оксиди                        | 5                      | 2              | П               |
| 2  | Аміак                               | 20                     | 4              | П               |
| 3  | Ангідрид сірчистий                  | 10                     | 3              | П               |
| 4  | Ангідрид сірки                      | 1                      | 2              | А               |
| 5  | Ацетон                              | 200                    | 4              | П               |
| 6  | Бензин-розчинник                    | 300                    | 4              | П               |
| 7  | Бензин паливний                     | 100                    | 4              | П               |
| 8  | Гас                                 | 300                    | 4              | П               |
| 9  | Кислота сірчана                     | 1                      | 2              | А               |
| 10 | Основи їдкі                         | 0,5                    | 2              | А               |
| 11 | Озон                                | 0,1                    | 1              | П               |
| 12 | Ртуть металічна                     | 0,01                   | 1              | П               |
| 13 | Сулема                              | 0,1                    | 1              | А               |
| 14 | Свинець та його неорганічні сполуки | 0,01                   | 1              | А               |
| 15 | Окис вуглецю                        | 20                     | 4              | П               |
| 16 | Хлор                                | 1                      | 2              | А               |

Примітка: П – пара, А – аерозоль; Клас небезпеки: 1 – речовини надзвичайно небезпечні, 2 – речовини високо небезпечні; 3 – речовини помірно небезпечні; 4 – речовини мало небезпечні. (ГОСТ 12.1.007-76).

Загальними заходами та засобами попередження забруднення повітряного середовища і захисту працюючих є:

1. Заміна шкідливих речовин, за можливості, менш шкідливими під час виготовлення та вдосконалення обладнання. Наприклад, заміна апаратів Ріва-Рочі мембранними сфігмоманометрами або заміна хімічних дезінфектантів високотемпературною дезінфекцією.

2. Локалізація шкідливих виділень завдяки місцевій вентиляції, аспіраційним укриттям.

3. Нормальне функціонування загальнообмінної вентиляції, кондиціонування повітря.

4. Попередні та періодичні медичні огляди персоналу системи охорони здоров'я, профілактичне харчування, додержання правил особистої гігієни.

5. Контроль за вмістом шкідливих речовин у повітрі робочої зони:

6. Використання засобів індивідуального захисту: багатошарова маска, респіратори тощо, халати, захисні окуляри, рукавички. Гумові рукавички в персоналу з підвищеною чутливістю до даного матеріалу можуть спровокувати дерматит. Замість них можна застосовувати силіконові рукавички або рукавички з бавовняною підкладкою.

7. Обов'язкове навчання персоналу, який застосовує у своїй роботі сенсibilізатори або канцерогенні речовини (цитостатики).

8. Контроль за станом здоров'я: медичні огляди, аналізи сечі та крові, шкірні проби, контроль функцій легень, печінки, нирок.

#### **4.1.3. Безпека судин що працюють під тиском.**

У лікарні використовуються посудини, що працюють під тиском. Це кисневі балони. Кисневе забезпечення лікувального процесу здійснюється відповідно до вимог ДБН В.2.2-10-2001. Посудини, що працюють під тиском, належать до об'єктів з підвищеною небезпекою, тому при їх виготовленні та



експлуатації необхідно дотримуватись вимог ДНАОП 0.00-1.07-94 “Правила будови і безпечної експлуатації посудин, що працюють під тиском”. Заклад має дозвіл на виконання робіт зі зберігання, експлуатації балонів зі стисненими, зрідженими, отруйними, вибухонебезпечними інертними газами, їх наповнення, спорожнення та ремонту. Такий дозвіл видають на підставі Порядку № 1631 територіальні органи спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з нагляду за охороною праці (Держгірпромнагляд). У лікарні ведеться облік балонів, у тому числі кисневих, відповідно підпункту 7.1.2.Правил № 104. Згідно з підпунктом 5.3.11 Порядку № 104 порядок експлуатації балонів та їх арматури визначається розробленою на Інструкцією з режиму роботи і безпечного обслуговування посудин. Зовнішня поверхня кисневого балона має бути пофарбована блакитною фарбою. Норму наповнення кожного кисневого балона встановлено експлуатаційною інструкцією заводу - виробника балона. Під час експлуатації кисневих балонів робочий тиск газу залежні від температури навколишнього повітря, визначеної ГОСТ 26460-85.

Під час експлуатації кисневих балонів слід запобігати контакту оскільки з'єднання навіть незначної їх кількості викликає інтенсивне окиснення органічних мастил, що призводить до значного підвищення температури, займання та вибуху балона. Каталізатором загоряння матеріалів у середовищі кисню також може бути куріння, розряд електрики, нагрівання механічних частин під час тертя тощо. У приміщеннях, де можливе збільшення об'ємної частки кисню, має бути обмежено перебування людей, там не можна і зберігати легкозаймісті матеріали. Такі приміщенні обладнують засобами контролю повітряного середовища, витяжною вентиляцією для провітрювання та забезпечують попереджувальним надписом “Кисень. Небезпечно!”.

Слід зазначити, що після перебування у середовищі, збагаченому киснем, не можна курити, використовувати вогонь і наближатися до вогню, а одяг має бути провітрений протягом 30 хвилин. Здатність матеріалів до

загоряння зростає при підвищенні тиску і температури кисню (розділ 5 ГОСТ 6331-78). Балони у приміщеннях улаштовують на відстані не менше 1 м від радіаторів опалення, інших опалювальних приладів та не менше 5 м - від джерел тепла з відкритим вогнем. Не допускається стикання балонів з електропроводами і тепломережами, влаштування балонів у проходах і проїздах. Відповідно до підпункту 10.2.21 Правил №104 технічне освідчення балонів здійснюється в окремих спеціально обладнаних приміщеннях з температурою не нижче 12°C не рідше ніж 1 раз на 5 років.

#### **4.1.4. Параметри мікроклімату й засоби та заходи з нормалізації повітряного середовища.**

Суттєвий вплив на стан організму працівника, його працездатність чинить мікроклімат у виробничих приміщеннях, під яким розуміють умови внутрішнього середовища цих приміщень, що впливають на тепловий обмін працюючих з оточенням. Ці умови визначаються поєднанням температури, відносної вологості та швидкості руху повітря, температури поверхонь, що оточують людину, та інтенсивності теплового (інфрачервоного) випромінювання.

Нормалізація параметрів мікроклімату здійснюється за допомогою комплексу заходів та засобів колективного захисту, які включають будівельно-планувальні, організаційно-технологічні, санітарно-гігієнічні, технічні та ін.. Основними заходами та засобами нормалізації параметрів мікроклімату, які використовуються в установі є: раціональне розміщення устаткування (основні джерела теплоти необхідно розміщувати на такій відстані один від одного, щоб теплові потоки від низ не перехрещувались на робочих місцях); раціональна вентиляція, опалення та кондиціонування повітря (наприклад, приміщення бухгалтерії обладнані системами кондиціонування центрального опалення та); раціоналізація режимів праці та

відпочинку (створення умов для ефективного відпочинку в приміщеннях з нормальними метеорологічними умовами (наприклад, на харчоблоці є відокремлена кімната, де засобами вентиляції забезпечують нормальні температурні умови); використання засобів індивідуального захисту (спецодяг повинен бути повітро- та вологопроникним (бавовняним, з льону).

Основними нормативними документами, що регламентують параметри мікроклімату виробничих приміщень, є ДСН 3.3.6.042-99 та ГОСТ 12.1.005-88. Ці параметри нормуються для робочої зони – визначеного простору, в якому знаходяться робочі місця постійного або тимчасового перебування. Так для приміщень бухгалтерії норми мікроклімату (СНиП 4088-86) зазначені в таблиці 4.8..

Таблиця 4.8

#### Норми мікроклімату для приміщень

| Пора року | Категорія робіт | Температура повітря, °С, не більше | Відносна вологість повітря, % | Швидкість руху повітря, м/с |
|-----------|-----------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Холодна   | легка— 1а       | 22-24                              | 40-60                         | 0,1                         |
|           | легка- 1б       | 21-23                              | 40-60                         | 0,1                         |
| Тепла     | легка- 1а       | 23-25                              | 40-60                         | 0,1                         |
|           | легка- 1б       | 22-24                              | 40-60                         | 0,2                         |

До категорії 1а належать роботи, що виконуються сидячи і не потребують фізичного напруження, при яких витрати енергії складають до 139 Вт, до категорії 1б належать роботи, що виконуються сидячи, стоячи або пов'язані з ходінням та супроводжуються деяким фізичним напруженням, при яких витрати енергії становлять від 140 до 174 Вт.

#### 4.1.5 Освітлення.

Серед чинників зовнішнього середовища, що впливають на організм людини в процесі праці, світло посідає одне з перших місць. Визначимо, який

вид освітлення прийнятий для приміщення бухгалтерії, в якому робочі місця оснащені комп'ютерами.

Природне світло повинно проникати через бічні світлопрозорі, зорієнтовані як правило, на північ чи північний схід, і забезпечувати коефіцієнт природної освітленості (КПО) не нижче 1,5%. Нормовані значення КПО визначаються СНиП II-4-79 «Естественное и искусственное освещение».

Вікна приміщень з відеотерміналами повинні мати жалюзі або штори.

При організації штучного освітлення необхідно забезпечити сприятливі гігієнічні умови для зорової роботи і одночасно враховувати економічні показники. Найменша освітленість робочих поверхонь у виробничих приміщеннях регламентується СНиП II-4-79 «Естественное и искусственное освещение». Штучне освітлення приміщення з робочими місцями, обладнаними відеотерміналами ЕОМ персонального користування, має бути обладнане системою загального рівномірного освітлення. Загальне освітлення має бути виконане у вигляді суцільних або переривчатих ліній світильників, що розміщуються збоку від робочих місць (переважно зліва) паралельно лінії зору працівників. Як джерело світла при штучному освітленні повинні застосовуватися, як правило, люмінесцентні лампи типу ЛБ. Допускається у світильниках місцевого освітлення застосовувати лампи розжарювання. Рівень освітленості на робочому столі в зоні розташування документів має бути в межах 300-500 лк. У разі неможливості забезпечити даний рівень освітленості системою загального освітлення допускається застосування світильників місцевого освітлення, але при цьому не повинно бути відблисків на поверхні екрану та збільшення освітленості екрану більше ніж 300 лк. Необхідно використовувати систему вимикачів, що дозволяє регулювати інтенсивність штучного освітлення залежно від інтенсивності природного, а також дозволяє освітлювати тільки потрібні для роботи зони приміщення.

Для забезпечення нормованих значень освітлення в приміщеннях з відеотерміналами ЕОМ персонального користування необхідно очищати віконне скло та світильники не рідше ніж 2 рази на рік, та своєчасно проводити заміну ламп, що перегоріли.

#### **4.1.6. Захист від шуму і вібрації.**

Основними нормативними документами з охорони праці стосовно вібрації є ГОСТ 12.1.012-90 та ДСН 3.3.6.039-99. Нормування шуму здійснюється відповідно до ГОСТ 12.1.003-83 та ДСН 3.3.6.037-99.

Для забезпечення нормованих рівнів шуму на робочих місцях застосовуються шумопоглинальні засоби, вибір яких обґрунтовується спеціальними інженерно-акустичними розрахунками. Як засоби шумопоглинання повинні застосовуватися негорючі або важкогорючі спеціальні перфоровані плити, панелі, мінеральна вата з максимальним коефіцієнтом звукопоглинання в межах частот 31,5 – 8000 Гц, або інші матеріали аналогічного призначення, дозволені для оздоблення приміщень органами державного санітарно-епідеміологічного нагляду. Крім того, необхідно застосовувати підвісні стелі з аналогічними властивостями.

#### **4.1.7 Електробезпека і пожежна безпека**

Виключно важливе значення для запобігання електротравматизму має правильна організація обслуговування діючих електроустановок, проведення профілактичних та ремонтних робіт. При цьому під правильною організацією розуміється строге виконання ряду організаційних та технічних заходів і засобів, встановлених діючими ”Правилами технічної експлуатації електроустановок споживачів і правила техніки безпеки при експлуатації електроустановок споживачів“ (ПТЕ і ПТБ споживачів) і ”Правила установки

електроустановок“ (ПУЕ). Електромедична апаратура відповідно до ОН 64-1-203-69 по захисту від поразки електричним струмом у випадку порушення робочої ізоляції виготовляється наступних класів: 01, I, II, III.

До класів 01 і I відноситься апаратура, яка для захисту від поразки електричним струмом у випадку порушення робочої ізоляції підключається за допомогою заземлюючого проводу до заземлюючого пристрою. При цьому в апаратури класу 01 з'єднання із заземлюючим пристроєм проводиться незалежно від приєднання апаратури до мережі. Для підключення окремого заземлюючого проводу апаратура даного класу має зовнішній затискач захисного заземлення. Мережний шнур у цих апаратів має нормальну вилку без заземлюючих контактів. На відміну від цього виду заземлення в апаратури класу I з'єднання із заземлюючим пристроєм проводиться автоматично до приєднання апаратури до мережі. Мережний шнур у цієї апаратури має третю жилу, яка використовується в якості заземлюючого проводу, і нормальну вилку із заземлюючими контактами за ДСТ 7396-69. При експлуатації апаратури цих класів слід пам'ятати, що всі доступні для дотику металеві частини, наприклад корпус, штативи й т.п., повинні бути обов'язково заземлені. При живленні від мережі із глухозаземленої нейтралі, тобто нейтралі трансформатора або генератора, приєднаної до заземлюючого пристрою безпосередньо або через малий опір (трансформатори струму й ін.), усі доступні для дотику металеві частини апаратури класів 01 і I повинні бути занульовані. Призначене воно для захисту від поразки електричним струмом при порушенні ізоляції апаратури. Занульовані провідники - провідники, що з'єднують нульові проведення живильної мережі з неструмонесучими металевими частинами апаратури, - повинні бути обрані такого перетину, щоб при замиканні на корпус або на нульове проведення забезпечувалося швидке автоматичне відключення аварійної ділянки. Нульові проведення в групових щитів рентгенівських, фізіотерапевтичних кабінетів і операційних повинні бути з'єднані через магістраль заземлення.

До класу II ставиться апаратура, яка для захисту від поразки електричним струмом має подвійну або посилену ізоляцію стосовно частин мережного ланцюга. На відміну від класів 01 і I апаратура класу II не має захисного заземлення. Мережний шнур у цих апаратів має нормальну вилку без заземлюючих контактів. До апаратури класу III ставиться апаратура, розрахована для живлення постійним або змінним струмом з напругою не більш 24 В. Вона не має внутрішніх або зовнішніх ланцюгів з більш високими напругами. Живляча напруга може бути отримане від мережі через окремий захисний понижувальний трансформатор з подвійною або посиленою ізоляцією або від хімічних джерел струму.

Електромедична апаратура класу II і III не повинна мати захисного заземлення. При підготовці до експлуатації електромедичної апаратури медичний персонал повинен пам'ятати, що клас захисту електромедичної апаратури й необхідність захисного заземлення вказуються в інструкції для експлуатації, яка додається до апаратури заводом-виготовлювачем.

Правову основу пожежної безпеки становлять такі нормативно-законодавчі документи: Закон України "Про пожежну безпеку", Правила пожежної безпеки України (ДНАОП 0.01-1.01-05), ДСТУ 3675-98 "Пожежна техніка. Вогнегасники переносні. Загальні технічні вимоги", ДСТУ 3734-98 "Пожежна техніка. Вогнегасники пересувні. Загальні технічні вимоги", ДСТУ 3855-99 "Пожежна безпека. Визначення пожежної небезпеки матеріалів та конструкцій", ГОСТ 12.1.004-91 "Пожаробезопасность. Общие требования", СНИП 2.01.02-85 "Противопожарные нормы проектирования домов и сооружений", СНИП 2.04.09-84 "Пожарная автоматика домов и сооружений", ДБН В.1.1-7-202 "Захист від пожежі. Пожежна безпека об'єктів будівництва".

За вибухопожежною та пожежною небезпекою приміщення та будівлі відповідно до норм технологічного проектування (ОНТП 24-86) поділяються на п'ять категорій: А, Б, В, Г, Д. Для приміщення розрахункового відділу бухгалтерії встановлена категорія пожежної небезпеки В

(пожежонебезпечна). Однією з найбільш важливих завдань пожежного захисту є захист будівельних приміщень від руйнувань та забезпечення їх достатньої міцності в умовах дії високих температур при пожежі.

До засобів гасіння пожежі, призначених для локалізації невеликих загорань, відносяться пожежні стволи, внутрішні пожежні водопроводи, вогнегасники, сухий пісок, азбестові ковдри і т. п. Система протипожежного захисту в лікарні становить сукупність організаційних, а також технічних засобів, спрямованих на запобігання впливу на людей небезпечних чинників пожежі та обмеження матеріальних збитків від неї. Усі заходи організаційно-технічного характеру можна поділити на організаційні, технічні, режимні та експлуатаційні.

Організаційні заходи пожежної безпеки передбачають: організацію пожежної охорони в установі, проведення навчань з питань пожежної безпеки (включаючи інструктажі та пожежно-технічні мінімуми), застосування наочних засобів протипожежної пропаганди та агітації, організацією ДПД та ПТК, проведення перевірок, оглядів стану пожежної безпеки приміщень, будівель, об'єкта в цілому та ін..

До технічних заходів належать: суворе дотримання правил і норм, визначених чинними нормативними документами при реконструкції приміщень, будівель та об'єктів, технічному переоснащенні виробництва, експлуатації чи можливого переобладнанні електромереж, опалення, вентиляції, освітлення і т.п..

Заходи режимного характеру передбачають заборону куріння та застосування відкритого вогню в недозволених місцях, недопущення появи сторонніх осіб у вибухонебезпечних приміщеннях чи об'єктах, регламентацію пожежної безпеки при проведенні вогневих робіт тощо.

Експлуатаційні заходи охоплюють своєчасне проведення профілактичних оглядів, випробувань, ремонтів технологічного та допоміжного устаткування, а також інженерного господарства (електромереж, електроустановок, опалення, вентиляції).



## 4.2 Розрахункова частина.

Розрахувати систему загального рівномірного освітлення з люмінесцентними лампами для приміщення бухгалтерії, в якому виконуються зорові роботи високої точності (Шв). Мінімальна освітленість за нормами  $E = 300$ лк.

Розміри приміщення: довжина  $A = 5,5$  м, ширина  $B = 4$  м, висота  $H = 3,80$  м. Приміщення має світлу побілку: коефіцієнт відбиття  $\rho_{\text{стелі}} = 70\%$ ,  $\rho_{\text{стін}} = 50\%$ ,  $\rho_{\text{р}} = 10\%$ ). Висот робочих поверхонь (столів)  $h_{\text{р}} = 0,7$  м. Для освітлення використовуються світильники типу ЛПО01 (з двома лампами) – ЛБ-40, світловий потік однієї такої лампи становить  $\Phi_{\text{л}} = 3200$  лм.

Оскільки світильники кріпляться практично до стелі, то їх висота над підлогою майже дорівнює висоті приміщення:  $h_0 = H = 3,80$  м, що не суперечить вимогам СНиП II-4-79.

Визначимо висоту світильника над робочою поверхнею:

$$h = h_0 - h_{\text{р}} = 3,80 - 0,70 = 3,10 \text{ м.}$$

Показник приміщення  $i$  становить:

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = \frac{5,5 \times 4}{3,10 * (5,5 + 4)} = 0,8$$

При  $i = 0,8$ ,  $\rho_{\text{стелі}} = 70\%$ ,  $\rho_{\text{стін}} = 50\%$ ,  $\rho_{\text{р}} = 10\%$  для світильника ЛПО01 коефіцієнт використання дорівнює  $\eta = 0,34$

Визначимо необхідну кількість світильників, для забезпечення нормованої освітленості робочих поверхонь, якщо в кожному світильнику встановлено по дві лампи ЛБ-40:

$$N = \frac{E \times S \times k_3 \times Z}{\Phi_{\text{л}} \times n \times \eta}$$

де  $E$  – нормована мінімальна освітленість, лк;

$S$  – площа освітлюваного приміщення, кв.м.;

$k_3$  – коефіцієнт запасу, що враховує зниження освітленості в результаті забруднення та старіння ламп ( $k_3 = 1,3$ ) [21, с.14];

$Z$  – коефіцієнт нерівномірності освітлення, для люмінесцентних ламп  $Z = 1,1$ ;

$\Phi_{\text{л}}$  – світловий потік однієї лампи;

$n$  – кількість ламп в світильнику;

$\eta$  – коефіцієнт використання світлового потоку.

$$N = \frac{300 \times 22 \times 1,3_3 \times 1,1}{3200 \times 2 \times 0,34} = 4.$$

Приймаємо 4 світильники, які для забезпечення рівномірності освітлення розташовуємо в два ряди по 2 штуки у кожному.

Визначимо сумарну електричну потужність усіх світильників, встановлених у приміщенні:

$$\sum P_{\text{св}} = P_{\text{л}} \times N \times n = 40 \times 4 \times 2 = 320 \text{ Вт.}$$

На даний час в приміщенні бухгалтерії розрахункового відділу розташовано чотири люмінесцентні лампи ЛБ-40. Результати розрахунків показали, що в приміщенні бухгалтерії площею 22 м<sup>2</sup> система загального рівномірного освітлення відповідає нормам освітлення виробничих приміщень.

#### **4.3. Безпека в надзвичайних ситуаціях.**

У зв'язку з необмеженою кількістю чинників, що впливають на безпеку життєдіяльності людини, зміною їх чисельності та сили впливу, обмеженістю людських знань, можливостей систем захисту людей досягнення абсолютної безпеки є нереальним завданням. Стратегічним вирішенням цієї проблеми має бути система управління безпекою життєдіяльності, складовою якої є якість життя людини та принцип прийнятного ризику.

Становлення незалежної суверенної України повинно супроводжуватися створенням безпечного стану довкілля, виробництва, побутових умов для життєдіяльності людини. Основне місце в цьому процесі посідає законодавство у галузі регулювання відносин з охорони здоров'я

людини та навколишнього середовища і забезпечення безпеки у надзвичайних ситуаціях та ситуаціях повсякденного життя, тобто безпеки життєдіяльності. Ці відносини регулюються нормативними актами різної юридичної сили – Конституцією, законами, урядовими підзаконними актами, відомчими нормативними актами та нормативними актами місцевих органів влади.

Законодавство щодо безпеки життєдіяльності включає законодавства України про охорону здоров'я, охорону праці, дорожній рух, цивільну оборону, охорону навколишнього середовища тощо.

Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року зі змінами і доповненнями, внесеними Законами України, визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з цих Основ та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” від 24 лютого 1994 року зі змінами і доповненнями регулює суспільні відносини, які виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, визначає відповідні права та обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян, встановлює порядок організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні.

Дуже важливе значення має Закон “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”. Закон викладено в новій редакції (згідно із Законом України від 3 березня 1998 року N 155/98–ВР). Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) – особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ) і через відсутність у даний час специфічних методів профілактики та ефективних методів лікування призводить до смерті. Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства. Боротьба з цією хворобою є одним з пріоритетних завдань держави в галузі охорони здоров’я населення.

Визначимо деякі нормативно-правові акти щодо охорони здоров’я, які розроблялись останнім часом:

1. Постанова Кабінету Міністрів від 24.04.1999, N 696 “Про затвердження “Правил санітарної охорони території України”.
2. Постанова Кабінету Міністрів від 23.04.1999, N 667 “Про Комплексні заходи боротьби з туберкульозом”.
3. Постанова Кабінету Міністрів від 09.03.1999, N 341 “Про Програму профілактики СНІДу та наркоманії на 1999–2000 роки”.
4. Постанова Верховної Ради від 19.02.1999, N 453-XIV “Про проект Закону України про захист населення від інфекційних хвороб”.
5. Постанова Кабінету Міністрів, від 23.03.1998, N 357 “Про комплексні заходи для запобігання розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом”.

Законодавство про охорону праці складається з Закону України “Про охорону праці”, Кодексу законів про працю України та інших нормативних актів. Закон України “Про охорону праці” від 14 жовтня 1992 року визначає основні положення щодо реалізації конституційного права громадян на

охорону їх життя і здоров'я в процесі трудової діяльності, регулює за участю відповідних державних органів відносини між власником підприємства, установи та організації або уповноваженим ним органом і працівником із питань безпеки, гігієни праці та виробничого середовища і встановлює єдиний порядок організації охорони праці в Україні. Національна програма поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 1996–2000 роки (постанова Кабінету Міністрів України від 2 листопада 1996 р. № 1345) розроблена відповідно до Закону України “Про охорону праці”. Головною метою Національної програми є удосконалення державної системи управління охороною праці, яка сприяла б вирішенню питань організаційного, матеріально-технічного, наукового та правового забезпечення робіт у галузі охорони праці, запобіганню нещасним випадкам, професійним захворюванням, аваріям і пожежам.

Закон України “Про пожежну безпеку” від 17 грудня 1993 року проголошує, що забезпечення пожежної безпеки є невід’ємною частиною державної діяльності щодо охорони життя та здоров'я людей, національного багатства і навколишнього природного середовища. Цей Закон визначає загальні правові, економічні та соціальні основи забезпечення пожежної безпеки на території України, регулює відносини державних органів, юридичних і фізичних осіб у цій галузі незалежно від виду їх діяльності та форм власності.

Закон України “Про дорожній рух” визначає правові та соціальні основи дорожнього руху з метою захисту життя та здоров'я громадян, створення безпечних і комфортних умов для учасників руху та охорони навколишнього природного середовища. Закон регулює суспільні відносини у сфері дорожнього руху та його безпеки, визначає права, обов'язки і відповідальність суб'єктів-учасників дорожнього руху, міністерств, інших центральних органів державної виконавчої влади, об'єднань, підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності та господарювання.

Закон “Про цивільну оборону України” від 3 лютого 1993 року передбачає право кожного на захист свого життя і здоров’я від наслідків аварій, катастроф, пожеж, стихійного лиха та на вимогу гарантій забезпечення реалізації цього права від Кабінету Міністрів України, міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування, керівництва підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності і підпорядкування. Держава як гарант цього права створює систему цивільної оборони, яка ставить собі за мету захист населення від небезпечних наслідків аварій і катастроф техногенного, екологічного, природного та воєнного характеру. Закон України “Про захист людини від впливу іонізуючих випромінювань” від 14 січня 1998 року спрямований на забезпечення захисту життя, здоров’я та майна людей від негативного впливу іонізуючих випромінювань, спричиненого практичною діяльністю, а також у випадках радіаційних аварій, шляхом виконання запобіжних та рятувальних заходів і відшкодування шкоди.

Еколого-правове регулювання ґрунтується на нормах Закону України “Про охорону навколишнього природного середовища” від 25 червня 1991 року, який передбачає мету, завдання, принципи та механізми забезпечення ефективного природокористування, охорони довкілля, забезпечення екологічної безпеки.

Події, при яких відбувається порушення нормальних умов життя і діяльності людей і які можуть призвести або призводять до загибелі людей та/або до значних матеріальних втрат. До надзвичайних ситуацій призводять аварії, катастрофи, стихійні лиха та інші події, такі як епідемії, терористичні акти, збройні конфлікти тощо. Положення про класифікацію надзвичайних ситуацій за характером походження подій, котрі зумовлюють виникнення надзвичайних ситуацій на території України, розрізняє чотири класи надзвичайних ситуацій.

Надзвичайні ситуації техногенного характеру - це транспортні аварії (катастрофи), пожежі, неспровоковані вибухи чи їх загроза, аварії з викидом (загрозою викиду) небезпечних хімічних, радіоактивних, біологічних речовин, раптове руйнування споруд та будівель, аварії на інженерних мережах і спорудах життєзабезпечення, гідродинамічні аварії на греблях, дамбах тощо.

Надзвичайні ситуації природного характеру — це небезпечні геологічні, метеорологічні, гідрологічні морські та прісноводні явища, деградація ґрунтів чи надр, природні пожежі, зміна стану повітряного басейну, інфекційна захворюваність людей, сільськогосподарських тварин, масове ураження сільськогосподарських рослин хворобами чи шкідниками, зміна стану водних ресурсів та біосфери тощо.

Надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру - це ситуації, пов'язані з протиправними діями терористичного та антиконституційного спрямування: здійснення або реальна загроза терористичного акту (збройний напад, захоплення і затримання важливих об'єктів, ядерних установок і матеріалів, систем зв'язку та телекомунікація, напад чи замах на екіпаж повітряного чи морського судна), викрадення (спроба викрадення) чи знищення суден, встановлення вибухових пристроїв у громадських місцях, викрадення або захоплення зброї, виявлення застарілих боєприпасів тощо.

Надзвичайні ситуації воєнного характеру - це ситуації, пов'язані з наслідками застосування зброї масового ураження або звичайних засобів ураження, під час яких виникають вторинні фактори ураження населення внаслідок зруйнування атомних і гідроелектричних станцій, складів і сховищ радіоактивних і токсичних речовин та відходів, нафтопродуктів, вибухівки, сильнодіючих отруйних речовин, токсичних відходів, нафтопродуктів, транспортних та інженерних комунікацій тощо.

Локальні надзвичайні ситуації відповідають рівню системи “людина-життєве середовище ” з однією особою та мікроколективом; об'єктові - системам з рівнем колектив, макроколективі; місцеві - системам, в які

входить населення міста або району; регіональні - області; загальнодержавні - населення країни і так далі.

Основними причинами виникнення надзвичайних ситуацій техногенного характеру є 1) недоліки та помилки при проектуванні, будівництві, монтажі або виготовленні будівель, споруд, інженерно-технічних засобів, систем; 2) порушення технологічного процесу виробництва, правил експлуатації, зберігання і транспортування, а також недотримання вимог щодо техніки безпеки та охорони праці; 3) низький рівень підготовки і трудової дисципліни, халатність, некомпетентність виробничого персоналу, що призводять до помилкових дій; 4) зовнішні події: стихійні лиха, аварії на комунально-енергетичних мережах (КЕМ), транспортних магістралях, залізниці, об'єктах господарчої діяльності. Господарська діяльність в Україні відбувається на базі багатьох фізично і морально застарілих технологій та основних виробничих фондів. Це зумовило істотне відставання вітчизняних виробництв за рівнем безпеки від світових стандартів, що значно підвищило ймовірність виникнення на них аварій та катастроф.

Сьогоднішня ситуація в Україні щодо небезпечних природних явищ, аварій і катастроф характеризується як дуже складна. Тенденція зростання кількості надзвичайних ситуацій, важкість їх наслідків змушують розглядати їх як серйозну загрозу безпеці окремої людини, суспільству та навколишньому середовищу, а також стабільності розвитку економіки країни. До роботи в районі надзвичайної ситуації необхідно залучати значну кількість людських, матеріальних і технічних ресурсів. Найбільш ефективний засіб зменшення шкоди та збитків, яких зазнають суспільство, держава і кожна окрема особа в результаті надзвичайних ситуацій, - запобігати їх виникненню, а в разі виникнення – виконувати заходи, адекватні ситуації, що склалася. Запобігання виникненню надзвичайних ситуацій – це підготовка та реалізація комплексу правових, соціально-економічних, політичних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та інших заходів,



спрямованих на регулювання безпеки, проведення оцінки рівнів ризику, завчасне реагування на загрозу виникнення надзвичайної ситуації на основі даних моніторингу (спостережень), експертизи, досліджень та прогнозів щодо можливого перебігу подій з метою недопущення їх переростання у надзвичайну ситуацію або пом'якшення її можливих наслідків.

## **ВИСНОВОК**

У заключній частині можна зробити такі висновки:

1. Найбільш небезпечними і шкідливими факторами в медичному закладі є: іонізуюче та електромагнітне випромінювання, шум і вібрація, шкідливі хімічні речовини, робота з посудинами, що працюють під тиском.

2. Була розрахована система загального рівномірного освітлення з люмінесцентними лампами для приміщення бухгалтерії. Результати розрахунків показали, що в приміщенні бухгалтерії площею 22 м<sup>2</sup> система загального рівномірного освітлення відповідає нормам освітлення виробничих приміщень.

3. Система протипожежного захисту в лікарні становить сукупність організаційних, а також технічних засобів, спрямованих на запобігання впливу на людей небезпечних чинників пожежі та обмеження матеріальних збитків від неї.

4. Основними шляхами створення безпечних та нешкідливих умов праці на будь-якому підприємстві є впровадження сучасних засобів техніки безпеки, які запобігають виробничому травматизму і забезпечують санітарно-гігієнічні умови, що запобігають виникненню професійних захворювань працівників; створення системи організації охорони праці не лише на національному, а й на виробничому рівні.

## 5. ОХОРОНА НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Нинішню екологічну ситуацію в Україні можна охарактеризувати як кризову, що формувалася протягом тривалого періоду через нехтування об'єктивними законами розвитку і відтворення природно-ресурсного комплексу України. Відбувалися структурні деформації народного господарства, за яких перевага надавалася розвитку в Україні сировинно-видобувних, найбільш екологічно небезпечних галузей промисловості. Економіці України притаманна висока питома вага ресурсномістких та енергоємних технологій, впровадження та нарощування яких здійснювалося найбільш “дешевим” способом – без будівництва відповідних очисних споруд. Це було можливим за відсутності ефективно діючих правових, адміністративних та економічних механізмів природокористування та без урахування вимог охорони довкілля.

Тому охорона навколишнього середовища набуває надзвичайно важливого значення. Інтенсивність викиду шкідливих речовин промисловими підприємствами та транспортними засобами виросла настільки, що призводить до порушення екологічної рівноваги в природі, а це ставить під загрозу збереження життя людства на землі.

Відносини у галузі охорони навколишнього природного середовища в Україні регулюються Законом України “Про охорону навколишнього природного середовища” від 25.06.91р. № 1264-ХІІ, а також розробленими відповідно до нього земельним, водним, лісовим законодавством, законодавством про надра, про охорону атмосферного повітря, про охорону і використання рослинного і тваринного світу та іншим спеціальним законодавством.

Основними принципами охорони навколишнього природного середовища є:

а) пріоритетність вимог екологічної безпеки, обов'язковість додержання екологічних стандартів, нормативів та лімітів використання природних ресурсів при здійсненні господарської, управлінської та іншої діяльності;

б) гарантування екологічно безпечного середовища для життя і здоров'я людей;

в) запобіжний характер заходів щодо охорони навколишнього природного середовища;

г) екологізація матеріального виробництва на основі комплексності рішень у питаннях охорони навколишнього природного середовища, використання та відтворення відновлюваних природних ресурсів, широкого впровадження новітніх технологій;

д) збереження просторової та видової різноманітності і цілісності природних об'єктів і комплексів;

е) науково обгрунтоване узгодження екологічних, економічних та соціальних інтересів суспільства на основі поєднання міждисциплінарних знань екологічних, соціальних, природничих і технічних наук та прогнозування стану навколишнього природного середовища;

є) обов'язковість екологічної експертизи;

ж) гласність і демократизм при прийнятті рішень, реалізація яких впливає на стан навколишнього природного середовища, формування у населення екологічного світогляду;

з) науково обгрунтоване нормування впливу господарської та іншої діяльності на навколишнє природне середовище;

и) безоплатність загального та платність спеціального використання природних ресурсів для господарської діяльності;

і) стягнення збору за забруднення навколишнього природного середовища та погіршення якості природних ресурсів, компенсація шкоди, заподіяної порушенням законодавства про охорону навколишнього природного середовища;

ї) вирішення питань охорони навколишнього природного середовища та використання природних ресурсів з урахуванням ступеня антропогенної змінності територій, сукупної дії факторів, що негативно впливають на екологічну обстановку;

й) поєднання заходів стимулювання і відповідальності у справі охорони навколишнього природного середовища;

к) вирішення проблем охорони навколишнього природного середовища на основі широкого міждержавного співробітництва. [23 ст. 20, ст.21]

## **5.2 Аналіз джерел забруднення навколишнього середовища в медичній установі.**

Жодна установа не обходиться без транспортних засобів. КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня» використовує в своїй діяльності службовий і санітарний транспорт.

Транспорт є однією з найважливіших галузей суспільного виробництва і покликаний задовольняти потреби населення та суспільного виробництва в перевезеннях. Одночасно транспорт є одним з основних забруднювачів навколишнього природного середовища.

При процесах згоряння палива найбільш інтенсивне забруднення атмосфери відбувається через широке розповсюдження автотранспортних засобів. Внесок автотранспорту в загальне забруднення атмосферного повітря досягає тут 40-50 %.

Для атмосфери характерна надзвичайно висока динамічність, обумовлена як швидким переміщенням повітряних мас у латеральному й вертикальному напрямках, так і високими швидкостями, різноманітністю фізико-хімічних реакцій, що протікають у ній. Атмосфера розглядається зараз як величезний «хімічний казан», який є під впливом численних і

мінливих антропогенних і природних факторів. Гази й аерозолі, що викидаються в атмосферу, характеризуються високою реакційною здатністю. Пил і сажа палива, що виникають при згорянні, лісових пожежах, сорбують важкі метали й радіонукліди й при осадженні на поверхню можуть забруднити великі території, проникнути в організм людини через організм подиху.

Більшу частку в забрудненні атмосфери становлять викиди шкідливих речовин від автомобілів. У цей час на частку автомобільного транспорту доводиться більше половини всіх шкідливих викидів у навколишнє середовище, які є головним джерелом забруднення атмосфери. У середньому при пробігу 15 тис. км за рік кожний автомобіль спалює 2 т палива й близько 26- 30 т повітря, у тому числі 4,5 т кисню, що в 50 раз більше потреб людини. При цьому автомобіль викидає в атмосферу (кг/рік): вугарного газу – 700, окису азоту (II) – 40, незгорілих вуглеводнів – 230 і твердих речовин – 2 – 5. Крім того, викидається багато з'єднань свинцю через застосування здебільшого етильованого бензину.

Токсичними викидами двигунів внутрішнього згорання (ДВС) є відпрацьовані та картерні газы, пари палива з карбюратора й паливного бака. Основна частка токсичних домішок надходить в атмосферу з відпрацьованими ДВС газами.

Кількість шкідливих речовин, що надходять в атмосферу в складі газів, що відробили, залежить від загального технічного стану автомобілів і, особливо, від двигуна – джерела найбільшого забруднення. Так, при порушенні регулювання карбюратора викиди оксиду вуглецю збільшуються в 4...5 рази. Застосування етильованого бензину, що має у своєму складі з'єднання свинцю, викликає забруднення атмосферного повітря досить токсичними з'єднаннями свинцю. Близько 70 % свинцю, доданого до бензину з етиловою рідиною, попадає у вигляді з'єднань в атмосферу з газами, що відробили, з них 30 % осідає на землі відразу за зрізом випускної труби

автомобіля, 40 % залишається в атмосфері. Концентрація свинцю в повітрі залежить від змісту свинцю в бензині.

## **5.2. Заходи щодо запобігання або зменшення забруднення навколишнього середовища транспортними засобами**

Основні правові норми, які закріплюють правові заходи по охороні навколишнього природного середовища від шкідливого впливу транспорту, містяться в Законах України від 26 червня 1991 року «Про охорону навколишнього природного середовища», від 16 жовтня 1992 року «Про охорону атмосферного повітря» та від 10 листопада 1994 року «Про транспорт». Крім того, щодо окремих видів транспорту є спеціальні нормативні акти, які також закріплюють правові заходи екологічної безпеки транспортних засобів.

Основними напрямками охорони навколишнього природного середовища на транспорті є зниження токсичності та нейтралізація шкідливих речовин, які містяться у викидах та скидах транспортних засобів, а також поступовий перехід на нові види енергії та пального. Ці напрямки посідають певне місце в чинному законодавстві. Відповідно до закону «Про охорону навколишнього природного середовища» (ст. 56) на підприємства, установи, організації, що здійснюють проектування, виробництво, експлуатацію та обслуговування автомобілів, літаків, суден, інших пересувних засобів, установок та виробництво і постачання пального, покладені певні обов'язки щодо забезпечення екологічної безпеки транспортних засобів. Так, вони зобов'язані розробляти та здійснювати заходи по знищенню токсичності та знешкодженню шкідливих речовин, що містяться у викидах та скидах транспортних засобів, переходу на менш токсичні види пального, додержання режиму експлуатації транспортних

засобів та інші заходи, спрямовані на запобігання й зменшення викидів та скидів у навколишнє природне середовище забруднюючих речовин та додержання встановлених рівнів фізичних впливів.

При експлуатації транспортних засобів в атмосферне повітря викидаються відпрацьовані гази, що містять забруднюючі речовини, а також відбувається шкідливий вплив їх фізичних факторів. З метою охорони навколишнього природного середовища від забруднення та шкідливого впливу фізичних факторів транспортних засобів для кожного типу пересувних джерел, що експлуатуються на території України, встановлюються нормативи вмісту забруднюючих речовин у відпрацьованих газах та шкідливого впливу їх факторів. Ці нормативи розробляються з урахуванням наявності технічних рішень щодо зменшення утворення забруднюючих речовин, зниження рівня шкідливого впливу фізичних факторів, очищення відпрацьованих газів та економічної доцільності. Порядок розробки і затвердження цих нормативів встановлюється Міністерством охорони навколишнього природного середовища України і Міністерством охорони здоров'я України. Виробництво та експлуатація транспортних засобів, у яких вміст забруднюючих речовин у відпрацьованих газах перевищує нормативи або рівні шкідливого впливу фізичних факторів, забороняються.

Усі транспортні та інші пересувні засоби, що експлуатуються на території України, мають бути піддані державному контролю за додержанням екологічної безпеки транспортних засобів. Нині державний контроль у забезпеченні додержання вимог законодавства про охорону навколишнього природного середовища на транспорті здійснюється радами та їх виконавчими і розпорядчими органами, Міністерством охорони навколишнього природного середовища України, його органами на місцях, органами місцевого самоврядування та іншими спеціально уповноваженими державними органами.

У разі порушення екологічного законодавства керівники транспортних організацій та власники транспортних засобів несуть юридичну відповідальність за додержання нормативів гранично допустимих викидів та скидів забруднюючих речовин і гранично допустимих рівнів фізичних впливів на навколишнє природне середовище, встановлених для відповідного типу транспорту, а також за інші порушення екологічних вимог на транспорті.

Отже, на підставі вищевикладеного основними заходами щодо боротьби з викидами автотранспорту є оцінка автомобілів по токсичності вихлопів, економія палива, перехід автотранспорту на дизельні двигуни, система керування міським транспортом, удосконалення двигунів внутрішнього згоряння, створення автомобілів з урахуванням вимог екології, використання газу.

Велике значення має повсякденний контроль над автомашинами. Усі автогосподарства зобов'язані стежити за справністю машин, що випускаються на лінію. При добре працюючому двигуні у вихлопних газах вміст окису вуглецю повинен бути не більш припустимої норми. Положенням про Державну автомобільну інспекцію на неї покладений контроль над виконанням заходів щодо охорони навколишнього середовища від шкідливого впливу автотранспорту. У прийнятому стандарті на токсичність передбачена подальша жорсткість норми: по окису вуглецю-на 35%, по вуглеводнях-на 12%, по окислах азоту-на 21%.

Для кожного типу двигуна (карбюраторного чи дизельного) при інших різних умовах кількість забруднювальних речовин, що виділяються в атмосферу, пропорційна витратам палива. Тому економія палива одночасно означає скорочення викидів токсичних речовин в атмосферу.

На думку фахівців, перехід автотранспорту на дизельні двигуни зменшить викид в атмосферу шкідливих речовин. У вихлопі дизеля майже не міститься отрутного окису вуглецю, тому що дизельне паливо спалюється в ньому практично повністю. До того ж дизельне паливо вільне від тетраетилу



свинцю, який використовується для підвищення октанового числа бензину, що спалюється в сучасних карбюраторних двигунах з високим ступенем спалювання.

Дизель економічніший карбюраторного двигуна на 20-30%. Більше того, для виробництва 1 л дизельного палива потрібно в 2, 5 рази менше енергії, ніж для виробництва того ж кількості бензину. Виходить, таким чином, як би подвійна економія енергоресурсів..

Необхідно розробляти нові системи регулювання вуличного руху, які зводять до мінімуму можливість утвору пробок, тому що, зупиняючись і потім набираючи швидкість, автомобіль викидає в кілька раз більше шкідливих речовин, ніж при рівномірному русі.

Створення автомобілів з урахуванням вимог екології - одне із серйозних завдань для конструкторів. Удосконалювання процесу згоряння палива у двигуні внутрішнього згоряння, застосування електронної системи запалювання приводить до зменшення у вихлопі шкідливих речовин. Велика увага надається розробці обладнання зниження токсичності - нейтралізаторів, якими можна оснастити сучасні автомобілі. Спосіб каталітичного перетворення продуктів згоряння полягає в тому, що газы, що відробили, очищаються, вступаючи в контакт із каталізатором. Одночасно відбувається дожигання продуктів неповного згоряння, що втримуються у вихлопі автомобілів. Нейтралізатор кріплять до вихлопної труби, і газы, що пройшли через нього, викидаються в атмосферу очищеними. Одночасне обладнання може виконувати функції глушителя шуму. Ефект від використання нейтралізаторів досягається значний: при оптимальному режимі викид в атмосферу оксиду вуглецю зменшується на 70-80%, а вуглеводнів — на 50 - 70%. Значно поліпшити склад вихлопних газів можна за допомогою різних домішок до палива. Учені розробили присадку, яка знижує зміст сажі у вихлопних газах на 60-90% і канцерогенних речовин - на 40%.

Останнім часом на нафтопереробних підприємствах широко впроваджується процес каталітичного риформінгу низькооктанових

бензинів. У результаті можна випускати неетильовані, малотоксичні бензини. Використання їх знижує забруднення атмосферного повітря, збільшує термін служби автомобільних двигунів, скорочує витрата палива.

Високооктанове, стабільне за складом газове паливо добре змішується з повітрям і рівномірно розподіляється по циліндрах двигуна, сприяючи більш повному згорянню робочої суміші. Сумарний викид токсичних речовин в автомобілів, що працюють на зрідженому газі, значно менше, чим у машин з бензиновими двигунами. При роботі двигуна на газі відбувається більш повне згоряння суміші. А це веде до зниження токсичності газів, що відробили, зменшенню нагароутворенню й витрати масла, збільшенню моторесурсу. Крім того, зріджений газ дешевше бензину.

## **ВИСНОВОК**

У заключній частині можна зробити такі висновки:

1. Основними напрямками охорони навколишнього природного середовища на транспорті є зниження токсичності та нейтралізація шкідливих речовин, які містяться у викидах та скидах транспортних засобів, а також поступовий перехід на нові види енергії та пального.

2. Підприємства з метою дотримання екологічної безпеки, що експлуатують автомобільний транспорт, повинні розробляти і здійснювати комплекс заходів щодо зниження токсичності та знешкодження шкідливих речовин, що містять у викидах транспортних засобів, переходу на менш токсичні види енергії й палива, додержання режиму експлуатації транспортних засобів та інші заходи, спрямовані на запобігання й зменшення викидів у навколишнє середовище та додержання встановлених рівнів фізичних впливів.

3. Основними заходами щодо боротьби з викидами автотранспорту є оцінка автомобілів по токсичності вихлопів, економія палива, перехід

автотранспорту на дизельні двигуни, система керування міським транспортом, удосконалення двигунів внутрішнього згорання, створення автомобілів з урахуванням вимог екології, використання газу.

## ВИСНОВКИ

У даній дипломній роботі проведена діагностика використання трудових ресурсів Комунального закладу “Херсонська міська клінічна лікарня” та визначені шляхи покращення їх використання.

Результати проведеного дослідження дозволили зробити такі теоретичні та практичні висновки.

Укомплектованість персоналу протягом звітного періоду знаходиться на одному рівні, проте досягається за рахунок сумісництва, про що свідчить високий коефіцієнт сумісництва 1,17.

Поступово збільшується кількість вакантних ставок: 15,75 – в 2008 році, 21,25 – в 2009 році, 26,25 – в 2010 році. Особливо це стосується лікарських посад: з 0,5 ставки в 2008 році до 12,50 ставки в 2010 році.

Кількість фактично зайнятих посад медичних працівників не відповідає тому обсягу медичних послуг, який необхідний для задоволення потреб населення.

Основними причинами звільнення працівників стали: низький рівень заробітної плати, незадоволеність графіком роботи, морально тяжка робота, яка потребує емоціональної стійкості і навиків спілкування з людьми.

Спостерігається тенденція до старіння медичних працівників. За звітами форми №20 за 2008-2010 роки кількість пенсіонерів серед медичних працівників зростає в середньому на 1,8%.

Серед лікарів і середніх медичних працівників, що мають стаж роботи понад 20 років, вищу кваліфікаційну категорію мають лише 17%.

Лікарський персонал в цілому виконує нормативне навантаження. Однак у зв'язку з тим, проте збільшується кількість фактично зайнятих ставок щороку зменшується при поступовому зростанні кількості відвідувань (виклики на дому включно) спостерігається значне зростання навантаження на дільничних лікарів-терапевтів. З великим навантаженням працюють лікарі загальної практики-сімейної медицини, отоларингологи, окулісти.

Оплата праці молодших та середніх медичних працівників перебуває сьогодні фактично на мінімально допустимому рівні, що змушує їх покидати сферу охорони здоров'я і йти працювати в інші галузі економіки. Низькі розміри заробітної плати лікарів, у свою чергу, породжують падіння престижу медичної практики і роблять її непривабливою для молоді, внаслідок чого спостерігається поступове старіння лікарських кадрів і неможливість їх заміни молодими спеціалістами.

Результати оцінки ефективності праці у сфері охорони здоров'я України засвідчують вкрай низький її рівень. Головною причиною низької ефективності праці медичного персоналу виступає недосконала система оплати праці, яка не забезпечує гідного заробітку, не встановлює справедливих співвідношень в оплаті праці, не створює прямого зв'язку між ефективністю праці та заробітною платою. Водночас, загостренню ситуації сприяють недоліки та формалізм колективно-договірного регулювання праці, нерозвиненість соціального партнерства.

Результати моніторингу стимулів до ефективної праці у дозволили встановити: по-перше, низький рівень морального та повну відсутність матеріального задоволення від праці у сфері охорони здоров'я; по-друге, неспроможність середньомісячної заробітної плати задовольняти навіть першочергові потреби медичних працівників; по-третє, їх слабку мотивацію до безперервної освіти; по-четверте, готовність третини працівників залишити сферу охорони здоров'я задля іншої галузі економіки.

З огляду на гостру необхідність поновлення тісного зв'язку між результатами праці та розмірами заробітної плати у сфері охорони здоров'я визначені методологічні підходи до оцінки ефективності праці на рівні окремого медичного працівника, використання яких дозволяє індивідуалізувати підходи до стимулювання праці медичного персоналу. Зокрема, запропоновано ввести в дію гнучку тарифну сітку, використання якої дозволить підвищити розміри заробітної плати медичного персоналу, поновити тісний зв'язок між ефективністю праці і рівнем її оплати.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Закон України "Про охорону навколишнього середовища" від 25.06.1991 р. № 1264-ХІІ.
2. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ.
3. Закон України "Про охорону праці" від 21.11.2002 р. № 229-ІV.
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. № 989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я".
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14 "Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2001–2011 р.".
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955 "Програма надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги".
7. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 29.01.2003 р. № 23 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації матеріального стимулювання праці працівників підприємств і організацій".
8. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України від 05.10.2005 р. № 308/519 "Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення" зі змінами та доповненнями.
9. Наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. № 72 "План поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини".
10. ДНАОП 0.00-1.31-99. Правила охорони праці під час експлуатації електронно-обчислювальних машин. – К., 1999. – 111 с.

11. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навчальний посібник. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
12. Виноградов О.В. Роль сімейної медицини стратегії державного управління реформуванням системи охорони здоров'я
13. Воронов М.В., Петрова С.Г. Роль мотивації в професійній діяльності лікаря [Електронний ресурс] /Воронов М. В/ – Режим доступу: [http://www.nbuuv.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Tipp/2009\\_2/voronov-petrova.pdf](http://www.nbuuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Tipp/2009_2/voronov-petrova.pdf).
14. Гладун З.С. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу. – К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2006. – 223 с.
15. Грабовецький Б.Є. Економічний аналіз: Навчальний посібник. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 256 с.
16. Джога Р.Т., Сінельник Л.М., Кондратюк І.О., Петруніна В.В. Облік у бюджетних установах. – К.: КНЕУ, 2006. – 296 с.
17. Економічний аналіз: Навчальний посібник. / Під ред. Бутинець Ф.Ф. – Житомир: ПП „Рута”, 2003. – 680 с.
18. Желібо Є.П., Зацарний В. В. Безпека життєдіяльності: Підручник. – К.: Каравела, 2007. – 288 с.
19. Жидецький В.Ц. Основи охорони праці. Підручник. – Львів: Афіша, 2002. – 320 с.
20. Зюков О.Л., Карабелеш Є.Є. До питання керівництва лікувально-профілактичною установою в умовах, що змінюються. // Головний лікар. – 2009. – № 10. – С. 84–89.
21. Карамзін В.А., Савицька О. М. Економічний аналіз: практикум. – К.: Знання, 2007. – 255 с.
22. Касевич Н.М. Охорона праці та безпека життєдіяльності медичних працівників: Підручник. – К.: Медицина, 2007. – 224 с.
23. Кизима І.С. Стимулювання ефективності праці медичного персоналу: автореферат на здобуття наук. ступеня канд. ек. наук: спец.: 08.00.07 ”Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика“ / І.С. Кизима. – К., 2007. – 20 с.

24. Ковжарова Е.В. Організаційно-економічні основи системи охорони здоров'я в Україні: автореферат на здобуття наук. ступеня канд. ек. наук: спец.: 08.09.01 "Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика" / Е.В. Ковжарова. – К., 2005. – 20 с.

25. Костенко Т.Д. Економічний аналіз та діагностика стану сучасного підприємства: Навчальний посібник. – вид.2-ге, перероб. та доп. – К.: Центр учбової літератури, 2007. – 400 с.

26. Крамаренко В.І. Управління персоналом фірми: Навчальний посібник. – К.: ЦУЛ, 2005. – 272 с.

27. Латишев Є.Є. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. // Головний лікар. – 2006. – № 10. – С. 34–39.

28. Лехан В. Оцінка системи охорони здоров'я України. // Головний лікар. – 2010. – № 9. – С. 25–42.

29. Лехан В.М., Лакіза–Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. / Під заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2005. – 176 с.

30. Литвак А.І. Система мотивації персоналу медичних закладів. // Головний лікар. – 2006. – № 11. – С. 36–45.

31. Мажная А.М. Ефективна система мотивації – невід'ємна частина успішної діяльності закладу охорони здоров'я. // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 9. – С. 30–35.

32. Маркарьян Э.А. Экономический анализ хозяйственной деятельности: учебное пособие. – М.: КНОРУС, 2008. – 286 с.

33. Медичні кадри. – Режим доступу : [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)

34. Мороз В. М., Сергета І. В., Фещук Н. М., Олійник М. П. Охорона праці у медицині та фармації / Під ред. В. М. Мороза. – Вінниця: Нова книга, 2005. – 544 с.

35. Мошенський С.З., Олійник О. В. Економічний аналіз: Підручник. – Житомир: ПП «Рута», – 2007. – 704 с.



36. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейної медицини) / Під редакцією В.М. Лехан. – Д.: АРТ–ПРЕС, 2005. – 248 с.
37. Панков Д.А. Анализ хозяйственной деятельности бюджетных организаций: учебное пособие. / Д.А. Панков. – М.: Новое знание, 2007. – 632 с.
38. Писаренко Т.М. Шляхи підвищення ефективності використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я (на матеріалах установ охорони здоров'я Волинської області). – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 71 с.
39. Про результати аналізу упорядкування умов оплати праці працівників бюджетної сфери на основі Єдиної тарифної сітки [Електронний ресурс]. – К.: Рахункова палата України, – 2009. – 28с. Режим доступу: <http://www.ac-rada.gov.ua>.
40. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. – К., 2009. – 72 с.
41. Савицька Г.В. Економічний аналіз діяльності підприємства: Навчальний посібник. – К.: Знання, 2004. – 654 с.
42. Середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності за період з початку року. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua).
43. Слабкий О.Ю. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення та діяльності систем охорони здоров'я областей та міст Києва та Севастополя. // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 7. – С. 15–17.
44. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під загальною редакцією Ю.В. Вороненка, В.Ф. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, – 2000. – 680 с.
45. Стеценко Г.С., Побережний А.І. Реформа охорони здоров'я в Україні. / За редакцією проф. Голяченка О.М. – Тернопіль: Лілея, – 2006. – 160 с.

46. Тонконг Т.Ю. Особливості системи оплати праці працівників бюджетної сфери та напрямки її удосконалення [Електронний ресурс] /Тонконг Т.Ю./ – Режим доступу: <http://radnuk.info/statti.html>.

47. Тубальцев А.М. Виробниче освітлення та його розрахунок: Навчальний посібник. – Миколаїв: УДМТУ, 2001. – 84 с.

48. Федоренко М.Н. Безпечне використання кисню у закладах охорони здоров'я. // Управління закладом охорони здоров'я. – 2011. – № 3. – С. 36–42.

49. Худоба О.В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] /Худоба О. В./ – Режим доступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2010-4/doc/4/06.pdf>.

50. Череп А.В. Економічний аналіз: Навчальний посібник. – К.:Кондор, 2005. – 160 с.

51. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К., 2009. – 384 с.